

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA
HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO**

RESIDÊNCIA MÉDICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

SANGRAMENTO VAGINAL EM MULHERES DE 45 – 55 ANOS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

LUIS BIN RON IE

SÃO PAULO

2011

LUIS BIN RON IE

SANGRAMENTO VAGINAL EM MULHERES DE 45 – 55 ANOS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA DO
HOSPITAL DR FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA – HOSPITAL DO CAMPO LIMPO - HMCL

ORIENTADOR: DR PAULO BARBOSA DE SOUSA

SÃO PAULO

2011

Índice

Citação	04
Dedicatória	05
Agradecimentos	06
Resumo	07
Abstract	08
Introdução	09
Fisiopatologia	11
Objetivo	18
Materiais e métodos	18
Diagnóstico	19
Tratamento	28
Prevenção	33
Discussão	34
Conclusão	36
Anexo 1	37
Figura 1	38
Referências bibliográficas	39

Não! Tentar não. Faça ou não faça. Tentativa não há. (Yoda)

**``Conhecer os outros é inteligência, conhecer-se a si próprio é verdadeira sabedoria.
Controlar os outros é força, controlar-se a si próprio é verdadeiro poder.`` (Lao Tsé)**

Dedico este trabalho a

Meu avô por cuidar de mim desde criança até os dias de hoje

Meus pais, le Tji Joeng e Zhou Ying Ying pelo apoio que me dão este caminho trilhado

Minha irmã Luciana por sempre me ajudar e substituir em casa na minha ausência

Meu tio Lian pelo exemplo de médico que é para toda a família e minha prima Jéssica, futura médiza

Meus professores DR Guariento, DR J. Mamede(in memmorian) e DR Edmir J. Marin pelo exemplo que me deram na faculdade e pela qual sigo esta bela especialidade

Agradeço

Ao professor e amigo DR Osmar Colás que foi a causa de minha vinda para o HMCL

Ao orientador e amigo DR Paulo Barbosa

Aos plantonistas, médicos e amigos Dra Sônia (Mestra), Dra Cristina Mitie Nishimura, Dr Edvlado, Dra Maetê, Dra Janice, Dr Eduardo Bussab, Dr Hildo entre tantos outros que sempre nos ajudaram e passaram um pouco de suas experiências para aprimorar e facilitar um pouco esse caminho que trilhamos

Aos funcionários e principalmente toda equipe de Enfermagem da Maternidade e Centro Obstétrico do HMCL

Aos amigos que fiz, Dr Diego, Dra Rejane Gonçalves, Dra Fernanda Yamashitafujii, Dra Cecilly, Dr Williams, Dr Fernando Meneguini e tantos outros residentes representados por eles

Principalmente às doutoras Dra Ana Ligia Ribeiro Feitosa e Dra Tereza Cristina Martins Pedrosa Barbosa por esses ano incríveis juntos. Aprendi muito com elas e cresci muito, dentro do HMCL ou mesmo fora, em nossos plantões, jantares e viagens

RESUMO

IE, LUIS BIN RON. SANGRAMENTO VAGINAL EM MULHERES DE 45 – 55 ANOS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. ORIENTADOR: DR PAULO BARBOSA DE SOUSA. SÃO PAULO. HMCL. Folhas. Relatório de conclusão de estágio.

É de grande preocupação às mulheres margeando a idade de 45 a 55 anos o quadro de perda de sangue via vaginal de início repentino e/ou aumento abrupto. Sendo assim a principal causa de procura pelos serviços de pronto atendimento de Ginecologia dos diversos hospitais gerais e maternidades. De causa mais comum pelos pólipos endometriais, miomas e mais raramente por carcinoma endometrial. Devido ao fato, de muito interesse dos especialistas e médicos de atendimentos primários a definição de uma sequência lógica e prática para diagnóstico e tratamento de tal afecção.

Na atualidade dá-se importância a história clínica, duração do quadro e antecedentes ginecológicos. Parte-se para a avaliação clínica via exame especular para fins de quantificação do sangramento, toque vaginal para possível aumento de volume uterino. Diagnóstico por imagem através de Ultrassonografia endovaginal e histerossonografia. Diagnóstico armado através da histeroscopia diagnóstica, a fins de obtenção de biópsias para diagnóstico histopatológico e estadiamento em casos de carcinoma endometrial. O tratamento clínico vale-se do uso da hormonioterapia, anti-inflamatórios não esteróides e antagonistas do GnRH; passando para o cirúrgico através da histeroscopia cirúrgica, histerectomia e Wertheim-Meyers + RtQt.

Palavra-chave: sangramento vaginal; pólipos/mioma; histeroscopia diagnóstica/cirúrgica; hemorragia

ABSTRACT

A great fear between women beyond 45 to 55 years old is the sudden vaginal bleeding or its aggravation. Cause of their urgent asks for general hospital's and maternities gynecological services. The main cause of it is by endometrial polyps and myomas, more rarely by endometrial carcinoma. It's of the interest of the specialists of the area that it have to be established a logical sequence to diagnose and treat it.

Nowadays the main points are on the clinical resume, pathological history and gynecological resume. The clinical triage is by use of the specular exam, to quantify the bleeding amount, and vaginal exam, to possible uterine hyperplasia. Subsidiary diagnoses are by use of Endovaginal sonography and sonohisterography. Use of Diagnostic hysteroscopy to achieve biopsies to histo-pathological diagnoses and diagnose of endometrial carcinoma. The clinical treatment is based on use of hormotherapy, non-steroidal anti-inflammatory and GnRH antagonist; or cirurgical hysteroscopy, hysterectomy and WM+RtQt.

Key words: vaginal bleeding; polyps/ myoma; histeroscopic diagnosis/surgery

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, cada vez mais pacientes que findam os 40 anos e que meiam os 50anos tem procurado os serviços de Ginecologia dos diversos hospitais do país devido ao quadro de sangramento vaginal abrupto, sem causa aparente, irregular e com volume acima da rotina menstrual das interessadas. Estas que em maioria negam históricos pessoais e familiares de miomatose uterina ou demais patologias do trato genital inferior.

Tal quadro deve ser explorado e diferenciado entre os diversos diagnósticos, dentre eles a miomatose submucosa, pólopo endometrial e o carcinoma endometrial.

O diagnóstico é obtido através da amamnese, exame físico e métodos diagnósticos por imagem através de ultrassonografia transvaginal, curetagem ou histeroscopia diagnóstica.

O sangramento uterino anormal é definitivamente a principal causa de de visitas ao ginecologista durante a peri e pós menopausa, entre cerca de 15% das mulheres.

Podendo ser de origem sistêmica, causa iatrogênica ou hormonal ou uma patologia endometrial devem ser suspeitas e a investigação é primordial. (Verrotti&cols, 2008)

O sangramento vaginal pós-menopausa ocorre preferencialment na sexta década de vida. O avançar da idade reduz a incidência de sangramento, embora aumente a probabilidade de câncer associado. O diagnóstico histopatológico mais frequente é a atrofia endometrial (50-54%), sendo também encontrado os pólipos endometriais (09-25%), hiperplasias (03-10%) e o câncer (04-10%). Durante a terapia hormonal ciclica, o sangramento esperado é durante o intervalo de supressão progestacional. Durante a TH, a probabilidade de sangramento vaginal relacionado a câncer é 10vezes menor do que nas não usuárias.

