

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CECÍLIA SUSIN OSÓRIO

**AVALIAÇÃO DE DESFECHOS APÓS MIOMECTOMIA EM HOSPITAL ESCOLA  
TERCIÁRIO NO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2024

CECÍLIA SUSIN OSÓRIO

AVALIAÇÃO DE DESFECHOS APÓS MIOMECTOMIA EM HOSPITAL ESCOLA  
TERCIÁRIO NO SUL DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em ginecologia e obstetrícia – ano adicional.

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Lopes Ramos  
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Selma Berteli Picoloto e Helena Von Eye Corleta

Porto Alegre

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

Osório, Cecília

AVALIAÇÃO DE DESFECHOS APÓS MIOMECTOMIA EM HOSPITAL ESCOLA TERCIÁRIO NO SUL DO BRASIL / Cecília Osório. -- 2024.

23 f.

Orientador: José Geraldo Lopes Ramos.

Coorientadoras: Helena Von Eye Corleta, Ana Selma Berteli Picoloto.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. miomatose uterina. 2. miomas. 3. miomectomia. I. Lopes Ramos, José Geraldo, orient. II. Von Eye Corleta, Helena, coorient. III. Berteli Picoloto, Ana Selma, coorient. IV. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

*Obrigada aos professores que não mediram esforços para transmitir conhecimento durante este ano muitas vezes desafiador. Professores que sempre estiveram presentes e dispostos a ajudar nos momentos desafiadores e também celebras as conquistas.*

*Agradeço também à minha família, mãe, irmã e noivo, que sempre estiveram presentes para me apoiar durante os desafios, tornando a vida muito mais leve e alegre.*

*Obrigada aos colegas residentes, instrumentadoras, circulantes, enfermeiras e técnicas de enfermagem da zona 6, meu ano foi certamente mais tranquilo por ter vocês presentes.*

## RESUMO

**Introdução:** Miomas uterinos são os tumores sólidos benignos mais comuns do trato genital feminino. Boa parte das pacientes com miomatose são assintomáticas, mas também podem apresentar sangramento uterino aumentado, sintomas compressivos na pelve e infertilidade. O número de tumores, sua localização e seu volume estão relacionados com a sintomatologia e com a definição do tratamento. A miomectomia pode ser realizada com o objetivo de preservar a fertilidade em pacientes sintomáticas e pode ser realizada por histeroscopia, laparoscopia e laparotomia. **Objetivo:** este estudo pretende avaliar a resposta à miomectomia em três meses de evolução pós-operatória, determinar as características das pacientes candidatas a miomectomia e avaliar a via cirúrgica de escolha. **Metodologia:** coorte retrospectiva realizado a partir da revisão de prontuários entre 2011 e 2022 em pacientes submetidas a miomectomia em hospital escola terciário no sul do Brasil.

**Palavras chave:** miomectomia; miomatose uterina; leiomiomas; miomas; sangramento uterino anormal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Uterine myomas are the most common benign solid tumors of the female genital tract. A significant portion of patients with myomatosis are asymptomatic, but they can also present with increased uterine bleeding, compressive symptoms in the pelvis, and infertility. The number of tumors, their location and their volume are related to the symptoms and the definition of treatment. Myomectomy can be performed with the aim of preserving fertility in symptomatic patients and can be performed through hysteroscopy, laparoscopy and laparotomy. **Objective:** This study aims to assess the three-month postoperative response to myomectomy, identify patient characteristics suitable for the procedure, and evaluate the surgical approach. **Methodology:** retrospective cohort based on a review of medical records between 2011 and 2022 in patients undergoing myomectomy in a tertiary teaching hospital in southern Brazil.

