



**VII CONGRESSO CATARINENSE  
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**  
II Congresso Catarinense de Perinatologia

25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville | SC

**Jean Louis Maillard**

**Declaração de conflito de interesse**

Não recebi qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de método diagnóstico ou terapêutico ou ainda, tenho qualquer relação comercial com a indústria farmacêutica

# ENDOMETRIOSE

**Jean Louis Maillard**

Fecōndare



# VII CONGRESSO CATARINENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

II CONGRESSO CATARINENSE DE PERINATOLOGIA

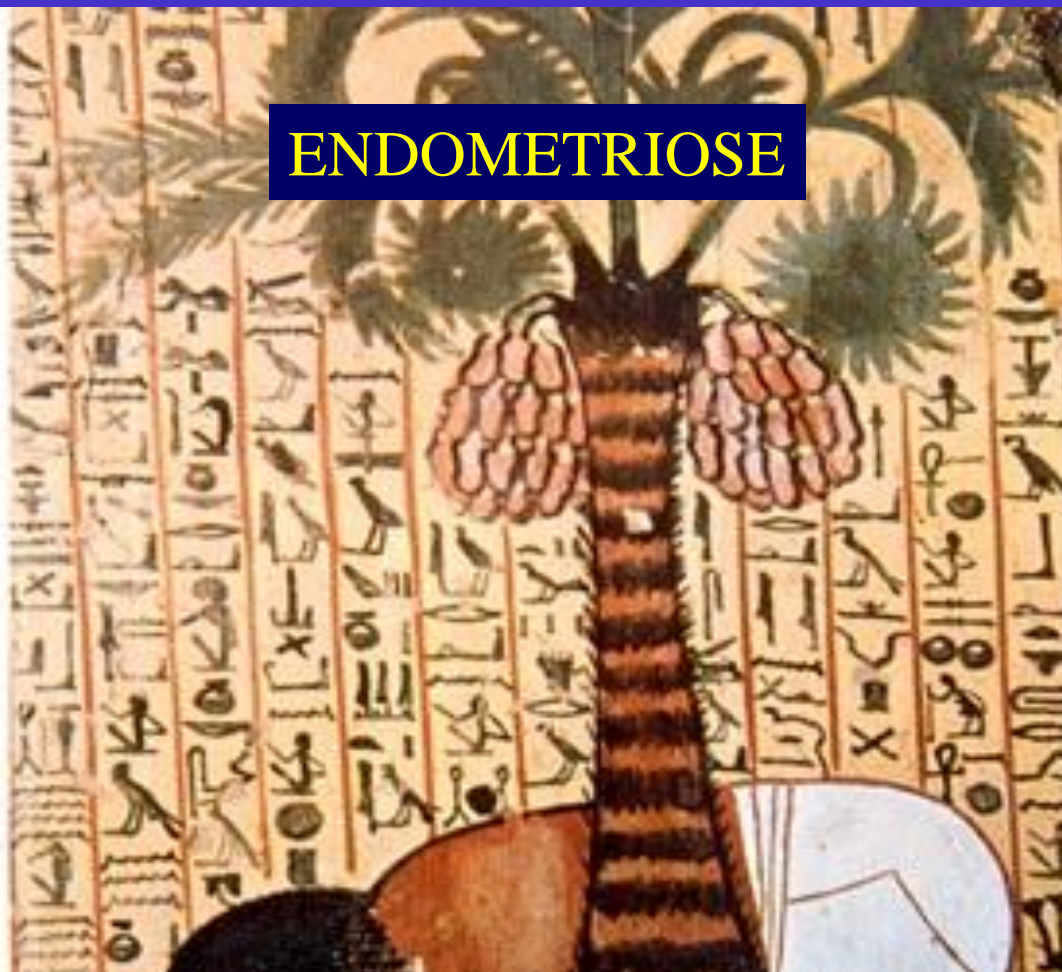
25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville - SC



## **Jean Julien Mailard**

Formou-se na França, em 1950, onde fez especialização até 1954. Foi para Caxias do Sul em 1958 e tornou-se pioneiro em Laparoscopia, a partir de 1963.

## ENDOMETRIOSE



**DEFINIÇÃO:** É a presença de tecido endometrial (glândula e estroma) fora do seu local habitual (útero), com mesma estrutura histológica e resposta fisiológica da mucosa uterina.





LOCALIZAÇÃO

# IMPORTÂNCIA

- Interferir na fertilidade.
- Dor pélvica interferindo atividade profissional.
- Localização em FSD, vagina ou ligamentos útero-sacros, pode levar a uma dispareunia de profundidade.

# **Epidemiologia**

**A Endometriose é uma condição prevalente:**

★ **5–10% da população feminina**

**5.5 milhões de mulheres nos EUA**

**16 milhões na Europa**

**Afeta as mulheres durante os anos reprodutivos**

**O aparecimento durante a juventude é sinal de maior gravidade**

★ **50% nas mulheres com dismenorreia**

**75% nas mulheres com dor pélvica**

**25–40% nas mulheres com  
infertilidade/subfertilidade**



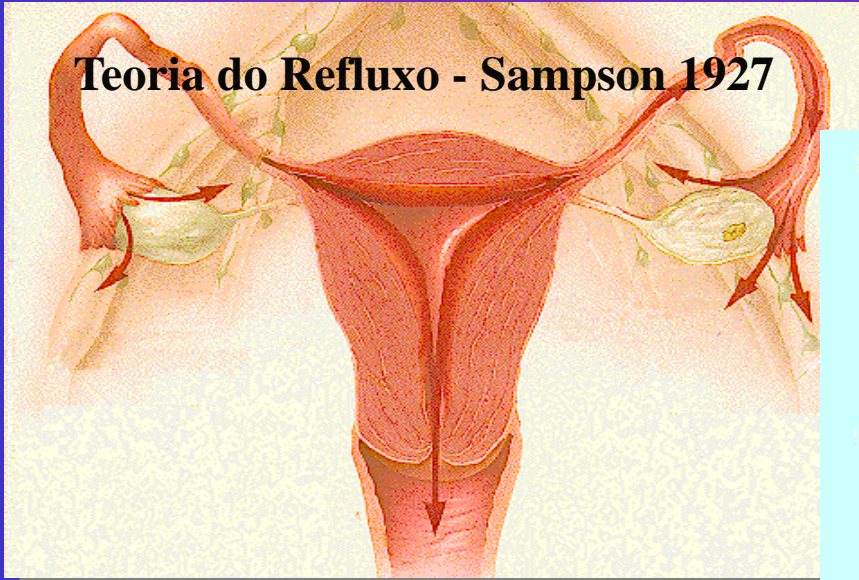
**Mudança no perfil reprodutivo com menarca mais precoce,  
gestação tardia e diminuição número de partos.**

