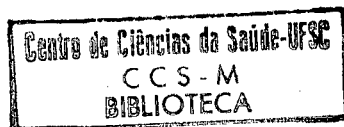


TO 092

DANIELE MARQUARDT



**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE MASSAS ANEXIAIS
POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1999

DANIELE MARQUARDT

9,5
—
09.

**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE MASSAS ANEXIAIS
POR VÍDEO-LAPAROSCOPIA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador de curso: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Ricardo Nascimento

FLORIANÓPOLIS

1999

Marquardt, Daniele. *Abordagem Terapêutica de Massa Anexiais por Video-Laparoscopia*. Florianópolis, 1999.

30p.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Anexos Uterinos 2. Massas Anexiais 3. Vídeo-Laparoscopia

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO	7
3. MÉTODO	8
3.1 AMOSTRA	8
3.2 PROCEDIMENTO	9
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	16
6. CONCLUSÃO	22
7. REFERÊNCIAS	23
NORMAS ADOTADAS	26
RESUMO	27
SUMMARY	28
APÊNDICES	29

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários da Clínica Santa Helena, ao Dr. Ubiratam, e à secretária Dora, pela colaboração ao permitirem o acesso à realização desta pesquisa.

Aos colegas e amigos que me acompanharam nesta trajetória, especialmente àqueles que prestaram apoio e trocaram palavras amigas.

Ao Dr. Maurício Pereima, pela sua disposição e pelo auxílio prestado em suas aulas de orientação à pesquisa.

À residente Daniela pela gentileza e contribuição em parte do trabalho.

Ao meu primo Icaro, pelo seu carinho e sua contribuição na finalização do trabalho.

Ao Dr. Ricardo Nascimento, por sua paciência, sua amizade, e seu exemplo profissional e pessoal durante este tempo de convivência.

Aos meus pais, companheiros fiéis, pelo exemplo de vida, pela presença amiga, e pelo amor dedicado durante todos esses anos.

A todos aqueles que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

1. INTRODUÇÃO

Os órgãos anexos da pelve feminina são constituídos pelas trompas de Falópio e pelos ovários. A formação de massas nestes órgãos pode ser tanto fisiológica como patológica, e de origem benigna ou maligna, daí a importância de uma abordagem cuidadosa ¹.

As massas anexiais podem ser encontradas em mulheres sintomáticas ou assintomáticas, e em qualquer idade. No menacme os cistos foliculares e de corpo lúteo são os achados mais comuns, mas a possibilidade de gestação ectópica deve sempre ser considerada. Outras possibilidades diagnósticas nesta idade incluem endometriomas, abscessos tubo-ovarianos, ovários policísticos, cistos para-anexiais, e neoplasias benignas. As massas malignas são mais frequentes com o aumento da idade. Na pós-menopausa deve-se pensar tanto em neoplasia primária como secundária, e também considerar outras lesões como leiomioma e fibroma ovariano ².

Informações da história, exame físico, e avaliação ultrassonográfica auxiliam o médico a encontrar a causa mais provável da massa ². A ultrassonografia é um exame complementar de grande validade, pois pode identificar o órgão acometido e também sugerir a natureza da massa, mostrando se é de conteúdo sólido ou cístico ³. Testes laboratoriais também podem ser usados em algumas situações. É o caso da dosagem sérica de marcadores tumorais, como o CA-125, que é útil para prever a malignidade em pacientes na pós-menopausa ².

Quanto à terapêutica das massas anexiais deve-se, sempre que possível, tentar evitar a cirurgia, já que em sua maioria elas têm resolução espontânea ou respondem ao tratamento clínico ⁴. Já nos casos de massas que persistem mesmo

após o manejo clínico, quando forem motivo de dor pélvica importante, ou, sobretudo, quando houver suspeita de malignidade, a excisão cirúrgica é imperativa ⁵.

Até pouco tempo a abordagem cirúrgica era feita apenas por via aberta. O surgimento da laparoscopia permitiu aos cirurgiões em geral vislumbrar novas perspectivas na abordagem de doenças, e a ginecologia foi uma das áreas da medicina que mais a utilizou ^{6,7}.

De início a via laparoscópica serviu como importante exame complementar, e até hoje o é. Por possibilitar a visualização do aspecto externo da massa anexial, auxilia no seu diagnóstico etiológico e diferencial ³. Porém, as limitações da técnica endoscópica acabavam levando a paciente à laparotomia para tratamento adequado.

Os avanços tecnológicos observados nesta área, principalmente o advento do vídeo, e a rapidez com que têm se difundido entre aqueles que a praticam, têm possibilitado mais recentemente o tratamento das massas por esta via ¹.

Com a introdução da vídeo-laparoscopia pode-se hoje realizar cistectomia, ressecção de segmentos anexiais, e ooforectomia parcial ou total, conforme o necessário ¹.

