

Endometriose Intestinal

Autoria: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Elaboração Final: 10 de outubro de 2011

Participantes: Podgaec S, Gonçalves MO, Mattos LA, Rossini L, Averbach M, Bassi MA, Fernandes LF, Bellelis P, Dias Jr JA, Gibran L, Fairbanks F, Zlotnik E, Damico N, Abrão MS, Simões R

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

A revisão bibliográfica de artigos científicos desta diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE, Cochrane e SciELO. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (*MeSH terms*) agrupadas nas seguintes sintaxes: *(Endometrioses OR Endometrioma OR Endometriomas) AND Intestinal Diseases AND Urinary Bladder Disease AND Ultrasonography AND (Magnetic Resonance Imaging OR Magnetic Resonance Spectroscopy) AND Colonoscopy AND Laparoscopy.*

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Recomendação da melhor evidência científica para diagnóstico e tratamento da endometriose intestinal.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Define-se endometriose intestinal como a presença de tecido endometrial, estroma e/ou glândula na camada muscular própria desse órgão¹(C). Dentre as pacientes com endometriose, 9,5% apresentam doença infiltrativa intestinal, em média, com $1,48 \pm 0,73$ lesões¹(C)²(D). Os principais locais acometidos são o reto, sendo responsável por 79% das lesões, seguido pelo sigmoide (24%), apêndice (19%), íleo terminal (2%), cólon descendente (1%) e ceco (1%)³(C).

O quadro clínico referido pela paciente traz substrato para a hipótese diagnóstica, porém a confirmação da endometriose é histológica⁴(D). A queixa mais comum é a dor pélvica, presente em 76,5% dos casos, que se relaciona ao período menstrual em até 41,2% das vezes⁵(C)^{4,6}(D). Os sintomas mais específicos dependem da profundidade da parede e da porcentagem da luz intestinal acometidas pela lesão, assim como da extensão da lesão^{7,8}(C)⁴(D). Dependendo do envolvimento da parede intestinal retal, pode-se ter dor durante a defecação, que se irradia para o períneo (52%), obstipação ou diarreia (25% a 40%) e sangramento nas fezes durante o período menstrual (14%)^{5,9}(C)^{4,6}(D). Em cerca de 2% dos casos, as pacientes apresentam sintomas característicos de obstrução intestinal aguda ou subaguda⁵(C).

A lesão que acomete o intestino pode se estender lateralmente e comprometer os ureteres, ocasionando, em casos graves, sintomas urinários obstrutivos¹⁰(C). Lesões endometrióticas podem, eventualmente, cursar com outros sintomas, como epigastralgia durante a menstruação¹¹(C). A infertilidade, assim como em todos os casos de endometriose, pode ser o único sintoma de pacientes com endometriose intestinal¹²(C)⁴(D).

1. QUAL É O MÉTODO DIAGNÓSTICO INDICADO PARA DETECÇÃO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL?

Os principais métodos de imagem utilizados para diagnóstico da endometriose profunda intestinal de reto e sigmoide são: ultrassonografia transretal (USTR), ultrassonografia endoscópica transretal, ultrassonografia transvaginal (USTV) e ressonância

magnética (RM)^{13,14}(B)¹⁵(C). A USTR e a USTV apresentam grande precisão na detecção dos focos de endometriose no reto e sigmoide^{13,16}(B). Os métodos que utilizam ultrassom por via transretal, apesar de serem eficazes, tem a desvantagem, em relação à USTV, de normalmente necessitarem de sedação e não conseguem avaliar adequadamente os focos que estejam fora da região perirretal (por exemplo, apêndice, íleo, ovários e bexiga)¹⁷(A)¹⁵(C). A RM pode avaliar os demais focos de endometriose na pelve e tem boa sensibilidade e especificidade, mas inferior aos métodos ultrassonográficos. Alguns grupos utilizam protocolos específicos, com preparo intestinal, para tentar melhorar a acurácia na avaliação intestinal¹⁴(B)¹⁸(A).

Submetendo-se mulheres na faixa etária média dos 33,8 anos (DP= 6,1 anos) e história clínica suspeita para a presença de endometriose (queixa de dismenorrea, dispareunia de profundidade, dor pélvica acíclica, infertilidade e sintomas intestinais e/ou urinários) à realização de USTV e RM de pelve previamente à realização de videolaparoscopia com subsequente confirmação histopatológica de focos de endometriose, observa-se a avaliação ultrassonográfica do retossigmoide, sensibilidade e especificidade de 98% e 100%, respectivamente, com razão de verossimilhança igual a 49. Com relação à RM de pelve, observam-se valores de 83% e 98%, respectivamente (razão de verossimilhança de 41)¹⁹(A).

Em relação a apêndice, ceco e íleo terminal, apesar de haver poucas publicações sobre esses sítios de endometriose, provavelmente a associação da ultrassonografia pélvica transabdominal e transvaginal com preparo intestinal é a metodologia mais indicada¹¹(C)²⁰(D).

Outros métodos, como enema opaco e tomografia computadorizada (TC), também podem ser utilizados, mas com maiores limitações. O primeiro avalia a mucosa e o contorno interno da parede intestinal, portanto, a não ser que haja lesão da mucosa, só observa sinais indiretos da endometriose²¹(B). A TC, principalmente os novos equipamentos com múltiplos detectores, mostra toda a espessura da parede, mas, ao contrário da RM, não tem boa capacidade para distinguir entre diversos tecidos de partes moles²²(D).

Recomendação

Nos casos de tratamento cirúrgico para endometriose intestinal, exames de imagem especializados são importantes no planejamento e estabelecimento da equipe multidisciplinar²³(A)²⁴(C). Atualmente, pode-se considerar a USTV (principalmente com preparo intestinal) como o exame de primeira linha na avaliação da endometriose intestinal, devido à sua alta acurácia, menor custo, maior número de equipamentos instalados e possibilidade de avaliação dos demais sítios da doença, mas, para a sua realização a contento, são necessários profissionais e protocolos especializados¹³(B)^{19,23}(A).

2. QUAL É O PAPEL DESEMPENHADO PELOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS SOBRE A DECISÃO TERAPÊUTICA A SER INSTITUÍDA NA ENDOMETRIOSE INTESTINAL?

O estadiamento pré-operatório é fundamental na definição da melhor estratégia para o tratamento da endometriose intestinal. Propicia discutir e decidir o tratamento com a paciente e, se cirúrgico, pode-se planejar a abordagem e montar a equipe multidisciplinar^{19,25}(A). A decisão sobre a realização de tratamento clínico

ou cirúrgico depende, de forma preponderante, do quadro clínico, assim como do desejo reprodutivo, da idade da paciente e das características das lesões¹³(B). As informações necessárias para o planejamento cirúrgico são: tamanho, número de lesões, camadas da parede intestinal comprometidas, circunferência da alça envolvida e distância da borda anal²⁵(A)²⁶(B). Os principais métodos de imagem aplicados na avaliação do reto e sigmoide são USTR, ultrassonografia endoscópica transretal, RM e USTV.

Os dois primeiros métodos, ultrassonografia transretal e endoscópica transretal, apresentam alta acurácia na determinação do tamanho, do número de lesões e da distância da borda anal. Em relação à circunferência comprometida, pode ser avaliada com facilidade quando se utilizam transdutores radiais ou multiplanares e, quanto à camada mais profunda comprometida, tem acurácia próxima de 100% até a camada muscular própria, mas limitações no diagnóstico da infiltração da camada submucosa, com sensibilidade de 75% e especificidade de 58% para essa camada²⁷(B).

A RM demonstra alta acurácia no diagnóstico da endometriose profunda localizada no espaço retrocervical e retossigmoide (90,2% e 89,1%, respectivamente), entretanto inferior aos métodos ultrassonográficos para determinar número de lesões e camada comprometida¹⁸(A). A USTV é excelente método para avaliar o tamanho das lesões, inclusive no eixo transversal, o que permite estimar a circunferência da alça comprometida. O uso de protocolo específico, submetendo mulheres na faixa etária média dos 34,2 anos (DP= 4,9 anos) e suspeita de endometriose ao preparo intestinal (tempo entre o surgimento dos sintomas e

diagnóstico de aproximadamente 5,2 anos), proporciona boa sensibilidade e especificidade, tanto para determinar a existência de mais de um nódulo de lesão em retossigmoide (81% e 99%, respectivamente) quanto para evidenciar a profundidade do comprometimento intestinal (83% e 94% para infiltração da camada mucosa-submucosa)²⁵(A).