## **AUMENTO DA INCIDÊNCIA**

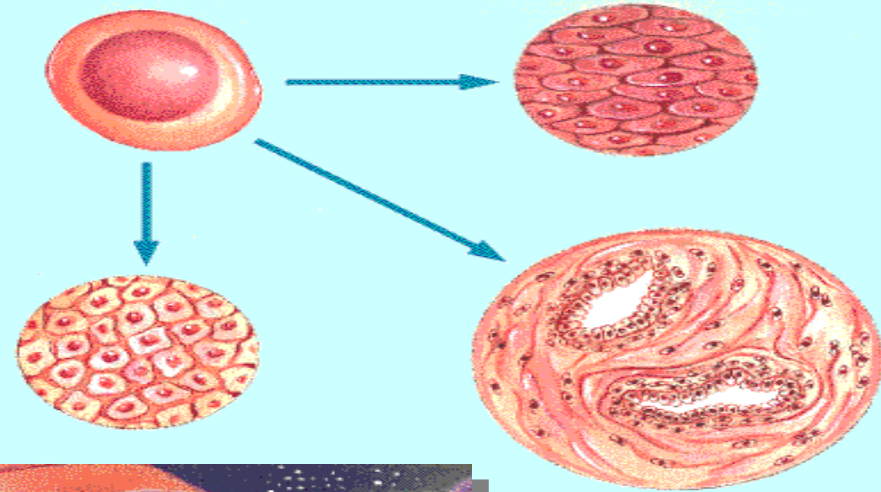
**Aprimoramento no diagnóstico visual, avanço tecnológico  
da laparoscopia, aliado à pesquisa científica, ampliaram  
significativamente o reconhecimento da endometriose.**

# ETIOLOGIA

**Teoria do Refluxo - Sampson 1927**



**Teoria da Metaplasia Celômica - Meyer 1919**

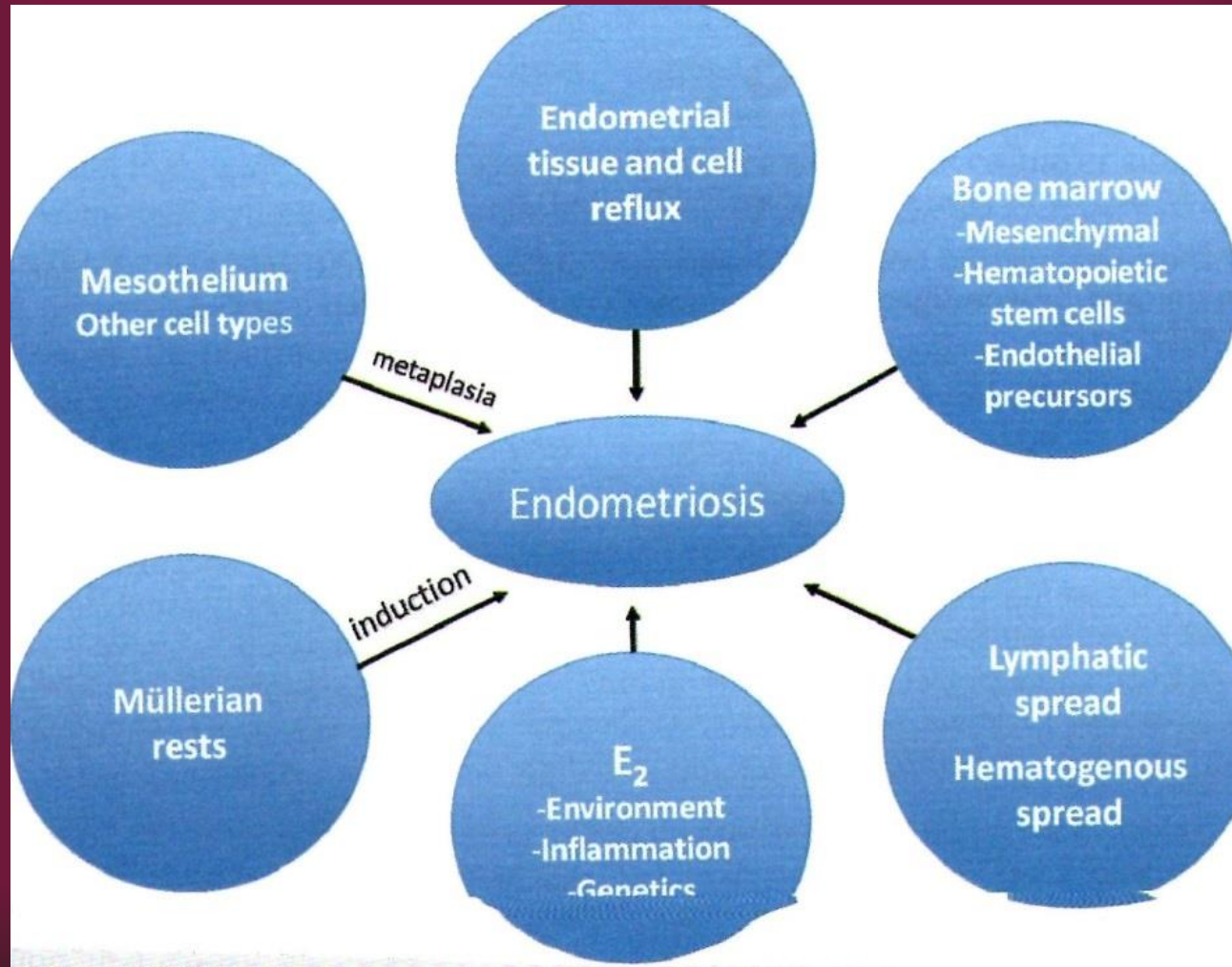


**Teoria Imunológica - Steele 1984**



**TNF alfa - Interleucinas - VEGF - MMP**

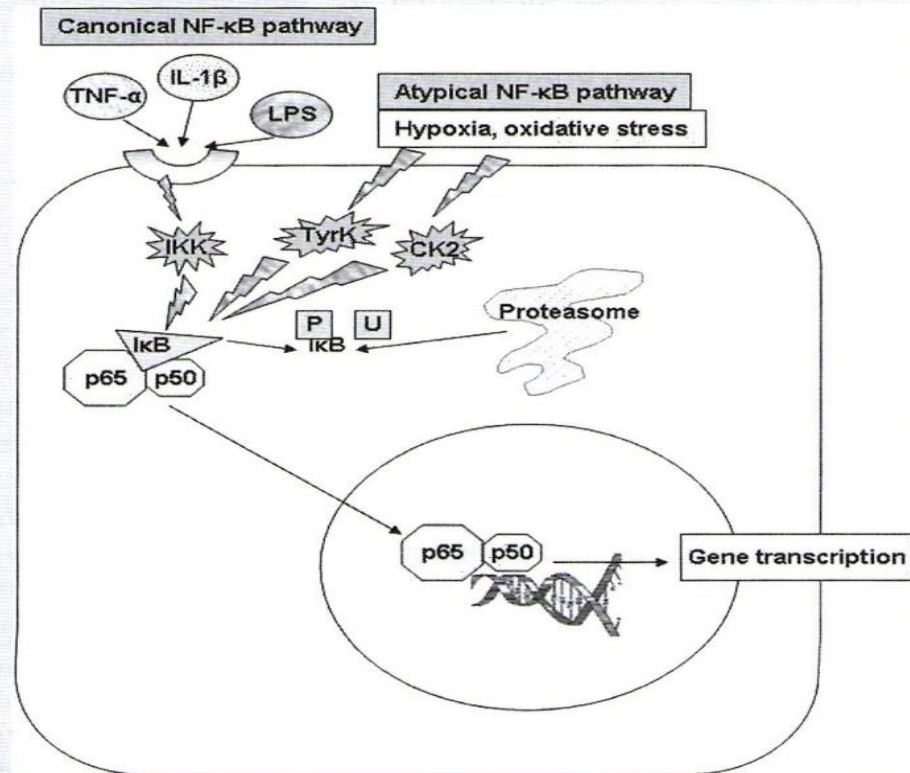
# ETIOLOGIA





# ETIOLOGIA

FIGURE 1



Nuclear factor- $\kappa$ B (NF- $\kappa$ B) activation pathways. This is a simplified illustration showing the canonical and atypical NF- $\kappa$ B activation pathways (alternative pathway is not considered, because it has not been studied in the context of endometriosis). P = phosphorylation; U = ubiquitination.