Para se ter eficiência com este tipo de tratamento, o cirurgião deve ter formação em cirurgia convencional, já que qualquer procedimento laparoscópico pode requerer uma laparotomia ^{1,6}. As maiores causas de conversão à laparotomia são o câncer disseminado e a impossibilidade de dissecção da massa laparoscopicamente ^{8,9}. Portanto, o médico deve atentar às limitações do método e monitorizar suas próprias habilidades, selecionando casos que correspondam ao seu nível de competência e destreza ¹. A experiência na abordagem de massas malignas ainda é controversa, sendo para alguns praticável e eficaz ⁹.

A laparoscopia oferece a vantagem de reunir um método propedêutico e terapêutico em um único ato cirúrgico ^{6,10}. Além disso, a menor morbidade pós-operatória leva ao menor tempo de internação e menores custos com o procedimento ¹¹⁻¹³.

Estas são algumas das razões pelas quais os procedimentos laparoscópicos estão substituindo as cirurgias convencionais em casos de massas anexiais ⁶. Resta saber se esta substituição está sendo vantajosa e efetiva nos serviços que a realizam em nosso meio.

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados obtidos no tratamento de massas anexiais por vídeo-laparoscopia.

3. MÉTODO

3.1 AMOSTRA

Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, e transversal.

Foram analisadas todas as vídeo-laparoscopias realizadas em uma clínica particular da cidade de Florianópolis, no período de janeiro de 1996 até fevereiro de 1999, sendo selecionados apenas os procedimentos realizados pela mesma equipe cirúrgica, e que envolveram o tratamento de massas anexiais.

Para o estudo foram incluídas não só as pacientes com o diagnóstico pré-operatório de massa anexial, mas também aquelas em que a massa foi um achado laparoscópico.

Os achados de cistos fisiológicos foram excluídos da amostra, exceto aqueles de suspeita patológica, que foi descartada por meio da excisão laparoscópica ou pelo exame anátomo-patológico

No período analisado foram realizadas no total 333 vídeo-laparoscopias, e destas, 103 envolveram o tratamento de massas anexiais e foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica. Para o estudo foram incluídos 102 destes procedimentos, já que um apresentou dados não confiáveis e se achou prudente excluí-lo da amostra.

3.2 PROCEDIMENTO

A pesquisa foi efetuada por meio da revisão dos prontuários de consultório e de clínica das pacientes da amostra, e subsequente armazenamento dos dados em um protocolo previamente formulado.

Os dados analisados incluíram idade da paciente, achados clínicos, resultado de ultrassonografia, diagnóstico pré-operatório, diagnóstico laparoscópico, procedimento laparoscópico e complicações do procedimento. Nos casos onde o diagnóstico laparoscópico foi inconclusivo buscou-se o resultado de anatomia patológica.

O procedimento foi considerado factível por laparoscopia quando houve possibilidade de excisão da massa anexial ou do anexo acometido, pela via laparoscópica.

Já nos casos em que não foi possível o tratamento da massa, ou quando foi necessária a conversão para laparotomia para concluir o tratamento, o procedimento foi considerado não factível. Nestes casos analisou-se também a causa do insucesso do tratamento laparoscópico.

4. RESULTADOS

As tabelas e figuras apresentadas abaixo referem-se aos dados das 102 pacientes submetidas à vídeo-laparoscopia para o tratamento de massas anexiais, no período entre janeiro de 1996 a fevereiro de 1999, em uma clínica particular de Florianópolis.

A idade média das pacientes deste estudo foi de 32,8 anos, variando dos 15 aos 62 anos. O valor da mediana foi 32 anos e da moda foi 36 anos (Tabela I).

Tabela I- Faixa etária:

Idade (anos)	n°	%
15-19	6	5,9
20-29	27	26,5
30-39	54	52,9
40-49	9	8,8
≥ 50	6	5,9
Total	102	100

Fonte

Tabela II- Achados clínicos:

	n°	%
Dor pélvica	39	38,2
Infertilidade	13	12,8
Dor pélvica e infertilidade	12	11,8
Dor pélvica e massa ao toque vaginal	5	4,9
Dor pélvica e irregularidade menstrual	3	2,9
Massa ao toque vaginal	3	2,9
Irregularidade menstrual	1	1
Metrorragia	1	1
Assintomáticas	19	18,6
Sem dados referentes a sintomatologia	6	5,9
Total	102	100

Fonte!

Tabela III- Achados ultrassonográficos:

	n°	%
Massa anexial	72	70,6
Normal	3	2,9
Endometriose	1	1
Mioma	1	1
Não realizado	6	5,9
Resultado não encontrado	19	18,6
Total	102	100

Fonte!