**Keywords:** myomectomy; uterine myomatosis; leiomyomas; uterine myomas; abnormal uterine bleeding.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características clínicas das pacientes submetidas à miomectomia.....	18
Tabela 2 – Características dos miomas .....	20
Tabela 3 – Sintomas pré-operatórios .....	20
Tabela 4 – Desfechos após miomectomia .....	20

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

DIU - dispositivo intrauterino

DIU-LNG - dispositivo intrauterino de levonorgestrel

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IIQ – intervalo interquartil

TCLE - termo de consentimento livre e esclarecido

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
1.1	JUSTIFICATIVA .....	10
1.2	OBJETIVOS .....	11
1.2.1	Objetivo geral .....	11
1.2.2	Objetivos específicos .....	11
2	MÉTODOS .....	12
3	REVISÃO DA LITERATURA .....	13
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>23</u>
	<u>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</u>	<u>24</u>

## **1 INTRODUÇÃO**

O mioma é o tumor uterino mais comum, formado a partir de células de músculo liso e fibroblastos do miométrio. Boa parte das pacientes com miomatose são assintomáticas, mas também podem apresentar sangramento uterino aumentado e dor pélvica. O número de tumores, sua localização e seu volume estão relacionados com a sintomatologia e com a definição do tratamento.<sup>1</sup> O tratamento dos leiomiomas é definido a partir da sintomatologia da paciente e a localização do tumor no útero. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. No caso das pacientes com desejo de preservação da fertilidade, a miomectomia é uma boa opção de tratamento para controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Um dos tratamentos para miomatose uterina é cirúrgico, seja para controle do sangramento uterino anormal ou para melhora de sintomas compressivos na pelve. Com o objetivo de preservar a fertilidade em pacientes na menacme e sem prole constituída, as mais afetadas pela doença, a cirurgia de escolha é a miomectomia. Para acrescentar dados na literatura sobre pacientes candidatas a este tipo de cirurgia, bem como seus resultados positivos ou negativos, é relevante termos disponíveis dados de um serviço terciário em hospital escola no sul do Brasil.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Avaliar resposta ao tratamento cirúrgico da miomectomia com três meses de evolução de pós operatório.

### 1.2.2 Objetivos específicos

Avaliar o perfil das pacientes submetidas à miomectomia, como idade, raça, IMC, gestações prévias e paridade, desejo de gestação futura, comorbidades associadas e uso de método contraceptivo hormonal.

Avaliar a via cirúrgica para realização da miomectomia em comparação com as características do mioma.

Avaliar taxa de gestação nas pacientes submetidas a miomectomia e que mantiveram acompanhamento no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

## 2 MÉTODOS

O delineamento é uma coorte retrospectiva. A amostra é por conveniência. Serão analisadas todas as pacientes submetidas a cirurgia de miomectomia por via laparoscópica e abdominal no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre os anos de 2011 a 2022.

Os prontuários serão selecionados no sistema AGHUse do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a partir da solicitação de Query. Será solicitada a localização dos prontuários a partir da cirurgia realizada: “miomectomia” entre os anos de 2011 e 2022.

Os dados coletados serão selecionados a partir dos prontuários, como idade, raça, IMC, gestações prévias e paridade, comorbidades associadas e uso de métodos contraceptivos hormonais. Será definido o motivo da indicação cirúrgica, como sangramento uterino anormal, sintomas compressivos e infertilidade bem como a resposta ao tratamento proposto no pós-operatório em até 3 meses. Além disso, nas pacientes que mantiveram acompanhamento no hospital, será observado taxa de gestação após o tratamento cirúrgico.

Critérios de inclusão: realizada cirurgia de miomectomia laparotômica ou laparoscópica no período do estudo; apresenta sangramento uterino anormal, sintomas compressivos ou infertilidade por miomatose uterina.

Critérios de exclusão: pacientes submetidas a miomectomia em que o anatomopatológico da lesão não é compatível com miomatose.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

O mioma é o tumor uterino mais comum, formado a partir de células de músculo liso e fibroblastos do miométrio. Boa parte das pacientes com miomatose são assintomáticas, mas também podem apresentar sangramento uterino aumentado e dor pélvica. O número de tumores, sua localização e seu volume estão relacionados com a sintomatologia e com a definição do tratamento.<sup>1</sup>

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) padronizou a classificação dos miomas em relação à localização dos tumores no útero. Esta classificação, que vai de 0 a 8, define os miomas em submucosos, intramurais, subserosos e cervicais e pode ser utilizada na descrição de exames de imagem, anatomopatológico e descrições cirúrgicas.<sup>2</sup>