González-Ramos. NF- $\kappa$ B and endometriosis pathophysiology. *Fertil Steril* 2012.

# LOCALIZAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

## Patologias distintas:

- ♦ Endometriose peritoneal
- ♦ Endometriose ovariana
- ♦ Endometriose profunda:
  - septo reto-vaginal
  - bexiga
  - intestino

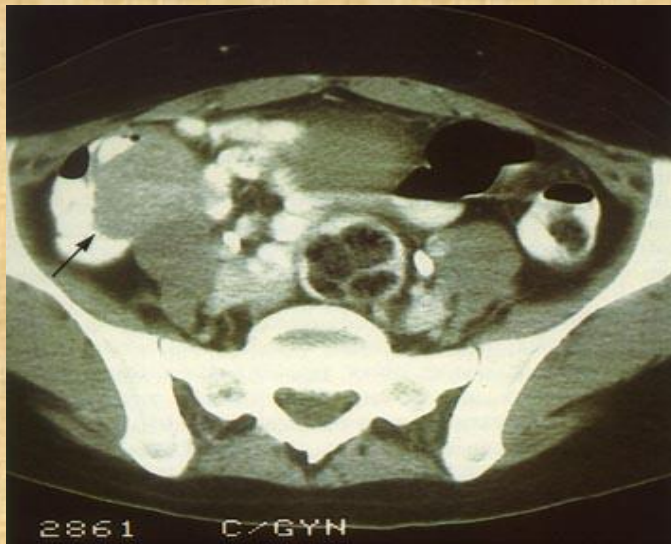


# ENDOMETRIOSE

## Marcadores:

- ↗ CA 125 (glicoproteína) - até o 3º dia
  - ↗ PP-14 ( ↑ fase lútea; especificidade 96%; sensibilidade 59%)
  - ↗ PEP (proteína endometrial dependente da progesterona)
  - ↗ Propeptídeo Protocolágeno tipo III
  - ↗ CA 19.9 - CA 15.3 - CEA = insatisfatórios
  - ↗ Anticorpo anti-endométrio = sensibil. e especif. variável
  - ↗ Anticorpo anti-cardiolipina (desencadeadores depósito fibrina)
  - ↗ Proteína C reativa aumentada
  - ↗ Proteína sérica amilóide A
- } Aumento de Interleucinas 1 e 6
- } Aumento fator necrose tumoral

# MÉTODOS DE IMAGEM



**TOMOGRAFIA**



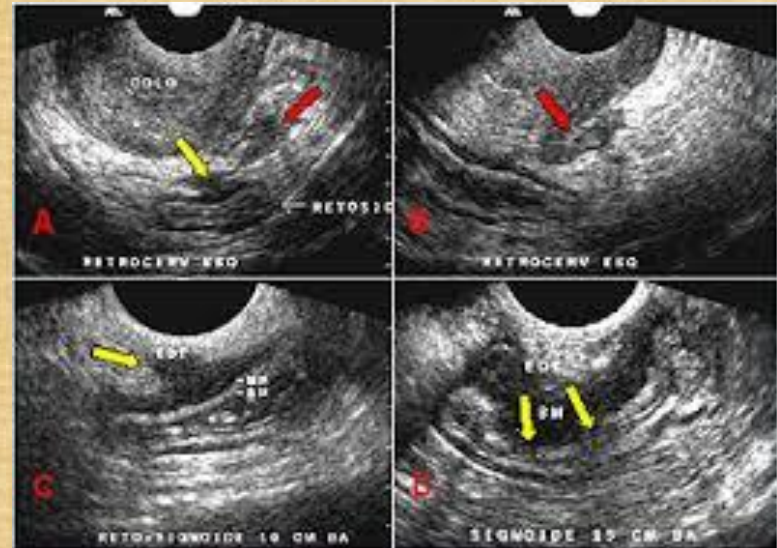
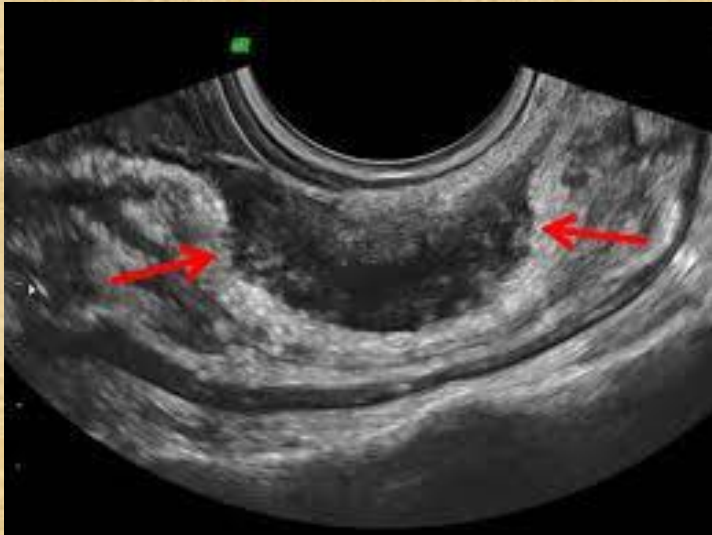
**RESSONÂNCIA**



**ECOGRAFIA**

*jlm*

# MÉTODOS DE IMAGEM



**USTV com preparo**

**Melhor acurácia**

**sensibilidade de 98% e especificidade de 100% - Abrão e col**

*jlm*

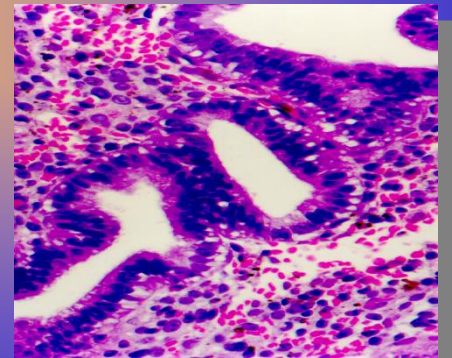
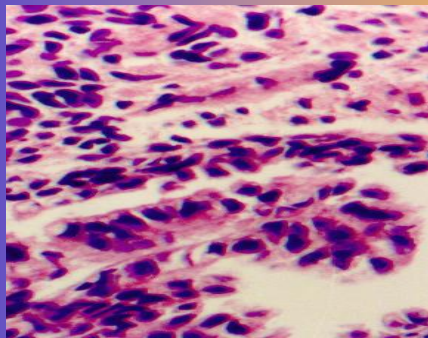
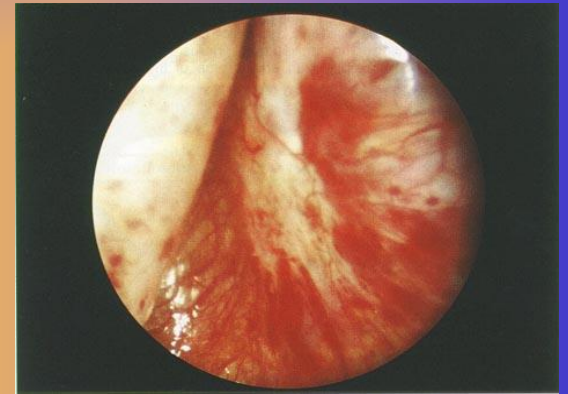
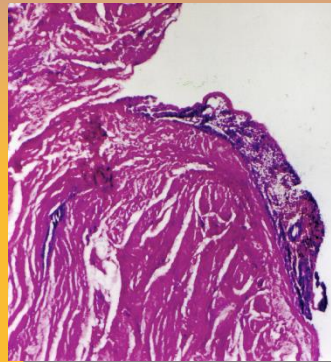




