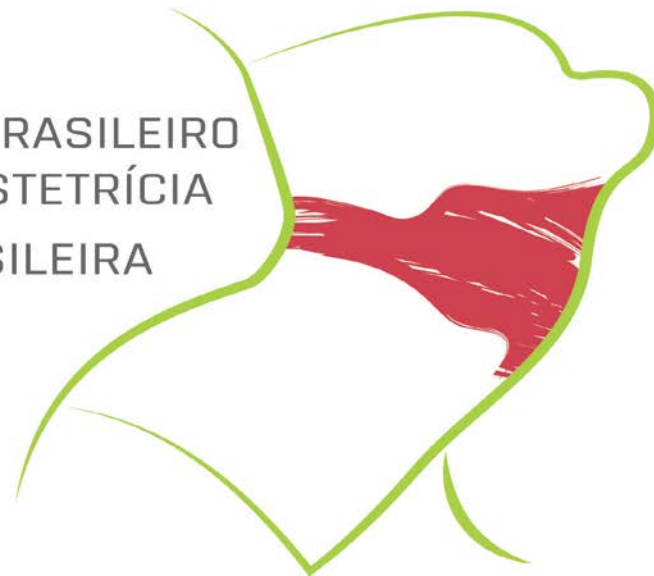




XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA

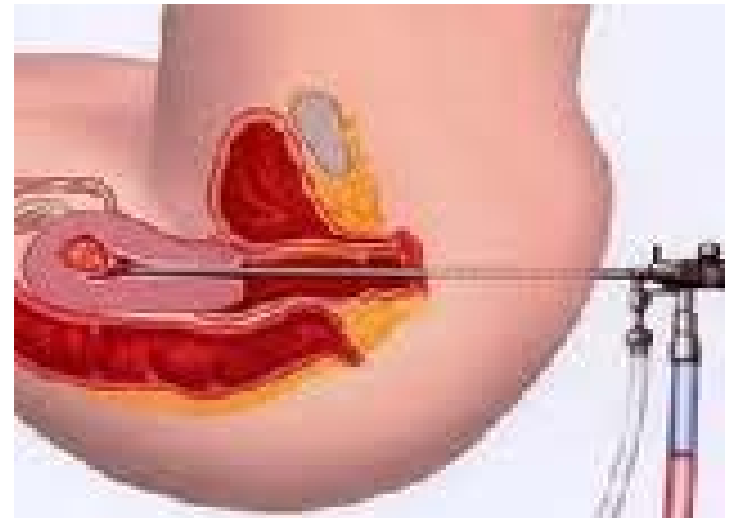


Ablação endometrial

Ricardo Maia Samways

ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

“Redução endometrial”



ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

Vantagens da ablação sobre a histerectomia

- **Menor tempo operatório**
- **Menor dor pós operatória**
- **Menor perda sanguínea**
- **Menor incidência de complicação**
- **Rápida recuperação**
- **Custo menor**

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE No. 322, April 2015

Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding (Review) 6. Copyright

© 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

FEBRASGO - 2017

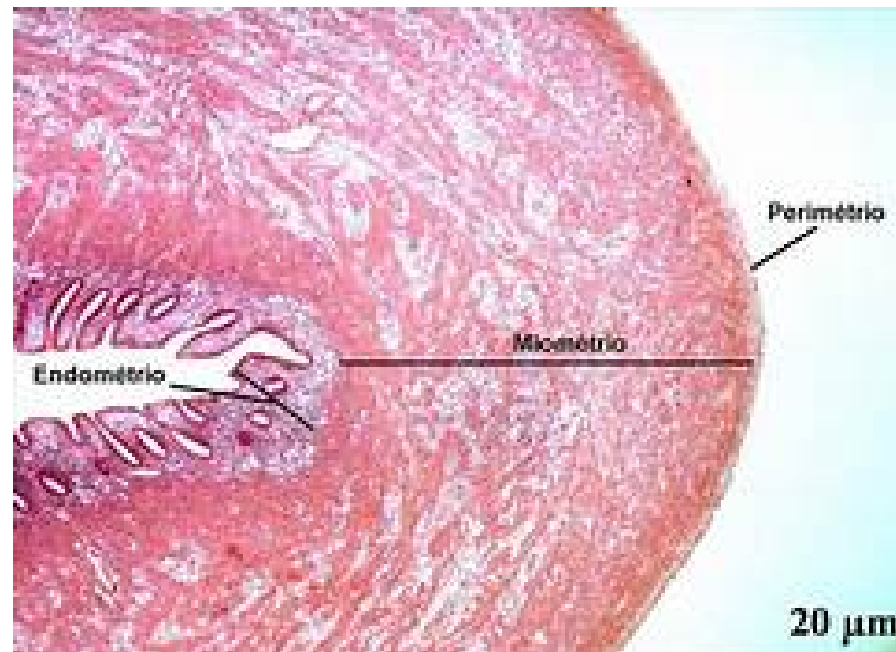
ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