Estima-se que em torno de 50% das mulheres na pré-menopausa tenham miomatose diagnosticada em ecografias, porém a maioria é assintomática. Os miomas sintomáticos são mais prevalentes entre a terceira e quarta décadas de vida. A leiomiomatose é mais comum em mulheres negras, nulíparas, obesas, com menarca antes dos 11 anos e história familiar positiva.<sup>1</sup>

A sintomatologia da miomatose está relacionada com a sua localização no útero. O principal sintoma é o sangramento uterino aumentado ou prolongado, podendo causar anemia em pacientes na menacme. Miomas volumosos podem causar sintomas de compressão, gerando sensação de peso, aumento da frequência urinária e aumento do volume abdominal. Os miomas submucosos e intramurais estão mais relacionados ao sangramento, enquanto os subserosos e intramurais estão relacionados aos sintomas compressivos e aumento importante do volume uterino.<sup>1</sup>

Os leiomiomas também podem ter impacto na reprodução das pacientes acometidas. Miomas submucosos e intramurais, que distorcem a cavidade endometrial, resultam em menores taxas de gravidez espontânea, implantação, gestação clínica e nascimentos vivos, além de maiores taxas de abortamento. Já miomas somente intramurais tem relação fraca com a infertilidade e miomas subserosos parecem não ter relação com a fertilidade.<sup>4</sup>

Algumas pacientes podem apresentar dispareunia, especialmente quando existe miomatose volumosa que causa abaulamento do fundo de saco vaginal. Em outros casos, a sinusorragia pode ser um sintomas relacionado a mioma prolapsado através do colo uterino, em casos de miomas submucosos pediculados.<sup>3</sup>

Na pós menopausa, os tumores tendem a reduzir em tamanho, visto que apresentam uma dependência dos hormônios ovarianos para seu surgimento e desenvolvimento. O

sangramento uterino na pós menopausa raramente está associado à miomatose, diferente do que ocorre na menacme.<sup>1</sup>

O diagnóstico definitivo é anatomopatológico. Porém, com anamnese e exame físico adequados podemos ter uma alta suspeição dessa patologia uterina.<sup>1</sup> Como exame complementar, a ecografia transvaginal é o exame de escolha para avaliação uterina, tendo alta sensibilidade na detecção da doença. A histeroscopia diagnóstica também é utilizada na detecção da miomatose submucosa, quando a ecografia não consegue determinar a alteração endometrial.<sup>3</sup>

O tratamento dos leiomiomas é definido a partir da sintomatologia da paciente e a localização do tumor no útero. O tratamento pode ser conservador, com uso de medicações hormonais, ou cirúrgico, como a miomectomia histeroscópica, laparoscópica ou laparotômica ou a histerectomia, em pacientes sem desejo reprodutivo. Nas pacientes com miomatose assintomática, não há indicação de tratamento, seja medicamentoso ou cirúrgico.

Em pacientes com sangramento uterino aumentado, miomatose em qualquer localização e com desejo de contracepção, o uso de contraceptivos hormonais combinados ou de progesterona isolada podem ser utilizados. O objetivo da medicação é melhorar o padrão de sangramento, mas não está relacionado com a redução do tumor.<sup>5</sup> O uso de DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) também é recomendado para redução do sangramento. Em revisão sistemática da Cochrane, o DIU-LNG parece ser superior ao uso de contraceptivos combinados e progestágenos isolados no controle do sangramento, mas sem alteração no tamanho dos leiomiomas.<sup>6</sup> É importante ressaltar que pacientes com distorção da cavidade endometrial podem apresentar expulsão do DIU ou dificuldade de inserção.<sup>5</sup>

Outra opção de tratamento medicamentoso são os análogos do GnRH, que atuam bloqueando o eixo hormonal ovariano. Essas medicações têm papel na redução do sangramento e redução do volume do leiomioma. Entretanto, geram efeitos adversos relacionados ao hipoestrogenismo, em geral pouco tolerados pelas pacientes.<sup>5</sup>

Para pacientes que não apresentam melhora com o tratamento clínico, o tratamento cirúrgico pode ser indicado. Nas pacientes sem desejo reprodutivo, uma opção de escolha é a histerectomia, um tratamento definitivo.<sup>5</sup> A histerectomia pode ser realizada pelas vias vaginal, laparoscópica, robótica ou abdominal, a depender do tamanho uterino, características clínicas da paciente e da experiência do cirurgião.<sup>1</sup>

Em pacientes com desejo reprodutivo ou de manutenção do útero, a miomectomia é uma opção, que pode ser realizada por via histeroscópica, laparoscópica, vaginal ou laparotômica, dependendo do tamanho e localização dos leiomiomas.<sup>1</sup> Nos miomas

submucosos (tipo 0 e 1), a histeroscopia é a via de escolha para pacientes com sangramento uterino aumentado, mesmo naquelas que não tem desejo reprodutivo e apresentam apenas miomatose submucosa. Quando os miomas são maiores que 2 cm e apresentam componente intramural maior que 50% (tipo 2) existe dificuldade técnica associada ao procedimento, podendo necessitar de um segundo tempo para miomectomia completa.<sup>1</sup>

A via laparoscópica é indicada para pacientes com menos de 3 miomas intramurais e menores que 8 cm. Miomas intramurais múltiplos e maiores do que 3 cm são preferencialmente abordados por via laparotômica, devido a facilidade de sutura em vários planos, redução do tempo cirúrgico e redução do sangramento.<sup>1,5</sup> A via da miomectomia não parece ter impacto na chance de gestação futura, porém são incertos os dados sobre o risco de ruptura uterina durante a gestação, sendo questionável a via laparotômica como mais segura.<sup>5</sup>

Os miomas pediculados podem protruir pelo orifício cervical externo, se exteriorizando na vagina. Esses devem ser retirados por via vaginal, identificando-se a base do pedículo e realizando a ligadura.<sup>1</sup>

Paciente submetidas a miomectomia de miomas intramurais devem ser orientadas quanto ao risco de ruptura uterina em gestações futuras. É indicada a cesariana eletiva a termo a fim de evitar o trabalho de parto.<sup>1</sup>

A miomatose uterina é uma doença bastante prevalente na população feminina, sendo causa de boa parte das consultas de ginecologia cirúrgica em hospitais terciários. Apesar do amplo conhecimento relacionado a essa patologia, ainda existem dúvidas sobre as melhores opções cirúrgicas para as pacientes com desejo de manutenção da fertilidade. Desse modo, dados de um hospital terciário com equipe treinada na realização da miomectomia tornam-se relevantes para a literatura científica.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2022 foram identificadas 96 miomectomias via abdominal e 12 miomectomias videolaparoscópicas realizadas no serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A idade média das pacientes foi de 36 anos [intervalo interquartil (IIQ) 32 - 40 anos] para via abdominal e 33 anos [IIQ 31 - 39 anos] para via laparoscópica e a maioria das pacientes era branca [70% e 58%]. O IMC médio na via abdominal foi 30 kg/m<sup>2</sup> [IIQ 25,0 - 34,0 kg/m<sup>2</sup>], porém 37 pacientes não apresentavam este dado registrado em prontuário, e para videolaparoscopia foi 24,9 kg/m<sup>2</sup> [IIQ 23,1 - 27,0 kg/m<sup>2</sup>], com duas pacientes sem esse dado registrado. A maioria das pacientes era previamente hígida, sendo que na via abdominal e videolaparoscópica, respectivamente, 11% [n= 11] e 25% [n= 3] eram hipertensas, 4,2% [n= 4] e 0 eram diabéticas e 8,3% [n= 8] e 8,3% [n= 1] eram tabagistas. Em relação a gestações prévias, 56 [58%] e 9 [75%] eram nuligestas (tabela 1).

Durante a avaliação pré-operatória, 44 pacientes [46%] faziam uso de anticoncepcional hormonal, sendo que 27 utilizavam contraceptivo combinado de estrogênio e progesterona [28%] e 17 faziam uso de contraceptivo de progestágeno isolado [18%] nas pacientes submetidas a miomectomia abdominal e 6 [50%] usavam anticoncepcional combinado e 4 [33%] progestágeno isolado nas pacientes submetidas à laparoscopia (tabela 1).

Em relação às características da miomatose, os dados foram acessados pela descrição cirúrgica e análise anatomopatológica das peças. O número de miomas retirados por via abdominal teve mediana de 2 [IIQ 1 - 4], sendo o número máximo de miomas retirados na mesma cirurgia 15. O tamanho do maior mioma teve mediana de 9,0 cm [IIQ 7,5 - 11,0 cm] e o maior apresentava 18 cm. Em relação à via videolaparoscópica, o número de miomas retirados teve mediana de 1 [IIQ 1.0 - 2.0] e o número máximo de tumores retirados na mesma cirurgia foram 3. O tamanho do maior teve mediana 7.0 cm [IIQ 5,6 - 7,7 cm], sendo o maior retirado de 10 cm. Nas duas vias, abdominal e videolaparoscópica, a maioria dos miomas eram intramurais [76% e 67%] e subserosos [68% e 75%], podendo apresentar os dois componentes na mesma paciente (tabela 2).

Os sintomas apresentados pelas pacientes no início do acompanhamento ginecológico eram, respectivamente nas pacientes submetidas a miomectomia abdominal e videolaparoscópica, sangramento uterino aumentado em 55 [57%] e 7 pacientes [58%], sintomas compressivos em 51 [53%] e 5 pacientes [42%] e infertilidade em 24 [25%] e 4 pacientes [33%], sendo que os sintomas se sobrepõem (tabela 3).

No seguimento de três meses, nas pacientes que realizaram cirurgia abdominal e videolaparoscópica, respectivamente, 7 [8.8%] e 1 [9,1%] permaneceram com sangramento uterino aumentado e 3 [3.8%] e 0 com sintomas compressivos. Dezesete pacientes perderam seguimento após a cirurgia, não completando três meses de avaliação. Dos prontuários revisados no HCPA, 7 [7.3%] pacientes engravidaram após a miomectomia abdominal e 1 [8,3%] após miomectomia videolaparoscópica, sendo 7 gestações com desfecho de cesariana a termo e 1 aborto. Também conforme revisão de prontuário do HCPA, das pacientes que realizaram cirurgia via abdominal, 9 [9.4%] foram submetidas à nova cirurgia para tratamento de miomatose, 6 hysterectomias, 2 histeroscopias cirúrgicas e 1 nova miomectomia, em um intervalo entre 2 e 10 anos. Em relação às pacientes que realizaram miomectomia via laparoscópica, 1 [8,3%] necessitou de histeroscopia cirúrgica com um ano de intervalo (tabela 4).

A miomatose uterina é uma doença bastante prevalente entre as mulheres, especialmente na menacme. Além disso, a prevalência é 2 a 3 vezes maior em mulheres de raça preta em comparação com a raça branca. No presente estudo,  $\frac{1}{4}$  das pacientes é preta, porcentagem consideravelmente maior que a encontrada na população do estado do Rio Grande do Sul de 6,5%, de acordo com o censo do IBGE de 2022.

Esta patologia pode causar diferentes tipos de sintomas a depender das características dos miomas. O principal é o sangramento uterino aumentado, que estava presente em mais de 50% das pacientes submetidas à miomectomia no HCPA nos anos revisados. A primeira linha de tratamento para o sangramento aumentado é medicamentosa, podendo ser através do uso de contraceptivo hormonal combinado de estrogênio e progesterona ou progestágeno isolado, sendo que 50% das pacientes estavam em uso de uma dessas medicações também para controle de sintomas.

Outro sintoma que acomete as mulheres com miomatose está relacionado a miomas de maior tamanho que geram dor pélvica, sintomas urinários, constipação, os chamados sintomas compressivos. Neste caso, o tratamento de escolha é cirúrgico, já que o tratamento medicamentoso não está relacionado com a redução dos tumores. Este sintoma também foi encontrado em mais de 50% das nossas pacientes, especialmente nas submetidas à miomectomia abdominal, visto que miomas maiores são mais facilmente retirados pela via laparotômica, com menor tempo cirúrgico e redução de sangramentos. Apesar disso, a via de escolha para realização da miomectomia leva em consideração diversos fatores, sendo a experiência do cirurgião um dos principais.

A miomectomia está indicada principalmente para mulheres com desejo de preservação da fertilidade, como foi o perfil de pacientes encontrado nesta revisão, em que 60% delas eram nuligestas. Além disso, em torno de 28% das pacientes com gestação prévia apresentavam história de abortamento, um número maior que o encontrado nas mulheres em geral, em torno de 15%.

As vias abdominal e laparoscópica para miomectomia são formas de tratamento para miomas intramurais e subserosos, o que é compatível com os dados encontrados nesta revisão, sendo que menos de 20% dos miomas apresentavam componente submucoso. Os miomas submucosos são melhor tratados com histeroscopia cirúrgica. A infertilidade também está mais relacionada a miomas submucosos, sendo que poucas pacientes tinham como queixa pré-operatória a infertilidade e, boa parte, apresentava outro sintoma associado.

A miomectomia é um tratamento bastante eficaz para resolução dos sintomas, especialmente os compressivos. A grande maioria das pacientes evolui com melhora dos sintomas nos primeiros três meses após o tratamento. Pouco menos de 10% das pacientes necessitou de nova cirurgia para resolução dos sintomas, sendo que a maioria evolui para hysterectomia, considerado o tratamento definitivo da miomatose.

Das pacientes que apresentaram gestação com nascidos vivos, todas foram submetidas à cesariana, dado o risco presumido de ruptura uterina durante o trabalho de parto.

Tabela 1. Características clínicas das pacientes submetidas à miomectomia

<b>Características clínicas</b>	<b>Abdominal (N = 96<sup>1</sup>)</b>	<b>Laparoscópica (N = 12<sup>1</sup>)</b>
Idade	36.0 [32.0-40.0]	33.0 [31.0-39.3]
Raça		
Branca	67 (70%)	7 (58%)
Parda	3 (3.1%)	3 (25%)
Preta	26 (27%)	2 (17%)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	30.0 [25.0-34.0]	24.9 [23.1-27.0]
Comorbidades		
HAS	11 (11%)	3 (25%)
DM	4 (4.2%)	0
Tabagismo	8 (8.3%)	1 (8.3%)

Gestações prévias		
Nenhuma	56 (58%)	9 (75%)
Uma	23 (24%)	1 (8.3%)
Duas	7 (7.3%)	0
Três	4 (4.2%)	2 (16.7%)
Quatro	5 (5.2%)	0
Oito	1 (1%)	0

## Partos prévios

Um	12 (12.5%)	0
Dois	3 (3.1%)	1 (8.3%)
Três	2 (2.1%)	0
Quatro	1 (1%)	0
Seis	1 (1%)	0

Cesáreas prévias		
Um	9 (9.4%)	1 (8.3%)
Dois	3 (3.1%)	0
Três	1 (1%)	0
Quatro	1 (1%)	0

## Abortos prévios

Um	13 (13.5%)	2 (16.7%)
Dois	2 (2.1%)	1 (8.3%)
Três	1 (1%)	0

Ectópicas prévias		
Uma	1 (1%)	0

## Anticoncepção hormonal

Combinado	27 (28%)	6 (50%)
Progestágeno isolado	17 (18%)	4 (33%)

·Mediana [25%-75%]; n (%). IMC: índice de massa corporal; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes mellitus.

Tabela 2. Características dos miomas

<b>Características</b>	<b>Abdominal (N = 96<sup>1</sup>)</b>	<b>Laparoscópica (N = 12<sup>1</sup>)</b>
Número de miomas	2.0 [1.0-4.0]	1 [1.0-2.0]
Tamanho do maior mioma (cm)	9.0 [7.5-11.0]	7.0 [5.6-7.7]
Localização do mioma		
Submucoso	18 (19%)	2 (17%)
Intramural	73 (76%)	8 (67%)
Subseroso	65 (68%)	9 (75%)

<sup>1</sup>Mediana [25%-75%]; n (%).

Tabela 3. Sintomas pré-operatórios

<b>Sintomas</b>	<b>Abdominal (N = 96<sup>1</sup>)</b>	<b>Laparoscópica (N = 12<sup>1</sup>)</b>
Sangramento uterino anormal	55 (57%)	7 (58%)
Sintomas compressivos	51 (53%)	5 (42%)
Infertilidade	24 (25%)	4 (33%)

<sup>1</sup>N (%).

Tabela 4. Desfechos após miomectomia

<b>Desfechos</b>	<b>Abdominal (N = 96<sup>1</sup>)</b>	<b>Laparoscópica (N = 12<sup>1</sup>)</b>
Manutenção dos sintomas após três meses		
Sangramento	7 (8.8%)	1 (9.1%)
Sintomas compressivos	3 (3.8%)	0
Gestação	7 (7.3%)	1 (8.3%)
Nova cirurgia	9 (9.4%)	1 (8.3%)

<sup>1</sup>N (%).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A miomatose uterina é uma doença prevalente nas mulheres na menacme e perimenopausa e seus sintomas podem variar de acordo com a localização e tamanho dos miomas. Para as pacientes com desejo de manutenção da fertilidade, a miomectomia é uma opção de tratamento bastante efetiva e com redução importante dos sintomas. A via da cirurgia pode ser abdominal ou videolaparoscópica, a depender do número e tamanho dos miomas e da preferência do cirurgião, com resultados similares entre as técnicas.

## REFERÊNCIAS

Rotinas em ginecologia. Eduardo Pandolfi Passos e colaboradores. 8. ed. Porto Alegre. Artmed, 2023.

The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Working Group. *Fertil Steril*. 2011 Jun;95(7):2204-8, 2208.e1-3. Epub 2011 Apr 15.

Stewart, Elizabeth A; Laughlin-Tommaso, Shannon K. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. UpToDate, acesso em 10/08/2023.

Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril*. 2009;91(4):1215-23.

Stewart, Elizabeth A. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview. UpToDate, acesso em 12/08/2023.

Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Pattanittum P. Progestogens or progestogen-releasing intrauterine systems for uterine fibroids (other than preoperative medical therapy). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 11. Art. No.: CD008994. DOI: 10.1002/14651858.CD008994.pub3.

Rotinas em obstetrícia. José Geraldo Lopes Ramos e colaboradores. 8. ed. Porto Alegre. Artmed, 2023.

Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. *Obstet Gynecol*. 2021 Jun 1;137(6):e100-e115. doi: 10.1097/AOG.0000000000004401. PMID: 34011888.

Parker, William H. Uterine fibroids (leiomyomas): Laparoscopic myomectomy and other laparoscopic treatments. UpToDate, acesso em 28/01/2024.

Parker, William H. Uterine fibroids (leiomyomas): Open abdominal myomectomy procedure. UpToDate, acesso em 28/01/2024.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Caso número: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Raça: ( ) branca ( ) negra ( ) parda ( ) indígena

Antecedentes gineco-obstétricos:

Nº de gestações: \_\_\_\_\_ Nº de partos: \_\_\_\_\_ Nº de cesáreas: \_\_\_\_\_

Menopausa: ( ) sim ( ) não

História médica pregressa:

Tabagista? ( ) sim ( ) não

Diabetes mellitus? ( ) sim ( ) não

Obesidade? ( ) sim ( ) não

Exame Físico: Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Anamnese:

Sangramento uterino aumentado? ( ) sim ( ) não

Sintomas compressivos? ( ) sim ( ) não

Infertilidade? ( ) sim ( ) não

Tratamento hormonal? ( ) sim ( ) não

Anticoncepcional combinado? ( ) sim ( ) não

Progestágeno isolado? ( ) sim ( ) não - se sim, VO ( ) ou IM ( )

Procedimento realizado:

Miomectomia laparoscópica: ( ) sim ( ) não

Miomectomia laparotômica: ( ) sim ( ) não

Resolução dos sintomas em 3 meses pós operatório:

Redução do sangramento: ( ) sim ( ) não

Redução dos sintomas compressivos: ( ) sim ( ) não

Gestação após miomectomia: ( ) sim ( ) não ( ) não consta no prontuário