**VIDEOLAPAROSCOPIA**

# LESÕES VERMELHAS

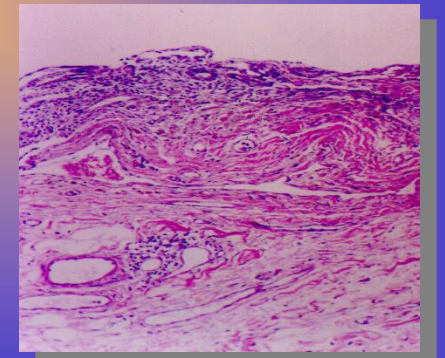
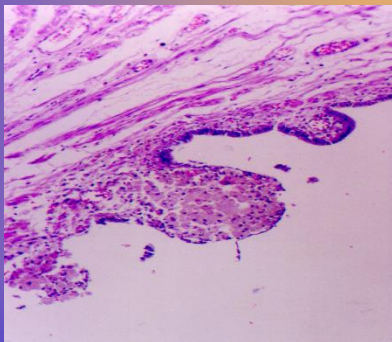
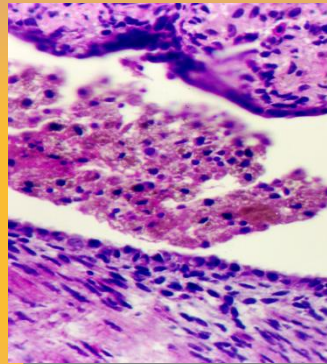
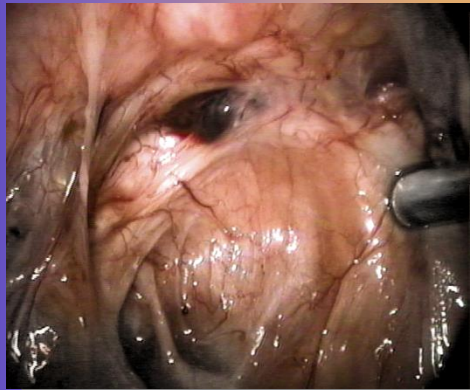
Superficiais, atividade funcional grande com grande poder de agressividade, vascularização aumentada e estroma típico.





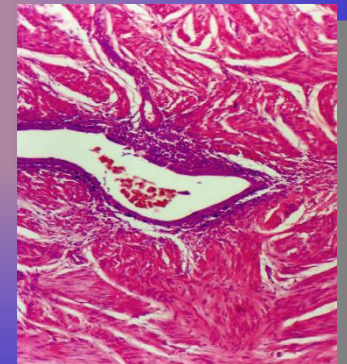
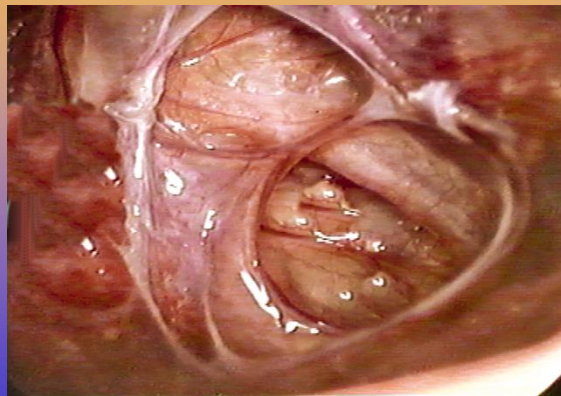
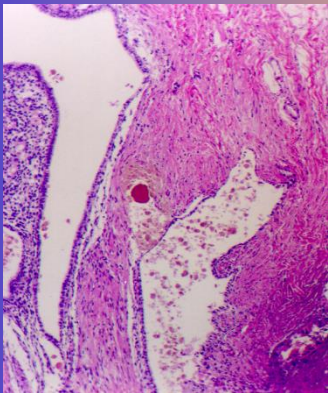
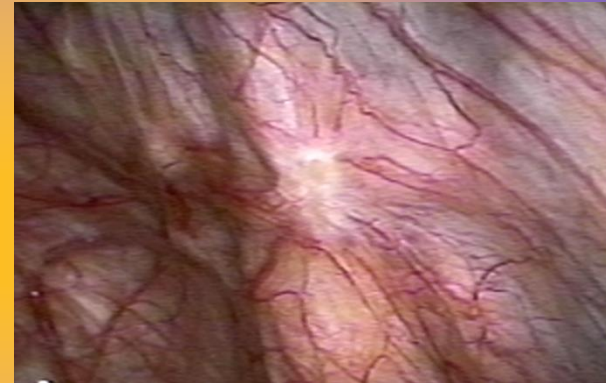
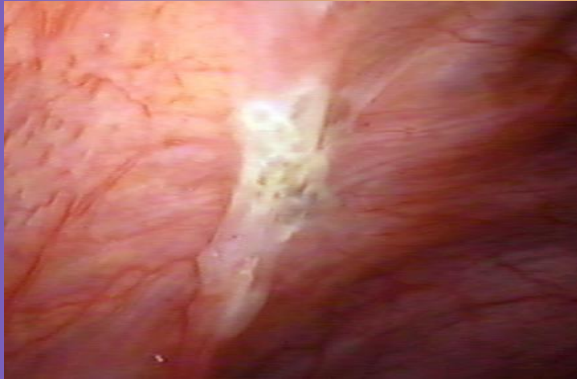
# LESÕES NEGRAS

Tendência tornarem-se profundas, atividade funcional pobre, apresentam debris intra-luminal e fibrose do estroma.

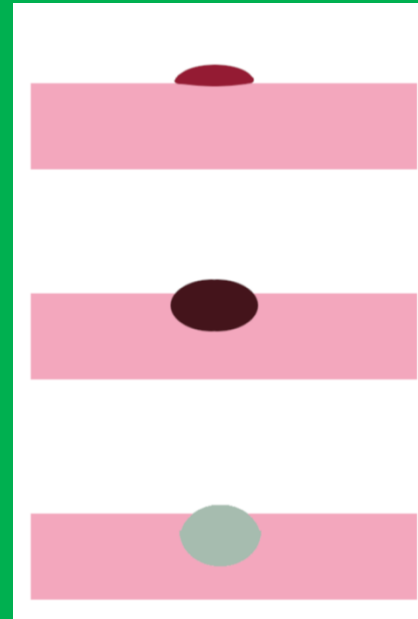
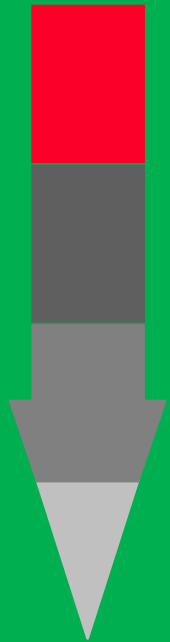


# LESÕES BRANCAS

Tendência a tornarem-se profundas, epitélio não característico, estroma escasso e presença de fibrose.