Critérios de elegibilidade

- **Sangramento uterino anormal**
- **Falência do tratamento medicamentoso**
- **Não deseja ou risco elevado para histerectomia**
- **Prole definida**
- **Cavidade uterina até 12 – 14 cm**
- **Ausência de adenomiose**
- **Ausência de coagulopatias**
- **Histologia do endométrio benigna**
- **Ausência de DIP**

ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

- O Sucesso da ablação endometrial requer um endométrio fino e homogêneo, permitindo a destruição da membrana basal e parte do miométrio – 2 a 3 mm



ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

Preparo endometrial

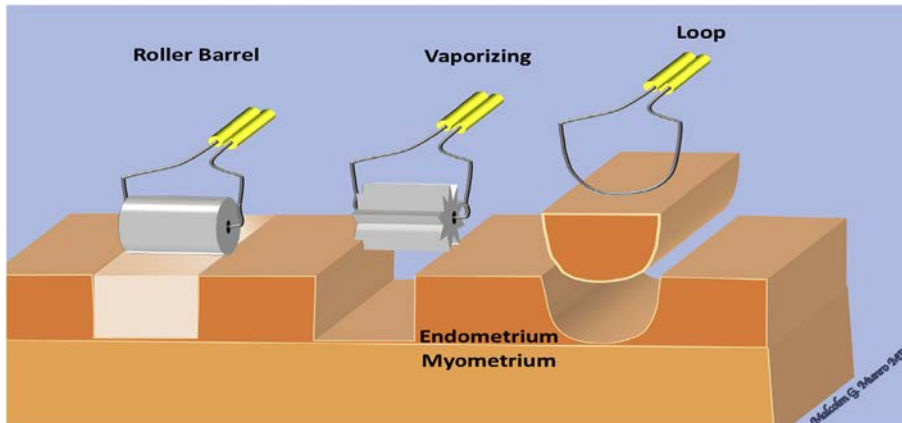
- **Primeira fase imediata (1 a 2 mm)**
- **Danazol 400 a 600 mg/dia VO 4 a 6 semanas**
- **Análogo do GnRH (Gosserelina 3.6mg SC)**
- **Ac. Medroxiprogesterona 150 mg IM**

ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

Classificação

Via histeroscópica

Ressecção
Rollerball
Nd:YAG laser



Via não histeroscópica

Balão térmico



NREA Devices



RADIOFREQUENCY



ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

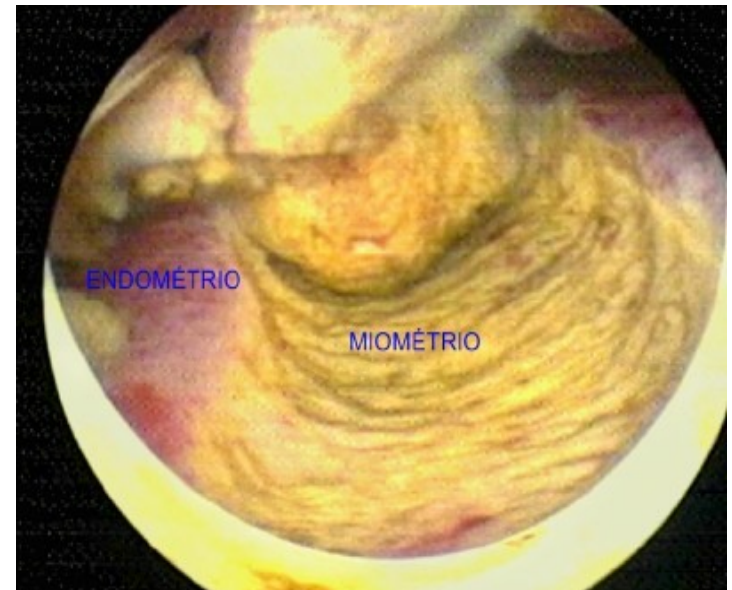
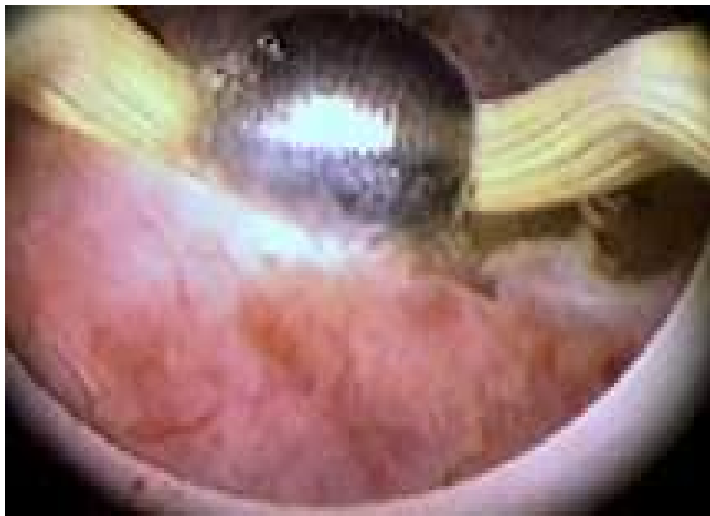
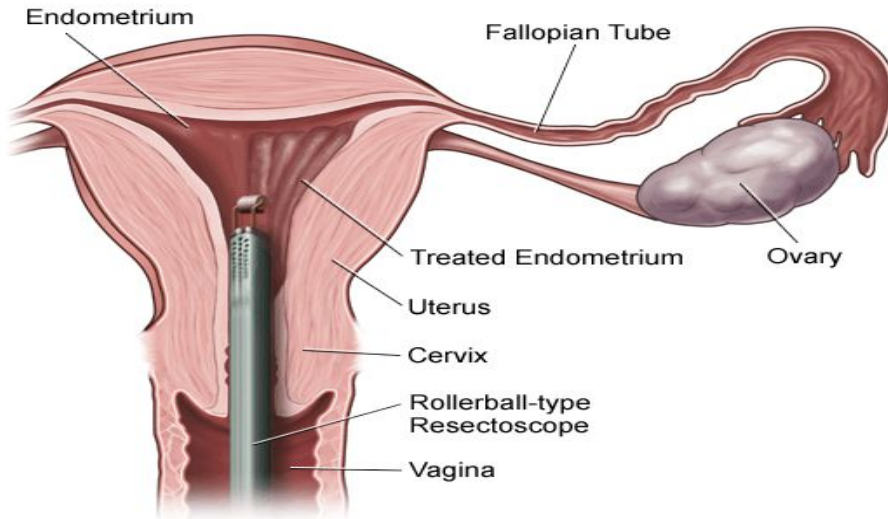
Via histeroscópica



ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

Via histeroscópica

Example of Endometrial Ablation



Ablação com Nd:YAG laser

AUTOR	N	Amenorréia	Mens. satisfatoria	Falhas
Loffer (1987)	33	11	20	2
Lomano(1988)	62	31	31	0
Daniell(1989)	144	81	41	22
Davis (1989)	25	2	9	14
Goldrath (1990)	321	146	153	22
Bent (1990)	42	27	7	8
Garry (1991)	479	288	152	39
Baggish (1996)	401	249	131	21
TOTAL	1.507	835 (55,4%)	544 (36,1%)	128 (8,5%)

Ablação com ressectoscópio

AUTOR	N	Amenorréia	Menst. Satisfatória	Falha
De Cherney (1987)	21	18	2	1
Maher (1990)	98	21	74	3
Pyper (1991)	75	6	48	21
Hamou (1991)	177	0	155	22
Serden (1991)	82	41	35	6
Dwyer (1993)	99	13	76	10
Wortman (1993)	25	21	4	0
O'Connor (1996)	524	204	252	68
TOTAL	1.101	324 (29.4%)	646 (58,7%)	131 (11,9%)

Ablação com rollerball

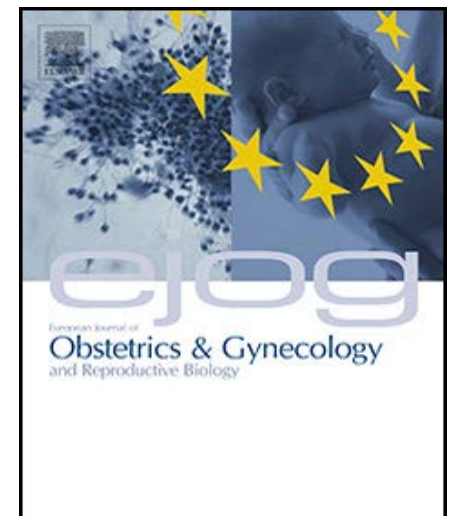
AUTOR	N	Amenorréia	Menst. satisfatória	Falha
Vancaille (1989)	15	10	4	1
Townsend (1990)	26	10	15	0
Daniell (1992)	61	18	41	2
Fraser (1993)	77	19	53	5
Wortman (1994)	65	36	28	1
Baggish (1996)	167	77	68	22
TOTAL	411	170 (41,4%)	209 (50,9%)	31 (7,5%)

Bipolar versus balloon endometrial ablation in the office: a randomized controlled trial

Josien P.M. Penninx a,* , Malou C. Herman a, Roy F.P.M. Kruitwagen b, Annette J.F. Ter Ha

Conclusion : Neste estudo randomizado, a ablação endometrial bipolar teve taxas mais altas de **amenorreia, satisfação do paciente e qualidade de vida** do que a ablação por balão.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 19 - 2016



Viscomi F. et al – Ablação Histeroscópica do Endométrio no Tratamento da Menorragia – Seguimento de 200 casos

200 ablações entre 1991 e 1999

Seguimento 8 meses

Ressecção 180

Rollerball 20



Resultados: 90% (180) satisfeitas

10% (20) Foram submetidas a HAT

Adenomiose

Complicação: 2,5% (perfuração e hematometra)

2013 UpToDate® Lethaby A. et al. Endometrial resection / ablation techniques for heavy menstrual bleeding.

Meta-análise de 21 ensaios clínicos randomizados.