Tabela IV- Indicações das vídeo-laparoscopias:

	nº
Massas anexiais:	81 (79,4%)
a esclarecer	30
endometrioma	29
hidrossalpinge	5
gestação ectópica	5
cisto seroso	5
cisto dermóide	3
cisto para-ovariano	2
tumor sólido	2
Outras indicações:	21 (20,6%)
endometriose	12
aderências	4
infertilidade por fator tubário	2
mioma	2
procedimento diagnóstico	1
Total	102 (100%)

Fonte:

Tabela V- Diagnóstico laparoscópico das massas anexiais:

	n°	%
Endometrioma	50	40
Hidrossalpinge	20	16
Cisto seroso	19	15,2
Cisto para-ovariano	9	7,2
Cisto para-tubário	5	4
Gestação ectópica	4	3,2
Cisto dermóide	4	3,2
Cisto mucinoso	3	2,4
Tumor sólido	3	2,4
Cisto folicular	1	0,8
Cisto de corpo lúteo	1	0,8
Massa não especificada	6	4,8
Total	125	100

Fonte!

Nos 6 casos referidos como massa não especificada a anatomia patológica revelou 4 cistos de corpo lúteo, 1 cisto folicular, e 1 cisto seroso. O exame histológico também foi realizado nos 3 tumores sólidos que se tratavam de 1 fibroma e 2 fibroleiomiomas.

Tabela VI- Procedimento laparoscópico:

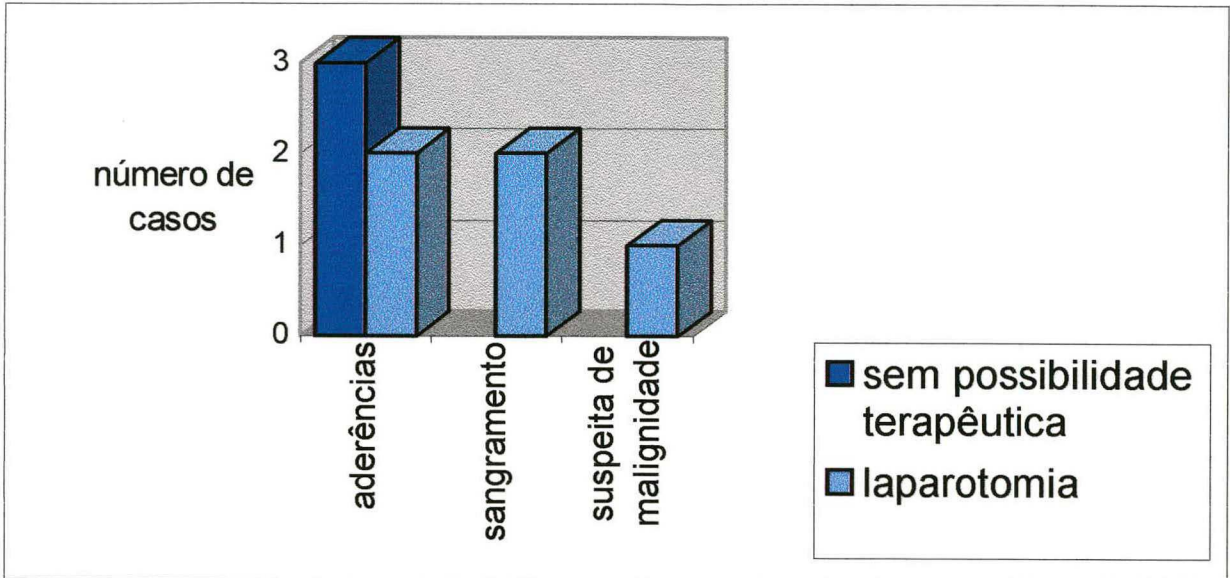
	n°	%
Cistectomia	65	63,8
Ooforectomia total	12	11,8
Salpingoplastia	9	8,8
Salpingectomia	4	3,9
Cistectomia e salpingoplastia	3	2,9
Cistectomia e salpingectomia	1	1
Conversão a laparotomia	5	4,9
Aderências impossibilitando terapêutica	3	2,9
Total	102	100

Fonte:

Tabela VII- Causas do insucesso do tratamento laparoscópico:

	n°	%
Impossibilidade técnica:		
por aderências	5	4,8
por sangramento	2	2
Suspeita de malignidade	1	1
Total	8	7,8

Fonte:



Fonte

Fig. 1- Conduta frente ao insucesso vídeo-laparoscópico segundo a causa.