# EVOLUÇÃO DA ENDOMETRIOSE



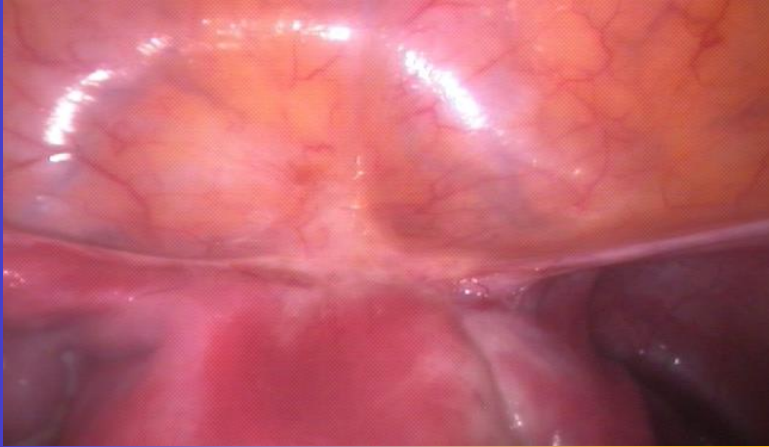


# ENDOMETRIOSE SEPTO RETO-VAGINAL



Metaplasia de restos embrionários  
Adenomiose externa

# OUTRAS LOCALIZAÇÕES



**BEXIGA**



**INTESTINO**

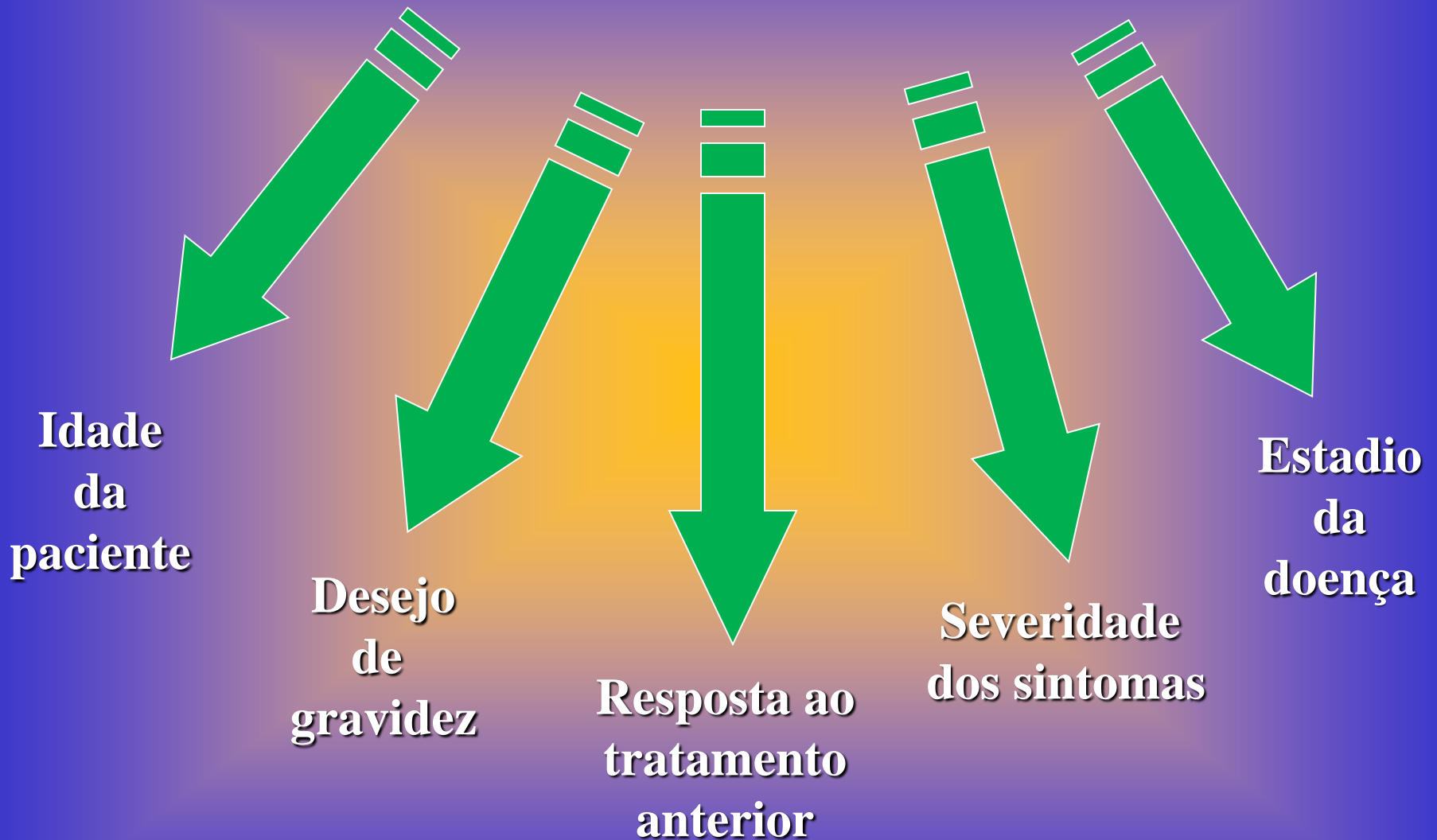


# Abordagem de Tratamento

- ‘A endometriose deve ser vista como uma doença crônica que requer um plano vitalício de gestão com o objetivo de maximizar o uso do tratamento médico e evitar procedimentos cirúrgicos repetidos’

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Fertil Steril* 2008.

# TRATAMENTO



# Indicações do Tto Cirúrgico

1. Qual a sintomatologia: Infertilidade? Dor?
2. Sempre nas lesões já percebidas!!
3. Paciente já manipulada?
4. Diagnóstico pré-operatório mais preciso possível!!
5. Preparo da equipe: - equipamento  
- habilidade e treinamento

# **OBJETIVOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO**

- **REMOVER OU DESTRUIR OS IMPLANTES**
- **ALÍVIO DOS SINTOMAS**
- **MANTER OU RESTAURAR A ANATOMIA NORMAL**
- **MANTER OU RESTAURAR A FERTILIDADE**
- **EVITAR OU ATRASAR AS RECORRÊNCIAS**

# TRATAMENTO CLÍNICO

## Progesterona contínua

AMP 30 mg/dia ou depot  
150 mg 15/15 dias  
Noretisterona Recorrência  
de 16 a 27%

## E / P contínuo

Pseudogravidez  
Para-efeito elevados  
Eficácia discutível  
Recorrência de 10 a 23%

## Gestrinona

5 a 7,5mg  
/semana

Eficácia  
discutível

## Danazol

600/800mg /dia  
Efeitos colaterais  
Trials clínicos  
sem efeito sobre  
fertilidade

## Agonista GnRH

Buserelin  
Nafarelin  
Leuprolide,  
Triptorelin  
Gosserelin  
1 ampola. mensal

Efeitos  
colaterais:  
diminuição da  
libido, ondas  
de calor e  
secura vaginal

## Dienogest

Possui fortes  
efeitos  
progestogênicos  
no endométrio  
Efeitos  
antiandrogênicos  
Possui  
propriedades  
antiproliferativas,  
anti-inflamatórias e  
antiangiogênicas  
na endometriose  
experimental



# O que fazer na jovem oligossintomática?

1. BOA PERGUNTA!!!!
2. Com suspeita ou com diagnostico?
3. Qual a queixa maior?
4. História familiar?
5. Perfil obstétrico!!

# O que fazer na jovem oligossintomática?

1. Resolver ao máximo na 1ª VL.
2. Tto de manutenção baseado em amenorréia.
3. Escolha da formulação medicamentosa.
4. Mirena.

