

ROTINAS EM HISTEROSCOPIA

CONTEÚDO

1. Introdução	3
2. Equipamento.....	4
3. Preparo para o exame.....	4
3.1 Exame ginecológico	4
3.2 Exame endoscópico	5
4 . Indicações	6
5. Diagnóstico.....	6
6. Métodos Ancilares	8
7. Infertilidade.....	10
8. Contra Indicações:.....	11
9. Complicações.....	11
10. Resultados.....	13
11. Referências Bibliográficas.....	14

1. INTRODUÇÃO:

No Ambulatório da Enfermaria 28, são realizadas em torno de 400 exames ano. Deste total. Cerca de 15 por cento são complementadas com o tratamento cirúrgico através da endoscopia com ressectoscópio giratório.

No momento estamos realizando uma pesquisa prospectiva registrada no Ministério da Saúde sobre o grau de satisfação da paciente frente a abordagem histeroscópica.

O procedimento é uma endoscopia, técnica útil tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de diversas afecções ginecológicas. Os avanços tecnológicos tornaram a histeroscopia um método propedêutico ambulatorial, sem necessidade de qualquer preparo prévio ou anestésico, com riscos minimizados de complicações e de fácil reprodutibilidade.

O obstáculo cervical, a distensão e a iluminação são as principais dificuldades, que quando vencidos, possibilitam adequado e acurado exame. O único fator limitante são os sangramentos importantes.

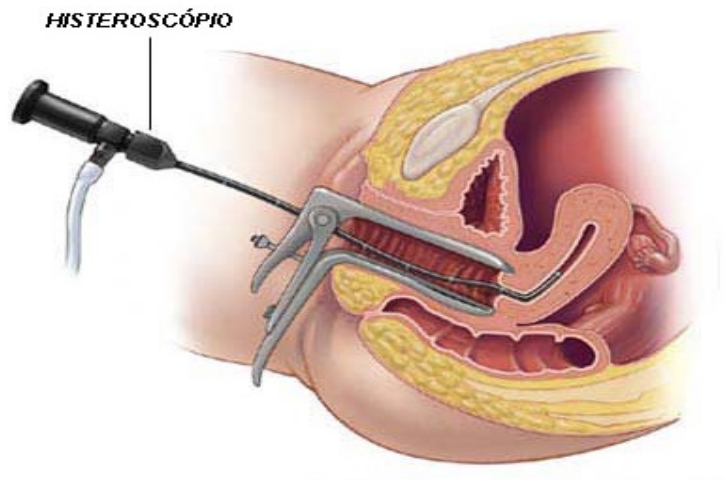


Figura 1. Esquema Ilustrativo do exame histeroscópico

2. EQUIPAMENTO:

O equipamento básico se resume em:

1. Endoscópico, cujo diâmetro pode variar de 0,4 a 1,2 mm.
2. Fonte de luz (150 W);
3. Histeroflator, para distensão da cavidade com CO₂.

A este equipamento imprescindível, pode-se associar uma vídeo-câmera e um monitor para melhor acompanhamento do exame e ainda um aparelho vídeo-cassete ou de videoprinter para

documentação.

3. PREPARO PARA O EXAME:

3.1- Exame ginecológico

- Inspeção da vulva (trofismo, coloração, distribuição dos pelos); distopias, roturas perineais,
- Exame com espécuro: a avaliação do plegueamento da mucosa bem como da lubrificação vaginal, avaliação do colo (coloração, presença de lesões).
- Apalpação abdominal e pélvica – Toque vaginal (investigação de anormalidades na parede e na cavidade ou alterações nas características dos órgãos internos (localização, volume, forma, consistência, mobilidade).

3.2 O exame endoscópico:

A paciente é colocada em posição ginecológica, assepsia da vagina e do colo; teste do equipamento.

E a seguir realizamos uma leve pressão na vulva para a distensão das paredes vaginais, seja por CO2 ou soro fisiológico. Raramente colocamos o espécuro.

Inicialmente introduz-se a ótica levemente no orifício externo do colo. Aguarda-se por aproximadamente 15 segundos para que possa haver boa difusão do CO2 (ou soro fisiológico) e formação da microcavidade à frente da ótica. Avança-se lentamente para evitar traumatismo do canal endocervical o que, provocando sangramento, pode comprometer o resultado final. Na maioria dos casos a dificuldade maior encontra-se ao nível do istmo, onde a resistência é mais intensa.

Na cavidade endometrial, já previamente distendida pelo CO2, pode-se avaliar diretamente todos os detalhes do endométrio e fases, sob visão direta ou orientada, a biópsia que definirá a natureza de lesões porventura encontradas.

