

Endometriose profunda: como abordar?

Deep endometriosis: how to approach?

Alessandra Pelligia¹
Carlos Alberto Petta²

Palavras-chave

Endometriose
Diagnóstico
Terapêutica

Keywords

Endometriosis
Diagnosis
Therapeutics

Resumo

A endometriose é uma doença crônica de mulheres em idade reprodutiva com sintomas que levam à diminuição na qualidade de vida e à infertilidade. As formas infiltrativas da doença penetram mais que 5 mm abaixo da superfície peritoneal, representando lesões ativas e fortemente relacionadas com dor pélvica e dispareunia profunda. A abordagem da mulher com endometriose profunda representa nos dias de hoje grande desafio para muitos ginecologistas. O diagnóstico pode ser realizado por várias técnicas, porém a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética são métodos que aumentam as chances de se detectar múltiplos nódulos, as camadas envolvidas e a distância da borda anal. Não existem dados consistentes na literatura que afirmem qual a melhor opção de tratamento, clínico ou cirúrgico. A terapêutica clínica envolve medicamentos direcionados à melhora da dor, enquanto a cirúrgica baseia-se nas possíveis técnicas operatórias com menor índice de morbidade e de complicações. Assim, a mulher com endometriose deve ser abordada individualmente e de preferência com uma equipe multidisciplinar, para que se obtenham os melhores resultados, visando exclusivamente à melhora dos sintomas.

Abstract

Endometriosis is a chronic disease of reproductive-aged women with symptoms that lead to decreased quality of life and infertility. The infiltrative forms of the disease penetrate more than 5 mm the peritoneal surface, representing active lesions and strongly related to pelvic pain and deep dyspareunia. Nowadays, the treatment of deep endometriosis is a great challenge for many gynecologists. The diagnosis can be performed by many techniques, but the vaginal ultrasound and the magnetic resonance imaging are methods that increase the chances in detecting multiple nodules, layers involved and the distance from the anal verge. There are no consistent data in the literature that state which is the best treatment, medical or surgical. The medical therapy involves drugs related to pain relief, while the surgery is based on surgical techniques with less morbidity and complications. Therefore, women with endometriosis should be treated individually and preferably with a multidisciplinary team, to achieve the best results, in order exclusively to improve the symptoms.

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil.

¹ Doutora em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (FCM-UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil.

² Professor Livre-docente da FCM-UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Carlos Alberto Petta – Rua Eduardo Lane, 380 – Jardim Guanabara – CEP: 13075-050 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: cpetta@me.com

Introdução

A endometriose se caracteriza pela presença de tecido endometrial em sítios ectópicos, principalmente em ovários e em ligamentos uterossacros, com acometimento em 10 a 15% das mulheres durante a vida reprodutiva¹ (D).

Em 1990, Cornillie e colaboradores introduziram o conceito de endometriose infiltrativa, também denominada endometriose profunda, caracterizada por focos com mais de 5 mm de profundidade, podendo estar localizada no fundo de saco de Douglas, no espaço vesico-uterino e em outras localizações na pelve² (D). Em 2002, Martin enfatizou que a endometriose de septo retovaginal seria aquela que acomete o tecido conjuntivo entre a vagina e o reto, usualmente presente a partir do terço médio da vagina para baixo, diferindo da doença profunda mais alta, posterior ao colo uterino, a qual foi denominada de endometriose retrocervical³ (D).

O diagnóstico de endometriose deve ser considerado quando a história clínica evidenciar os sintomas de dismenorrea, dor pélvica acíclica crônica, dispareunia de profundidade, sintomas intestinais e urinários cíclicos, e infertilidade.

Atualmente, o grande desafio no manejo da endometriose profunda se resume em fazer um diagnóstico adequado e, conseqüentemente, estabelecer a proposta terapêutica que pode ser cirúrgica, tendo como seu foco principal a ressecção completa das lesões ou a terapia clínica com a utilização de medicamentos que visam exclusivamente à melhora da dor. Apesar de o toque vaginal ser satisfatório na detecção de nódulos dolorosos, em algumas pacientes esse método não revela anormalidades. Por esse motivo, outros métodos, como o ultrassom transvaginal, o ultrassom transretal e a ressonância magnética, têm sido usados na tentativa de melhora do diagnóstico não invasivo dessa patologia⁴ (B).

Visando a uma conduta mais adequada diante dessa patologia e a uma melhora na qualidade de vida das mulheres acometidas, definiu-se como objetivo deste estudo a abordagem da endometriose profunda com relação ao seu diagnóstico e às suas opções de tratamento.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão realizado em 2011 considerando como critérios de inclusão as publicações que respeitavam as questões investigadas, bem como os idiomas inglês e português. Os descritores utilizados na língua portuguesa foram: “endometriose”, “diagnóstico”, “tratamento clínico” e “tratamento cirúrgico”.

A busca se concentrou nas bases de dados do MEDLINE/PubMed, do LILACS/SciELO e da Biblioteca Cochrane por artigos nacionais e internacionais, elegendo os que apresentavam maior relevância clínica e evidências científicas disponíveis, os quais foram classificados de acordo com seu nível e grau de recomendação. Foram priorizados os artigos mais recentes, artigos com maior nível de evidência, bem como os *Guidelines* direcionados às atualizações para diagnóstico e planejamento terapêutico da endometriose profunda, totalizando 34 artigos.

Discussão

Diagnóstico da endometriose profunda

Os sítios principais da endometriose profunda são: região retrocervical (ligamentos uterossacros e *torus* uterino), vagina, intestino (reto, sigmoide, íleo e apêndice), bexiga e ureteres. As lesões de septo retovaginal (entre o terço médio da vagina e o reto) são relativamente raras e podem ser avaliadas pelos mesmos exames que se usam para retossigmoide⁵.

Clinicamente, os exames propostos para esses casos tornam-se limitados para se obter a real extensão das lesões endometrióticas profundas^{4,5} (B). Esse fato requer a utilização de outros métodos para auxiliar no diagnóstico e no estadiamento da doença.

Durante muito tempo, a videolaparoscopia foi o único método considerado adequado para esse fim, porém, atualmente, vários métodos de imagem são úteis na avaliação da endometriose profunda incluindo o ultrassom (transvaginal e transabdominal, com transdutor de alta resolução da fossa ilíaca direita), a ressonância magnética e o ultrassom transretal/endoscópico (USTR).

Enema opaco e colonoscopia

O enema opaco e a colonoscopia apresentam sensibilidade e especificidade baixas para o diagnóstico da endometriose profunda. Esses exames normalmente revelam apenas sinais indiretos, visto que avaliam somente a superfície interna e o calibre da alça, detectando unicamente lesões de mucosa⁶ (B).

Tomografia computadorizada

A tomografia computadorizada tem a capacidade de detectar a espessura da parede, porém sem distinção entre os diversos tecidos de partes moles, com dificuldade em diferenciar e delimitar os órgãos pélvicos e suas lesões¹ (D).

Urografia excretora

A urografia excretora pode indicar se há comprometimento dos ureteres e da bexiga, porém pode não detectar pequenas

lesões vesicais. Além disso, assim como a tomografia, esse exame utiliza contraste iodado e radiação ionizante com seus consequentes riscos¹ (D).

Ultrasonografia e ressonância magnética

Endometriose intestinal, retrocervical e vaginal

Ao se avaliar essas regiões em busca de um planejamento cirúrgico adequado, deve-se atentar para: o tamanho e o número de lesões, as camadas da parede intestinal comprometida, a circunferência da alça envolvida, bem como a distância da borda anal^{7,8} (B).

A ultrasonografia endoscópica retal apresenta sensibilidade de 100% e especificidade de 67% para detecção de nódulos endometrióticos em reto e em sigmoide⁴ (B).

Quando se compara o uso de ultrassom transvaginal com ultrassom transretal, a literatura médica aponta como resultado favorável o uso do primeiro método.

Em 2003, em um estudo prospectivo, Bazot et al. compararam os dois métodos evidenciando uma sensibilidade (95%) e uma especificidade (100%) maior para o ultrassom transvaginal⁹ (B). Picketty et al., em 2009, obteve resultados semelhantes comparando os dois métodos na avaliação de lesões de retossigmoide, com sensibilidade de 90% e especificidade de 96%, ressaltando apenas que o ultrassom transvaginal foi realizado sem preparo intestinal¹⁰ (B).

O ultrassom transvaginal com preparo intestinal, além de ser um excelente método para avaliar o tamanho das lesões intestinais - inclusive com estimativa da circunferência da alça comprometida¹¹ (C) – apresenta uma sensibilidade de 81% e uma especificidade de 99% na determinação da existência de mais de um nódulo em retossigmoide. Na avaliação do comprometimento das camadas, a sensibilidade e a especificidade são de 100% para infiltração até, pelo menos, a muscular própria, e 83 e 94%, respectivamente, para infiltração da submucosa/mucosa⁷ (B).

O USTR também é considerado uma ferramenta importante e eficiente no diagnóstico da infiltração da parede. Ele apresenta alta acurácia para determinar o tamanho e o número das lesões, além da distância da borda anal, porém com limitações para diagnóstico de infiltração da camada submucosa¹² (B).

Existem algumas desvantagens do ultrassom transretal com relação aos outros métodos principalmente porque este permite a avaliação apenas do retossigmoide e dos sítios adjacentes, não sendo adequado para focos em apêndice, íleo, ovários e bexiga, além de apresentar dificuldade na avaliação da porcentagem de comprometimento da alça, dependendo sempre de qual transdutor está sendo usado, devendo-se dar preferência aos transdutores radiais, aos multiplanares ou ao 3D¹² (B).

Mais recentemente, um estudo italiano comparou a ressonância magnética com o ultrassom 3D no diagnóstico da endometriose profunda. Os autores relataram uma especificidade e uma sensibilidade alta para ressonância magnética em todos os sítios avaliados, sendo que o ultrassom 3D apresentou boa acurácia somente em algumas localizações específicas¹² (B).

Por fim, a ressonância magnética torna-se um método eficiente na detecção de nódulos intestinais, bem como da sua distância da borda anal, porém é um método inferior ao ultrassom quando há necessidade de avaliação do número de lesões e a camada comprometida¹³ (B).

Em 2007, Abrão et al. avaliaram o toque, o ultrassom transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética na caracterização de lesões retrocervicais e de retossigmoide, evidenciando que o ultrassom transvaginal apresenta uma acurácia superior aos outros dois métodos⁴ (B). Esses resultados condizem com os resultados apresentados por Hudelist et al., confirmando a alta acurácia do ultrassom transvaginal, mesmo que realizado sem preparo intestinal, nos mesmos sítios de acometimento, reforçando ainda mais a real importância desse exame como diagnóstico e como planejamento cirúrgico da endometriose profunda¹⁴ (B).

Para avaliação do íleo terminal e do apêndice, a avaliação da fossa ilíaca direita e pelve com ultrassom por via pélvica transabdominal e transvaginal é o método de escolha, visto que a ressonância magnética e a tomografia computadorizada são inferiores na detecção de lesões nesses sítios de acometimento¹¹ (C).

Para detecção de nódulos de endometriose na vagina, os métodos mais utilizados são o ultrassom transvaginal e a ressonância magnética, que, ao serem realizados com gel, facilitam a visualização das lesões e do grau de infiltração, orientando assim o cirurgião para o procedimento cirúrgico¹¹ (C).

Vias urinárias

Para a avaliação das lesões do trato urinário, a ressonância magnética e o ultrassom (via abdominal e transvaginal), têm a sua importância no sentido de identificar sinais de hidronefrose ou de infiltração do músculo detrusor, fatores importantes para o planejamento terapêutico¹¹ (C).

Na endometriose de bexiga, avaliou-se, em um primeiro tempo, a sensibilidade e a especificidade do ultrassom transvaginal em identificar esses tipos de lesões, com resultados de 71% de sensibilidade e 100% de especificidade¹⁵ (B). A ressonância magnética foi avaliada em um segundo tempo, obtendo-se 88% de sensibilidade e 99% de especificidade para o mesmo sítio de acometimento¹⁶ (B).

Tratamento da endometriose profunda

A dor pélvica é um dos principais sintomas em pacientes com endometriose. O tratamento desse sintoma envolve tanto a terapêutica cirúrgica conservadora como o procedimento cirúrgico radical ou até mesmo a sua supressão por meio de recursos medicamentosos. Muitos desses tratamentos atingem apenas uma melhora parcial, com alta taxa de recorrência após a interrupção do medicamento.

Assim, a terapia adequada deve se basear no tratamento individualizado de cada paciente, relacionando-o com seus sintomas e seu desejo reprodutivo¹⁷ (B).

Tratamento clínico

O Comitê de Normas Práticas da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) preconiza que a endometriose deve ser vista como uma doença crônica que exige uma estratégia de tratamento em longo prazo, visando a maximizar a terapêutica medicamentosa em detrimento de repetidos tratamentos cirúrgicos¹⁸ (B).

Nesta revisão, abordaremos alguns métodos hormonais que apresentam impacto positivo no alívio da dor em pacientes com endometriose profunda. Daremos prioridade às medicações hormonais que têm sua aplicabilidade clínica e aprovação para uso no Brasil. Portanto, alguns tratamentos, por exemplo, inibidores de aromatase ou imunomoduladores, bem como a terapia não medicamentosa que envolve a fisioterapia e a acupuntura, não serão abordados nesta revisão apesar de apresentarem importância no tratamento dessa patologia.

Contraceptivos combinados

Contraceptivos orais combinados

Por muitos anos, os contraceptivos orais têm sido utilizados na prática clínica como a medicação de escolha no alívio da dor e da dismenorreia associada à endometriose.

Quando usados de forma cíclica, os contraceptivos orais representam a única forma de tratamento para endometriose que permite o sangramento mensal. Existem alguns estudos na literatura que demonstram que muitas mulheres podem se beneficiar da troca para a administração contínua, sendo esta uma maneira simples, eficaz e com boa tolerância de uso em longo prazo¹⁹ (B).

Acompanhando esse raciocínio, mais recentemente, foi realizado um estudo comparando o uso de contraceptivos orais com análogo do GnRH na melhora da dor de pacientes com endometriose. Ambos apresentaram uma melhora significativa mediante a escala visual analógica de dor, tanto clinicamente quanto por meio de ferramentas para se avaliar a qualidade de vida, porém com menores efeitos colaterais no grupo dos contraceptivos orais²⁰ (A).

Anel vaginal/ adesivo

Hoje se sabe que o tratamento hormonal tem a capacidade apenas de controlar a endometriose sintomática sem conseguir curá-la definitivamente; assim que se interrompe o medicamento, as taxas de recorrência tornam-se elevadas.

Partindo do princípio de que o tratamento da dor em pacientes com endometriose necessita de um acompanhamento em longo prazo e a aderência ao tratamento pode ser prejudicada pela tomada diária do medicamento, foi proposto um estudo em que as pacientes com recorrência dos sintomas após cirurgia conservadora optavam por usar o anel vaginal ou o adesivo de forma contínua.

As pacientes que optaram pelo anel vaginal apresentaram melhor redução da dor quando comparado ao adesivo, como também maior índice de satisfação e de aderência ao tratamento²¹ (C).

Progestógenos

Os progestógenos levam a uma decidualização seguida de hipotrofia do tecido endometrial, podendo ser administrados por via oral, intramuscular, por meio de sistema intrauterino e implantes subdérmicos.

Progestógeno oral

Ao se comparar a eficácia de uma pílula contendo somente progestógeno na dismenorreia recorrente, após tratamento cirúrgico conservador, com uma pílula combinada, observou-se que ambas se mostraram eficientes, com boa tolerabilidade, diferenciando-se apenas nos seus efeitos colaterais²² (B).

Progestógeno injetável

A eficácia da formulação da medroxiprogesterona de depósito na endometriose foi comprovada em um estudo randomizado no qual se comparou a medroxiprogesterona na forma subcutânea com o análogo do GnRH. Essas medicações foram aplicadas a cada três meses, e observou-se que ambas apresentavam redução semelhante no padrão de dor, com perda de massa óssea menor nas pacientes do primeiro Grupo²³ (A).

Dessa forma, o acetato de medroxiprogesterona pode ser uma alternativa econômica e eficaz, porém com uma seleção criteriosa devido a seus efeitos colaterais.

O sangramento uterino anormal pode tornar-se prolongado e de difícil controle, principalmente pela impossibilidade de interrupção do tratamento, dificultando assim a tolerabilidade desse medicamento por parte das pacientes. Reserva-se, portanto, a sua aplicabilidade aos casos de endometriose sintomática residual após a cirurgia definitiva²⁴ (D).

Implante subdérmico

Mais recentemente, realizou-se um estudo em que as pacientes foram randomizadas para receber o implante subdérmico ou medroxiprogesterona injetável. Esse estudo mostrou haver melhora do padrão de dor após um ano, sem diferenças significativas entre os dois Grupos.

Essa pesquisa reforça a ideia de que o implante subdérmico pode ser utilizado como uma opção terapêutica no acompanhamento de pacientes com endometriose profunda apesar de necessitar de mais estudos randomizados para comprovação de sua eficácia em longo prazo²⁵ (A).

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

O uso do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel em mulheres com endometriose profunda oferece uma série de vantagens em relação a outros tratamentos sistêmicos convencionais, principalmente quando se avalia segurança e tolerabilidade. O mecanismo de ação desse dispositivo se resume numa atividade mediada por receptor de levonorgestrel nos focos de endometriose através da circulação sanguínea ou diretamente através da difusão do útero, ou ainda de uma forma secundária por meio do estabelecimento do padrão de oligomenorreia com consequente diminuição do sangramento cíclico nos focos ectópicos²⁴ (D).

Fedele, em 2001, selecionou 11 mulheres com endometriose do septo retovaginal sintomáticas que anteriormente haviam sido submetidas à cirurgia conservadora sem retirada das lesões profundas para que recebessem o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. Após um ano de seguimento, observou-se melhora importante na dispareunia de profundidade acompanhada de redução no tamanho das lesões²⁶ (C).

Ao se comparar o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel com análogo do GnRH, observa-se diminuição importante da dor sem diferença significativa nos dois Grupos, podendo ser o dispositivo uma opção principalmente por não causar sinais de hipostrogenismo²⁷ (A).

Apesar dos resultados apresentados, necessita-se de mais estudos comparativos para confirmação dos efeitos do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel na dispareunia.

Análogo do GnRH

Os análogos atuam na hipófise, levando à dessensibilização dos receptores de GnRH, impedindo a síntese hipofisária de gonadotrofinas com consequente bloqueio de estrogênios pelos ovários. Podem ser encontrados na forma de *spray* nasal, intramuscular ou subcutâneo.

Como a medicação induz a um estado de hipostrogenismo quase que absoluto, os sinais e os sintomas da pós-menopausa

são frequentes. Dessa maneira, deve ser instituída a terapia de *add-back* com o intuito de melhorar a qualidade de vida e principalmente impedir a perda de massa óssea¹⁷ (D).

É preciso sempre estar atento ao tempo de uso da medicação, que não deve ser superior a seis meses. Após esse período, a paciente deve ser mantida em amenorreia com contraceptivo hormonal²⁴ (D).

Novamente, Fedele avaliou o efeito do tratamento com acetato de leuprolide, na dose de 3,75 mg IM, a cada 28 dias, por 6 meses, em 15 mulheres sintomáticas com endometriose do septo retovaginal que já haviam sido submetidas a tratamento cirúrgico sem excisão das lesões profundas. Ao final do tratamento, observou-se melhora importante da dismenorreia e dispareunia profunda²⁸ (B).

No geral, poucos estudos avaliam o uso de tratamento clínico para casos de endometriose profunda, em geral apenas série de casos, o que limita muito a extrapolação dos resultados apresentados para casos de endometriose profunda.

Tratamento cirúrgico

A decisão sobre a realização do tratamento cirúrgico depende principalmente da sintomatologia e da característica das lesões, bem como da idade e do desejo reprodutivo da paciente. Os métodos de imagem, já discutidos anteriormente, são importantes para determinar a estratégia cirúrgica, pois mostram o local de comprometimento da doença, o tamanho e o número das lesões. No caso de endometriose intestinal, as imagens nos auxiliam na identificação das camadas e da circunferência de alça envolvidas, e da distância da borda anal^{4,7} (B).

Endometriose profunda retrocervical, de cúpula vaginal e de ligamentos uterossacros

Na literatura, existem diferentes formas de abordagem para esses tipos de lesões, porém sem nenhum ensaio clínico randomizado que faça a comparação das técnicas. No entanto, é consenso que se deva realizar a excisão completa dos focos em toda a sua extensão por meio da energia monopolar¹ (D).

Endometriose do trato urinário

O tratamento cirúrgico da endometriose de bexiga consiste na ressecção completa das lesões por via laparoscópica ou laparotômica com sutura da parede vesical. No caso de endometriose de ureter, devemos realizar ureterólise seguida de ressecção das lesões principalmente a fim de obter o alívio dos sintomas obstrutivos²⁹ (C).

Por não ser um sítio de frequente acometimento, infelizmente, na literatura, não existem ensaios clínicos controlados que avaliem a melhora dos sintomas pré e pós-cirurgia na endometriose do trato urinário.

Endometriose intestinal

O tratamento cirúrgico com ressecção da área acometida parece ser a forma terapêutica mais efetiva em casos de endometriose intestinal, com alívio dos sintomas ginecológicos e digestivos, além do controle da dor³⁰ (C). Porém, ainda existe controvérsia quanto à indicação desses procedimentos, já que as taxas de complicações podem ser elevadas³¹ (C).

A via laparoscópica é a via de acesso de escolha, sendo que as taxas de conversão para laparotomia giram em torno de 7,8%³⁰ (C). Atualmente, o grande questionamento refere-se a qual técnica cirúrgica utilizar: a ressecção segmentar ou em disco.

O argumento em favor da ressecção segmentar se baseia na remoção eficaz do foco de endometriose, principalmente com lesões acima de três centímetros³¹ (C). A ressecção discoide deve ser reservada para nódulos menores.

Considerando que a ressecção segmentar cursa com uma taxa de morbidade maior, a adequada seleção das pacientes parece ser o fator crucial para a decisão de qual tratamento a ser instituído.

Em um estudo de caso-controle em que se avaliou a eficácia de realizar a ressecção discoide (caso) comparando com a ressecção segmentar (controle) nos casos de endometriose profunda, não houve diferença significativa entre as duas técnicas, com exceção somente para tempo de internação, maior tempo de ileostomia, febre pós-operatória e maior tempo de disfunção vesical no Grupo Controle. Os autores concluíram que a ressecção discoide parece ser factível, com melhora dos sintomas, podendo ser opção de escolha em alguns casos selecionados, evitando-se as complicações pós-operatórias³² (C).

Em um estudo prospectivo, com avaliação de 93 mulheres, por meio de aplicação de questionário de qualidade de vida (SF-36) antes e após a retossigmoidectomia, pôde-se observar em todos os parâmetros avaliados melhora dos escores, indicando mais uma vez que a excisão cirúrgica das lesões endometrióticas em mulheres sintomáticas é bastante benéfica³³ (B).

Mais recentemente, um estudo avaliou a qualidade de vida de mulheres antes e após a ressecção segmentar por via laparoscópica. Identificou-se que essas mulheres apresentaram uma melhora substancial no padrão de vida, mostrando que essa técnica preenche adequadamente o tratamento da endometriose nesse sítio de acometimento³⁴ (B).

Portanto, a escolha da técnica ideal para abordagem cirúrgica deve ser baseada na individualização de cada paciente e, principalmente, na habilidade cirúrgica da equipe.

Considerações finais

Nesta revisão, procuramos abordar alguns critérios para diagnóstico e tratamento da endometriose profunda. O diagnóstico da endometriose e a decisão sobre o tipo de tratamento a ser implantado depende de uma boa história clínica, além do exame físico e dos métodos de imagem.

Inicialmente, o USTR era o método mais utilizado para a avaliação do retossigmoide, porém, atualmente, por haver à disposição mais aparelhos e médicos especializados, a tendência é focar nos métodos de ultrassom transvaginal e de ressonância magnética.

A maioria dos artigos publicados evidencia o uso do ultrassom transvaginal sem preparo intestinal, porém nossa experiência comprova que, ao realizar esse preparo, são maiores as chances de se detectar múltiplos nódulos, as camadas envolvidas e a distância da borda anal.

Não existem dados consistentes na literatura que afirmem qual a melhor opção de tratamento, clínico ou cirúrgico, para o alívio da dor em mulheres com endometriose profunda. Nesse sentido, o tratamento deve ser individualizado e acompanhado por uma equipe multidisciplinar especializada, orientado pelo desejo reprodutivo e sintomatologia, buscando assim uma melhora na qualidade de vida dessas mulheres.

Leituras suplementares

- Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al; on behalf of the ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20(10):2698-704.
- Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril.* 1990; 53(6):978-83.
- Martin DC. Research aspects of endometriosis surgery. *Ann N Y Acad Sci.* 2002;955:353-9, discussion 389-93, 396-406.
- Abrao MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, BlasbalgR. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22(12):3092-7.
- Chapron C, Dubuisson JB, Pansini V, Vieira M, Fauconnier A, Dousset B, et al. Routine clinical examination is not sufficient for the diagnosis and establishing the location of deeply infiltrating endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9(2):115-9.
- Abrao 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(1):50-4.
- Gonçalves MO, Podgaec S, Dias JA Jr, Gonzales 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(3):665-71.
- Abrao MS, Podgaec 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(3):280-5.
- Bazot M, Bornier C, Dubernard G, Roseau G, Cortez A, Darai E. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22(5):1457-63.
- Piketny M, Chopin N, Dousset B, Bellaische AEM, 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(3):602-7.
11. 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(2):156-60.
 12. 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(4):1008-13.
 13. Grasso FR, Di Giacomo V, Sedati P, Sizzi O, Florio G, Faiella E, et al. Diagnosis of deep infiltrating endometriosis: accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal 3D ultrasonography. *Abdom Imaging* 2010;35(6):716-25.
 14. Hudelist G, Ballard K, English J, Wright J, Banerjee S, Mastoroudes H, et al. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37(4):480-7.
 15. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24(2):180-5.
 16. Bazot M, Darai E, Hourani R, Thomassin I, Cortez A, Uzan S, et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology.* 2004;232(2):379-89.
 17. Vercellini P, Crosignani PG, Somigliana E, Berlanda N, Barbara G, Fedele L. Medical treatment for rectovaginal endometriosis: what is the evidence? *Hum Reprod.* 2009;24(10):2504-14.
 18. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril.* 2008;90(5 Suppl):S260-9.
 19. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril.* 2003;80(3):560-3.
 20. Guzick DS, Huang LS, Broadman BA, Nealon M, Hornstein MD. Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain. *Fertil Steril.* 2011;95(5):1568-73.
 21. Vercellini P, Barbara G, Somigliana E, Bianchi S, Abbiati A, Fedele L. Comparison of contraceptive ring and patch for the treatment of symptomatic endometriosis. *Fertil Steril.* 2010;93(7):2150-61.
 22. Razzi S, Luisi S, Ferretti C, Calonaci F, Gabbanini M, Mazzini M, et al. Use of a progestogen only preparation containing desogestrel in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;135(2):188-90.
 23. Crosignani PG, Luciano A, Ray A, Bergqvist A. Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Hum Reprod;* 2006;21(1):248-56.
 24. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Crosignani PG. Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. *Drugs.* 2009;69(6):649-75.
 25. Walch K, Unfried G, Huber J, Kurz C, van Trotsenburg M, Pernicka E, et al. Implanon versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis - a pilot study. *Contraception* 2009;79(1):29-34.
 26. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel - releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2001;75:485-8.
 27. Petta CA, Ferriani RA, Abrão MS, Hassan D, Rosa E, Silva JC, et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20(7):1993-8.
 28. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Tozzi L, Raffaelli R. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment for endometriosis of the rectovaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(6):1462-7.
 29. 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(5):1662-7.
 30. 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(12):1191-201.
 31. Darai E, Ackerman G, Bazot M, Rouzier R, Dubernard G. Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications. *Surg Endosc.* 2007;21(9):1572-7.
 32. Fanfani F, Fagotti A, Gagliardi ML, Ruffo G, Ceccaroni M, Scambia G, et al. Discoid or segmental rectosigmoid resection for deep infiltrating endometriosis: a case-control study. *Fertil Steril.* 2010;94(2):444-9.
 33. Dubernard G, Rouzier R, David-Montefiore E, Bazot M, Darai E. Use of the SF-36 questionnaire to predict quality-of-life improvement after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod.* 2008;23(4):846-51.
 34. Bassi MA, Podgaec S, Dias JA Jr, D'Amico Filho N, Petta CA, Abrão MS. Quality of life after segmental resection of the rectosigmoid by laparoscopy in patients with deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(6):730-3.