# Prevenção é possível?

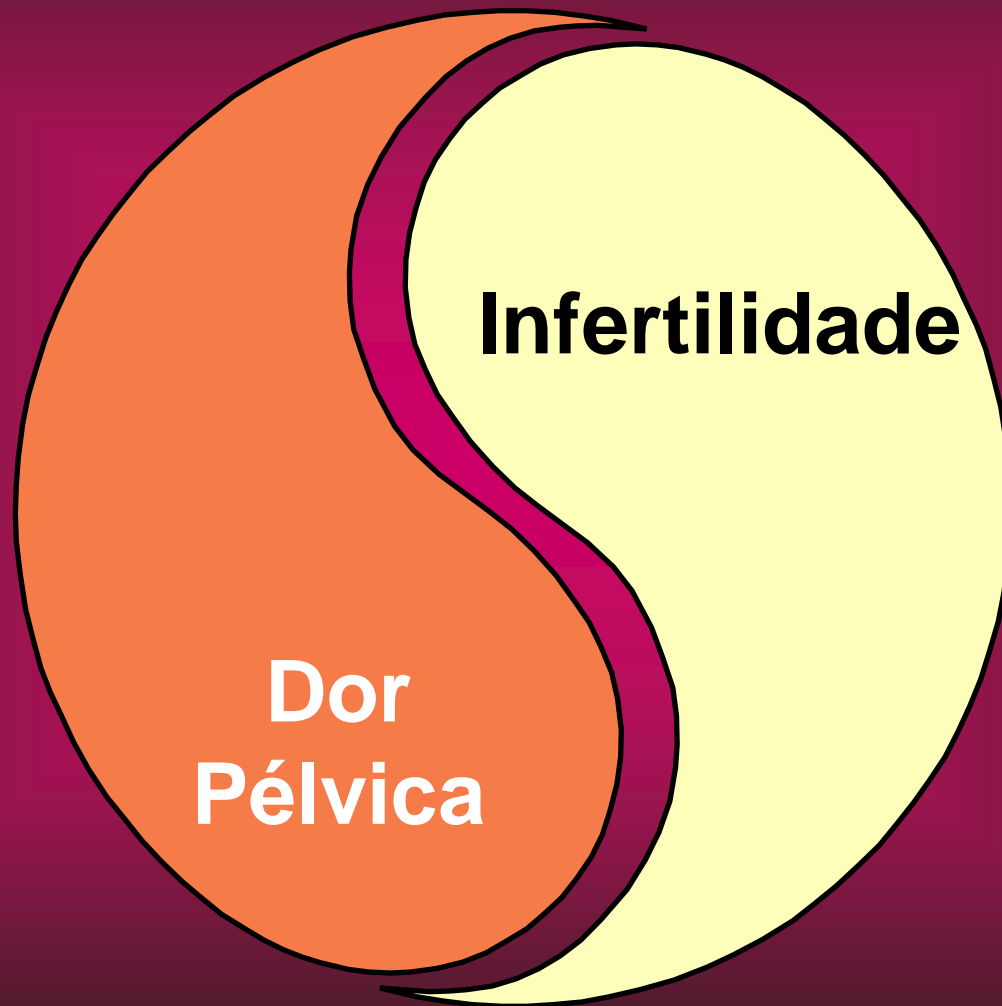
- ✓ Atentar para a história familiar
- ✓ Instituir atividades que reduzam a incidência
- ✓ Não demorar para realizar a videolaparoscopia
- ✓ Não temer a amenorréia
- ✓ Orientar quanto a preservação da fertilidade

# Como monitorar o tto?

- ✓ Controle clínico com atenção às queixas iniciais.
- ✓ Exame físico detalhado.
- ✓ Esqueçam o CA 125.
- ✓ Nos casos grau III e IV repetir o US com preparo
- ✓ Chegando-se à gestação nas inférteis



# TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE



# ABORDAGEM DOS ENDOMETRIOMAS

- Expectante.
- Tratamento medicamentoso.
- ~~Drenagem guiada por ultra-som.~~
- Fenestração/drenagem e coagulação com bipolar ou laser.
- Cistectomia laparoscópica.
- Ooforectomia laparoscópica ou laparotômica.

# DEVEMOS SEMPRE OPERAR?

SIM

**Inférteis nunca manipuladas  
Com prole definida e com dor**

# Atualmente qual parece ser a melhor técnica cirúrgica?

- Nas pacientes com prole e realizando cirurgia por dor  
Cistectomia com preservação ovariana
- Nas inférteis em 1ª intervenção ressecar a capsula preservando a porção no hilo ovariano.
- Usar o minimo possível de corrente elétrica.
- Fechamento ovariano com endosutura



# ENDOMETRIOMA OVÁRIO

```
graph TD; A[ENDOMETRIOMA OVÁRIO] --> B[EXCISÃO DA CÁPSULA]; A --> C[DESTRUIÇÃO DA CÁPSULA]; B --> D["Recurrência de sintomas menor<br/>Taxa de gravidez maior<br/>Bereta e col.<br/>Fertil&Steril 1998, 70:1176-80"]; C --> E["Taxa de gravidez maior<br/>Tempo para a gravidez menor<br/>Hemmings e col<br/>Fertil & Steril 1998,70:527-29"];
```

## EXCISÃO DA CÁPSULA

Recurrência de sintomas menor  
Taxa de gravidez maior  
*Bereta e col.*  
*Fertil&Steril 1998, 70:1176-80*

## DESTRUIÇÃO DA CÁPSULA

Taxa de gravidez maior  
Tempo para a gravidez menor  
*Hemmings e col*  
*Fertil & Steril 1998,70:527-29*

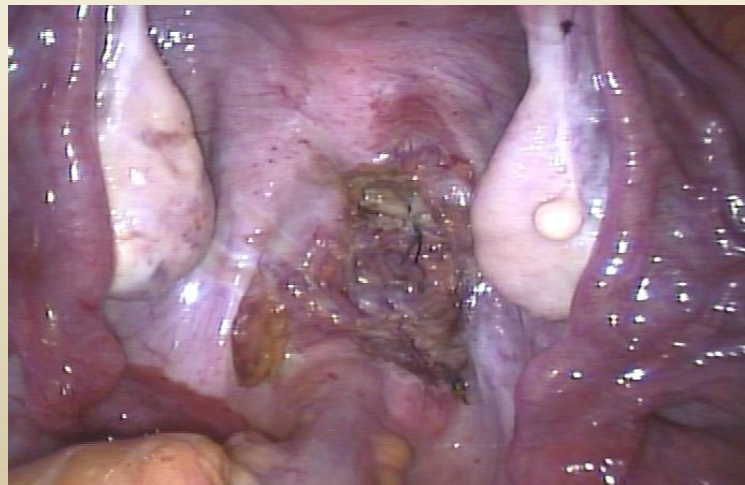
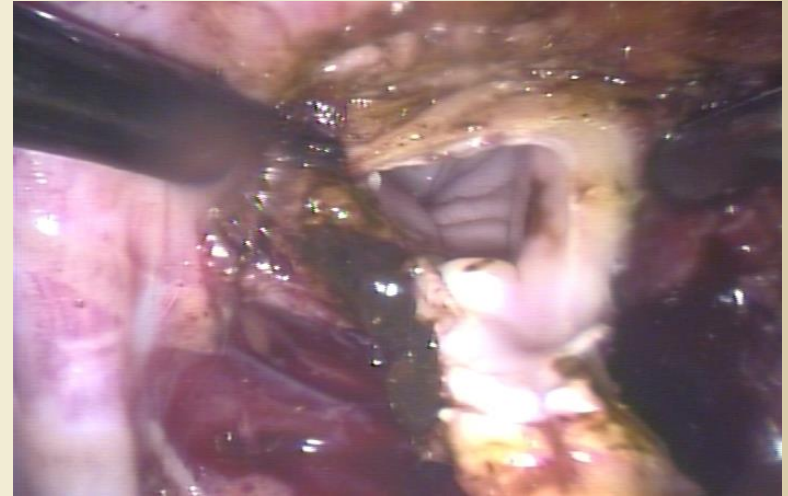
# QUANDO A CONDOTA EXPECTANTE PODE SER ACEITÁVEL?