A taxa de amenorréia em 1 ano: 38%
2 a 5 anos: 48%

A taxa de satisfação dos pacientes em 1 ano foi de 88 %
2 a 5 anos foi de 87 %.

UpToDate®

2013 UpToDate - Fürst SN,et al- follow-up of endometrial ablation. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86:334

- *O estudo com o maior follow-up (10 anos), estudo randomizado de 120 mulheres submetidas a ablação por rollerball ou alça de ressecção*

Satisfação – 84.3%

94% das pacientes recomendando o tto sua melhor amiga.

22% de HAT no final do seguimento em 10 anos, sendo 38% das HAT realizadas no primeiros 2 anos.

UpToDate®

ABLAÇÃO ENDOMETRIAL

Complicações

- Laceração do colo
 - Perfuração uterina
 - Hemorragia
 - Infecção
 - Overload – Intoxicação hídrica
-
- Ressecção incompleta
 - Dor pós (Sinéquias – Hematométra)
 - Ruptura uterina na gravidez subsequente

Gestação pós ablação endometrial



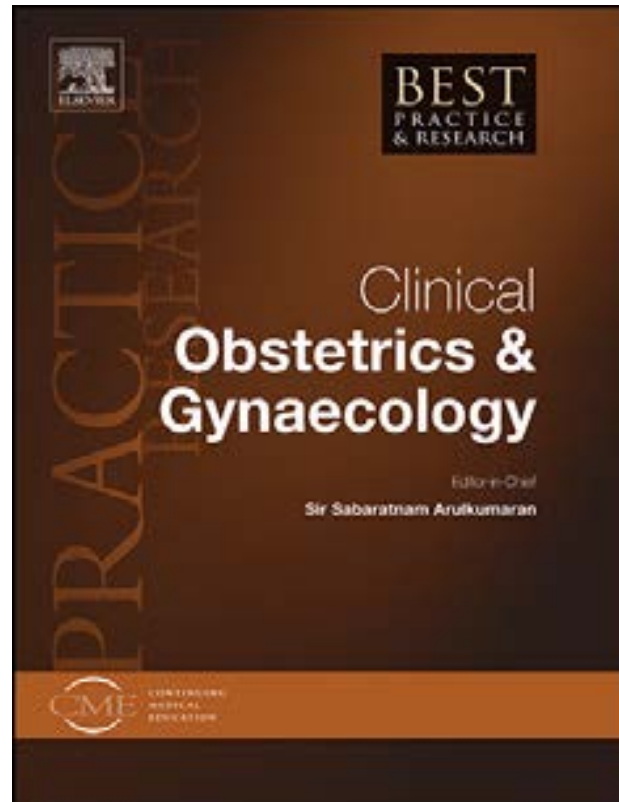
- Incidência: 0,24 a 0,7%
- Complicações: Aborto espontâneo
Hemorragias pré parto
CIUR
Parto prematuro
Placenta anômala

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 46 (2018)



ELSEVIER

Endometrial ablation



Pontos práticos

- **Destruição seletiva do endométrio**
- **Reservado para mulheres que não deseja engravidar**
- **Falha farmacológica**
- **Pode ser realizada, com os mesmos resultados, pelos mecanismos de 1ª ou 2ª geração.**
- **Considerar úteros de 12 a 14 cm**
- **O termo ablação global não existe (redução do sangramento)**
- **Considerar risco de gravidez (MAC)**
- **Índices de maiores falhas abaixo de 40 a 45 anos**
- **30 a 40 % de reintervenção nos estudos com seguimento acima de 4 anos**
- **Maior índice de falhas em HAT – Adenomiose.**

ORIENTAÇÃO ÀS PACIENTES

- Tx. de satisfação de 80%
- As taxas de amenorréia de 40 a 50%
- Dismenorréia primária melhora em 60% dos casos
- Aceitar que a HAT poderá ser uma alternativa
- Obesidade é fator de mau prognóstico
- Acima de 40 anos apresentam melhores resultados

Gemer, et al. Perioperative factors for predicting successful hysteroscopic endometrial ablation. J.Reprod. Med 2003

FEBRASGO - 2017



OBRIGADO !!