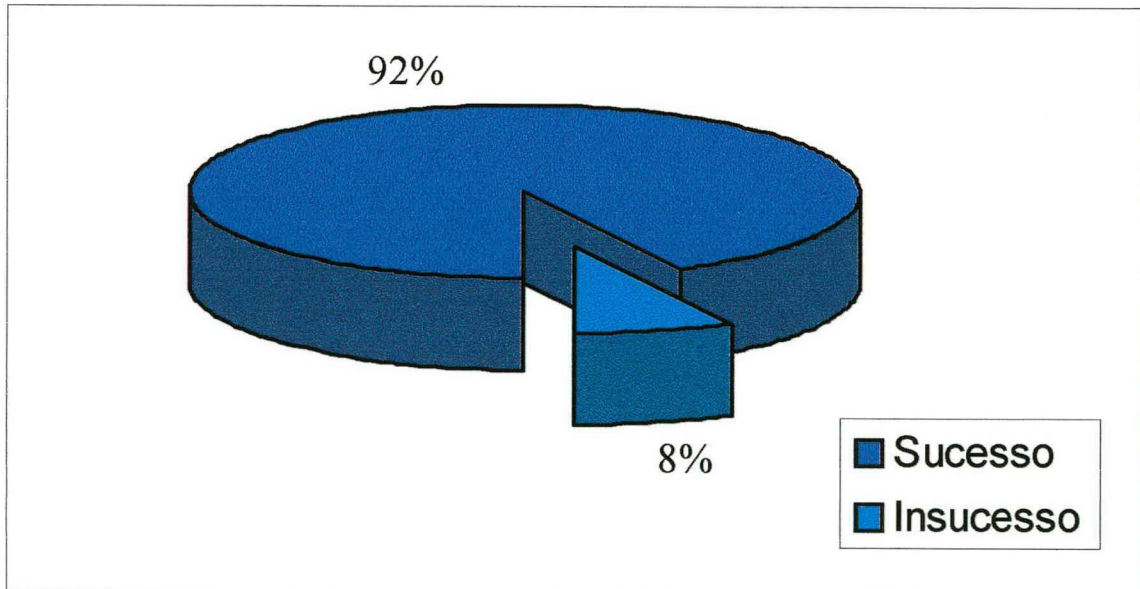


Fig. 2- Proporção de sucesso e insucesso do tratamento vídeo-laparoscópico.

Fonte!

5. DISCUSSÃO

Quando se aborda uma massa anexial, a idade da paciente é um dos fatores de grande importância para a avaliação diagnóstica. Antes da menarca e após a menopausa qualquer tumor anexial é considerado anormal. No menacme, as possibilidades aumentam amplamente, e a maioria dos casos são de etiologia benigna³.

No estudo realizado, os resultados obtidos com relação à idade das pacientes mostraram um predomínio de mulheres entre 30 e 40 anos, abrindo um leque para os mais variados diagnósticos diferenciais das massas anexiais, aumentando a probabilidade de achados de natureza benigna.

As queixas clínicas das mulheres com massa anexial são geralmente vagas e inespecíficas, confundindo-se com os sintomas de várias outras ginecopatias³.

Os achados clínicos das pacientes desta pesquisa nem sempre estiveram relacionados com a presença da massa anexial, dado o número de mulheres assintomáticas (19 casos). As queixas mais comuns, que foram dor pélvica e infertilidade (62,8%), relacionam-se diretamente com o grande número de pacientes com endometriose. Esta foi uma doença de base que levou à formação de vários tipos de massa anexial nestas pacientes, principalmente de endometriomas, que foi o diagnóstico laparoscópico mais frequente (40%).

Houve casos em que não foi possível o acesso à ficha clínica da paciente, citados como sem dados referentes à sintomatologia (6 casos).

Em boa proporção das pacientes a ultrassonografia pré-operatória revelou a presença de massa anexial (70,6%). Durante a pesquisa não foi encontrada justificativa para a não realização deste exame, que aconteceu em 6 casos. Destas pacientes, 4 foram submetidas à histerossalpingografia, que também foi realizada em outras 5 pacientes, totalizando 11 procedimentos. Destes, 5 foram normais e 6 mostraram impermeabilidade tubária.

Houve várias indicações para a realização da vídeo-laparoscopia durante o período estudado. Em 79,4% havia suspeita pré-operatória da presença de uma massa anexial, e em 20,6% a massa foi um achado laparoscópico. Em um caso não se chegou a uma suspeita diagnóstica no pré-operatório, e a laparoscopia foi realizada como procedimento diagnóstico.

Nenhum procedimento laparoscópico foi indicado devido à presença de um cisto fisiológico. Entretanto, a laparoscopia abordou ao todo 7 cistos funcionais (2 foliculares e 5 de corpo lúteo). Em todos estes casos a suspeita pré-operatória foi de uma massa patológica.