Revisão da Literatura

FISIOPATOLOGIA

Sangramento uterino disfuncional é toda perda sanguínea anormal de origem uterina, na ausência de afecção orgânica do trato genital e de gestação. O diagnóstico é de exclusão, devendo-se em geral a distúrbios de interrelação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário com o endométrio.

Como é o endométrio que manifesta o desequilíbrio, prefere-se a denominação de sangramento disfuncional do endométrio. (Baracat&cols, 2005)

O endométrio é o local de inúmeras alterações que ocorrem no ciclo menstrual. Seu principal papel é fornecer o local adequado para a implantação e nutrição do blastocisto, tendo também um papel importante na reprodução humana. A sua morfologia depende de algumas condições, tais como, da integridade do sistema córticohipotalâmico-hipofisário, da função ovariana normal e da sua capacidade de responder, satisfatoriamente aos hormônios esteróides (Adashi et al.,1996).

Ele está em permanente modificação em cada ciclo menstrual e sendo alvo da ação dos hormônios esteróides, principalmente dos ovarianos. Na fase proliferativa do ciclo menstrual o ovário produz quantidade crescente de hormônio estrogênico; este irá agir sobre os receptores estrogênicos das células endometriais, alterando suas morfologia e biologia, levando-as à multiplicação acelerada e conseqüente estimulação do crescimento do endométrio como um todo. Na fase secretora, a ação da progesterona produz marcantes alterações morfológicas e biológicas nas glândulas e estroma endometriais. Com a queda nos níveis da progesterona é liberada relaxina dos granulócitos com conseqüente lise das fibras reticulares e dissociação do endométrio que precede sua eliminação parcial; é a menstruação (Dallenbach et al.,1985).

O endométrio responde tanto aos estrogênios endógenos quanto aos exógenos e sem a ação da progesterona pode ser sede de alterações proliferativas e hiperplásicas, que clinicamente se manifestam por sangramento uterino anormal. Portanto, ele pode desenvolver diversos quadros histopatológicos que variam desde a atrofia até o câncer. (Baracat et al., 2004).

As modificações hormonais próprias do período do climatério acarretam transformações no endométrio que requerem atenção especial do médico ginecologista. Assim, os ciclos anovulatórios muito comuns nessa fase promovem os efeitos estrogênicos sobre o tecido endometrial sem, no entanto, serem antagonizados pela progesterona, o que pode gerar alterações que ultrapassam o limite fisiológico. Já após a menopausa, a produção ovariana de androgênios, com consequente conversão em estrona no tecido adiposo, também promove efeitos de proliferação no endométrio. (Júnior&cols, 2009)

- Mioma

Tumor benigno de evolução lenta que se desenvolve no miométrio, constituído de fibras musculares lisas e tecido conjuntivo.

Incidência de até 30% das mulheres em idade fértil e costuma regredir após a menopausa. Mais comum em mulheres de raça negra, com antecedentes familiares e nulíparas; menos comuns em mulheres com filhos e que usam anticoncepcionais.

São classificados de acordo com sua localização: Submucoso, intramural ou subseroso. Em relação a parte acometida: corporal, cervical ou intraligamentar.

Ao exame físico constata-se massa palpável em abdome inferior em direção à pelve, fibrosa ou endurecida, de contornos irregulares e arredondada. Aumento de volume uterino no toque bimanual.

O diagnóstico diferencial temos: Adenomiose, Tumores anexiais, Endometriose, Hiperplasia endometrial e Sangramento uterino anormal. Tumores de crescimento rápido após menopausa e resistentes ao tratamento com análogos de GnRH podem ser malignos (sarcomas uterinos).

-Pólipo endometrial

O pólipo endometrial constitui neoformação da mucosa uterina que se origina como hiperplasia focal da camada basal. Os pólipos são, fundamentalmente, hiperplasias localizadas das mucosas glandulares uterinas.

Segundo Fox e Buckley (1989), os pólipos endometriais, do ponto de vista clínico, são estruturas benignas que não denotam por si qualquer processo patológico específico. O termo designa crescimento focal e circunscrito da mucosa endometrial a partir da camada basal que causa uma protrusão para a luz da cavidade uterina, podendo assumir forma sésil ou pediculada.

A etiopatogênia dos pólipos é ainda enigmática sendo consequência da hiperplasia focal da basal do endométrio. Segundo Dallenbach-Helleweg (1985) verificaram que a hiperplasia do endométrio não apresenta um crescimento uniforme e que certas áreas crescem mais exuberantemente, chegando a haver casos em que é tão acentuada essa diferença que leva a formação da hiperplasia dita poliposa.

Tostes et al. (1985), no exame histeroscópico evidenciaram que a hiperplasia difusa tem superfície irregular e mesmo em condições normais o crescimento do endométrio não é uniforme em toda sua extensão.

- Adenomiose

Caracteriza-se pela presença de glândulas e estroma endometrial no miométrio.

Sua incidência é de aproximadamente 20% em multíparas sendo que 30% são assintomáticas.

As pacientes em amioria são multíparas, acima de 30anos de idade, história de sangramento uterino anormal, com aumento na quantidade e duração do fluxo menstrual, queixa de dismenorréia progressiva antes e durante a menstruação.

Ao exame físico observa-se um útero difusamente aumentado de volume, com áreas amolecidas no período pré e pós menstrual.

Diagnóstico diferencial a: Gestação, Endometriose, Adenocarcinoma de endométrio, Pólipo endometrial, congestão pélvica (S.Taylor) e miomatose uterina.

- Hiperplasia Endometrial

É a proliferação do endométrio com alterações glandulares arquiteturais e citológicas que variam desde endométrio proliferativo desordenado até modificações complexas de difícil distinção do adenocarcinoma bem diferenciado. Quanto mais atípica for a hiperplasia, maior risco de evoluir para carcinoma. Pode ser consequência de estímulo estrogênico prolongado, endógeno ou exógeno, não antagonizado pela progesterona ou progestógenos.

As hiperplasias endometriais são classificadas como simples com ou sem atipia, ou complexa com ou sem atipia.

- Neoplasia endometrial

A neoplasia de endométrio é a segunda doença maligna de origem genital em incidência no Brasil. Sua frequência aumenta com a idade e seu pico de acometimento é na sexta década de vida. Com o envelhecimento da população, a neoplasia endometrial está adquirindo maior importância no que diz respeito aos cuidados da saúde da mulher.

O câncer do corpo do útero é predominantemente uma doença das mulheres após a menopausa com a idade média do diagnóstico em torno dos 60 anos. A incidência tende a aumentar a partir dos 50 anos sendo que apenas 5% dos casos ocorrem antes dos 40 anos.

O adenocarcinoma do endométrio responde por cerca de 95% dos casos de câncer do corpo do útero enquanto que menos de 5% dos casos são sarcomas. Os adenocarcinomas se originam do endométrio enquanto que os sarcomas se originam do endométrio ou da camada muscular do útero.