- Endometriomas com 3 – 4 cm, suspeitados pelo ultra-som de serem endometriomas, assintomáticos, em pacientes sem desejo de gravidez, com CA 125 normal e sem crescimento, com ou sem uso de contraceptivos orais.
- Pacientes com recorrência de endometriomas com 3 – 4 cm assintomáticas, com CA 125 normal, sem desejo de gravidez ou estão indo para FIV.

# Conduta na endometriose profunda

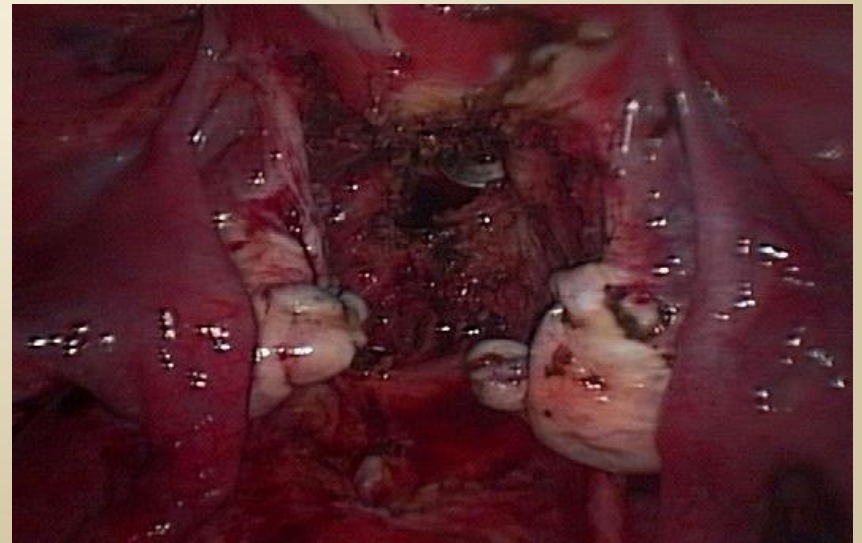
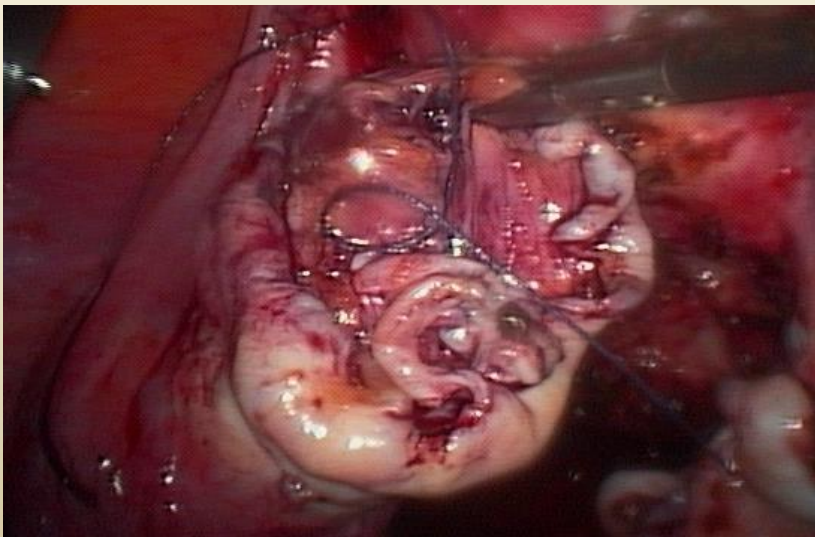
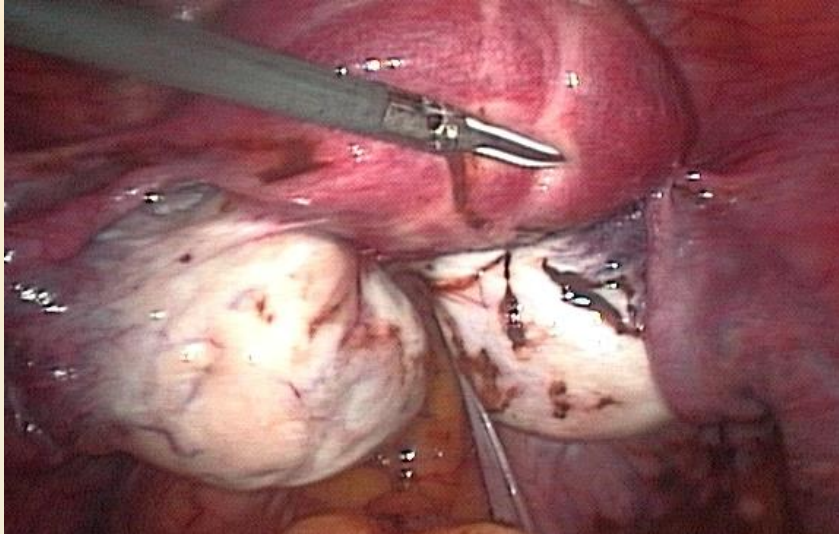
- Ressecção cirúrgica primária!
- Preparo da paciente.
- Preparo da equipe e equipamentos.
- Evitar reintervenções.