Recomendação

A USTV associada ao preparo intestinal apresenta-se como adequado exame a ser realizado no pré-operatório, tanto para avaliação do comprometimento do retossigmoide como para determinação da profundidade da lesão.

3. EXISTE NECESSIDADE DE SE REALIZAR COLONOSCOPIA PARA PACIENTES COM SUSPEITA DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL?

Durante as últimas duas décadas, tem havido notável avanço da colonoscopia, tornando-se um dos mais frequentes procedimentos realizado para diagnóstico e tratamento de doenças no intestino grosso, bem como no rastreamento do câncer colônico. De acordo com a *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE), a colonoscopia deve ser indicada em todas as pacientes que apresentam sinais e ou sintomas intestinais crônicos (dor abdominal crônica, síndrome do intestino irritável, doença intestinal inflamatória crônica), pacientes que serão submetidas à manipulação cirúrgica intestinal (excisão de pólipos colônicos) e pacientes com antecedentes familiares de câncer colorretal (história familiar hereditária para câncer colorretal não polipoide ou história familiar para câncer colorretal esporádico)²⁸(D). O quadro clínico relatado por pacientes com endometriose intestinal nem sempre é específico

e os sintomas podem estar presentes em outras doenças colorretais frequentes, como doenças inflamatórias, neoplasias e síndrome do cólon irritável. A endometriose intestinal, por vezes, apresenta-se com comprometimento submucoso ou estenose luminal, em virtude do dano originado na camada muscular própria e subserosa desse órgão, bem como comprometimento do mesentério²⁹(C). Nos casos com envolvimento da mucosa, sangramento ou massa polipoide podem estar presentes, sendo essas manifestações clínicas difíceis de serem distinguidas de malignidade, doença inflamatória crônica ou colite isquêmica, tornando, portanto, a realização de exames radiológicos ou endoscópicos necessária para o diagnóstico da endometriose intestinal^{30,31}(C).

Recomendação

O emprego da colonoscopia na endometriose não tem indicação para pesquisa da doença, mas sim para exclusão de outras doenças intestinais que podem mimetizar sinais e sintomas da endometriose intestinal.

4. COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE INTESTINAL, QUANDO REALIZAR RESSECÇÃO SEGMENTAR INTESTINAL OU EM DISCO DA PAREDE ANTERIOR DO RETO?

Apesar de o tratamento cirúrgico com ressecção da área acometida ser a forma terapêutica mais efetiva em casos de endometriose intestinal, com alívio dos sintomas ginecológicos, digestivos e controle da dor, ainda existe controvérsia quanto à indicação desse procedimento em virtude dos riscos e complicações envolvidas^{9,32,33}(C).

Em decorrência das nuances específicas do reto, no que tange aos aspectos anatômi-

cos, o que implica em dificuldades cirúrgicas e possibilidade de ocorrência de complicações operatórias, surge o questionamento quanto à melhor opção, a ressecção segmentar ou em disco. A via laparoscópica de acesso parece ser adequada, sendo factível e segura, apresentando taxas de conversão para laparotomia em torno de 7,8%³⁴(C)³⁵(D).

A ressecção completa do tecido comprometido, tanto por meio da ressecção em disco de toda a espessura da parede anterior do reto como pela ressecção de segmento do reto, apresenta baixas taxas de morbidade e recidiva³³(C)^{35,36}(D). Apesar da possibilidade das margens após ressecção em disco estarem comprometidas em até 40% dos casos, não existem estudos controlados que comparem a ressecção em disco com as ressecções segmentares³⁷(B).

Em decorrência da complexidade cirúrgica, as equipes que planejam tratar endometriose do reto, tanto por meio das ressecções em disco como de ressecções segmentares, devem ter experiência em cirurgia laparoscópica avançada, bem como estar aptas para a conversão quando a dissecação laparoscópica não for possível ou na ocorrência de complicações operatórias³⁸(C).

Recomendação

Não existem estudos controlados que comparem a ressecção em disco com as ressecções segmentares.