O endométrio é um tecido hormônio responsivo que sofre o efeito proliferativo do estrogênio e secretor da progesterona. A transformação proliferativa atípica e neoplásica tem sido associada a uma exposição estrogênica crônica não antagonizada pela progesterona ou progestógenos. O câncer de endométrio associado ao estrogênio (adenocarcinoma) pode progredir de um estágio pré-maligno (hiperplasia adenomatosa) para maligno. Porém vale lembrar que nem toda a hiperplasia adenomatosa evolui para câncer. Alguns raros cânceres de endométrio são de predisposição familiar, sendo que, nesses casos, o risco de desenvolver a doença pode chegar a 50%. O câncer de endométrio é também mais comum em mulheres com antecedente de câncer de mama, cólon ou ovário.

As hiperplasias atípicas são as que apresentam o maior risco de evoluir para câncer.

Outros fatores de risco são: Terapia estrogênica não antagonizada por progesterona ou progestógeno; Menarca precoce/menopausa tardia; Tumores secretores de estrogênio; Nuliparidade, anovulação crônica; Características demográficas: idade avançada, raça caucasiana, status sócio econômico elevado; Doenças associadas: Diabetes mellitus, obesidade, hipertensão, colecistopatias; Radioterapia pélvica prévia.

O crescimento inicial do câncer de endométrio ocorre na camada glandular que reveste a cavidade uterina, sendo desta forma, o sangramento vaginal após a menopausa, sintoma presente em 90 % das mulheres. Com o crescimento progressivo, o tumor estende-se pela cavidade endometrial até o segmento inferior, podendo comprometer o colo do útero. A invasão do miométrio pode ocorrer simultaneamente. A extensa rede linfática propicia o comprometimento dos gânglios paraórticos no abdome superior, dos ligamentos de sustentação, linfonodos pélvicos, inguinais superficiais, nas mais variadas combinações. A bexiga, o cólon e anexos podem ser comprometidos por invasão direta.

Fragmentos de tumor podem migrar pelas Trompas de Falópio e atingir a cavidade abdominal. A disseminação hematogênica é pouco freqüente. A disseminação à distância se faz para o pulmão, fígado, ossos e cérebro.

O câncer de endométrio deve ser considerado na mulher após a menopausa com sangramento vaginal, na perimenopausa com sangramento abundante e persistente, e na transição menopausal nas mulheres obesas ou oligovulatórias, com padrão anormal de sangramento. Mulheres assintomáticas podem, ocasionalmente, exibir células endometriais no exame preventivo de câncer do colo do útero. Outros sintomas incluem piometra, dor pélvica ou massa pélvica.

O câncer endometrial é estadiado Cirurgico-patologicamente, in locu, de acordo com o FIGO. Sendo realizado RM nas pacientes com alteração endometrial profunda, nódulos pélvicos e comprometimento extra-uterino; alterando assim o prognóstico e extensão cirúrgica.

De acordo com Telner&Jakubivicz o sangramento pós-menopausal e sangramento vaginal anormal na perimenopausa deve ser associação a carcinoma endometrial em 10% dos casos. Portanto é recomendado que se faça uma avaliação em mulheres com risco para hiperplasia endometrial ou carcinoma; sendo risco maior em mulheres com peso maior que 90kg e mais que 45anos.

O câncer de endométrio é a neoplasia mais frequente entre mulheres no países desenvolvidos e a segunda mais frequente no Brasi, sendo superada apenas pelo de cérvix uterino. Estatísticas nacionais estimam sua incidência em torno de 11 a 13 por 100000 muleres por ano, Cerca de 2/3 dos casos ocorrem após a menopausa, com um pico de incidência enter os 65 a 69anos. Considera-se a neoplaisa endometrial como de relativo prognóstico porque a maioria dos casos se apresenta nos estádios iniciais, sendo a primeira manifestação, na grande amiria dos casos, o sangramento vaginal pós-menopausa. A histeroscopia com biópsia tem sido considerado o padrão ouro no diagnóstico da patologia da cavidade uterina. Seu papel no prognóstico do câncer endometrial ainda não está bem definido. (Costa&Costa, 2009)

OBJETIVO

Realizar uma revisão bibliográfica afim de determinar o(s) melhor(es) método(s) diagnóstico(s) e tratamento(s) para o quadro de sangramento vaginal nas mulheres entre 45 e 55 anos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Artigos e capitulos de livros pertinentes à conceito, diagnóstico e tratamento de sangramento vaginal em mulheres nas idades entre 45 – 55anos, oriundas da pré, peri ou pós menopausa.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico, baseando-se nos dados obtidos na anamnese e nos exames físico e ginecológicos.

A queixa de sangramento abundante é talvez uma das mais difíceis de se avaliar, pois apenas 30% das paciente realmente perdem mais que 60mL de sangue durante a menstruação.

Deve-se questionar a presença de coágulos durante a menstruação, o que defere que não há tempo adequado de ação das plasminas endometriais e que, portanto, o sangramento é excessivo. Necessário questionar o uso concomitante de medicação como AAS ou hormônios exógenos; tabagismo e alcoolismo.

A determinação do hematócrito e da hemoglobina, o teste de gravidez e a determinação sérica de TSH e Prolactina; e a USG pélvica por via endovaginal auxiliam na avaliação inicial da paciente.

Outros métodos propedêuticos podem ser usados como a curetagem uterina e/ou a histeroscopia.

O diagnóstico e tratamento das patologias endometriais são bem definidas através das tecnologias dispostas desde o exame ginecológico, pelo uso do USG endovaginal, histerossonografia, histerossalpingografia e histeroscopia. Mesmo assim, muitos ginecologistas ainda prescrevem uma biópsia às cegas de material endometrial para pesquisa de hiperplasia ou carcinoma. (Verrotti & cols, 2008)

De acordo com o Ministério da Saúde qualquer mulher que apresente sangramento uterino anormal deverá ser investigada. O exame pélvico é essencial incluindo exame retal.

Baseado em sólidas evidências, o rastreamento em mulheres assintomáticas com ultra-

sonografia transvaginal poderá resultar em exames adicionais desnecessários, dolorosos e com riscos de infecção e sangramento. A maioria dos cânceres endometriais é diagnosticada pelos sintomas referidos, e em alta proporção dos casos, o diagnóstico é feito em estágios precoces,

apresentando altos índices de sobrevida. O rastreamento desta neoplasia em população de risco, por meio do uso de diferentes métodos e, não somente um, é a mais adequada maneira de se promover o diagnóstico precoce.

- Teste da progesterona tem indicação na pós-menopausa e consiste em administração de 10 mg de acetato de medroxiprogesterona por via oral durante 10 dias com sangramento por privação até 15 dias após o término da medicação caso haja proliferação endometrial prévia. Se o teste for positivo, há necessidade de se prosseguir na investigação com a ultra-sonografia pélvica por via transvaginal, de preferência, que poderá indicar à histeroscopia e biópsia endometrial. O teste apresenta resultado falso-positivo em 56% das vezes (teste positivo e endométrio atrófico), e falso negativo em 6% das mulheres após a menopausa, porém, quando é negativo apresenta alta acurácia. O teste da progesterona pode ser utilizado como rastreamento populacional para detecção de lesões precursoras e carcinomatosas do endométrio.