4. Indicações:

1. Sangramento uterino anormal
2. Esterilidade e infertilidade
3. Diagnóstico de corpo estranho
4. Malformação uterina
5. Diagnóstico e fatores prognósticos de neoplasias do colo, do corpo e das neoplasias trofoblásticas gestacionais
6. Diagnóstico diferencial de afecções intra-cavitárias suspeitas por outros exames
7. Controle de cirurgia uterina prévia

5. DIAGNÓSTICO:

A histeroscopia diagnóstica tem no sangramento uterino anormal sua principal indicação, tanto no menacme, como pós-menopausa, e USG com alterações endometriais, segundo nossos

registros.

O pólipo endometrial: constitui uma hiperplasia focal da mucosa uterina, que inclui o epitélio e o estroma. Pode ser sésil ou pediculado, cuja base é vascularizada e pode se exteriorizar pelo colo do útero (de Palo, 1991).

É um achado freqüente, embora seja difícil determinar-se sua incidência específica, pois, muitas vezes, são detectados apenas em curetagens.

Pode ser único, de volume suficiente para ocupar totalmente o espaço virtual da cavidade uterina, ou então pequeno, o que dificulta a sua localização precisa. Outras vezes são múltiplos, de tamanhos variados, pediculados ou não.

Costumam ser assintomático. Grande parte dos pólipos só é diagnosticada quando a paciente é submetida à histerectomia total e o útero é aberto para avaliação anatomopatológica.

O sintoma mais comum é o sangramento genital, que pode ser de intensidade variável: desde pequena perda sangüínea até uma hemorragia copiosa. Em alguns casos, a paciente pode apresentar sangramento ao coito, em virtude da presença de um pólipo endometrial que se exteriorizou até a vagina. Excepcionalmente, pela diminuição eventual do suprimento sangüíneo do pólipo, pode ocorrer necrose, com conseqüente corrimento e odor fétido e sangramento.

Deve-se lembrar também da possível associação entre pólipo endometrial e neoplasia maligna do endométrio. As pacientes com pólipos endometriais são mais predispostas a desenvolver tumores no endométrio, em especial aquelas que têm fatores de risco como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, síndrome dos ovários policísticos, tumores funcionantes dos ovários e carcinoma da mama (Rodrigues de Lima e Martins, 1992).

Os pólipos glandulares são lisos e brilhantes. Não acompanham as modificações cíclicas do endométrio. Já os císticos, como o próprio nome diz, representam cisto de retenção; têm tamanhos variáveis. Os pólipos adenofibromatosos podem ser confundidos com miomas submucosos devido a sua intensa vascularização. Os pólipos fibrosos tem aspecto de endométrio atrófico; são mais comuns em mulheres na pós-menopausa. O diagnóstico de pólipo endometrial é realizado, na maioria dos casos, após um episódio de sangramento genital, que é a manifestação clínica mais freqüente, ou então na pesquisa de casal fértil.

6. MÉTODOS ANCILARES:

Entre os exames subsidiários, pode-se lançar mão da ultrassonografia, da histerossalpingografia ou da histeroscopia.

O diagnóstico pela ultrassonografia abdominal não é dos mais fáceis. A ultrassonografia transvaginal, além de mais precisa, determina com exatidão as características do pólipo. A imagem ultrassonográfica do pólipo endometrial é ecogênica, de limites nítidos e regulares,

localizada no centro da cavidade. Já os pólipos maiores, pressionados pelas paredes da cavidade virtual do útero, tendem a se moldar à anatomia da cavidade. Assim, eventualmente, pode-se confundir o pólipio endometrial com um espessamento do endométrio, ou ainda com mioma submucoso sésil ou pediculado. Deve-se observar com muita atenção se há espessamento em todo o contorno do endométrio, o que caracteriza o eco endometrial espessado, ou se este espessamento é localizado, o que corresponderia à presença de pólipio ou mioma.

Na histerossalpingografia, a falha de enchimento, com imagens lacunares ovaladas e homogêneas, que não deformam a cavidade, sugere o diagnóstico de pólipio endometrial. O diagnóstico de certeza, entretanto só pode ser dado pela histeroscopia. Avaliação da cavidade uterina: na pós-menopausa, onde é freqüente o sangramento uterino genital irregular, a boa avaliação da cavidade endometrial é muito importante. Com a histeroscopia procura-se diminuir o número de curetagens realizadas de forma desnecessária e que são dispendiosas, pois requerem hospitalização e anestesia.

A histeroscopia, por exemplo, permite-nos acompanhar a evolução clínica das pacientes portadoras de hiperplasias endometriais, sob tratamento hormonal. Na pós-menopausa, o sangramento genital preocupa e exige ampla investigação. A literatura tem demonstrado que, no sangramento genital pós-menopausa, a etiologia benigna é a mais comum. Desta forma, o axioma "sangramento da pós-menopausa = curetagem uterina", estaria perdendo sua força; em outras palavras, nem sempre ela seria obrigatória (Cavalcanti de Albuquerque Neto, 1986 e Cavalcanti de Albuquerque Neto et al, 1995).