5. DEVE SER REALIZADA APENDICECTOMIA QUANDO VISIBILIZADA IMAGEM SUGESTIVA DE ENDOMETRIOSE NO APÊNDICE?

A endometriose do apêndice é encontrada em 2,8% das pacientes com endometriose e,

em pacientes com dor na fossa ilíaca direita, deve ser investigada³⁹(C). Entre os diagnósticos diferenciais, deve-se considerar o tumor carcinóide de apêndice, cuja prevalência na população geral é estimada em um caso para cada 100.000 pessoas^{40,41}(B). A prevalência na população geral, com indicação de apendicectomia, é de 0,3% a 0,9%⁴²(B).

Em uma série de 106 laparoscopias indicadas por endometrioma ovariano e onde fora

realizada apendicectomia concomitante, 37 pacientes apresentaram, à avaliação histopatológica, patologia confirmada no apêndice. Destes, 13,2% apresentavam endometriose de apêndice e 2,8%, tumor carcinóide⁴³(B).

Recomendação

Levando-se em consideração a possibilidade de tumor carcinóide dentre os diagnósticos diferenciais, o qual necessita de complementação terapêutica, recomenda-se a realização de apendicectomia.

REFERÊNCIAS

1. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod* 2003;18:157-61.
2. Wills HJ, Reid GD, Cooper MJ, Morgan M. Fertility and pain outcomes following laparoscopic segmental bowel resection for colorectal endometriosis: a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:292-5.
3. Pereira RM, Zanatta A, Preti CD, Paula FJ, Motta EL, Serafini PC. Should the gynecologist perform laparoscopic bowel resection to treat endometriosis? Results over 7 years in 168 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:472-9.
4. Abrão MS, Neme RM, Averbach M. Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específico. *Arq Gastroenterol* 2003;40:192-7.
5. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis: a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:804-8.
6. Bassi MA, Podgaec S, Dias Júnior JA, Sobrado CW, D' Amico Filho N. Bowel endometriosis: a benign disease? *Rev Assoc Med Bras* 2009;55:611-6.
7. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod* 2007;22:266-71.
8. Maroun P, Cooper MJ, Reid GD, Keirse MJ. Relevance of gastrointestinal symptoms in endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:411-4.
9. Darai E, Thomassin I, Barranger E, Detchev R, Cortez A, Houry S, et al. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:394-400.
10. Abrão MS, Dias JA Jr, Bellelis P, Podgaec S, Bautzer CR, Gromatsky C. Endometriosis of the ureter and bladder are not associated diseases. *Fertil Steril* 2009;91:1662-7.
11. Podgaec S, Gonçalves MO, Klajner S, Abrão MS. Epigastric pain relating to menses can be a symptom of bowel endometriosis. *Sao Paulo Med J* 2008;126:242-4.
12. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, Lambert A, Kennedy S, Zondervan K, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril* 2008;89:538-45.
13. Piketty M, Chopin N, Dousset B, Millischer-Bellaische AE, Roseau G, Leconte M, et al. Preoperative work-up for patients with deeply infiltrating endometriosis: transvaginal ultrasonography must definitely be the first-line imaging examination. *Hum Reprod* 2009;24:602-7.