O diagnóstico por imagem se faz como ponto central no algoritmo para a detecção das alterações endometriais em mulheres com sangramento uterino anormal. O USG endovaginal é usado para identificar anormalidades da parede com fibroses e adenomioses e retratar lesões não focais para diagnóstico de tumores ou hiperplasias. A histerossonografia serve para triagem na detecção de lesões focais como pólipos ou fibroses submucosas, identificando as mulheres que necessitam de investigações mais invasivas através da histeroscopia. (Shi&Lee, 2008)

- Ultrassonografia endovaginal

Na propedêutica subsidiária na pós-menopausa destaca-se pelo uso de sondas transvaginais de maior frequência (5-7,5MHZ) permitindo melhor visualização do útero e dos anexos, dispensando a repleção vesical e possibilitando a maior acurácia na avaliação endometrial e ovariana.

Em relação a cavidade uterina, avalia-se a espessura do eco endometrial, homogeneidade, ecogenidade, regularidade da interface endométrio-miométrio e presença de líquido intracavitário.

A sensibilidade do método em detectar doenças endometriais é de 81-91% e a especificidade de 89-100%. A investigação morfológica criteriosa é recomendada quando a espessura endometrial for maior ou igual a 04-05mm, já que abaixo desse valor o endométrio é atrófico. Em mulheres em uso de TRH, considera-se espessura de importância acima de 08mm, pois denota-se atividade endometrial.(Gonçalves&cols, 2005)

Na avaliação do endométrio pelo ultrassom transvaginal consideramos as fases do ciclo menstrual e principalmente o aspecto ultrassonografico, incluindo a espessura e ecogenicidade.

No período após a menopausa o USG endovaginal é habitualmente a primeira abordagem em diagnóstico por imagem principalmente para avaliação do câncer de endométrio, porém o exame pode ser prejudicado em pacientes obesas, e em grandes tumores ou caso haja envolvimento cervical.

O USG endovaginal tem alta acurácia na detecção de patologias endometriais. Em casos de espessura endometrial menor que 05mm, após a menopausa sem TRH, a sensibilidade de excluir patologias endometriais apresenta alta especificidade, de até 94%.

Quando a suspeita for de tumor invasivo endometrial, o método pode ser útil na avaliação da diferenciação da invasão miometrial e auxiliar no diagnóstico dos diversos estadiamentos da patologia.

Nos casos de sangramento vaginal em mulheres após a menopausa, na maioria das vezes por endométrio atrófico, devemos afastar também a presença de pólipos, miomas e especialmente a neoplasia maligna endometrial.

A ultrassonografia transvaginal é considerada atualmente, pela maioria dos autores, obrigatória em todo exame pélvico. Acrescentou-se a ela o emprego do efeito Doppler, para o estudo do fluxo sanguíneo nos vasos. Sua inocuidade, versatilidade, economia, reprodutibilidade, assim como sua acessibilidade na prática ginecológica, tem sido de extraordinário valor propedêutico, ajudando sobremaneira, o diagnóstico definitivo (Cohen et al., 1991).

Dijkhuizen et al., (1996) relataram que, para detecção de lesões endometriais, na pré-menopausa, utilizando como valor de corte o EE de 5 mm, houve sensibilidade de 88% e especificidade de 68%. Na pós-menopausa, utilizando como valor de corte o EE de 3 mm, houve sensibilidade de 97% e especificidade de 74%.

O USG endovaginal é um bom método para visualizar lesões fúteis endometriais. Mas a eficácia para detecção de patologias endometriais em pré-menopausa é moderada, com sensibilidade e especificidade entre 67-75%, num espessamento endometrial de 16mm.

Se fosse indicado num USG endovaginal, seria necessário a realização de uma biópsia endometrial a fins de excluir carcinoma endometrial ou hiperplasia. Se a biópsia for negativa para tal, seria necessário a continuidade das investigações para a causa do sangramento vaginal. (Shi&Lee, 2008)

O uso do USG endovaginal é importante no seguimento das alterações endometriais relacionadas ao uso do Tamoxifeno; observam-se por vezes aumento na espessura e ecogenicidade endometrial tornando-se heterogêneo com diminutas áreas anecóicas-císticas, esparsas. (Júnior&cols, 2009)

Atualmente, a presença de líquido intracavitário é menos valorizada. Apenas dado valor quando o endométrio que circunda for maior que 04mm.

No caso dos miomas avalia-se o tamanho e localização, além do diagnóstico diferencial com tumores anexiais. O USG de via urinárias pode ser útil para pesquisa de hidronefrose em úteros volumosos (Baracat&cols, 2005).

A adenomiose caracteriza-se por aumento de 02-03 vezes o tamanho normal.

O uso de USG endovaginal com Doppler colorido pode colaborar na avaliação do sangramento vaginal após menopausa. Há evidências de os índices de resistência e pulsatilidade na artéria uterina são menores na neoplasia maligna do que nas lesões benignas do endométrio.

Perez-Medina et al. (2002), estudaram a eficácia do Doppler para avaliar os pólipos endometriais. Os autores concluíram que alta resistência ao Doppler é altamente sugestiva de pólipo endometrial benigno.

Ultra-sonografia pélvica transvaginal é o método de rastreamento de patologia endometrial, miometrial e ovariana, que fornece informações referentes ao volume do útero, espessura e características do endométrio. O exame deve ser sempre realizado imediatamente após o término do sangramento, seja menstrual ou provocado (após o teste da progesterona) para visualização da camada basal do endométrio, possibilitando o diagnóstico de possíveis alterações, sem o efeito proliferativo induzido pelos hormônios, aumentando assim sua acurácia.

Nestas condições e em mulheres após a menopausa sem terapia hormonal e com a espessura endometrial a partir de 5 milímetros deverá ser investigado. (Ministério da Saúde)

De acordo com Sahdev, o USG endovaginal é o método de triagem mais eficaz para detecção do câncer de endométrio. Em pacientes com sangramento vaginal na pós-menopausa, se a parede endometrial for homogênea e menor que 05mm, a probabilidade de câncer de endométrio é menor que 01%. Amostras de tecido endometrial devem ser obtidos se houver carácter heterogêneo ou se alguma parte for maior que 05mm. Nos casos de anormalidade do espessamento endometrial e sangramento vaginal, tem-se uma sensibilidade de 92% e especificidade de 57% para câncer endometrial.

O USG endovaginal pode indicar o tipo de anormalidade endometrial, diferenciando entre pólipos, hiperplasia ou carcinoma. Classicamente, a hiperplasia endometrial apresenta um comprometimento de toda parede endometrial, com um caracter cistico ao ultrssom. Os pólipos endometriais manifestam por áreas específicas, apresentando líquido ao seu redor. O carcinoma endometrial pode aparecer na forma de um pólipo ou de hiperplasia endometrial, numa cavidade bem irregular. Mas o diganóstico final deve ser sempre após análise histopatológica através de biópsia de parede.

- Ressonância magnética

É possível diagnosticar nódulos de tamanho inferior a 05mm e suas relações com a cavidade endometrial, permitindo melhor planejamento cirurgico.

Mais reservada para avaliação de casos com miomas múltiplos em que se deseja preservar a fertilidade por meio da miomectomia.

Grasel et al. (2000), determinaram as características da imagem de ressonância magnética (RM) de pólipos endometriais e concluíram que as imagens da ressonância magnética RM, podem ajudar a distinguir a maioria dos pólipos endometriais e de carcinoma endometrial com base nas características morfológicas. A precisão não parece ser suficiente, sendo necessário indicar a biópsia, porque os carcinomas e pólipos, freqüentemente, coexistem.

De acordo com Sahdev, a RM tem maior sensibilidade do que o USG e a TC; apresentandosensibilidade de 84-87% e especificidade de 91-94%. (fig1)

- Histerossonografia

Exame de USG transvaginal com injeção de soro fisiológico na cavidade uterina. É a técnica mais sensível para avaliar e orientar cirurgias endoscópicas nos miomas submucosos.

A obtenção através de curetagem de acordo com a literatura tem uma sensibilidade acima de 96% para detecção de anormalidades, mas tem sido falho em 18% para lesões focais como polipos e fibroses. Na histerossonografia é sabido como técnica otimizada pela infusão de solução salina ao USG endovaginal, possibilitando melhor visualização da cavidade endometrial e detecção dos pólipos e fibroses. (Verrotti&cols, 2008)

- Histeroscopia diagnóstica

Usada para avaliação e planejamento cirúrgico de miomas submucosos e diagnóstico diferencial com pólipos e espessamento endometrial.

A histeroscopia consiste em um método seguro e de alta acurácia para o diagnóstico de patologias da cavidade uterina e canal cervical. Além de permitir visualização da cavidade endometrial, também torna possível a realização de biópsia dirigida para obtenção de material para estudo anatomopatológico e de procedimento cirúrgico de pequeno porte.

Com o avanço das técnicas e aprimoramento dos equipamentos, a histeroscopia se consolidou como o padrão ouro na avaliação da cavidade uterina e suas possíveis alterações.

As dificuldades para realização de histeroscopia na mulher climatérica já surgem no início do procedimento, pois não raro o orifício cervical encontra-se estenosado, exigindo do histeroscopista habilidade para conseguir a passagem do instrumento pelo orifício. Em alguns casos pode ser necessária a utilização de tesouras através do canal operatório para se desfazer eventuais estenoses e sinéquias. Como consequência do hipostrogenismo o muco cervical torna-se escasso ou mesmo ausente.

Na cavidade uterina as mudanças se caracterizam pela espessura reduzida do endométrio com glândulas esparsas; vasos da camada basal podem estar presentes, aparecimento de áreas atróficas.

As principais indicações da histeroscopia concentram-se em sangramento uterino anormal, na pré e na pós-menopausa, com ou sem terapia hormonal, esterilidade e infertilidade, diagnóstico e seguimento de hiperplasias, diagnóstico de carcinoma do endométrio e da endocérvice, localização de corpos estranhos, indicação e controle de cirurgia uterina, diagnóstico de restos placentários e diagnóstico diferencial de patologia intracavitária apontada por qualquer outra técnica, como a ultra-sonografia (Awwad et al., 1993 e Machtinger et al., 2005).

Na histeroscopia, cerca de 39,7% a 50% das mulheres com sangramento na pós-menopausa, apresentaram causa orgânica, como os pólipos, entretanto, esta proporção aumentou para 90% quando o sangramento persistiu por mais de 6 meses (Nagele et al., 1996).

A histeroscopia mostrou ser um bom método para o exame da cavidade uterina e para o diagnóstico e a terapêutica do pólipo endometrial, com baixos índices de complicações. Mulheres com alterações endometriais diagnosticadas à ultra-sonografia devem ser submetidas à histeroscopia com biópsia dirigida (Cicinelli et al., 1994).

Atualmente, o exame histeroscópico tem indicações bem estabelecidas nesta patologia intra cavitária. Não se conhece nenhum tratamento clínico para o pólipo endometrial, apesar de alguns trabalhos realizados com análogos de GnRH (Motta, 1990), demonstrando que pacientes com sangramento uterino anormal com pólipo endometrial, tratadas com Zoladex a cada 30 dias durante 5 meses, obtiveram melhora no sangramento uterino neste período, inclusive com amenorréia, mas sem a involução do pólipo durante o tratamento .

Cravello et al. (2000), averiguaram a eficiência terapêutica de ressecção histeroscópica para o tratamento de pólipos endometriais em mulheres com hemorragia uterina anormal e metrorragia na pós menopausa. O estudo foi retrospectivo, no qual foram tratadas 195 pacientes com pólipos endometriais com sangramento anormal que realizaram a ressecção histeroscópica. Após um período de acompanhamento longo de 5.2 anos, observou-se que 90% das pacientes não apresentaram recidiva. Apenas 10% das pacientes tiveram que refazer o procedimento cirúrgico. Os autores concluíram no estudo que a ressecção vídeo histeroscópica é a de melhor eleição para o tratamento de pólipos endometriais.

Histeroscopia com biópsia endometrial possibilita a avaliação do canal cervical, da cavidade endometrial e cornos uterinos, com identificação de lesões focais

orientando a coleta de amostragem endometrial. Pode ser realizada no ambulatório sem sedação ou anestesia em 90% dos casos. Apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 85%, considerada atualmente o padrão ouro para investigação endometrial. (Ministério da Saúde)

- Biópsia endometrial

Diagnóstico diferencial com hiperplasia e câncer endometrial

Com auxílio do instrumental desenvolvido por Bettocchi, tal procedimento pode ser realizado em ambiente ambulatorial na maioria das vezes. Em 2004, o autor publicou casuística de 4863 polipectomias ambulatoriais sem a utilização de anestesia, de pólipos que variam de 0,2-3,7cm de diâmetro; relatando eu 93% não sentiram desconforto. (Júnior&cols, 2009).

Biópsia de endométrio pode ser realizada em ambulatório sem necessidade de anestesia ou dilatação do colo. Obtém-se o diagnóstico em 90% das vezes. É aceita como primeiro passo de investigação, devendo ser valorizada apenas quando positiva, devido a falsos negativos (lesões focais ou em locais de difícil acesso).

TRATAMENTO

A terapêutica pode ser medicamentosa ou cirúrgica, dependendo da intensidade do sangramento e da característica aguda ou crônica da anormalidade. Levando-se em conta o equilíbrio hemodinâmico.

Antes de se iniciar um tratamento hormonal, deve-se atentar ao uso concomitante de medicações como Fenitoína, antipsicóticos (olanzapina, risperidona) tricíclicos e corticóides; doenças sistêmicas como hiper/hipotireidismo. Doenças hepáticas ou renais, crônicas. (Ely&cols, 2006)

Clínico

Barcat&cols sugerem na fase aguda, na vigência de sangramento de grande monta, preconiza-se o uso de succinato de estriol por via endovenosa, na dose de 20mg a cada 12horas, por até 48horas (efeito hemostático); introduzir simultaneamente pílula anticoncepcional (contendo progestogênio 19-noresteróide), na dose de 04comprimidos ao dia, perfazendo 200mcg de etinilestradiol ao dia (para tirar a paciente de seu nível hemorrágico, por até 48horas) ao cessar perda de sangue, manter com 01-02 comprimidos do anticoncepcional por dia, completando ciclo de 21dias. O sangramento que se segue à parada é em geral de pequena intensidade e pode acompanhar de dismenorréia intensa; assim deve-se alertar a paciente desse fato e se possível, prevenir com uso de anti-inflamatório não hormonal. Deve-se manter o ACO por 02-03ciclos para que o sangramento não ocorra.