Outra indicação precisa na pós-menopausa são as pacientes com teste da progesterona positivo, que requerem exame do endométrio com biópsia dirigida. As pacientes submetidas à terapêutica de reposição hormonal podem apresentar sangramento, principalmente no período de adaptação ao tratamento, e necessitam de acompanhamento cuidadoso. A maior dificuldade que se tinha, até então, era ultrapassar o orifício interno do canal endocervical, com a camisa diagnóstica convencional de diâmetro total de 5 mm, nas pacientes menopausadas. Embora maior que o número de insucessos em pacientes no menacme, este contingente na pós-menopausa não ultrapassa 12%. Agora, entretanto, com a utilização da ótica de 1,2 mm de diâmetro, a realização de biópsia dirigida de lesões focais da cavidade endometrial tornou-se mais freqüente e de fácil execução.

"Embora a curetagem seja considerada o mais completo método de diagnóstico, em 50 pacientes submetidas a histerectomia total abdominal, após curetagem prévia, demonstrou-se 60% dos casos tinham menos da metade da cavidade examinada e 16% menos que 30% da área total da cavidade uterina representada" (Sotch e Kanbour, 1975).

7. Infertilidade:

No protocolo de estudo da mulher fértil, constitui a microcolpohisteroscopia (MCH) importante avanço no diagnóstico da infertilidade de causa uterina. O estudo do fator uterino tem sido realizado tradicionalmente com métodos indiretos, através do emprego da histerossalpingografia (HSG), da ecografia para avaliação anatômica, e da biópsia de endométrio para o estudo funcional.

A possibilidade de visualização direta e ampliada, a inocuidade e a reprodutibilidade, fizeram com que a histeroscopia possa ser incluída na rotina propedêutica da infertilidade como complemento ou para auxiliar a melhor definição dos outros métodos.

Sempre que houver discordância entre os resultados da citologia oncológica, da colposcopia, da ultrassonografia, histerossalpingografia e das biópsias do colo, da endocérvice e/ou do endométrio, estará indicada a histeroscopia diagnóstica para a visualização e definição do local preciso para obtenção do material para exame anatomopatológico.

8. Contra-indicações:

Na vigência de sangramento uterino importante torna-se impossível a visualização adequada das diversas regiões do útero. Nos processos inflamatórios pélvicos a possibilidade de disseminação contra-indica o exame.

Nas pacientes grávidas o exame está contra-indicado pelo risco de abortamento.

9. Complicações :

As principais complicações estão associadas com o traumatismo uterino, a distensão da cavidade e a propagação de processos infecciosos.

Os traumatismos uterinos poderão provocar desde pequenas a grandes perdas sangüíneas que prejudicam a visualização da cavidade. Teme-se a perfuração uterina como acidente mais grave; nestes casos, deve-se retirar a ótica lentamente observando o local da perfuração. Caso não haja sangramento importante, na maioria das vezes a conduta expectante é suficiente. Os acidentes por excesso de distensão são raros uma vez que se use o histeroflator, devido ao seu controle automático da pressão intrauterina. A principal complicação é a embolia gasosa, que pode ocorrer quando a pressão intra-cavitária ultrapassa os 180,mm/Hg, limite raramente alcançado durante um exame rotineiro.

Infecção genital decorrente de histeroscopia diagnóstica é também muito pouco freqüente, com incidência de 1 para 1.000 (Hamou, 1986).

9. RESULTADOS:

O Resultado da avaliação vídeo histeroscópica é colocado em um LAUDO próprio com as informações observadas (em Anexo).

VÍDEO HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA
Laudo Descritivo
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro
28ª. Enfermaria –Ginecologia
Serviço do Prof. Silvio Silva Fernandes

NOME:

IDADE: anos

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

MÉDICO ASSISTENTE: Dr.

UM: Há anos

DATA:

Histerometria: cm

Canal Cervical:

Orifício Interno:

Cavidade Uterina:

Endométrio:

Óstios Tubários:

Procedimentos Instrumentais: Biópsia

Procedimentos Complementares: Estudo Histopatológico

CONCLUSÃO:

Fotos:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

OBS: Este exame HISTOSCÓPICO é uma ferramenta complementar, e deverá ser avaliado pelo médico assistente para a correlação clínica e decisão terapêutica.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. De Palo, 1991.
2. Rodrigues de Lima e Martins, 1992.
3. Cavalcanti de Albuquerque Neto, 1986 e Cavalcanti de Albuquerque Neto et al, 1995.
4. Sotch e Kanbour, 1975.
5. Hamou, 1986.
6. Tratado de videoendoscopia e cirurgia minimamente invasiva em ginecologia, Crispi, C. P. Editora Rúbio - 2007.