# Conduta na endometriose profunda



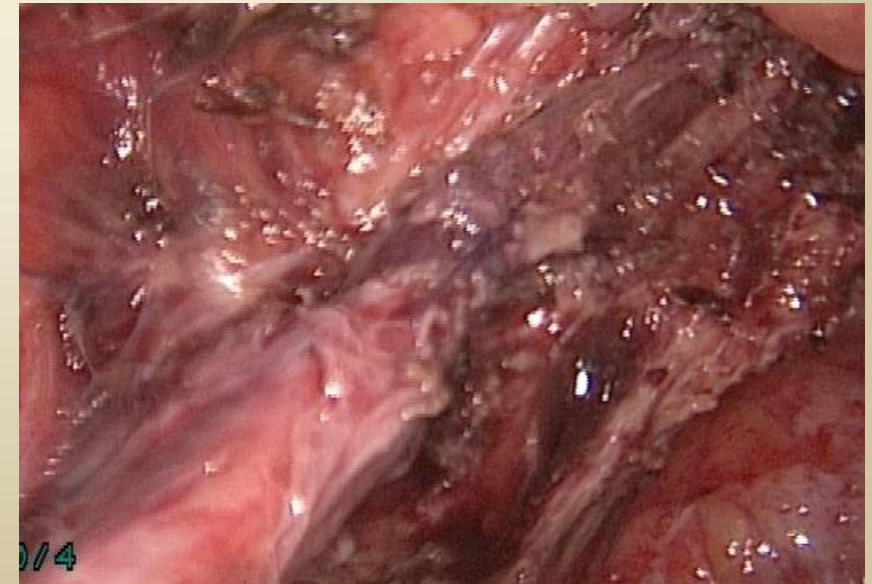
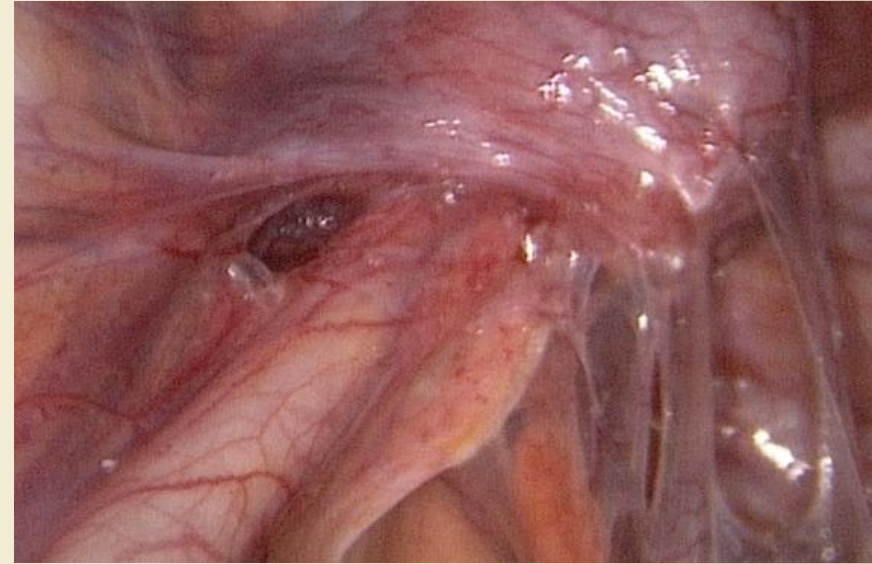
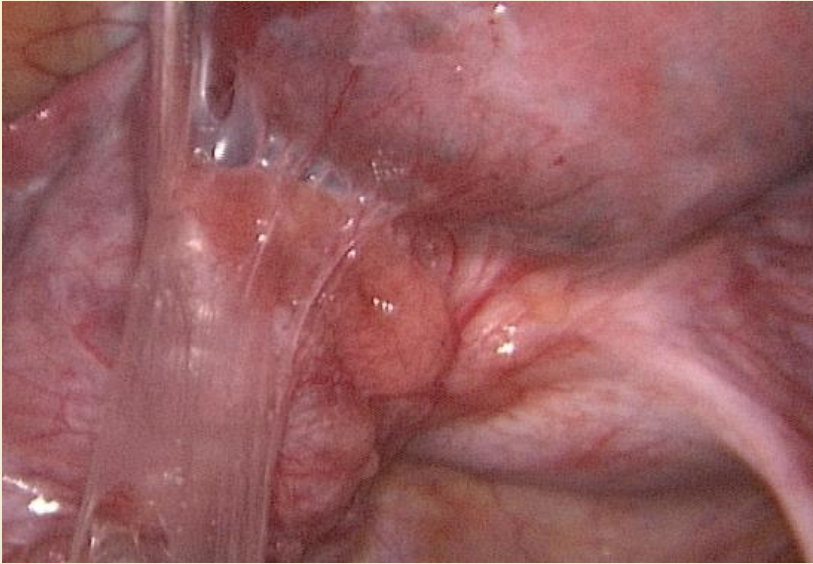


# Conduta na endometriose profunda



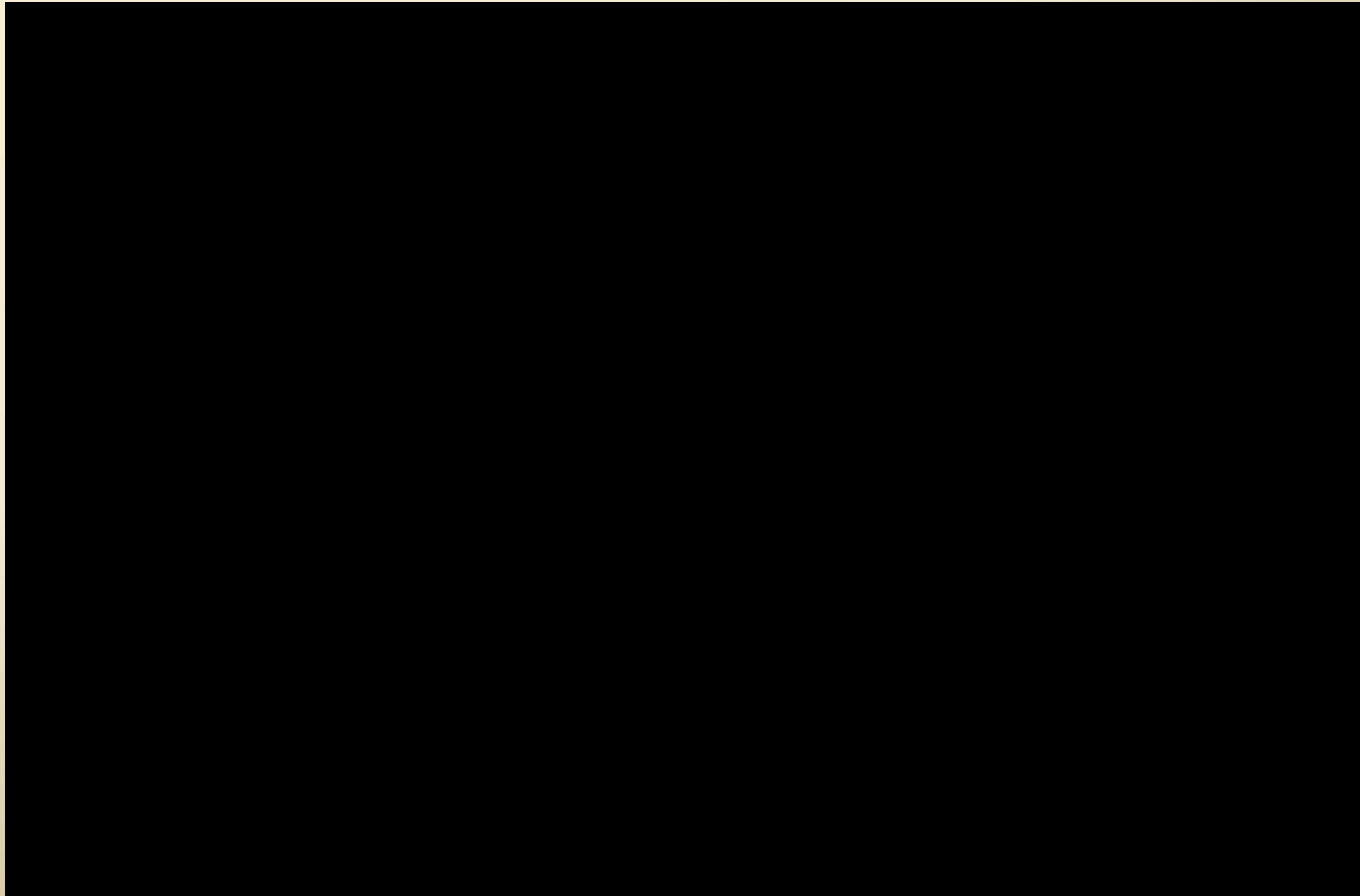


# Conduta na endometriose profunda



# Conduta na endometriose profunda

**EVITAR INTERVENÇÕES PALIATIVAS**





**APOIO  
PSICOLÓGICO**

**TRATAMENTO  
MANUTENÇÃO**

**TRATAMENTO  
CIRÚRGICO**

**TRATAMENTO  
CLÍNICO**

**ORIENTAÇÃO  
COMPLEMENTAR**



*Há, verdadeiramente, duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe está a ignorância.*

*Hipócrates*



**MUITO OBRIGADO!!!**

Fec<sup>o</sup>ndare