Na eventualidade do sangramento não parar após 24-48horas de administração do estrogênio, indica-se a histeroscopia e/ou curetagem uterina a fim de coibir o sangramento e prover diagnóstico.

Na fase crônica as pacientes ambulatoriais, pode-se prescrever um progestagênio na segunda fase do ciclo por 10-14dias. Preferem-se os noresteróides aos derivados da pregnana, por produzirem um endométrio dismórfico, com sangramento de menor intensidade.

Nas menorragias menos intensas, pode-se optar apenas pelo AINH, em especial quando o sangramento for do tipo ovulatório. Estima-se que ocorra uma diminuição de 30-50% da quantidade de sangue perdido. Uso de antifibrinolítico, como ácido-transnêxâmico (03g/d, por 03dias) ou o ácido épsilon aminocapróico (01-03g 3x/d, por 03dias), principalmente nos sangramentos ovulatórios, com resultados excepcionais.

Nos casos de pacientes jovens e desejosas de engravidar pode-se induzir a ovulação, nos casos de sangramento anovulatório, com uso de citrato de clomifeno ou com gonadotrofina, por período máximo de 06meses.

O uso de DIU medicado com levonorgestrel (Mirena), provoca amenorréia em 50% dos casos e oligomenorréia nas demais; podendo ser testadas antes de qualquer manobra cirúrgica.

É fato que o uso da ocitocina e derivados da ergotamina não têm efeito terapêutico fora do período gravídico-puerperal. (Baracat & cols, 2005) Outros fármacos podem ser usados, mas não tão frequentes como os derivados do GnRH, o Danazol e a gestrinona.

Messina orienta nos casos de miomatose o uso de AINH para redução do fluxo menstrual e dor pélvica o uso de diclofenaco 50mg até 03x/d, piroxicam 20mg até 02x/d, ácido mefenâmico 500mg até 04x/d.

Progestogênios em baixa dosagem em uso contínuo tem beneficiado as pacientes devido à amenorréia. O uso de Acetato de medroxiprogesterona 10mg do 15-24^o dia do ciclo menstrual; 150mg cada 03meses. Acetato de noretisterona 10mg do 15-24^o dia do ciclo.

Análogos de GnRH são utilizados no preparo de pacientes para tratamento cirúrgico. Os análogos causam redução de 50% no tamanho dos miomas e do sangramento intra-operatório. Devendo ser usados 03meses antes da cirurgia.

De acordo com Telner&Jackubovicz, o uso de andrógenos pode reduzir a perda menstrual em 80%, mas devem ser interrompidos em 06 meses devido aos efeitos colaterais. O uso do GnRH diminui bastante a perda sanguínea, mas também diminui a densidade óssea.

Cirúrgico

De acordo com o Ministério da Saúde a avaliação pré-cirúrgica da extensão da doença é importante para a detecção de doença inoperável e consiste de exame físico, laboratoriais, raio X de tórax, eletrocardiograma e o CA-125. A tomografia computadorizada, urografia excretora e ressonância magnética devem ser reservadas para aquelas com doença avançada ou risco cirúrgico severo. O tratamento das co-morbidades deve ser individualizado uma vez que essas mulheres são freqüentemente idosas, diabéticas e hipertensas.

No passado, o exame da cavidade uterina só era possível através de métodos indiretos, como a curetagem uterina e nem sempre era inteiramente satisfatório. Atualmente, graças aos avanços tecnológicos, tornou-se possível explorá-la com maior precisão.

Loffer (1995), em um estudo comparativo entre dilatação em curetagem (D&C) e histeroscopia, realizado em mulheres com sangramento uterino na pós-menopausa, observou que não foi possível diagnosticar cerca de 17% dos pólipos endometriais. Da mesma forma, em mulheres submetidas à curetagem pré-histerectomia, o diagnóstico de pólipo endometrial deixou de ser feito em 10% dos casos (Stock et al.,1975). Esta diferença deve-se ao fato da curetagem uterina ser realizada às cegas, dificultando a retirada dos pólipos pediculados devido à sua mobilidade e dos pólipos sésseis devido à sua fragmentação.

A técnica citológica do aspirado endometrial, mesmo quando realizada adequadamente, tem sensibilidade não satisfatória para diagnóstico de neoplasia

endometrial e lesões endometriais em geral, em decorrência da escassa e difícil descamação das células endometriais (Chambers & Chambers, 1992).

A biópsia de endométrio, sendo procedimento às cegas, torna difícil o diagnóstico de patologia intra-cavitária, como o pólipó endometrial. A limitação é devido à alta taxa de material inadequado e insuficiente, que varia numa proporção de 5 a 10% (Leonardi et al., 1993). Com surgimento da técnica da dilatação e curetagem (D&C), esta passou a ser amplamente utilizada no mundo como “padrão ouro”. Entretanto, é altamente invasiva, de alto custo, com possibilidade de riscos cirúrgicos e anestésicos, sendo pouco confiável em caso de lesões focais, por ser realizado, também, às cegas. É considerada ineficiente, pois não detecta com precisão diagnóstica, uma vez que apresenta falso negativo em torno de 2% a 25%, sensibilidade de 65%, apesar da especificidade ser de 100% (Mengart & Slate, 1960).

A curetagem também está indicada quando o sangramento anormal recidivar após parada do hormônio ou quando a intensidade e a repercussão do sangramento tiver contornos dramáticos, impedindo que se espere o resultado da hormonioterapia. Outra opção terapêutica é a ablação endometrial para os casos recorrentes ou refratários à hormonioterapia, resultando em amenorréia em 50% e oligomenorréia em 35%; a histerectomia também deve ser considerada em casos extremos.

Curetagem uterina com dilatação do colo foi considerada anteriormente a técnica padrão ouro, é, nos dias atuais, raramente utilizada devido aos riscos e ao custo, tendo sido substituída pela biópsia de endométrio e pela histeroscopia, onde esta é disponível. Caso haja suspeita de câncer de endométrio e a histeroscopia não estiver disponível, deverá ser obrigatoriamente realizada. A biópsia de endométrio não substitui a curetagem uterina em casos de suspeita de câncer quando a histeroscopia não for disponível. (Ministério da Saúde)

Nos casos dos miomas a cirurgia conservadora é a miomectomia. Já utilizado 03ciclos do GnRH, diminui a extensão da cirurgia. Sendo os miomas submucosos de melhor avaliação e tratamento histeroscópico; os intramurais e subserosos por via laparoscópica ou lapatomica.

A histerectomia apenas nos casos de pacientes não desejosas de engravidar ou menstruar. Levando-se em conta as alterações psicológicas e sexual das pacientes.

De acordo com o Ministério da Saúde as conduta nas hiperplasias são:

- Hiperplasia simples sem atipia na transição menopausal – acetato de medroxiprogesterona 20 mg/dia por 6 meses.

- Hiperplasia simples com atipia na transição menopausal – histerectomia

- Após a menopausa – histerectomia, exceto nos casos em que não há condições cirúrgicas, quando então a opção é o uso do acetato de medroxiprogesterona em altas doses 200 mg IM a cada 2 meses, num total de 3 doses. O acompanhamento deverá ser realizado em 6 meses.

- Cirurgia

A abordagem cirúrgica consiste de lavado peritoneal, da histerectomia total abdominal, extra-fascial, salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia paraórtica e pélvica seletiva e omentectomia. Realiza-se o inventário da cavidade abdominal e linfonodos retroperitoneais. Cirurgias mais extensas são recomendadas para os casos de tumores que invadem o colo do útero, entretanto, é mais freqüente o uso da combinação de histerectomia extra-fascial e radioterapia pélvica externa.

- Quimioterapia

Considerada medida paliativa, indicada em mulheres com metástases. A doxorrubicina e a cisplatina isoladas ou combinadas, são as drogas mais freqüentemente usadas no momento.

- Radioterapia

O reconhecimento da importância dos fatores prognósticos nos achados cirúrgicos desestimulou a prática da radioterapia pré-operatória, sendo indicada como terapêutica adjuvante. Pode ser a única abordagem nos tumores inoperáveis ou em mulheres sem condições clínicas de serem submetidas a um ato cirúrgico.

- Hormonioterapia

O acetato de megestrol, o acetato de medroxiprogesterona e o tamoxifeno têm sido usados nos casos de recidiva.

PREVENÇÃO

A prevenção primária consiste na redução dos fatores de risco evitáveis, adoção de dieta equilibrada e atividade física regular. A prevenção secundária refere-se ao diagnóstico e tratamento das lesões precursoras (hiperplasia adenomatosa) e da doença assintomática e sintomática.

DISCUSSÃO

Observa-se um grande número de afecções ginecológicas enigmáticas e mal compreendidas por mais de duas décadas e que permanecem nos tempos atuais ainda polêmicas.

No primeiro atendimento sempre enunciar a história e exame físico, descartar gestação nas pacientes não menopausadas, quantificar o sangramento; descartar infecção uterina, doenças da tireóide e coagulopatias.

Em situações onde o exame histeroscópico mostra aumento da espessura endometrial, maior vascularização, presença de imagem ciliada ou dilatações císticas e formações polipóides, sugerindo a presença de importante alteração na arquitetura da cavidade, recomenda-se a biópsia endometrial (orientada/dirigida).

Na decisão sobre a melhor forma de tratamento devem ser levados em consideração os sintomas (sangramento anormal, infertilidade), o período reprodutivo (menopausa ou não) e o uso de medicamentos (reposição hormonal, tamoxifeno). Nas pacientes cujo principal sintoma é o sangramento uterino anormal (menorragia, sangramento prolongado ou intermenstrual), quando submetidas a polipectomia histeroscópica, têm melhora de seus sintomas em torno de 70% dos casos. O exame histeroscópico apresenta vantagens sobre os métodos clássicos, pois, demanda pouco tempo e oferece informações precisas, superiores aos métodos indiretos como a histerosalpingografia e a curetagem uterina, devido ao fato de ser possível visualizar diretamente, as estruturas, biopsiá-las e também, documentar os achados para posterior estudo e discussão. Além de afastar ou confirmar a presença de lesões intracavitárias, por ser uma técnica direta, está apta a diagnosticar lesões ou alterações intra-uterinas as quais, sem o recurso da observação direta, ficariam apenas na hipótese diagnóstica, muitas vezes correta, mas que poderia não se confirmar sob

exploração tradicional, com evidente prejuízo para o tratamento (Siegler, 1995). Dados da literatura relataram que a histeroscopia apresenta uma sensibilidade de 97%, especificidade de 88% (Karlsson et al., 1994).

A ultrassonografia transvaginal é considerada atualmente, pela maioria dos autores, obrigatória em todo exame pélvico. Acrescentou-se a ela o emprego do efeito Doppler, para o estudo do fluxo sanguíneo nos vasos. Sua inocuidade, versatilidade, economia, reprodutibilidade, assim como sua acessibilidade na prática ginecológica, tem sido de extraordinário valor propedêutico, ajudando sobremaneira, o diagnóstico definitivo (Cohen et al., 1991).

Dijkhuizen et al., (1996) relataram que, para detecção de lesões endometriais, na pré-menopausa, utilizando como valor de corte o EE de 5 mm, houve sensibilidade de 88% e especificidade de 68%. Na pós-menopausa, utilizando como valor de corte o EE de 3 mm, houve sensibilidade de 97% e especificidade de 74%.

Mulheres com sangramento na pós-menopausa submetidas à polipectomia têm taxa maior de sucesso (em torno de 90%), com pequeno risco de complicações cirúrgicas. Estas pacientes têm um maior risco de malignidade quando comparadas com aquelas no período reprodutivo, e o tratamento conservador nas pacientes de alto risco para câncer de endométrio pode ser considerado somente após excluir o diagnóstico de lesão maligna.

O sangramento uterino disfuncional pode ser acompanhado pelo médico de família, sendo encaminhadas aos serviços de ginecologia quando os tratamentos básicos são ineficazes, necessitando de melhores métodos diagnósticos. Dando-se importância a hiperplasia ou ao carcinoma endometrial que podem ser diagnosticadas por biópsia realizada por eles. (Telner&Jakubovicz, 2007) (anexo1)

O diagnóstico histopatológico é o diagnóstico definitivo nas mulheres com quadro de sangramento vaginal não responsivo a terapia hormonal ou demais métodos clínicos. Sendo os diagnósticos por imagem métodos de diferenciação. Ao uso de USG endovaginal na detecção de anomalias endometriais como miomas e fibroses, indicando biópsias não focais; o uso da histerossonografia para elucidar lesões endometriais focais como pólipos e miomas submucosas. Determinando as paciente que precisam de um tratamento mais invasivo através da histeroscopia. (Shi&Lee)

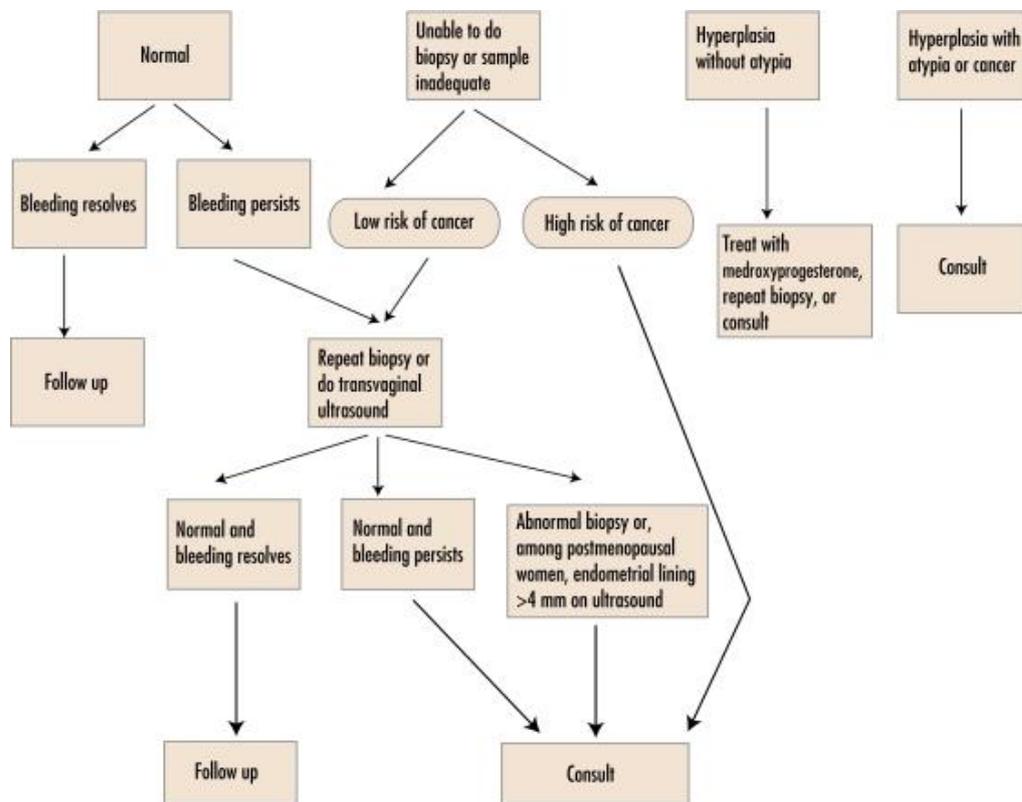
CONCLUSÃO

Mediante esses diversos métodos diagnósticos é infundável que pacientes com quadro de sangramento vaginal, que procuram o serviço ginecológico dos diversos hospitais, unidades básicas de saúde e principalmente consultórios, fiquem sem um diagnóstico da causa de sua afecção e que não sejam encaminhadas para serviços de alta complexidade com capacidade de tratar dos quadros mais crônicos e complexos.

Mesmo sendo um quadro de difícil diagnóstico se não mediante análise histopatológica, deve-se primar pela estabilização do quadro mediante uso de hormônio terapia, AINH ou até mesmo curetagem nos casos de não resposta medicamentosa.

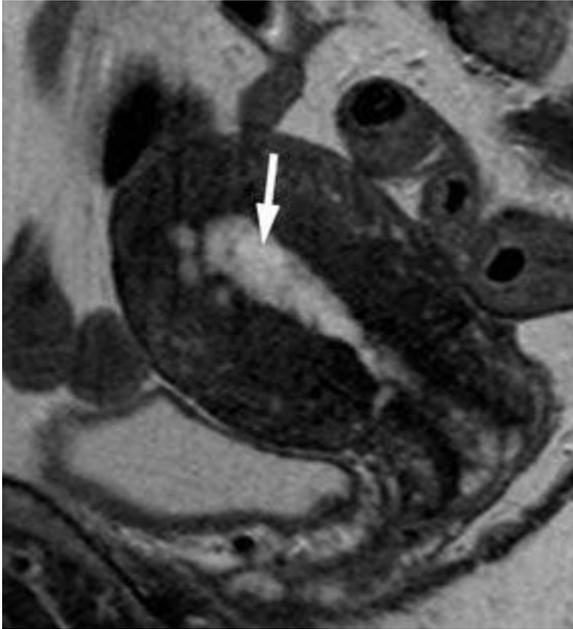
Fazer-se uso do USG com doppler ou da Histerossonografia para melhor diagnóstico primário, assim, se necessário, encaminhamento para Histeroscopia diagnóstica/cirúrgica. Nos casos mais graves a histerectomia e complementos.

Anexo 1. Algoritmo para tratamento e segmento de pacientes com sangramento vagina (Telner&Jakubovicz,2007)



Adapted from Brand et al.¹⁰ and Berman et al.¹¹

Figura 1



Corte sagital em T2 de imagem mostrando massa na cavidade endometrial. Sem invasão miometrial, indicando estágio 1a de carcinoma endometrial, com imagem anterior diagnóstica de hiperplasia endometrial (Sahdev,2007)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO MJO; VIOLA RC; CEZIMBRA GSS. Manual de atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2008. p109-14

BARACAT, EC; JÚNIOR, JMS; COSTA, AMM; HAIDAR, MA; LIMA, GR. *Sangramento Disfuncional do Endométrio*. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – Unifesp/EPM – Ginecologia 2005. Cap 28 p 235-240

CHAMBERS JT, CHAMBERS SK. Endometrial sampling: when ? where? why?

COHEN I. Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment. *Gynecol Oncol*. 2004;94(2):256-66.

COSTA HLFF, COSTA LOBF. Histeroscopia na menopausa: análise das técnicas e acurácia do método. *RBGO*. vol30 nº10 Rio de Janeiro. Oct 2008

CRAVELLO L, STOLLA V, BRETTELLE F, ROGER V, BLANC B. Hysteroscopic resection of endometrial polyps: a study of 195 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000; 93(2):131-4.

DIJKHUIZEN FPHLJ, BROLMANN HAM, POTTERS AE, BONGERS MY, HEINTZ APM. The accuracy of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of endometrial abnormalities. *Obstet. Gynecol*.1996;87:345-9.

ELY JW, KENNEDY CM, CLARK EC, BOWDLER NC.; Abnormal uterine bleeding: a management algorithm. *JABFM*. Nov-Dec 2006 vol 19 nº6 590-602.

GONÇALVES, WJ; BARACAT, EC; BORTOLETTO, CCR; HAIDAR, MA; LIMA, GR. Ultrassonografia Transvaginal na Pós-menopausa. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – Unifesp/EPM – Ginecologia 2005. Cap 43 p361-363

GRASEL RP, OUTWATER EK, SIEGELMAN ES, CAPUZZI D, PARKER L, HUSSAIN SM. Endometrial polyps: MR imaging features and distinction from endometrial carcinoma. *Radiology*. 2000; 214(1):47-52.

HERBST, MP. *Pólipos Endometriais: quando e como tratá-los*; Dissertação apresentada ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Hospital Pérola Byington, Centro de Referência da Saúde da Mulher – C.R.S.M. 2009

JÚNIOR AK; AOKI T; RIBEIRO PA. *Histeroscopia. Menopausa – O que você precisa saber – Abordagem prática e atualdo período do climatério*, 2009. Cap41 p377-81

JÚNIOR FAL; SANTOS CGSD; LIMA SMRR. *Ultrassonografia. Menopausa – O que você precisa saber – Abordagem prática e atualdo período do climatério*, 2009. Cap40 p369-76

LOFFER FD. Contraindications and complications of hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1995; 22(3):445-55.

MESSINA, ML. Mioma. *Manual de Ginecologia de Consultório*, 2009 . Cap17 p107-112

MIELI, MPA; CEZARINO, PYA. Adenomiose. *Manual de Ginecologia de Consultório*, 2009. Cap18 p113-114

SAHDEV A.; Imaging the endometrium in posmenopausal bleeding. *BMJ* 24 March 2007. Vol334. p635-36

SHI AA; LEE SI. Radiological Reasing: Algorithmic workout of abnormal vaginal bleeding with endovaginal sonography and sonohystergraphy. *AJR*

TELNER DE, JAKUBICZ D.; Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Canadian Family Physician.* Vol53. Jan 2007.

VERROTTI C; BENASSI G; CAFORIO E; NARDELLI GB. Targeted and tailored diagnostic strategies in women with perimenopausal bleeding: advantages of the sonohysterographic approach. *Acta biomed* 2008, 79: 133-36

with what? *Clin Obstet Gynecol.* 1992; 35(1):28-39.