Em 23 pacientes foram abordadas 2 massas anexiais no mesmo procedimento, o que explica o diagnóstico de 125 massas em 102 laparoscopias. Apesar da bilateralidade das massas anexiais ser um critério de malignidade, nenhum caso desta natureza foi encontrado nas 18 pacientes com massas bilaterais, e a maioria destes casos tratavam-se de endometriomas. Nas outras 5 pacientes com mais de uma massa anexial, havia acometimento simultâneo de um ovário e uma tuba.

Todas as massas referidas como não especificadas pelo diagnóstico laparoscópico (6 casos), foram as de diagnóstico incerto para a equipe cirúrgica, e foram enviadas para exame anatomo-patológico, que também foi realizado nas 3 massas sólidas. O resultado histológico excluiu a presença de malignidade em

todas. Portanto, nenhuma massa maligna foi abordada durante o período estudado.

Os diferentes procedimentos laparoscópicos efetuados foram decididos de acordo com o tipo de entidade patológica envolvida, o seu estágio de evolução, e a experiência técnica da equipe cirúrgica, individualizando-se cada caso em questão.

Os limites da realização da técnica basearam-se principalmente na presença de aderências severas que impossibilitaram um plano anatômico ideal para o manuseio das estruturas (5 casos). Destas pacientes, 2 foram à laparotomia. Uma para a realização de ooforectomia devido à presença de um endometrioma volumoso, e outra para se fazer histerectomia e anexectomia bilateral, também devido a endometriomas e ao avançado estágio da doença de base. Em 3 dos casos de aderências não houve possibilidade da abordagem terapêutica das massas.

Houve também 2 casos de impossibilidade técnica pela presença de sangramento que dificultou a abordagem das estruturas, havendo conversão para laparotomia em ambas as pacientes. Uma apresentava gestação ectópica rota e foi realizada salpingectomia. Na segunda havia um cisto seroso hemorrágico, e como houve lesão vascular durante a sua abordagem, fez-se laparotomia para a ligadura do vaso sangrante.

Durante a investigação de uma massa em anexo existem alguns critérios que podem auxiliar a sua diferenciação entre benigna ou maligna. Quando uma massa é móvel, de conteúdo cístico, unilateral, e com tamanho menor que 5 cm, ela é provavelmente benigna, principalmente se a mulher estiver na idade reprodutiva. Já as massas fixas, irregulares, com invasão da cápsula ou excrescências externas, sólidas, bilaterais, ou associadas a ascite, devem ser investigadas à

procura de malignidade, sobretudo em pacientes na pós-menopausa ou com história familiar ou pessoal de câncer^{3,4,20}.

O quinto caso de conversão à laparotomia tratou-se justamente da abordagem de uma massa ovariana sólida de aspecto maligno, em uma paciente na pós-menopausa, e se optou pela via aberta para a realização de histerectomia total, anexectomia bilateral, e omentectomia. O exame histológico das peças descartou a possibilidade de malignidade. Isto demonstra que o valor preditivo para o diagnóstico da entidade maligna pela vídeo-laparoscopia foi insatisfatório neste caso. Isto também foi relatado em outros serviços, e a consequência é a realização de laparotomias possivelmente desnecessárias, podendo chegar a taxas consideráveis, como relatam alguns autores (8%)¹⁵.

Os mesmos autores reconhecem que existe prudência extrema no diagnóstico laparoscópico de massa suspeitas. Entretanto, consideram aceitável o número das ditas laparotomias desnecessárias, em face do risco de disseminação a que uma paciente estaria exposta se uma lesão maligna não reconhecida fosse operada via laparoscopia¹⁵.

Apesar disso, existem alguns serviços que acreditam que a vídeo-laparoscopia pode ser praticada para o tratamento de massas malignas, e proporcionar todos os benefícios da técnica endoscópica, ~~sem~~ risco de disseminação^{11,12}. Isto ainda é tema de muito debate, já que outros serviços contestam a segurança desta prática¹⁵⁻¹⁷.

Vale ressaltar novamente que o cirurgião e sua equipe devem ter prudência e bom senso de modo a praticar apenas o que a sua experiência permite¹.

Durante o período estudado houve o relato de complicação em apenas um dos procedimentos. Quando ocorrem, as complicações podem relacionar-se a qualquer etapa da laparoscopia, e usualmente envolvem vasos sanguíneos, intestinos ou bexiga^{6,7}. Nesta pesquisa ela esteve relacionada ao sangramento do

pedículo de um cisto hemorrágico, sendo um dos casos de insucesso do tratamento, como já citado.

Existem autores que referem uma menor incidência de complicações durante a abordagem laparoscópica de massas anexiais quando comparada à laparotomia.

A maioria dos acidentes laparoscópicos ocorrem durante os primeiros procedimentos da equipe cirúrgica ⁶. Portanto, o domínio da técnica acontece com o tempo de prática da equipe e a sua constante atualização a respeito das inovações cirúrgicas, determinando desta forma uma menor chance de complicações.