14. Bazot M, Bornier C, Dubernard G, Roseau G, Cortez A, Daraï E. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 2007;22:1457-63.
15. Chapron C, Dumontier I, Dousset B, Fritel X, Tardif D, Roseau G, et al. Results and role of rectal endoscopic ultrasonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1998;13:2266-70.
16. Bazot M, Detchev R, Cortez A, Amouyal P, Uzan S, Daraï E. Transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography for the assessment of pelvic endometriosis: a preliminary comparison. *Hum Reprod* 2003;18:1686-92.
17. Abrão MS, Neme RM, Averbach M, Petta CA, Aldrighi JM. Rectal endoscopic ultrasound with a radial probe in the assessment of rectovaginal endometriosis. *J Am Assoc Gynaecol Laparosc* 2004;11:50-4.
18. Chamie LP, Blasbalg R, Gonçalves MO, Carvalho FM, Abrão MS, Oliveira IS. Accuracy of magnetic resonance imaging for diagnosis and preoperative assessment of deeply infiltrating endometriosis. *Int J Gynecol Obstet* 2009;106:198-201.
19. Abrão MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod* 2007;22:3092-7.
20. Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Averbach M, Abrão MS. Transvaginal ultrasound for diagnosis of deeply infiltrating endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;104:156-60.
21. Ribeiro HS, Ribeiro PA, Rossini L, Rodrigues FC, Donadio N, Aoki T. Double-contrast barium enema and transrectal endoscopic ultrasonography in the diagnosis of intestinal deeply infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:315-20.
22. Regge D, Neri E, Turini F, Chiara G. Role of CT colonography in inflammatory bowel disease. *Eur J Radiol* 2009;69:404-8.
23. Hudelist G, Oberwinkler KH, Singer CF, Tuttlies F, Rauter G, Ritter O, et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 2009;24:1018-24.
24. Chapron C, Dubuisson JB, Pansini V, Vieira M, Fauconnier A, Barakat H, et al. Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:115-9.
25. Gonçalves MO, Podgaec S, Dias JA Jr, Gonzalez M, Abrão MS. Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and rectosigmoid layers affected in cases of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Hum Reprod* 2010;25:665-71.

26. Abrão MS, Podgac S, Dias JA Jr, Averbach M, Silva LF, Marino de Carvalho F. Endometriosis lesions that compromise the rectum deeper than the inner muscularis layer have more than 40% of the circumference of the rectum affected by the disease. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:280-5.
27. Roman H, Kouteich K, Gromez A, Hochain P, Resch B, Marpeau L. Endorectal ultrasound accuracy in the diagnosis of rectal endometriosis infiltration depth. *Fertil Steril* 2008;90:1008-13.
28. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000;52:831-7.
29. Barclay RL, Simon JB, Vanner SJ, Hurlbut DJ, Jeffrey JF. Rectal passage of intestinal endometriosis. *Dig Dis Sci* 2001;46:1963-7.
30. Langlois NE, Park KG, Keenan RA. Mucosal changes in the large bowel with endometriosis: a possible cause of misdiagnosis of colitis? *Hum Pathol* 1994;25:1030-4.
31. Graham B, Mazier WP. Diagnosis and management of endometriosis of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1988;31:952-6.
32. Benbara A, Fortin A, Martin B, Palazzo L, Le Tohic A, Madelenat P, et al. Surgical and functional results of rectosigmoidal resection for severe endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:1191-201.
33. Campagnacci R, Perretta S, Guerrieri M, Paganini AM, De Sanctis A. Laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Surg Endosc* 2005;19:662-4.
34. Darai E, Ackerman G, Bazot M, Rouzier R, Dubernard G. Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications. *Surg Endosc* 2007;21:1572-7.
35. Darai E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19:308-13.
36. Brouwer R, Woods RJ. Rectal endometriosis: results of radical excision and review of published work. *ANZ J Surg* 2007;77:562-71.
37. Remorgida V, Ragni N, Ferrero S, Anserini P, Torelli P, Fulcheri E. How complete is full thickness disc resection of bowel endometriotic lesions? A prospective surgical and histological study. *Hum Reprod* 2005;20:2317-20.
38. Duepree HJ, Senagore AJ, Delaney CP, Marcello PW, Brady KM, Falcone T. Laparoscopic resection of deep pelvic endometriosis with rectosigmoid involvement. *J Am Coll Surg* 2002;195:754-8.
39. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril* 2006;86:298-303.
40. Maggard MA, O'Connell JB, Ko CY. Updated population-based review of carcinoid tumors. *Ann Surg* 2004;240:117-22.

41. Connor SJ, Hanna GB, Frizelle FA. Appendiceal tumors: retrospective clinico-pathologic analysis of appendiceal tumors from 7,970 appendectomies. *Dis Colon Rectum* 1998;41:75-80.
42. In't Hof KH, van der Wal HC, Kazemier G, Lange JF. Carcinoid tumour of the appendix: an analysis of 1,485 consecutive emergency appendectomies. *J Gastrointest Surg* 2008;12:1436-8.
43. Wie HJ, Lee JH, Kyung MS, Jung US, Choi JS. Is incidental appendectomy necessary in women with ovarian endometrioma? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008;48:107-11.