



Tratamento cirúrgico da endometriose intestinal

*Victor Edmond Seid, Sergio Eduardo Alonso Araujo, Alexandre Bruno Bertoncini,
Sergio Podgaec, Maurício Simões Abraão, Sergio Carlos Nahas*

A endometriose intestinal corresponde 3,8 a 37% dos casos de endometriose e representa importante causa de perda de qualidade de vida em mulheres jovens. A endometriose intestinal no mais das vezes está inserida no contexto de endometriose profunda, que pode ser definida de acordo com número e tamanho de nódulos endometriais, órgãos acometidos e profundidade da penetração da endometriose no peritônio ou órgão alvo. No geral, a endometriose intestinal profunda, ou aquela que tem importância cirúrgica é definida como a endometriose que invade a camada muscular própria do intestino. Muitas vezes estas lesões são acompanhadas de aderências pélvicas e distorções anatômicas, as quais tornam o tratamento cirúrgico bastante difícil.

A maioria das endometrioses intestinais acometem o reto ou o sigmóide (90%), seguida pelo o apêndice cecal e a região ileocecal. A endometriose do apêndice, quando diagnosticada, deve ser tratada cirurgicamente, podendo se apresentar como quadro de apendicite aguda ou ser um achado incidental. A endometriose da região íleo-cecal tem um diagnóstico mais difícil, e é uma das causas de intussuscepção intestinal. Tem como diagnósticos diferenciais tumores ou doença inflamatória intestinal, e também deve ser tratada pela ressecção intestinal segmentar, especialmente quando sintomática.

Quanto a endometrioses que acomete o reto e o sigmóide, a indicação do tratamento cirúrgico é mais complexa e pode representar um dilema no qual temos de um lado os sintomas debilitantes da doença, e do outro a morbidade do procedimento cirúrgico. Assim, é mandatório que a decisão pelo tratamento cirúrgico seja baseada em uma avaliação clínica e radiológica detalhada, levando-se em conta as opções cirúrgicas com suas taxas de recorrência, impacto na qualidade de vida, sempre com a participação da paciente na decisão terapêutica.

Do ponto de vista de sintomatologia, a endometriose intestinal está mais frequentemente associada a dismenorréia, dispareunia, dor pélvica, infertilidade.^{1,2} Dos sintomas intestinais propriamente ditos, podemos destacar as alterações de hábito intestinal cíclicas, disquezia e sangramento – todos estes sintomas afetam a qualidade de vida da paciente pelo aumento do número de evacuações ou causando constipação progressiva.³⁻⁸ Os sintomas de dor ao evacuar e constipação cíclicas podem estar presentes na endometriose profunda sem acometimento intestinal.⁹ As aderências pélvicas causadas pela doença poderiam explicar tais sintomas.

Muitas pacientes apresentam sintomas similares a síndrome do intestino irritable, com dor abdominal e diarreia ou constipação de longa data, o que dificulta o raciocínio clínico e a decisão pela conduta cirúrgica.¹⁰

Outro fator que dificulta a decisão clínica é a avaliação da gravidade dos sintomas. O grau de sintomas pode não corresponder ao tamanho das lesões. Alguns pacientes com lesões extensas de reto são oligossintomáticos ou até mesmo assintomáticos. Por outro lado, pacientes com lesões pequenas podem ter sintomas intensos.¹¹

A maioria das pacientes com endometriose intestinal apresentam outras formas de endometriose, com destaque para os endometriomas de ovário e as lesões retrocervicais, que acometem mais da metade destas pacientes. Tanto as lesões de ovário quanto as lesões peritoneais ou retrocervicais contribuem com a dor pélvica e infertilidade, devendo assim serem consideradas na avaliação do tratamento.²

A relação da endometriose intestinal com infertilidade é controversa. Não existe estudo mostrando que a endometriose intestinal causa mais infertilidade que outras localizações da doença. Além disso, na maioria dos casos existe acometimento de outras estruturas pélvicas, o que dificulta atribuir a endometriose intestinal papel definitivo na infertilidade.¹²

Além das considerações acima, a forma de tratamento da endometriose deve ser baseada na idade da paciente, status hormonal, desejo reprodutivo, e intensidade dos sintomas, especialmente a dor pélvica. O tratamento cirúrgico deve ser considerado na dor pélvica incapacitante, nas pacientes com obstrução intestinal e em paciente com desejo reprodutivo nas quais tentativas de fertilização *in vitro* falharam (pelo menos duas).^{2, 13}

Pacientes próximas da menopausa tendem a ser tratadas mais conservadoramente em comparação as pacientes mais jovens. Pacientes assintomáticas com lesões diagnosticadas em exames de rotina, mesmo aquelas com quadro de infertilidade, não devem ser tratadas cirurgicamente de imediato. No entanto, grandes lesões, especialmente aquelas que comprometem o lúmen intestinal devem ser encaminhadas para tratamento cirúrgico.¹⁴

Com relação as pacientes com quadro de infertilidade e indicação de cirurgia intestinal, devemos lembrar que a ressecção discoide ou o shaving parecem oferecer melhores possibilidades de gravidez no pós operatório em comparação com a ressecção segmentar.¹⁵ Nas pacientes em que a dor pélvica é o principal sintoma relacionado a endometriose em estágios avançados e infertilidade, a tendencia é de se indicar tratamento cirúrgico. No entanto, em casos onde a dor pélvica não é muito intensa e o desejo reprodutivo é o fator motivador do tratamento, pode-se optar por tratamento hormonal e reprodução assistida, deixando a cirurgia como opção em caso de falha.^{16,17}

O diagnóstico da endometriose profunda, na qual se enquadra a endometriose intestinal, deve ser feito de maneira pormenorizada através de história clínica dirigida e exames complementares. O ultrassom transvaginal com preparo intestinal (USTV) demonstra em vários estudos ser superior a ressonância magnética (RM), ultrassom transretal e tomografia computadorizada, com sensibilidade superior a 75% em detectar endometriose intestinal.¹⁸ Nas lesões do reto e do sigmóide, o USTV determina não só o tamanho e o número de nódulos, mas também o grau de penetração da parede intestinal e a distância da borda anal, sendo assim a modalidade de escolha na avaliação da endometriose profunda..

Entretanto, alguns autores recomendam colonoscopia e RM para avaliação da endometriose profunda ou intestinal.¹⁹ A nosso ver, a colonoscopia é importante na avaliação da endometriose intestinal no sentido de excluir outras doenças colônicas tais como pólipos ou tumores, especialmente nas pacientes com sintoma de sangramento intestinal.

Com relação a cirurgia para o tratamento da endometrioses intestinal, geralmente é um procedimento complexo, lembrando que a endometriose acomete o reto ou o sigmoide a partir da serosa, infiltra a parede do intestino e causa intensa fibrose local, geralmente levando a fortes aderências nos órgãos e estrutura pélvica. Além disso, uma das características marcantes da endometriose é ser multifocal, especialmente quando o intestino é envolvido. Lesões multifocais profundas do reto e sigmoide são observadas em mais de 40% dos pacientes^{20,21}

As lesões maiores que 3 cm de diâmetro devem ser tratadas por ressecção segmentar, evitando estenose eventualmente causada por nodulectomia.²² Lesões menores que 3 cm podem ser tratadas por nodulectomia laparoscópica. Nos casos de lesão no reto menor que 3 cm, pode-se realizar a ressecção em disco utilizando grameador circular de 33mm ressecando em espessura total somente a parede anterior do reto. Esta técnica, pode ser precedida de shaving da lesão (para diminuir a espessura da lesão na parede retal) e, além de ser rápida, tem bons resultados pós operatórios.

É importante lembrar que o grau de penetração na parede intestinal também deve ser considerado no tratamento cirúrgico. Lesões superficiais que acometem somente a serosa, sem infiltração da muscular própria do reto pode ser tratadas conservadoramente²³

Outro aspecto importante do tratamento cirúrgico da endometrioses intestinal é o fato de frequentemente termos a necessidade de realizarmos anastomose intestinal no reto extraperitoneal. Estas anastomoses sabidamente estão sob maior risco de deiscência pós operatória e disfunções urinárias^{1,24} No entanto, devido ao fato da maioria das paciente serem jovens e a ressecção intestinal geralmente ser limitada (não é necessária ressecção intestinal com padrão oncológico), raramente é necessária derivação intestinal.

O envolvimento linfonodal na endometrioses intestinal está relacionado com a gravidade da doença, tendo íntima relação com o tamanho da lesão, grau de profundidade e porcentagem da circunferência intestinal acometida, estando relacionado a recorrência da doença.^{25,26}

Outros fatores também estão relacionados a recorrência pós operatória como tamanho da lesão, profundidade de infiltração na parede intestinal, porcentagem da circunferência intestinal acometida. Apesar de não serem fatores independentes determinantes de recorrência, a proposta de ressecção completa dos nódulos visíveis com envolvimento linfovascular parece ser importante para minimizar recorrências.²⁷

Existem basicamente 3 tipos de tratamento cirúrgico para a endometrioses intestinal – nodulectomia (incluindo ressecção em disco), shaving e ressecção segmentar. A comparação entre as diversas técnicas é extremamente difícil no que diz respeito a resultados e impacto na qualidade de vida, já que cada técnica tem indicação específica. Entretanto, parece que quanto mais conservador o tratamento melhor o resultado funcional obtido.²⁷⁻²⁹

As complicações do tratamento cirúrgico da endometriose intestinal profunda, tanto nos procedimentos menos agressivos quanto nas ressecções mais radicais incluem fistulas (0 a 14%), hemorragia (1 a 10%) disfunção urinária e evacuatória, incluindo piora da constipação. Além disso a taxa de conversão fica em torno de 12%, lembrando que o padrão ouro para o tratamento da endometriose é por via laparoscópica.^{1, 30-32}

Considerando as complicações maiores, existem 3 fatores de risco para a sua ocorrência – abertura da vagina para liberar aderências com a parede anterior do reto (aumenta risco de fístula reto vaginal), uso excessivo de eletrocautério, e anastomoses abaixo de 8cm da borda anal. A dissecação cuidadosa dos tecidos com hemostasia adequada, uso de fontes alternativas de energia e fechamento cuidadoso da vagina com interposição de epiplon nos casos de abertura da parede da mesma, minimizam os riscos destas complicações.^{1,33,34}

As taxas de recorrência observada na literatura varia de 4 a 25%, sendo extremamente difícil definir se o motivo da recorrência relaciona-se ao tipo de abordagem intestinal ou a gravidade da doença em si.³³ Assim, a indicação de um segundo procedimento cirúrgico deve ser cuidadosamente avaliado pesando-se o custo - benefício de uma reintervenção, levando-se em conta que existem evidências na literatura demonstrando que procedimentos cirúrgicos conservadores repetidos tem a mesma eficácia e limitações do procedimento original.^{34,35}

Nos casos de recorrência é importante distinguir entre pacientes com dor pélvica e infertilidade. As pacientes cujo objetivo principal é resolver a questão da infertilidade, a reprodução assistida apresenta melhores resultados que uma segunda operação.^{34, 37}

Finalmente, o objetivo da endometriose intestinal é oferecer melhora sintomática, com melhora da qualidade de vida da paciente. O tratamento medicamentoso não cura a endometriose profunda, provavelmente por conta do componente fibroso das lesões que representam 80% nas lesões intestinais profundas.^{38,39} Por outro lado, o tratamento clínico é eficaz para alívio de sintomas, o que beneficia muitas pacientes que podem não necessitar de tratamento cirúrgico.⁴⁰

REFERENCIAS

1. Ruffo G, Scopelliti F, Scioscia M, Ceccaroni M, Mainardi P, Minelli L. Laparoscopic colorectal resection for deep infiltrating endometriosis: analysis of 436 cases. *SurgEndosc* 2010;24:63–67.
2. Chapron C, Santulli P, de Ziegler D, Noel JC, Anaf V, Streuli I, Foulot H, Souza C, Borghese B. Ovarian endometrioma: severe pelvic pain is associated with deeply infiltrating endometriosis. *Hum Reprod* 2012;27:702–711.
3. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2007;62:461–470. Review.
4. Bailey HR, Ott MT, Hartendorp P. Aggressive surgical management for advanced colorectal endometriosis. *Dis Colon Rectum* 1994;37:747–753.
5. Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG* 2000;107:44–54.
6. Redwine DB, Wright JT. Laparoscopic treatment of complete obliteration of the cul-de-sac associated with endometriosis: long-term follow-up of en bloc resection. *Fertil Steril* 2001;76:358–365.

7. Darai E, Ackerman G, Bazot M, Rouzier R, Dubernard G. Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications. *Surg Endosc* 2007a;21:1572–1577.
8. Fourquet J, Ba'ez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil Steril* 2011;96:107–112.
9. Roman H, Ness J, Suciú N, Bridoux V, Gourcerol G, Leroi AM, Tuech JJ, Ducrotte P, Savoye-Collet C, Savoye G. Are digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis specific to lesion localizations? A preliminary prospective study. *Hum Reprod* 2012;27:3440–3449.
10. Haggag H, Solomayer E, Juhasz-Bozsik I. The treatment of rectal endometriosis and the role of laparoscopic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2011;23:278–282.
11. Chapron C, Bourret A, Chopin N, Dousset B, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, de Ziegler D, Borghese B. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. *Hum Reprod* 2010;25:884–889.
12. van Dijk LJ, Nelen WL, d'Hooghe TM, Dunselman GA, Hermens RP, Bergh C, Nygren KG, Simons AH, de Sutter P, Marschall C et al. The European Society of Human Reproduction and Embryology guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis: an electronic guideline implementability appraisal. *Implement Sci* 2011;6:7.
13. Anaf V, Simon P, El Nakadi I, Fayt I, Buxant F, Simonart T, Peny MO, Noel JC. Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Hum Reprod* 2000;15:1744–1750.
14. Bachmann R, Bachmann C, Lange J, Kraemer B, Brucker SY, Wallwiener D, Konigshainer A, Zdiclavsky M. Surgical outcome of deep infiltrating colorectal endometriosis in a multidisciplinary setting. *Arch Gynecol Obstet* 2014;290:919–924.
15. Mohr C, Nezhat FR, Nezhat CH, Seidman DS, Nezhat CR. Fertility consideration in laparoscopic treatment of infiltrative bowel endometriosis. *J Soc Laparosc Surg* 2005;9:16–24.
16. Darai E, Bazot M, Rouzier R, Coutant C, Ballester M. Colorectal endometriosis and fertility. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:1214–1247. Review
17. Meuleman C, Tomassetti C, Wolthuis A, Van Cleynenbreugel B, Laenen A, Penninckx F, Vergote I, D'Hoore A, D'Hooghe T. Clinical outcome after radical excision of moderate-severe endometriosis with or without bowel resection and reanastomosis: a prospective cohort study. *Ann Surg* 2014;259:522–531.
18. Abrao 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;22:3092–3097.
19. Zanardi R, Del Frate C, Zuiani C, Bazzocchi M. Staging of pelvic endometriosis based on MRI findings versus laparoscopic classification according to the American Fertility Society. *Abdom Imaging* 2003;28:733–742.
20. 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;20:2317–2320.
21. Kavallaris A, Konigshainer C, Kuhne-Heid R, Schneider A. Histopathological extent of rectal invasion by rectovaginal endometriosis. *Hum Reprod* 2003;18:1323–1327.
22. Moawad NS, Guido R, Ramanathan R, Mansuria S, Lee T. Comparison of laparoscopic anterior discoid resection and laparoscopic low anterior resection of deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. *JSL S* 2011;15:331–338.
23. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, Vacher-Lavenu MC, Dubuisson JB. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod* 2003;18:157–161.
24. Dousset B, Leconte M, Borghese B, Millischer AE, Roseau G, Arkwright S, Chapron C. Complete surgery for low rectal endometriosis: long-term results of a 100-case prospective study. *Ann Surg* 2010;251:887–895.

25. Abrao MS, Podgaec S, Dias JA Jr, Averbach M, Garry R, Ferraz Silva LF, Carvalho FM. Deeply infiltrating endometriosis affecting the rectum and lymph nodes. *Fertil Steril* 2006;86:543–547.
26. Mechsner S, Weichbrodt M, Riedlinger WF, Kaufmann AM, Schneider A, Kohler C. Immunohistochemical evaluation of endometriotic lesions and disseminated endometriosis-like cells in incidental lymph nodes of patients with endometriosis. *Fertil Steril* 2010;94:457–463.
27. Roman H, Loisel C, Resch B, Tuech JJ, Hochain P, Leroi AM, Marpeau L. Delayed functional outcomes associated with surgical management of deep rectovaginal endometriosis with rectal involvement: giving patients an informed choice. *Hum Reprod* 2010;25:890–899.
28. Roman H, Vassilief M, Gourcerol G, Savoye G, Leroi AM, Marpeau L, Michot F, Tuech JJ. Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: pleading for a symptom-guided approach. *Hum Reprod* 2011;26:274–281.
29. Roman H, Vassilief M, Tuech JJ, Huet E, Savoye G, Marpeau L, Puscasiu L. Postoperative digestive function after radical versus conservative surgical philosophy for deep endometriosis infiltrating the rectum. *Fertil Steril* 2013; 99:1695–1704.
30. Meuleman C, d'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Beks N, d'Hooghe T. Outcome after multidisciplinary CO2 laser laparoscopic excision of deep infiltrating colorectal endometriosis. *Reprod Biomed Online* 2009;18:282–289.
31. Darai E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007b;19:308–313. Review.
32. Armengol-Deber L, Savoye G, Leroi AM, Gourcerol G, Savoye-Collet C, Tuech JJ, Vassilief M, Roman H. Pathophysiological approach to bowel dysfunction after segmental colorectal resection for deep endometriosis infiltrating the rectum: a preliminary study. *Hum Reprod* 2011;26:2330–2335.
33. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, VanCleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I, D'Hooghe T. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update* 2011;17:311–326.
34. Trencheva K, Morrissey KP, Wells M. Identifying important predictors for anastomotic leak after colon and rectal resection: prospective study on 616 patients. *Ann Surg* 2013;257:108–113.
35. Vercellini P, Barbara G, Abbiati A, Somigliana E, Vigano P, Fedele L. Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009b;146:15–21.
36. Berlanda N, Vercellini P, Fedele L. The outcomes of repeat surgery for recurrent symptomatic endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010;22:320–325.
37. Berlanda N, Vercellini P, Somigliana E, Frattaruolo MP, Buggio L, Gattei U. Role of surgery in endometriosis-associated subfertility. *Semin Reprod Med* 2013;31:133–143.
38. Thomassin I, Bazot M, Detchev R, Barranger E, Cortez A, Darai E. Symptoms before and after surgical removal of colorectal endometriosis that are assessed by magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1264–1271.
39. Darai E, Thomassin I, Barranger E, Detchev R, Cortez A, Houry S, Bazot M. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:394–400.
40. Ferrero S, Camerini G, Ragni N, Venturini PL, Biscaldi E, Remorgida V. Norethisterone acetate in the treatment of colorectal endometriosis: a pilot study. *Hum Reprod* 2010; 25:94–100.