O principal fator determinante do rápido progresso da cirurgia laparoscópica desde o seu advento foram as inúmeras vantagens proporcionadas pela técnica.

Além da recuperação mais rápida e menor dor pós-operatória, as cicatrizes cosmeticamente mais aceitáveis são os principais motivos que levam as próprias pacientes a optarem por essa via terapêutica ⁶, cabendo ao médico verificar a possibilidade da sua realização.

Vários estudos têm sido realizados para determinar as diferenças entre a técnica laparoscópica e a laparotomia na abordagem de massas anexiais, e todos eles chegam a conclusões comuns. O manejo laparoscópico de anexos acometidos por massas oferece menores custos, menor tempo de internação, e menor morbidade pós-operatória ^{11-13,18}. O que difere nestes estudos é o tempo de realização das duas técnicas, que foi menor com a laparoscopia na maioria dos serviços ¹²⁻¹⁸, apesar de não haver diferença significativa.

O sucesso com o tratamento vídeo-laparoscópico de massas anexiais no serviço avaliado no presente estudo, que chegou a 92,2% dos casos, é comparável a outros serviços que também realizam o procedimento ^{11-13,15,17-19}.

Isto leva a crer que os avanços da técnica vêm permitindo uma abordagem segura de um número cada vez maior de pacientes, e fortalece a idéia de que

muitas daquelas que eram consideradas contra-indicações para a realização da cirurgia laparoscópica devem ser criteriosamente revistas ⁶.

É necessário dizer que todos os estudos já realizados, inclusive este, mostram que a laparoscopia não substitui plenamente a laparotomia na abordagem terapêutica de massas anexiais. Entretanto, a proporção de pacientes beneficiadas com a técnica é considerável, de modo a impulsionar e estimular a aplicabilidade do procedimento.

6. CONCLUSÃO

A casuística revisada durante esta pesquisa permite concluir que o acesso vídeo-laparoscópico é um meio seguro e eficaz no tratamento de massas anexiais, visto que o sucesso da técnica foi atingido em 92,2% dos casos e houve apenas um caso de complicação com a realização do procedimento.

7. REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Drake J. Diagnosis and management of the adnexal mass. Am Fam Physician 1998; 57(10):2471-6,2479-80.
3. Halbe HW, Derchain SFM. Câncer de ovário: Quadro Clínico e Diagnóstico. In: Halbe HW, Tratado de Ginecologia. 2ª ed. São Paulo; 1993 p.1924-30.
4. Osborne N, Padial JG. Cirurgia do ovário. In: Padial JG, Osborne N, Laparoscopia para Ginecologistas. Porto alegre: Artes Médicas; 1995 p.94-102.
5. Abrão MS, Abrão FS. Câncer do ovário : Tratamento e Prognóstico. In: Halbe HW, Tratado de Ginecologia. 2ª ed. São Paulo: Roca; 1993 p.1940-52.
6. Osborne N, Padial JG. Indicações, Contra-indicações e Complicações da Laparoscopia. In: Padial JG, Osborne N, Laparoscopia para Ginecologistas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995 p.46-53.

7. Pedrosa F. Indicações, Contra-indicações e Complicações 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.
8. Canis M, Pauly JL, Wattiez A, Mage G, Mantes H, Breshat MA. Laparoscopic management of adnexal masses suspicious at ultrasound. *Obstet Gynecol* 1997; 89(5 Pt 1):679:83.
9. Childers JM, Nasser A, Surwit EA. Laparoscopic management of suspicious adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(6):1451-7.
10. Daniell J, Kurtz B. Diagnóstico e Manejo Laparoscópico da Endometriose. In: Padial JG, Osborne N, Laparoscopia para Ginecologistas. Porto Alegre: Artes Médicas;1995 p.131-7.
11. Papasakelariou C, Saunders D, De La Rosa A. Comparative study of laparoscopic oophorectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995; 2(4):407-10.
12. Deckardt R, Saks M, Graeff H. Comparison of minimally invasive surgery and laparotomy in the treatment of adnexal masses. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994; 1(4 Pt 1):333-8.
13. Hidlebaugh DA, Vulgaropoulos S, Orr RK. Treating adnexal masses. Operative laparoscopy vs. laparotomy. *J Reprod Med* 1997; 42(9):551-8

14. Salum R. Doenças Benignas dos Ovários. In: Halbe HW, Tratado de Ginecologia. 2ªed. São Paulo: Roca; 1993 p.103-16.
15. 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(1):43-8.
16. Wenzl r, Lehner R, Husslein P, Sevelde P. Laparoscopic surgery in cases of ovarian malignancies: na Austria-wide survey. Gynecol Oncol 1996; 63(1):57-61.
17. Herendael BV, Beretta P, Slangen T, Frandin M, Swangers M, Zanaboni F. Management of adnexal masses by operative laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995; 2(3):273-7.
18. Quinlan DJ, Townsend DE, Johnson GH. Safe and cost-effective laparoscopic removal of adnexal masses. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1997; 4(2):215-8.
19. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. Am J Obstet Gynecol 1997; 177(1):109-14.
20. Evans, TN. Massa anexial. In: Frederickson HL, Wilkings-Haug L, Segredos em Ginecologia e Obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993 p.48-52.

NORMAS ADOTADAS

Para a digitação, formatação, paginação e bibliografia deste trabalho, foram seguidas as normas estabelecidas pela resolução número 001/97, do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, deliberadas em sessão do dia 21/08/1997, presidida pelo professor Edson José Cardoso.

RESUMO

Objetivo: Apresentar os resultados da vídeo-laparoscopia no tratamento de massas anexiais.

Método: Análise retrospectiva de cento e duas pacientes submetidas ao tratamento vídeo-laparoscópico de massas anexiais, no período entre janeiro de 1996 a fevereiro de 1999, em uma clínica particular da cidade de Florianópolis.

Resultados: A idade média das pacientes operadas foi de 32,8 anos, variando de 15 a 62 anos. A maioria das vídeo-laparoscopias foi indicada pela suspeita da presença de uma massa anexial (79,4%), mas teve outras indicações em 21,6%. Todos os procedimentos realizados abordaram pelo menos uma massa anexial, e vinte e três abordaram 2 massas simultaneamente, totalizando o diagnóstico de 125 massas. A anatomia patológica concluiu o diagnóstico em 9 dos casos. Não houve o tratamento de nenhuma massa maligna. O procedimento variou de cistectomia à excisão completa do anexo, dependendo dos achados em cada paciente. Em 3 casos não houve abordagem terapêutica pela presença de aderências severas. E em 5 pacientes houve conversão à laparotomia para concluir o tratamento, devido a sangramento (2 casos), aderências (2 casos), ou suspeita de malignidade (1 caso). Portanto, em 94 pacientes (92,2%) obteve-se o sucesso do tratamento por meio da vídeo-laparoscopia. Em apenas um caso houve relato de sangramento como complicação do procedimento.

Conclusão: A vídeo-laparoscopia é um procedimento seguro e eficaz no tratamento de massas anexiais, com uma proporção de sucesso de 92,2% dos casos.

SUMMARY

Objective: To present the results of operative laparoscopy in adnexal mass.

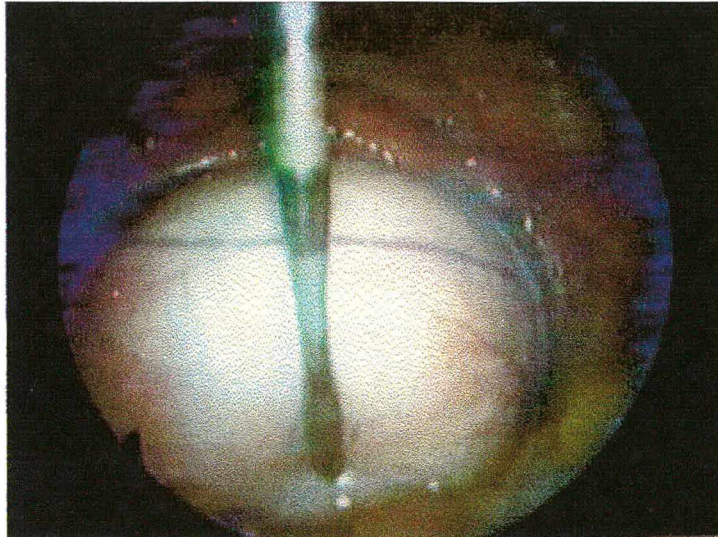
Method: Retrospective analyzes was done in 102 patients submitted to adnexal mass videolaparoscopy treatment, between January 1996 and February 1999, in Florianópolis' Medical Center.

Results: The patient's medium age was 32,8 years, varying to 15 from 62. Most of videolaparoscopy was indicated by suspicion of an adnexal mass (79,4%), but there were other indications (21,6%). All the accomplished procedures approached at least one adnexal mass, and 23 approached 2 masses simultaneously, in a total of 125 diagnose masses. The pathological analyzes concluded the diagnoses in 9 cases. There was no treatment for malignant mass. The procedure varied from cystectomy to complete excise of the adnexa depending of the patient. In 3 cases there was no therapy approach because of severe adhesion. In 5 patients, laparotomy was done to concluded treatment due adhesion, bleeding or suspected malignancy, so, in 94 patients (92,2%) there was successful treatment by videolaparoscopy. Procedure bleeding complicated only one case.

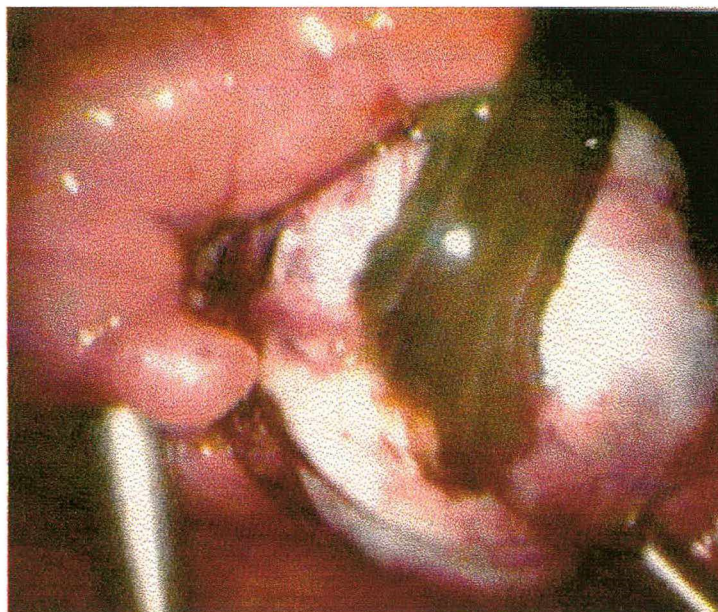
Conclusion: Videolaparoscopy is a safe and effective procedure in adnexal mass treatment, with a successful rate of 92,2%.

APÊNDICES

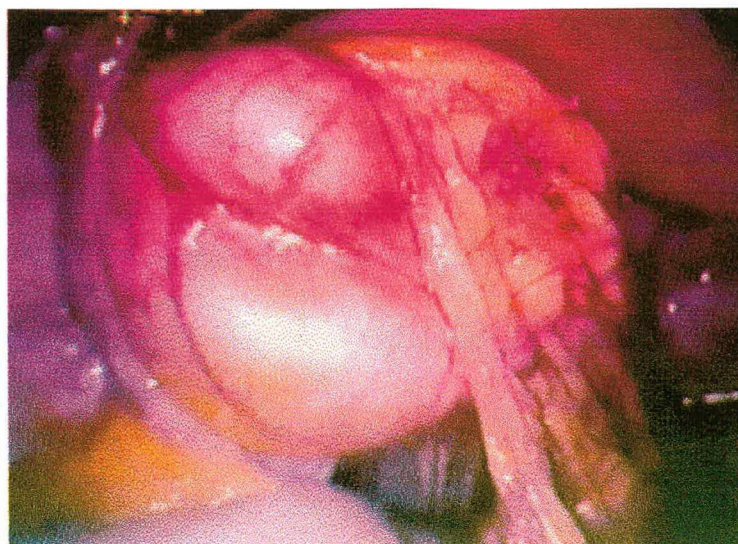
Apêndice 1 - Abaixo seguem imagens laparoscópicas que ilustram alguns exemplos de massas anexiais.



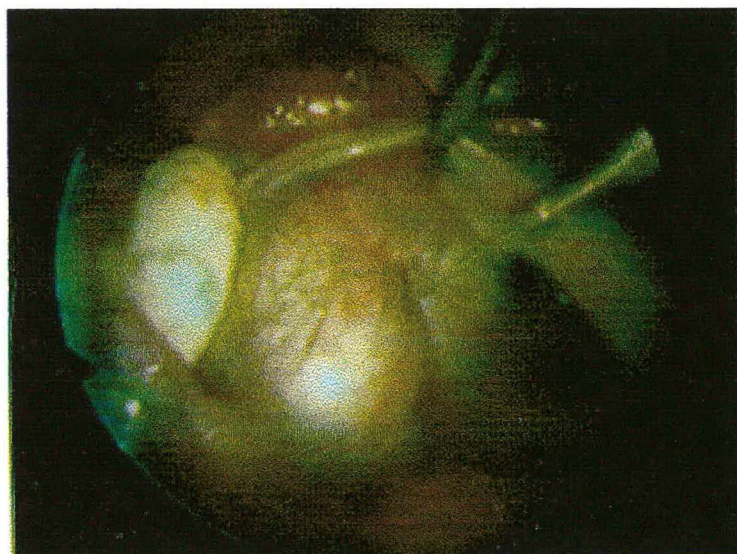
Cisto dermóide



Endometrioma



Hidrossalpinge



Cisto simples

Fonte: Oliveira MAP, Oliveira HC, Meirelles Jr HL. Cirurgia Videolaparoscópica em Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

**TCC
UFSC
TO
0092**

N.Cham. TCC UFSC TO 0092

Autor: Marquardt, Daniele

Título: Abordagem terapêutica de massas



972801241

Ac. 254227

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM