

RICARDO NASCIMENTO

**A VIDEOLAPAROSCOPIA COMO ALTERNATIVA DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS PROCESSOS
EXPANSIVOS DOS ANEXOS UTERINOS –
AVALIAÇÃO DE 149 CASOS.**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Ciências Médicas do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal
de Santa Catarina para a obtenção do título
de Mestre em Ciências Médicas.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Armando José d'Acampora

Orientador: Prof. Dr. Armando José d'Acampora

Co-Orientador: Prof. Dr. Edevard José de Araujo

FLORIANÓPOLIS, SC

2001

CETD
UFSC
PMED
0030
24.1

SC00057932-8

181430

AQUIÇÃO POR DOAÇÃO
DOADO POR _____

09 Maio 2002

REGISTRO 0.342.266-8
DATA DO REGISTRO 09-05-2002

Nascimento, Ricardo

A videolaparoscopia como alternativa de tratamento cirúrgico dos processos expansivos dos anexos uterinos – Avaliação de 149 casos.
/ Ricardo Nascimento. – Florianópolis, 2001.
ix – 48 p.

Orientador: Armando José d'Acampora.

Co-Orientador: Edevar José de Araujo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.
Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas.

1. Laparoscopia. 2. Cirurgia. 3. Anexos uterinos.



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado em Ciências Médicas

Ricardo Nascimento
RICARDO NASCIMENTO

**ESSA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**COM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA E APROVADA EM SUA
FORMA FINAL PELO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

Armando José d'Acampora

Prof. Dr. Armando José d'Acampora
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Armando José d'Acampora

Prof. Dr. Armando José d'Acampora
Orientador

Rosires Pereira de Andrade

Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade
Membro

Ernesto Francisco Damerau

Prof. Dr. Ernesto Francisco Damerau
Membro

Nelson Grisard

Prof. Dr. Nelson Grisard
Membro

Florianópolis, 28 de setembro de 2001.



À minha esposa Marilza Leal Nascimento, pelo apoio, dedicação e orientações constantes, não só nesta dissertação assim como em todos os momentos.

Aos meus filhos, que com seu vigor e juventude, poderão aprimorar e construir um mundo melhor.

Aos meus pais, que com muito esforço e dedicação, deram-me família e escola, proporcionando-me assim conhecer a Ética, a Cultura e a Medicina.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Armando José d'Acampora, incansável orientador desta dissertação, pelo constante incentivo e sempre pronta atenção para com este aluno.

Ao Prof. Dr. Edevard José de Araujo, co-orientador, pelo brilhantismo das críticas e sugestões.

Aos professores do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao Prof. Dr. Carlos Alberto Justo da Silva.

À Profa. Dra. Sílvia Modesto Nassar, pelas orientações referentes à Análise Estatística.

Ao Dr. Ubiratan Cunha Barbosa, pelo companheirismo e auxílio em todos os atos operatórios e pela cessão de casos, encorpando a casuística deste estudo.

À minha irmã e Bibliotecária Heloisa Nascimento, pela feitura do capítulo Referências Bibliográficas.

À minha esposa Marilza Leal Nascimento e à nossa amiga Profa. Dra. Denise Bousfield da Silva, pela paciente leitura e correção de todos os escritos, acrescidos sempre de valorosas e brilhantes sugestões, que engrandeceram sobremaneira o texto final.

Ao Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade, incentivador e amigo, que me iniciou na arte da Laparoscopia.

À Sra. Tânia Regina Tavares Fernandes, pela digitação e organização do texto final.

À Epidemiologista Dra. Ana Luiza Curi Hallal, pelas orientações e organização do Protocolo de Pesquisa.

Ao Dr. Felipe Xavier e funcionários do laboratório homônimo, pela atenção constante na realização dos resultados anátomo-patológicos.

Aos funcionários da Clínica Santa Helena, Enfermeira Gislane Mara Perozollo, Kalebe Rohden da Silva, Adélia Mafra e à sua Administradora Sra. Sandra Cristina Barbosa, pelo auxílio na busca dos dados.

Às Bibliotecárias do Departamento Científico da Associação Catarinense de Medicina, em especial à Sra. Dilva Páscoa de Marco Fazzioni, pela busca das referências bibliográficas.

Às funcionárias do Centro de Estudos Dr. José de Patta, da Maternidade Carmela Dutra, pelo auxílio na busca das referências bibliográficas, especialmente à Sra Eneli de Souza Matos.

ÍNDICE

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO	13
3. MÉTODO	14
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
NORMAS ADOTADAS.....	44
APÊNDICE	45

RESUMO

Objetivo: avaliar o uso da videolaparoscopia no tratamento cirúrgico dos processos expansivos benignos dos anexos uterinos.

Método: foram analisados dados de 149 pacientes com processos expansivos anexiais de características benignas submetidas a tratamento cirúrgico videolaparoscópico, na Clínica Santa Helena, Florianópolis, Santa Catarina, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999. Os procedimentos cirúrgicos videolaparoscópicos foram realizados pela mesma equipe de ginecologistas e utilizou-se a anestesia geral inalatória. As seguintes variáveis foram avaliadas: faixa etária, procedimentos cirúrgicos realizados, diagnóstico do processo expansivo anexial, causas de impossibilidade de realização do tratamento pela via laparoscópica, conduta adotada neste caso, taxa de conversão à laparotomia e de complicações ocorridas.

Resultados: observou-se que 81,2 % das pacientes encontravam-se na faixa etária entre 21 e 40 anos; o procedimento cirúrgico mais realizado foi a exérese de cistos ovarianos; sendo mais freqüente o endometrioma, em 28,1 % dos casos; em 10 pacientes, não foi possível o tratamento videolaparoscópico principalmente devido às aderências (6 casos). A taxa de conversão à laparotomia foi de 3,35% e a de complicações de 4 % (IC 95 % = 0,87 – 7,00). O tratamento videolaparoscópico foi realizado com sucesso em 93,3 % dos casos (IC 95 % = 89,27 – 97,00).

Conclusão: o tratamento dos processos expansivos anexiais benignos é viável através da videolaparoscopia.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the use of videolaparoscopy in the surgical treatment of benign expansive processes of uterus adnexa.

Method: The data of 149 patients with benign adnexal expansive processes submitted to videolaparoscopy surgery at the Santa Helena Clinic, Florianópolis, Santa Catarina, from January 1996 and December 1999, were analyzed.

Videolaparoscopy procedures were carried out by the same team of gynecologists. Patients were given inhalant general anesthesia. The following variables were analyzed: age group, surgical procedures performed, diagnosis of adnexal expansive process, causes of laparoscopy treatment impossibility and adopted procedures for such cases, rate of laparotomy conversion, resulting complications.

Results: It was shown that 81.2% of the patients were between 21 and 40 years old; the most employed surgical procedure was exeresis of ovarian cysts; endometrioma was the most common diagnosis comprising 28.1% of the cases; in 10 patients videolaparoscopy could not be performed mainly due to adhesions (6 cases). The rate of conversion to laparotomy was of 3.35% and that of complications was of 4% (IC 95% = 0,87 - 7,00). The videolaparoscopy treatment was successfully carried out in 93.3% of the cases (IC 95% = 89,27 – 97,00).

Conclusion: the treatment of benign adnexal expansive processes is viable through videolaparoscopy.

1. INTRODUÇÃO

Os processos expansivos anexiais originam-se das tubas uterinas, dos ovários e de remanescentes dos ductos mesonéfricos, os ductos longitudinais do epoóforo. São assim chamados porque, muitas vezes, sua localização exata só poderá ser definida sob visão direta, por laparotomia ou por laparoscopia¹.

Formam-se a partir de eventos funcionais como os cistos foliculares e de corpo lúteo, de endometriomas, abscessos tubo-ovarianos, cistos para-ovarianos, cistos de inclusão ovariana, cistos de inclusão peritoneal, neoplasias benignas ou malignas^{1,2,3} e de raridades como a presença de um granuloma tuberculoso de ovário⁴. O acometimento das tubas ocorre principalmente por processos infecciosos, devidos à Doença Inflamatória Pélvica (DIP), originando abscessos tubo-ovarianos, tendo como consequência o aparecimento de aderências, formação de hidrossalpinges e de cistos de inclusão peritoneal. A maioria dos processos expansivos anexiais deriva de alterações funcionais, habitualmente benignas⁵, de resolução espontânea ou com boa resposta ao tratamento clínico. A excisão cirúrgica se impõe caso tornem-se persistentes, sejam motivo de dor pélvica ou suspeitos de malignidade.

A menacma, período de vida reprodutivo da mulher, é quando ocorre a maior incidência dos processos expansivos anexiais, embora eles possam ser encontrados em qualquer outra fase da vida, desde a adolescência até a senectude².

A laparotomia é considerada como o padrão para o tratamento cirúrgico, mas o manejo apropriado dos processos expansivos anexiais é um dos mais controversos problemas enfrentados pelos ginecologistas de hoje.

A laparoscopia, naquela época, servia como exame complementar, pois as limitações técnicas impediam o tratamento adequado dos processos expansivos, exigindo que fossem realizados através da laparotomia. No final dos anos 70, Nezhat¹² iniciou o uso de vídeo-câmera acoplada ao laparoscópio, eliminando as principais desvantagens acima referidas, mas os equipamentos eram grandes e pesados e a iluminação deficiente. Em 1980, as empresas fabricantes de equipamentos reconheceram o potencial comercial da videolaparoscopia, passando a fabricar micro-câmeras e melhores fontes luminosas, para que em 1983-84 ocorresse verdadeira revolução na cirurgia pélvica e abdominal.

Atualmente, a videolaparoscopia oferece uma série de benefícios em relação à cirurgia aberta: a anatomia é magnificada pela vídeo-câmera e pelo laparoscópio, podendo o ato cirúrgico ser filmado e gravado para estudos posteriores ou outros fins; o pneumo-peritônio comprime os vasos e diminui o sangramento no campo operatório; o acesso às partes mais altas da cavidade abdominal ou do fundo de saco posterior torna-se facilitado e, quando realizada por cirurgiões treinados, a ocorrência de complicações intra e pós-operatórias é menor do que com a laparotomia^{3,12}.

A cirurgia videolaparoscópica está sendo utilizada como rotina, em alguns serviços de ginecologia, em função da sua eficácia e segurança pois consegue reunir num só procedimento propedêutica e terapêutica^{3,6,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24}. Os benefícios dizem respeito também à redução da morbidade operatória, do tempo de hospitalização, do tempo de recuperação pós-operatória, trazendo maior satisfação ao paciente e mais rápido retorno às atividades normais^{22,25}.

Neste tipo de tratamento, o médico deve ter formação em cirurgia convencional porque a qualquer momento pode ser necessária a conversão do procedimento videolaparoscópico para uma laparotomia^{7,26}. Ele deve ainda

estar atento às limitações do método e monitorizar suas próprias habilidades, selecionando os casos que correspondem ao seu limite de competência e destreza⁶.

As principais causas de conversão à laparotomia são a dificuldade de manipulação e dissecação devido à presença de aderências, e o câncer, pelos riscos de sua disseminação na cavidade abdominal^{3,6,12,27}. As limitações oferecidas pelos instrumentos atuais podem também constituir-se em obstáculos à sua realização¹².

Como todo procedimento médico, a videolaparoscopia não está isenta de complicações e, de forma ética, as pacientes devem ser avisadas destas possibilidades e da eventual necessidade de laparotomia^{3,28}.

Na literatura consultada, sobretudo em nosso meio, são escassas as publicações relacionadas ao tratamento videolaparoscópico deste tipo de enfermidade. A aplicação desta nova via de acesso, a exemplo do que foi observado por outros autores^{9,19,22,23,24,29,30,31,32}, poderá beneficiar muitas das mulheres portadoras destes processos expansivos, tornando-se provavelmente o método de escolha para o seu tratamento¹⁵.

A videolaparoscopia é considerada hoje o melhor método para operar os processos expansivos anexiais benignos, todavia o número de estudos ainda é pequeno e a maioria dos resultados avaliam uma só doença em particular^{15,33}. Pesquisas nesta área, portanto, se constituem em valiosa fonte de informações, acrescentando novos elementos aos estudos de meios terapêuticos ora utilizados.

2. OBJETIVO

Avaliar o uso da videolaparoscopia no tratamento cirúrgico dos processos expansivos benignos dos anexos uterinos.

3. MÉTODO

3.1 – Amostra

Foram analisados, através de um Protocolo de Pesquisa (Apêndice), os dados coletados pelo autor referentes a 149 pacientes portadoras de processos expansivos anexiais benignos, submetidas a tratamento cirúrgico por meio da videolaparoscopia, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1999, na Clínica Santa Helena, em Florianópolis, Santa Catarina.

Utilizou-se como critério de inclusão na amostra a presença do processo expansivo anexial diagnosticado pré-operatoriamente, através do exame físico ou de métodos de imagem como ultra-sonografia ou histerossalpingografia. Também foram incluídas pacientes cujo processo expansivo anexial foi descoberto durante a realização de videolaparoscopia por dor pélvica ou infertilidade.

Foram excluídas do estudo todas as pacientes cujos exames pré-operatórios sugerissem a presença de processos expansivos anexiais suspeitos de malignidade, isto é, marcadores tumorais com valor elevado, presença de ascite, excrescências internas e septos espessos à ultra-sonografia.

As pacientes foram orientadas quanto aos riscos e benefícios da videolaparoscopia e da possibilidade de conversão à laparotomia em caso de complicação, dificuldade de dissecação ou presença de câncer.

3.2– Procedimentos

Anestésico

A internação hospitalar ocorria uma hora antes do procedimento, após um mínimo de 8 horas de absoluto jejum. As videolaparoscopias eram realizadas no período da tarde.

Todas as pacientes foram avaliadas pelo anestesiológico e a seguir submetidas à anestesia geral inalatória, com intubação orotraqueal e ventilação mecânica controlada.

Foram ainda monitorizadas com eletrocardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva, oxímetro de pulso e capnógrafo Cardiocap II®¹. Em todas as pacientes, foi instalado um catéter venoso periférico, em um dos membros superiores. Durante o período de indução anestésica, eram instruídas a respirar calmamente, sob máscara que fornecia alta fração inspirada de oxigênio. Após dois minutos, eram injetados um opióide (fentanila ®²), um relaxante muscular (atracúrio ®³) e um hipnótico (propofol ®⁴), seguidos da intubação orotraqueal com auxílio de laringoscópio, da instalação da ventilação controlada mecânica e do fornecimento de anestésico halogenado para manutenção da anestesia.

Após atingido o plano anestésico, as pacientes eram colocadas em posição de litotomia, com os membros inferiores apoiados adequadamente em perneiras acolchoadas, em posição de Trendelenburg com 20 graus de inclinação. Feita antissepsia abdominal, perineal e vaginal, eram cobertas com campos cirúrgicos esterilizados.

¹ (Datex-Ohmeda, Finland)

² (Janssen-Cilag, Brasil)

³ (Glaxo-Wellcome, Brasil)

⁴ (Astrazeneca, Brasil)

Neste momento, aplicava-se dose profilática de Cefazolina ®⁵ 1g por via endovenosa.

Operatório

Todos os procedimentos operatórios foram realizados pela mesma equipe de ginecologistas.

Através da vagina, era adaptada cânula intra-uterina que possibilitava a mobilização do útero durante o ato cirúrgico, com exceção das pacientes hysterectomizadas ou virgens. Também era procedido esvaziamento vesical com sonda siliconizada ®⁶ ou de Foley ®⁷. A seguir, realizava-se o pneumoperitônio através de punção infra-umbilical com agulha de Verres ®⁸ insuflando a cavidade abdominal com CO2 ® medicinal⁹, utilizando-se insuflador semi-automático ®¹⁰, até que a pressão intra-abdominal atingisse 15 milímetros de mercúrio.

O acesso à cavidade abdominal e o manuseio dos órgãos internos foram obtidos por três punções com trocartes na região infra-umbilical e em ambas as fossas ilíacas, externamente aos vasos epigástricos. O primeiro trocar, com 10mm de diâmetro, era introduzido às cegas na região infra-umbilical e, através dele, era mantida a infusão contínua de gás carbônico, com pressão controlada automaticamente. Por meio deste era introduzida óptica Storz ®¹¹ de zero grau acoplada à vídeo-câmera ®¹², cuja imagem era projetada em monitor de TV Sony ®¹³. Nas fossas ilíacas, eram introduzidos trocartes de 5 mm e, caso fosse necessária a utilização de instrumentos de maior calibre ou

⁵ (Eli Lilly, Brasil)

⁶ (MarkMed, Brasil)

⁷ (Euromedica, Malaysia)

⁸ (Ethicon Inc. EUA)

⁹ (Air Liquide, Brasil)

¹⁰ (HStratner/Instramed, Brasil)

¹¹ (Karl Storz, Germany)

¹² (Storz DX-Cam NTSC, EUA)

¹³ (Trinitron KV 1441 B, Brasil)

houvesse a necessidade de retirada de peças cirúrgicas de maior tamanho, o trocarte de 5 mm da fossa ilíaca esquerda era substituído por outro de 10 mm.

Todos os procedimentos foram gravados em fita de videocassete através de aparelho Samsung ®¹⁴, iniciando-se a filmagem logo após a introdução do sistema óptico.

Neste momento, realizava-se a inspeção de toda a cavidade abdominal, desde sua parte mais alta junto ao diafragma até o fundo de saco posterior. Eram observados todos os órgãos intracavitários, a parede abdominal e o epíplio. Pesquisava-se também a presença de ascite, implantes, aderências e quaisquer outras anormalidades ou sinais sugestivos de malignidade. Na ausência destes, era abordado o processo expansivo, primeiramente inspecionado em seu aspecto externo quanto à presença de excrescências, multilocularidade e aderências, visando excluir a possibilidade de um tumor maligno. Excluída esta possibilidade, o ato operatório era realizado através da videolaparoscopia.

Os procedimentos realizados incluíram desde a simples abertura e inspeção dos processos expansivos anexiais até sua exérese. As estruturas pequenas eram retiradas através do trocarte da fossa ilíaca esquerda, de 5mm ou de 10mm. As maiores, através da incisão abdominal que havia sido utilizada para a entrada do trocarte esquerdo, ampliada até um máximo de 2 cm ou então através do fundo de saco posterior, após incisão transversal do mesmo com eletrocautério³⁴.

Processos expansivos de conteúdo gorduroso como teratomas maduros císticos (cistos dermóides) eram colocados em bolsas de plástico desenvolvidas pela equipe de ginecologistas. Após aspiração do máximo de seu conteúdo e protegidos dentro da bolsa plástica, eram retirados conforme descrito acima. O derramamento de qualquer conteúdo era seguido de

aspiração do máximo possível de sua quantidade, complementado de irrigação com soro fisiológico a 0,9%, em pequenas quantidades, tantas vezes quanto necessário, para evitar a contaminação da cavidade abdominal, principalmente, dos quadrantes superiores, até que o abdome se encontrasse livre de qualquer resíduo visível daquele conteúdo extravazado.

Hemostasia rigorosa e irrigação com soro fisiológico 0,9% completavam o procedimento. O fechamento da parede abdominal era feito com pontos simples de mononylon 4-0 ®¹⁵ na pele e, em caso de ampliações da via de acesso, também eram aplicados pontos na aponeurose de cada um dos orifícios praticados, sendo depois cobertos por curativo oclusivo.

As peças cirúrgicas retiradas eram acondicionadas em frascos com formalina a 10% e encaminhadas para estudo histológico.

Após observação em sala de recuperação pós-anestésica, a paciente era encaminhada ao quarto, onde permanecia em repouso até o dia seguinte, quando era concedida a alta.

Todos os dados referentes ao caso eram anotados em prontuário ao final da cirurgia.

Nesta amostra, foi aplicado o Protocolo de Pesquisa constante do Apêndice, observando-se cuidadosamente as seguintes variáveis:

- Faixa etária.
- Procedimentos cirúrgicos realizados por videolaparoscopia.
- Diagnóstico do processo expansivo anexial.
- Causa de impossibilidade de realização do tratamento por videolaparoscopia.
- Conduta adotada quando da impossibilidade do tratamento videolaparoscópico.

¹⁴ (X45 BR II, Korea)

¹⁵ (Ethycon, Brasil)

- Causas de conversão à laparotomia e procedimento cirúrgico realizado.
- Frequência e tipo de complicação cirúrgica durante a videolaparoscopia.

Análise Estatística

As observações foram estruturadas em uma base de dados, utilizando-se o programa computacional *Excel 7.0* ®¹⁶. Estes dados foram submetidos à análise pelo programa *Estatística 5.0* ®¹⁷.

Os procedimentos estatísticos utilizados foram as tabelas de frequência e a inferência estatística usando-se a estimação de percentual com intervalo de confiança de 95%³⁵.

Os dados coletados foram agrupados e distribuídos em tabelas apresentadas no capítulo de resultados.

¹⁶ (Microsoft)

¹⁷ (Statsoft)

4. RESULTADOS

Tabela I – Distribuição por faixa etária das pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de processos expansivos anexiais por videolaparoscopia.

Faixa Etária (anos)	n	%
10 – 20	10	6,8
21 – 30	50	33,6
31 – 40	71	47,6
> 40	18	12,0
Total	149	100,00

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999

Tabela II – Apresentação dos procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes submetidas a tratamento de processos expansivos anexiais por videolaparoscopia.

Procedimentos cirúrgicos	n	%
Exérese de Cisto de Ovário	65	46,9
Ooforectomia Parcial	16	11,5
Ooforectomia Total	14	10,0
Salpingectomia	13	9,3
Salpingoplastia	9	6,4
Exérese de Cisto Tubário	8	5,7
Anexectomia	6	4,4
Exérese de cistos epoóforos	6	4,4
Miomectomias	2	1,4
Total	139	100,00

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

Tabela III – Apresentação do diagnóstico dos processos expansivos anexiais de pacientes submetidas a tratamento cirúrgico por videolaparoscopia.

Diagnóstico	n	%
Endometrioma	42	28,1
Cisto de corpo lúteo	21	14,0
Salpingite crônica	17	11,4
Cisto folicular	13	8,7
Cisto seroso simples	11	7,4
Cisto tubário	9	6,0
Cistadenoma seroso	7	4,8
Gestação ectópica	7	4,8
Cisto dermóide	7	4,8
Cisto epoóforo	6	4,0
Mioma uterino	3	2,0
Cistadenoma mucinoso	3	2,0
Fibroma de ovário	2	1,3
Fibrotecoma	1	0,7
Total	149	100,00

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

Tabela IV – Apresentação da freqüência de procedimentos cirúrgicos realizados por videolaparoscopia, em pacientes submetidas a tratamento de processos expansivos anexiais

Tratamento videolaparoscópico	n	%
Realizado	139	93,3*
Não realizado	10	6,7
Total	149	100,00

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

*IC 95% = 89,27 – 97,00

Tabela V – Apresentação das causas de impossibilidade do tratamento cirúrgico por videolaparoscopia das pacientes portadoras de processos expansivos anexiais.

Causas de impossibilidade	n	%
Aderências	6	60
Sangramento	2	20
Suspeita de Malignidade	1	10
Lesão tubária inoperável	1	10
Total	10	100,00

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

Tabela VI – Apresentação da conduta adotada quando da impossibilidade de realização do tratamento cirúrgico por videolaparoscopia em pacientes portadoras de processos expansivos anexiais.

Conduta	n	%
Conversão à Laparotomia	5/149	3,35
Tratamento Clínico	5/149	3,35
Total	10/149	6,7

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

Quadro I - Apresentação das causas de conversão à laparotomia e procedimento cirúrgico realizado em pacientes submetidas a tratamento de processos expansivos anexiais por videolaparoscopia.

Causas	n	procedimento cirúrgico
Suspeita de Malignidade	1	Histerectomia, anexectomia e oomentectomia
Hemorragia (gestação ectópica)	1	Salpingectomia
Hemorragia (torção de cisto)	1	Anexectomia
Aderências (endometrioma)	1	Anexectomia
Aderências (endometriose IV)	1	Histerectomia c/Anexectomia Bilateral
Total	5	

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

Tabela VII – Apresentação da freqüência de complicações cirúrgicas em pacientes submetidas a tratamento de processos expansivos anexiais por videolaparoscopia.

Complicação	n	%
Ausente	143	96,0
Presente	6	4,0
Total	149	100,00

Fonte: SAME – CSH, 1996-1999.

5. DISCUSSÃO

Durante muito tempo, a laparoscopia em Ginecologia foi utilizada somente como método de investigação e diagnóstico, até que, com a evolução rápida e progressiva dos sistemas de imagem e de iluminação, passaram-se a realizar com ela atos operatórios^{11,12,30}. De início realizando pequenos procedimentos como a ligadura tubária relatada por Palmer em 1962¹⁰, chegando-se hoje ao tratamento dos processos expansivos anexiais benignos e de outras afecções ginecológicas^{6,10,11,17,27,32}, pois em relação aos tumores malignos, o recomendado é de que devam ser tratados através da laparotomia^{23,29,36,37}.

Após o diagnóstico de um processo expansivo anexial, a conduta pode ser expectante durante um determinado período de tempo, aguardando-se regressão espontânea, ou ainda tratamento clínico e até mesmo cirúrgico. Indicada a cirurgia, a abordagem terapêutica poderá ser feita através de laparotomia ou de laparoscopia⁹.

Desde o início do uso da laparoscopia, há aproximadamente 25 anos, o tratamento cirúrgico laparoscópico dos processos expansivos anexiais permanece controverso e questões têm sido levantadas quanto aos seus limites e quanto aos seus riscos³. Estas, têm por base, a possibilidade de falha em diagnosticar um tumor maligno. Neste caso, o rompimento acidental do tumor, com extravazamento do seu conteúdo, poderia produzir implantes na cavidade. Além disso, existe a preocupação de que não se tenha a disponibilidade, naquele momento, de ser realizado o estadiamento e o tratamento cirúrgico adequados, ou pior, que isso venha a ser feito em outra

data, porém de forma tardia ^{32,38,39,40,41}. Contudo, em relação aos processos expansivos benignos dos anexos, estudos recentes sinalizam que a laparoscopia vem se tornando o tratamento de escolha ^{3,15,21,23,29,42}.

Os benefícios desta abordagem se refletem na menor morbidade intra-operatória, pois as complicações são incomuns. A permanência hospitalar é curta, com menor incidência de dor e desconforto, associada a um rápido retorno às atividades habituais da paciente ^{15,29}.

Hidlebaugh, Vulgaropulos e Orr²², em estudo comparativo entre o tratamento pela laparotomia e pela laparoscopia, concluíram que a primeira demandava maiores custos, maior tempo de internação hospitalar, maiores complicações pós-operatórias imediatas e tardias e mais re-admissões hospitalares. Outros autores chegaram a conclusões semelhantes, sugerindo também que a laparoscopia seria outra alternativa no tratamento de doenças anexiais ^{12,20,30}.

Celis et al¹⁹ em estudo comparativo do tratamento de tumores benignos dos anexos, demonstraram que o tempo cirúrgico requerido para os procedimentos laparoscópicos foi semelhante aos encontrados quando o mesmo procedimento foi realizado por laparotomia. O tempo de permanência hospitalar, entretanto, reduziu-se à metade. Gomel¹², estudando pacientes submetidas a tratamento de gravidez tubária por ambas as técnicas, encontrou com a laparoscopia, média de 0,87 dias de permanência, enquanto que no grupo controle, constituído por pacientes tratadas por laparotomia, a média foi de 4,03 dias. Naquele estudo, não foram encontradas complicações.

Estes benefícios credenciam cada vez mais o tratamento video-laparoscópico dos processos expansivos anexiais que, de acordo com a literatura, predominam na idade reprodutiva da mulher e que geralmente se devem a cistos funcionais ou a neoplasias benignas⁹.

Com referência à faixa etária que os processos expansivos anexiais costumam acometer, Meireles Jr e Horta Jr⁴³, encontraram 89,2 % de suas pacientes na faixa etária dos 20 aos 49 anos. Peres et al² pesquisando processos císticos dos ovários, verificaram que 73,6 % das pacientes estavam na faixa etária entre 20 a 49 anos. Os estudos relatados corroboram os achados do presente estudo onde demonstramos que 81,2 % das pacientes portadoras de processos expansivos anexiais encontravam-se na faixa etária situada entre 21 e 40 anos, portanto em pleno período reprodutivo (Tabela I).

A faixa etária acima dos 40 anos oferece ao cirurgião um outro desafio, pois com o evoluir da idade, aumenta-se o risco de neoplasias malignas do trato reprodutivo feminino. Curtin⁹ considera a idade da paciente como o seu mais importante fator indicativo. Cita o estudo de Koonings et al, onde este demonstrou um aumento 12 vezes maior na incidência de câncer de ovário entre mulheres na faixa etária dos 60 anos, quando comparadas a mulheres na faixa etária dos 20 anos.

No presente estudo, as pacientes acima de 40 anos representaram 12% da casuística, sendo a mais idosa uma mulher de 63 anos. Mesmo sendo este grupo aquele em que a incidência do câncer é maior, não foram aqui encontrados tumores malignos.

Outra faixa etária acometida por processos expansivos anexiais é a das mulheres jovens, adolescentes, abaixo dos 20 anos de idade. Este grupo de pacientes exige maior cuidado na abordagem terapêutica, uma vez que procedimentos cirúrgicos intempestivos podem comprometer o futuro reprodutivo da jovem. Estudo realizado por Piipo et al⁴⁴ entre adolescentes menores de 17 anos indicou a existência de malignidade em 10 % dos processos expansivos anexiais encontrados. Porém, o que se destacou dessa análise é que, mesmo sendo os processos em sua maioria benignos, as cirurgias realizadas foram extensas. Isto decorreu do fato de que a maior parte

destas jovens foi atendida em serviços de emergência, por um quadro de dor pélvica aguda, sendo operadas por cirurgiões emergencistas não ginecologistas. O autor alerta para o fato de que, nesta faixa etária, a prole, no mais das vezes, está sequer iniciada e cirurgias grandes podem ser mutiladoras, reduzindo as chances de uma futura gravidez ⁴⁴. Meireles Jr e Horta Jr⁴³, relataram que 3,7 % de sua casuística era formada por adolescentes. Peres et al² observaram que 13,2 % de suas pacientes encontravam-se nesta faixa etária.

No presente estudo, 6,72 % das pacientes tinham até 20 anos de idade, estando a mais jovem com 16 anos (Tabela I). Os achados cirúrgicos neste grupo de pacientes mostraram a existência de endometriomas em 3 delas. Foram também encontrados cistos epioóforos (2), cisto dermóide, cistadenoma seroso e cisto hemorrágico. Surpreendente foi o achado de duas adolescentes com quadro de salpingite crônica neste grupo de apenas 10 pacientes. Em uma delas foi necessário proceder-se à salpingectomia, enquanto em outra foi realizada salpingoplastia. Huang⁴⁵ já havia relatado a presença de abscesso tubo-ovariano bilateral em uma adolescente de 15 anos, alertando para este diagnóstico, mesmo em pacientes muito jovens. Buquet et al⁴⁶ estudaram menores de 18 anos, com amenorréia e dor pélvica, realizando o tratamento das doenças encontradas através da videolaparoscopia em 32,5 % das vezes, incluindo-se 3 casos de abdome agudo.

Nos dados do presente estudo, no que se refere à localização dos processos expansivos anexiais, a literatura consultada ^{1,9,13,16,22,23,29} demonstra serem os ovários o local de maior acometimento. Justifica-se tal fato por serem eles formados por várias linhagens celulares, como as células epiteliais, células germinativas, células dos cordões sexuais e do estroma, levando a uma grande variedade de apresentações clínicas. Face ao maior número de casos de etiologia ovariana, Tanaka⁴⁷ comenta que processos expansivos pélvicos

predominantemente císticos à ultra-sonografia, até prova em contrário, derivam dos ovários. Chapron, Dubuisson e Cappela-Allouc²³, em estudo de 121 casos de salpingo-ooforectomia, encontraram cistos ovarianos em 107 (88,4 %) de suas pacientes. Os cistos serosos dominaram a amostra destes autores, seguidos pelos endometriomas.

Os estudos sobre o uso da videolaparoscopia para o tratamento das doenças pélvicas mostra que Gomel¹¹, em 1977, realizava salpingoplastias por esta via, buscando a melhora da fertilidade. Em 1980, Semm e Mettler³⁰ descreveram os progressos técnicos obtidos com novos instrumentos por eles desenvolvidos para a cirurgia laparoscópica. Mostravam resultados positivos no tratamento dos cistos serosos simples, de endometriomas e de gravidezes tubárias em estágio inicial. Em 1989, Gomel¹⁰ publica artigo no qual delinea os pré-requisitos, os princípios gerais e as aplicações da laparoscopia para o tratamento de pacientes com infertilidade, endometriose e gravidez ectópica, dando início a uma nova era no tratamento das afecções anexiais. Posteriormente, Chapron, Dubuisson e Capella-Allouc²³ relataram a possibilidade de utilização da laparoscopia para o tratamento de processos expansivos anexiais benignos, em 70,8% de seus casos. Hidlebaugh, Vulgaropulos e Orr²², em estudo comparativo entre a laparotomia e a laparoscopia, encontraram resultados semelhantes entre as duas técnicas, tendo completado o tratamento cirúrgico anexial em 98 % da casuística.

Quanto ao manejo cirúrgico dos cistos ovarianos, estudo realizado pela Sociedade Americana de Laparoscopia Ginecológica, em 1988, entre 36.928 laparoscopias realizadas, demonstrou ser este o terceiro procedimento mais realizado, depois da endometriose e da lise de aderências³⁸.

O relato de Canis et al¹⁶ reflete uma grande experiência no tratamento dos processos expansivos anexiais através de sua vivência de 12 anos com cirurgias laparoscópicas. Entre 757 pacientes (819 tumores), encontraram a

presença de câncer em 7 pacientes e de tumores de baixo potencial maligno (FIGO, OMS)⁴⁸ em 12 pacientes. Encontraram ainda 27 tumores que foram dados como suspeitos, sendo as pacientes submetidas à laparotomia, cujo estudo histológico apontou o contrário. Concluíram que mais de 80 % das pacientes podem beneficiar-se com o uso da videolaparoscopia como forma de tratamento. Yuen et al¹⁵, em estudo randomizado, comparando a laparoscopia e a laparotomia no tratamento de processos expansivos anexiais benignos, salientaram que os cistos endometrióticos e os dermóides dominavam a amostra, obtendo índices de cura através da exérese dos mesmos em 70% dos casos, em ambos os grupos. Uncu et al²⁴ realizaram tratamento laparoscópico semelhante em 33 pacientes e somente em uma delas, portadora de endometriose estadio IV precisou-se recorrer à laparotomia, em função de densas aderências pélvicas.

Quando analisamos os tipos de procedimentos videolaparoscópicos realizados no presente estudo, observamos terem sido os ovários o local onde incidiu o maior número de atos cirúrgicos realizados, despontando a exérese de cistos ovarianos em 46,9 % dos casos (Tabela III). Caso o cisto ovariano se encontrasse aderido ao ovário, sem possibilidade de retirada do mesmo com sua cápsula, era procedida a ooforectomia parcial, procurando lesar minimamente a gônada.

Foram realizadas salpingoplastias (6,4 %) nas quais a causa dos processos expansivos anexiais era devido à formação de hidrossalpinge. A técnica utilizada foi a abertura da extremidade distal da tuba com cauterização da serosa, provocando-se a eversão dos bordos da ferida (neossalpingostomia)¹¹.

As duas miomectomias realizadas representaram achados cirúrgicos originados fora dos anexos e confundidos com processos expansivos anexiais. Tanaka⁴⁷ já chamava atenção para isso, referindo que órgãos pélvicos ou

próximos à pelve podem simular afecções anexiais, sendo o diagnóstico, no mais das vezes, esclarecido só no momento da realização da videolaparoscopia.

Ainda no que se refere ao diagnóstico dos processos expansivos anexiais, como pode ser observado na Tabela III, as videolaparoscopias realizadas neste estudo, indicaram que o ovário foi o local de acometimento em 71,8 % dos casos, concordando com a literatura pesquisada^{1,9,13,16,22,23,29}.

Neste estudo, o endometrioma foi o achado mais freqüente, representando 28,1 % dos processos expansivos anexiais, seguidos pelos cistos de corpo lúteo em 14 % dos casos.

Não foram encontrados tumores malignos, corroborando dados de que a maioria destes processos expansivos deve-se a doenças benignas²³.

As tubas uterinas, após o início da atividade sexual, podem tornar-se alvo de agentes infecciosos, normalmente derivados de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Kathleen⁴⁹ observou que, entre mulheres HIV positivas, o número de afecções tubárias é 10 vezes maior do que em grupos não contaminados. O acometimento das tubas, no estudo de Chapron, Dubuisson e Capella-Allouc²³, ocorreu em 6,6 %, tendo sido encontrados hidrossalpinges e cistos para-tubários.

Além das lesões acima descritas, as infecções pélvicas podem ocasionar obstruções ou estreitamentos nas tubas, interferindo no processo de transporte ovular, levando a quadros de gestações ectópicas. Estas incidem em aproximadamente 0,6 a 3 % das gravidezes e em 96 % dos casos são tubárias⁵⁰.

Em nosso estudo, as tubas foram a sede isolada de processos expansivos anexiais em 33 (22,2 %) dos casos devido à presença de salpingites crônicas, de cistos para-tubários e das gestações ectópicas. Estas

últimas não foram contempladas em relatos de outros autores ^{16,23,24}, entretanto, decidiu-se aqui incluí-las pois algumas vezes o diagnóstico correto só pode ser estabelecido após a realização da videolaparoscopia (Tabela III).

Conforme observado neste e em outros estudos ^{2,3,6,9,10,15,16,17,22,23,24,27,29,30,32,37,38,41,43,46}, os processos expansivos anexiais têm sido cada vez mais tratados cirurgicamente através da videolaparoscopia.

No entanto, nem sempre podem ser tratados desta forma e as taxas de sucesso com este tipo de tratamento variam entre os autores, como relatado anteriormente. As causas que impossibilitam a realização deste tipo de tratamento são as aderências pélvicas que dificultam a dissecação, as complicações operatórias e a presença do câncer ^{22,32}. Em estudo de 118 processos expansivos anexiais tratados por laparoscopia, as aderências foram o fator limitante à sua realização em 6 casos (5,0 %) ²².

Os dados do presente estudo ressaltam que o tratamento das 149 pacientes portadoras de processos expansivos anexiais foi realizado através da videolaparoscopia em 139 delas (Tabela II), representando 93,3 % dos casos (IC 95%= 89,27 –97,00). Este percentual demonstra estar de acordo com a literatura consultada e, portanto, referencia o procedimento em nosso meio.

Em 10 pacientes (6.7 %), não foi possível realizar o tratamento por esta via de acesso.

As aderências pélvicas impossibilitaram o tratamento pela videolaparoscopia em 6 dos 10 casos. Em 2 outros casos, foi o sangramento no campo operatório que impediu a continuidade do ato cirúrgico e em 1 havia lesão tubária grave não permitindo a realização de salpingoplastia. No caso restante, havia suspeita de malignidade, optando-se de imediato pela laparotomia (Tabela V).

Quando não é possível a abordagem curativa através da laparoscopia deve ser levada em conta a possibilidade de tratamento do problema através da conversão à laparotomia. Por outro lado, a aplicação de um tratamento clínico efetivo pode ser a melhor opção, como no caso de pacientes portadoras de infertilidade conjugal, onde as técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas. O tratamento clínico pode ser indicado em casos de endometriose avançada, programando-se uma nova videolaparoscopia após o seu término.

A conversão à laparotomia, no estudo de Canis et al³, para o tratamento de processos expansivos anexiais, foi de 9,1 %. Para Hidlebaug, Vulgaropulos e Orr²², a taxa foi de 7 %. Jansen et al⁵¹ encontraram taxa de 2% de conversão à laparotomia, operando pacientes com extensas aderências pélvicas. Chapron, Dubuisson e Capella-Allouc²³ tiveram, em seu estudo de salpingo-ooforectomias por tumores anexiais, 19 casos de conversão à laparotomia (10,21 %). Em 11 deles, devido à suspeita de malignidade; em 7, por aderências; e em 1 caso devido a mioma de 8 cm. Para Uncu et al²⁴, a endometriose avançada representou o único fator de conversão à laparotomia.

No estudo ora realizado, procedeu-se à conversão para laparotomia em cinco de 149 casos, obtendo uma taxa de 3,4 % (TabelaVI). Os casos restantes foram orientados para a realização de tratamentos clínicos. Dois deles representados por endometriose Estadio IV e três por lesões tubárias inoperáveis, duas delas associadas à presença de aderências, cujas pacientes foram encaminhadas para procedimentos de reprodução assistida.

A conversão à laparotomia, antes de ser considerada como um fracasso da cirurgia laparoscópica, deve ser vista, em benefício da paciente, como uma fórmula sempre válida de tratamento⁹. Isto pode ser observado no Quadro I, onde a endometriose associada às aderências foi responsável por dois dos casos de conversão à laparotomia. O primeiro, um endometrioma encapsulado

em que foi necessária a anexectomia e o segundo, um caso de endometriose avançada, onde foi realizada pan-histerectomia. Em outra paciente, a forte suspeita de que o processo expansivo encontrado fosse maligno, levou à conversão imediata do procedimento videolaparoscópico para laparotomia. Tratava-se de paciente de 63 anos, com processo expansivo anexial sólido à ultra-sonografia. Sob visão laparoscópica, a área próxima ao local acometido apresentava densas aderências e, embora não houvesse ascite ou implantes peritoneais, optou-se pela realização de cirurgia de cunho oncológico. O exame histológico do material retirado revelou um leiomiofibroma parauterino direito (Quadro I).

A videolaparoscopia, como qualquer outro procedimento cirúrgico, não está isenta de complicações e, apesar dos cuidados e da experiência do cirurgião, elas podem ocorrer. São definidas como um evento não esperado/não planejado, que requeira outro tipo de tratamento como laparotomia, longa observação pós-operatória ou outra cirurgia.

As complicações podem ser classificadas em maiores e menores. São consideradas maiores quando o grau de injúria requer a realização de laparotomia ou leva à morte. Complicações menores são lesões ou problemas que podem ser resolvidos durante a videolaparoscopia, onde os procedimentos podem ser completados⁵⁰. O reconhecimento em tempo das mesmas e a habilidade em corrigi-las são fatores fundamentais na diminuição da morbidade pós-operatória, cujo exemplo clássico são as lesões inadvertidas sobre os ureteres, que sempre que diagnosticadas devem ser corrigidas de imediato²⁸.

Cumprе salientar que as cirurgias videolaparoscópicas agregam os riscos intrínsecos das laparotomias aos riscos inerentes aos procedimentos necessários à viabilização do acesso laparoscópico, como, por exemplo, a formação do pneumoperitônio, a introdução de trocartes e a posição da

paciente na mesa cirúrgica. No estudo de Jansen et al⁵¹, 57% das complicações ocorreram durante a formação do pneumoperitônio e da passagem às cegas do primeiro trocarte. As mais encontradas foram lesões de vasos epigástricos, lesões gastrointestinais, de veias ou de artérias intra-abdominais e de vasos do mesossalpinge.

Observou-se também que o índice global de complicações aumenta com a complexidade da cirurgia videolaparoscópica, sendo os procedimentos diagnósticos os que têm a menor incidência, 2,7/1000. Em procedimentos operatórios, o índice sobe para 17,9/1000²⁸. Em um estudo multicêntrico⁵¹, as salpingectomias foram a segunda causa de complicações maiores, atingindo 45,5/1000, enquanto que a simples aspiração de cistos ovarianos teve a menor taxa, com 1,7/1000. Nesse estudo prospectivo com 25.764 laparoscopias, ocorreram 145 complicações, acusando uma taxa de 5,7/1000, incluindo-se aí dois óbitos. As complicações hemorrágicas intra-operatórias representaram 35 % das 145 detectadas. Em cirurgias da prenhez ectópica, foi encontrada taxa de complicação de 20,20/1000. No grupo das cirurgias anexiais, a taxa de conversão à laparotomia foi de 11,8/1000 e as complicações atingiram a taxa de 30,88/1000 (3,08%)⁵¹.

Canis et al³, estudando o índice de complicações no tratamento videolaparoscópico de processos anexiais benignos, as relataram em somente 1,5% dos casos. Canis et al¹⁶, em estudo de coorte com 12 anos de acompanhamento, registraram 1,1 % de complicações durante a fase inicial de inspeção videolaparoscópica da cavidade, num total de 757 pacientes. Childers, Nasser e Surwit⁶ destacaram entre suas complicações um grave caso de lesão da veia cava, corrigido laparoscopicamente. Outro estudo, com 186 salpingo-ooforectomias laparoscópicas, demonstrou índice de complicações de 8,1 %²³.

No presente, estudo não foram encontradas complicações relacionadas à formação do pneumoperitônio, gastrointestinais, urinárias ou nervosas, como apresentadas em outros estudos²⁸. Estas foram devido unicamente às hemorragias trans-operatórias e somente duas delas foram complicações maiores, sendo então necessário recorrer à laparotomia. A primeira foi um caso de gestação ectópica, no qual foi necessário proceder à salpingectomia a céu aberto em função do sangramento incoercível. A segunda complicação ocorreu durante o tratamento de uma torção de cisto hemorrágico, em que foi realizada anexectomia por via laparoscópica. Posteriormente, a céu aberto, foi realizada a ligadura de um vaso acidentalmente atingido e que determinou profuso sangramento, tornando inacessível o campo cirúrgico (Tabela VII). As quatro restantes, foram complicações menores, também hemorrágicas, mas que puderam ser resolvidas através da laparoscopia. As complicações menores encontradas neste estudo poderiam perfeitamente ser enquadradas como simples intercorrências ocorridas durante os procedimentos, porém preferiu-se classificá-las assim, para um melhor entendimento do que realmente aconteceu durante o ato operatório. Desta forma, pode-se observar que, no presente estudo, a taxa de complicações atingiu 4,0 % (IC 95 % = 0,87 - 7,00) dos casos (Tabela VII) em função do rigor com que se usou o critério de complicação na apresentação dos resultados. Notou-se que este valor é semelhante àquele encontrado pelos autores acima citados, demonstrando a segurança do procedimento cirúrgico videolaparoscópico no tratamento dos processos expansivos dos anexos uterinos também em nosso meio.

As complicações das videolaparoscopias têm seus relatos efetuados a partir de estudos em sua maioria retrospectivos, sofrendo, deste modo, os viéses inerentes a eles⁵¹. Não foram encontrados estudos brasileiros, multicêntricos, sobre o tema, o que provoca uma lacuna de conhecimento nesta área. Percebeu-se através do presente estudo a necessidade deste tipo de

investigação senão em nível nacional, mas pelo menos regional ou local, para que com essas informações possamos orientar adequadamente os profissionais de saúde e os pacientes quanto aos benefícios e riscos desta nova abordagem cirúrgica dos processos expansivos anexiais.

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que é viável realizar-se o tratamento cirúrgico de processos expansivos dos anexos uterinos por videolaparoscopia.

REFERÊNCIAS

- 1- Machado LV. Cistos não neoplásicos do ovário ou deixemos o ovário em paz III. *Femina* 2000 Mar; 28:95-8.
- 2- Peres JAT, Baracat EC, Novo NF, Juliano Y, Lima GR. Comportamento dos tumores císticos do ovário após conduta expectante e tratamento hormonal. *Rev Paul Med* 1991 Jul-Ago; 109:165-73.
- 3- Cannis M, Botchorishvili R, Manhes H, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, et al. Management of adnexal masses: role and risk of laparoscopy. *Semin Surg Oncol* 2000; 19:228-35.
- 4- D'Souza D. Pelvic tuberculosis: an uncommon gynaecological problem presenting as ovarian mass. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:1323-6.
- 5- Jeong YY, Outwater EK, Kang HK. Imaging evaluation of ovarian masses. *Radiographics* 2000 Sep-Oct; 20:1445-70.
- 6- Childers JM, Nasser, Surwit EA. Laparoscopic management of suspicious adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Dec; 175:1451-9.
- 7- Osborne N, Padial JG. Indicações, contra-indicações e complicações da laparoscopia. In: Padial JG, Osborne N. *Laparoscopia para ginecologistas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p.46-53.
- 8- Pedrosa F. Indicações, contra-indicações da cirurgia vídeo-laparoscópica. In: Oliveira MAP, Oliveira HC, Meirelles Jr HL. *Cirurgia vídeo-laparoscópica em ginecologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p.45-58.

- 9- Curtin JP. Management of the adnexal mass. *Gynecol Oncol* 1994; 55:S42-6.
- 10- Gomel V. Operative laparoscopy: time for acceptance. *Fertil Steril* 1989 Jul; 52:1-11.
- 11- Gomel V. Salpingostomy by laparoscopy. *J Reprod Med* 1977 May; 18:265-8.
- 12- Nezhat C, Nezhat F, Nezhat CH, Tazuke S. Operative endoscopy and videolaparoscopy: a 20th century surgical revolution. In: Minaguchi H, Sugimoto O, editors. *Endometriosis today: advances in research and practice*. New York: Parthenon Publishing; 1997. v.13. p.271-88.
- 13- Shalev E, Eliyahu S, Peleg D, Tsabari A. Laparoscopic management of adnexal cystic masses in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1994; 83:594-6.
- 14- Chi DS, Curtin JP, Barakat RR. Laparoscopic management of adnexal masses in women with a history of nongynecologic malignancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86:964-8.
- 15- Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang AM. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:109-14.
- 16- Canis M, Mage G, Pouly JL, Wattiez A, Manhes H, Bruhat MA. Laparoscopic diagnosis of adnexal cystic masses: a 12-year experience with long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1994; 83:707-12.
- 17- Malik E, Bohm W, Stoz F, Nitsch CD, Rossmannith WG. Laparoscopic management of ovarian tumors. *Surg Endosc* 1998; 12:1326-33.

- 18- Sadik S, Onoglu AS, Gokdeniz R, Turan E, Taskin O, Wheeler JM. Laparoscopic management of selected adnexal masses. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999 Aug; 6:313-6.
- 19- Celis R, Sierralta P, Valdes P, Leiva A, Soto E. Experiencia de cirugia laparoscopica en masas anexiales en el Hospital Regional Temuco-Chile. *Rev Med Chil* 1999; 127:698-703.
- 20- Marana R, Caruana P, Muzii L, Catalano GF, Mancuso S. Operative laparoscopy for ovarian cysts: excision vs. aspiration. *J Reprod Med* 1996; 41:435-8.
- 21- Papasakelariou C, Saunders D, De La Rosa A. Comparative study of laparoscopic oophorectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995; 2:407-10.
- 22- Hidlebaugh DA, Vulgaropoulos S, Orr RK. Treating adnexal masses: operative laparoscopy vs. laparotomy. *J Reprod Med* 1997; 42:551-8.
- 23- Chapron C, Dubuisson JB, Capella-Allouc S. Salpingo-oophorectomy for adnexal masses: place and results for operative laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 73:43-8.
- 24- Uncu G, Kimya Y, Bilgin T, Ozan H, Tufekci M. Laparoscopic treatment of benign adnexial cysts. *Clinn Exp Obstet Gynecol* 1997; 24:98-100.
- 25- Barrozo PRM. Cuidados perioperatórios em cirurgia laparoscópica. In: Oliveira HC, Lemgruber I, Costa OT, editores. *Tratado de ginecologia* Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter; c2000. v.2. p.1437-40.
- 26- Silva HMS, Caetano JPJ, Ferrari BL. Tratamento vídeo-laparoscópico dos cistos anexiais. In: Oliveira MAP, Oliveira HC, Meirelles Jr HL. *Cirurgia*

- vídeo-laparoscópica em ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter;1995. p.119-24.
- 27- Canis M, Pouly JL, Wattiez A, Mage G, Mantes H, Breshat MA. Laparoscopic management of adnexal masses suspicious at ultrasound. *Obstet Gynecol* 1997; 89(Pt 1):679-83.
- 28- Ribeiro SC, Neme RM, Giribela AHG, Santos NC, Pinotti JA. Complicações cirúrgicas em laparoscopia ginecológica. *Femina* 2000 Abr; 28:145-8.
- 29- Parker WH. The case for laparoscopic management of the adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38:362-9.
- 30- Semm K, Mettler L. Technical progress in pelvic surgery via operative laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1980 Sep; 138:121-7.
- 31- Kadar N. Letters to the editors: Laparoscopic pelvic surgery: Better? Safer? *Am J Obstet Gynecol* 1994 Jan; 170:253-5.
- 32- Dottino PR, Levine DA, Ripley DL, Cohen CJ. Laparoscopic management of adnexal masses in premenopausal and postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1999; 93:223-8.
- 33- Banaszczyk R, Radwan J, Kozarzewski M, Szpakowski M, Bielak A, Pawlicki J. Laparoscopic or laparotomic surgery in the treatment of ovarian benign teratomas. *Genekol Pol* 2000 Mar; 71:116-22.
- 34- Torres MJ, Yubini V, Long Yang C, Dominguez CC, Ortega VI. Colpotomia laparoscopica: una alternativa para la extraccion de piezas operatoriais. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998; 63:177-81.

- 35- Marasciulo ACE, Nassar SM. Conceitos básicos em epidemiologia clínica. In: Drummond JP, Silva E. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu; 1998. p.23-59.
- 36- De Wilde RL, Hesselting M. Letters to the editors: Is there still a need for laparotomy in case of postmenopausal adnexal tumors? Am J Obstet Gynecol 1994 Jan; 170(Pt1):253.
- 37- Wenzl R, Lehner R, Husslein P, Sevelda P. Laparoscopic surgery in cases of ovarian malignancies: an Austria-Wide Survey. Gynecol Oncol 1996; 63:57-61.
- 38- Mainman M, Seltzer V, Boyce J. Laparoscopic excision of ovarian neoplasms subsequently found to be malignant. Obstet Gynecol 1991; 77:563-5.
- 39- Gallup DG, Talledo E. Management of the adnexal mass in the 1990s. South Med J 1997; 90:972-81.
- 40- Sainz de la Cuesta R, Goff BA, Fuller Jr AF, Nikrui N, Eichhorn JH, Rice LW. Prognostic importance of intraoperative rupture of malignant ovarian epithelial neoplasms. Obstet Gynecol 1994, 84:1-7.
- 41- Lehner R, Wenzl R, Heinzl H, Husslein P, Sevelda P. Influence of delayed staging laparotomy after laparoscopic removal of ovarian masses later found malignant. Obstet Gynecol 1998; 92:967-71.
- 42- Quinland DJ, Townsend DE, Johnson GH. Safe and cost-effective laparoscopic removal of adnexal masses. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1997; 4:215-8.
- 43- Meirelles Jr HL, Horta Jr RC. Abordagem videolaparoscópica do tumor anexal: análise de 297 casos. GO Atual 1998 Nov/Dez:17-33.

- 44- Piipo S, Mustaniemi L, Lenko H, Aine R, Maenpaa J. Surgery for ovarian masses during childhood and adolescence: a report of 79 cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999 Nov; 12:223-7.
- 45- Huang A, Jay MS, Uhler M. Tuboovarian abscess in the adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997 May; 10:73-7.
- 46- Buquet R, Guggiana M, Pellegrino J, Sussman R, Mendez Ribas JM, Videla Rivero L. Rol actual de la laparoscopia ginecológica como método diagnóstico y terapéutico em adolescentes. *Rev Soc Obstet Ginecol* 1996; 75:363-73.
- 47- Tanaka YO. Pitfalls in diagnosing female genital tract: ovarian disease. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 2000 Mar; 60:185-92.
- 48- Derchain SFM, Torres JCC, Teixeira LC, Angelo Andrade LAL, Masuko FKM, Santos MA. Relação entre tumores ovarianos epiteliais borderline e francamente invasores: epidemiologia, histologia e prognóstico. *RBGO* 1999; 21:273-7.
- 49- Kaathleen LI, Moorman AC, O'Sullivan MJ, Sperling R, Koestler ME, Soto I, et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2000; 95(4):525-34.
- 50- Mathias L, Maia Filho NL. Gravidez ectópica. In: Benzecry R, Oliveira HC, Lemgruber I, editores. *Tratado de obstetrícia Febrasgo*. Rio de Janeiro: Revinter; c2000. p.445-51.
- 51- Jansen FW, Kapiteyn K, Trimbos-Kemper T, Hermans J, Trimbos JB. Complications of laparoscopy: a prospective multicentre observational study. *Br J Gynaecol* 1997; 104:595-600.

NORMAS ADOTADAS

Ficha catalográfica (descritores)

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de informações em Ciências da Saúde. DeCs – Descritores em ciência da saúde: lista alfabética 2.ed. Rev. Amp. São Paulo: BIREME, 1992. 111p.

Relatório:

Normas para elaboração de Dissertação do Curso de mestrado em Ciências Médicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Ciências Médicas. Florianópolis-SC, 1999.

Referências:

Normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver) International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE PESQUISA

PROTOCOLO DE PESQUISA

Nome:

Caso número:

Prontuário:

Data:

1. Idade da paciente, em décadas:

1. 10-20
2. 21-30
3. 31-40
4. 41-50
5. 51-60
6. acima de 60

2. Sintomas:

1. Dor pélvica
2. Dor ao coito
3. Sensação de peso
4. Desconforto
5. Outro sintoma
6. Assintomático
- I. Ignorado

3. Sinais:

1. Aumento de volume abdominal
2. Massa abdominal palpável
3. Massa anexial palpável ao toque bimanual
4. Ausência de sinais
- I. Ignorado

4. Ultra-sonografia:

1. Presença de massa anexial
2. Ausência de massa
3. Não realizada
- I. Ignorado

5. Diagnóstico ultra-sonográfico de localização do tumor:

- TD - tuba direita
- TE - tuba esquerda
- BT - bilateral de tuba
- OD - ovário direito
- OE - ovário esquerdo
- BO - bilateral de ovário
- OU - outra localização
- Nd - não definido
- I - ignorado

6. Diagnóstico ultra-sonográfico de tipo de tumor:

- C - cístico
- S - sólido
- M - misto
- OU - outro
- I - ignorado

7. Diagnóstico pré-operatório:

- ST - sólido de tuba.HD:.....
- CT - cístico de tuba.HD:.....
- MT - misto de tuba.HD:.....
- SO - sólido de ovário.HD:.....
- CO - cístico de ovário.HD:.....
- MO - misto de ovário.HD:.....
- OL/T - outro local ou tipo.HD:.....
- OD - outro diagnóstico.HD.....
- I - ignorado

8. Diagnóstico per-operatório:

- 1 - tuba:.....
- 2 - ovário:.....
- 3 - outro:.....
- 8 - não concluído

9. Procedimento cirúrgico realizado através da videolaparoscopia:

1. - salpingectomia
2. - salpingoplastia
3. - ooforectomia total
4. - ooforectomia parcial
5. - exérese de cisto de ovário
6. - exérese de cisto de tuba
7. - anexectomia
8. - outra cirurgia –
qual.....

10. Complicação:

1. Hemorragia
2. Perfuração de víscera
3. Outra complicação
4. Morte

11. Resultado anátomo-patológico: