

Codificação em cirurgia de endometriose profunda minimamente invasiva

Codification for minimally invasive surgery for deep endometriosis

Codificación em cirujía de endometriosis profunda por mínima invasión

RESUMO

Neste artigo, os autores os autores preparam um guia para os ginecologistas codificarem corretamente as cirurgias laparoscópicas de alta complexidade para tratamento de endometriose severa. De acordo com a topografia da doença (pélvica ou extrapélvica, genital ou extragenital) e com o procedimento cirúrgico realizado, a tabela CBHPM pode ser utilizada para a codificação da cirurgia. A codificação exata dos passos cirúrgicos do procedimento garante informações comparáveis e de alta qualidade para que se tenha um controle adequado do tratamento prestado às pacientes.

DESCRIPTORES: Endometriose; Laparoscopia; Classificação Internacional de Doenças; Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos; Planejamento em Saúde

ABSTRACT

In this article, the authors prepare a guide for gynecologists to correctly code high-complexity laparoscopic surgeries for the treatment of severe endometriosis. According to the topography of the disease (pelvic or extrapelvic, genital or extragenital) and the surgical procedure performed, the CBHPM table can be used to code the surgery. The exact coding of the surgical steps of the procedure guarantees comparable and high-quality information so that there is adequate control of the treatment provided to patients.

DESCRIPTORS: Endometriosis; Laparoscopy; International Classification of Diseases; Minimally Invasive Surgical Procedures; Health Planning

RESUMEN

En este artículo, los autores preparan una guía para que los ginecólogos codifiquen correctamente las cirugías laparoscópicas de alta complejidad para el tratamiento de la endometriosis severa. Según la topografía de la enfermedad (pélvica o extrapélvica, genital o extragenital) y el procedimiento quirúrgico realizado, la tabla CBHPM puede ser utilizada para codificar la cirugía. La codificación exacta de los pasos quirúrgicos del procedimiento garantiza información comparable y de alta calidad para que exista un adecuado control del tratamiento brindado a las pacientes.

DESCRIPTORES: Endometriosis; Laparoscopia; Clasificación Internacional de Enfermedades; Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos; Planificación en Salud.

RECEBIDO EM: 19/09/2022 APROVADO EM: 02/11/2022

William Kondo

Departamento de Cirurgia Ginecológica do Hospital Vita Batel, Curitiba – PR.
ORCID: 0000-0005-2857-9984

Guilherme Karam Corrêa Leite

Professor Assistente da Disciplina de Saúde da Mulher da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES); Mestre em Toco-ginecologia (FSMSCSP) e Diretor do Núcleo Santista de Endometriose.
ORCID: 0000-0001-6820-7620

Fabio Morozetti Ramajo

Coordenador o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Casa de Saúde de Santos; membro da Comissão de Valorização Profissional da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (SOGESP).
ORCID: 0000-0001-8044-4354

Patrick Bellelis

Médico Assistente do Setor de Endometriose do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP) e membro da Comissão Nacional de Endometriose da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).
ORCID: 0000-0001-8044-4354

Rodrigo Fernandes

Médico Assistente do ICESP (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo), unidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), Co-diretor dos Cursos de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva do IRCAD America Latina. Embaixador da Sociedade Mundial de Endometriose.
ORCID: 0000-0002-5264-2166

Raquel Reis Magalhães

Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e na área de atuação de Endoscopia Ginecológica (AMB/FEBRASGO).

Mariana da Cunha Vieira

Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e na área de atuação de Endoscopia Ginecológica (AMB/FEBRASGO).
ORCID: 0000-0003-2527-8407

Claudia Lima Rocha

Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e na área de atuação de Endoscopia Ginecológica (AMB/FEBRASGO).
ORCID: 0000-0003-1557-2055

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença que acomete cerca de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva⁽¹⁾. Trata-se da presença de tecido endometrial em outras localizações fora da cavidade uterina. A adeniose corresponde à presença de tecido ectópico intramiometrial. O endometrioma ovariano corresponde à lesão cística de endometriose dentro do parênquima ovariano. A endometriose peritoneal ou superficial corresponde aos implantes pequenos da doença, que não infiltram profundamente o tecido subendometrial. A endometriose profunda corresponde ao implante que infiltra mais do que 5mm abaixo do peritônio (doença retroperitoneal)⁽²⁾.

O tratamento cirúrgico da endometriose profunda é melhor realizado em centros de referência ou por cirurgiões experientes no manejo da doença, uma vez que o melhor resultado em termos de alívio sintomático e aumento das taxas de gravidez. O controle a longo-prazo é obtido quando se realiza a ressecção completa da doença, reduzindo a persistência das lesões, quando se realiza somente a cauterização dos focos. Em estádios avançados, trata-se de cirurgia de grande porte envolvendo múltiplos procedimentos cirúrgicos em um mesmo ato cirúrgico, que está associada a um risco maior ou menor de complicações de acordo com a experiência do cirurgião^(3,4).

A correta codificação do procedimento cirúrgico pode auxiliar na padronização dos dados cirúrgicos⁽⁵⁾ para que se possa estabelecer uma precisa relação dos achados intra-operatórios com os exames de imagem pré-operatórios^(6,7), com as taxas de complicação intra e pós-operatórias e com os exames de seguimento pós-operatórios, de modo a possibilitar um melhor monitoramento da qualidade do tratamento cirúrgico oferecido às pacientes.

Desta forma, o objetivo do presente artigo é de preparar um guia para os ginecologistas codificarem corretamente as cirurgias laparoscópicas de alta complexidade para tratamento de endometriose severa a fim de garantir informações epidemiológicas comparáveis e de alta qualidade no que diz respeito à codificação cirúrgica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura das bibliotecas digitais Pubmed, Scielo e Lilacs, utilizando os termos de busca Endometriose, Tratamento Endometriose, Procedimentos Cirúrgicos e Laparoscopia. Os critérios de seleção dos trabalhos foram: relevância, fator de impacto do periódico e número de citações do artigo. Foram selecionados 34 artigos apresentados neste estudo por terem melhor metodologia e maior nível de evidência. Em complemento foram revisados o Código Internacional de Doenças (CID-10)⁽⁸⁾ e o Código Brasileiro Hierarquizado de

Procedimentos Médicos (CBHPM – 5ª Edição)⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de forma estruturada, introduzindo inicialmente ao leitor o contexto da codificação de cirurgia de endometriose no Brasil e, na sequência, fazendo uma análise da literatura por topografia dos órgãos mais frequentemente acometidos pela doença.

Codificações Mais Utilizadas no Brasil

A Tabela 1 mostra códigos da CID 10(8) específicos de endometriose e outros exemplos que podem ser usados genericamente ou em situações urgentes para classificar a doença baseada em sintomas.

Existem apenas 2 códigos na tabela CBHPM⁽⁹⁾ que fazem menção ao tratamento cirúrgico da endometriose:

- 3.13.07.18-3 Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico via laparoscópica
- 3.13.07.04-3 Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico

Um deles se refere ao tratamento da endometriose peritoneal por laparoscopia e o outro, por cirurgia convencional aberta. Ambos, no entanto, correspondem ao tratamento da forma peritoneal da doença (endometriose superficial), sem fazer menção alguma a nenhum tipo específico

de endometriose profunda.

O código 3.13.07.28-0 (Endometriose - tratamento cirúrgico via laparoscópica) surgiu na tentativa de corresponder ao tratamento da endometriose profunda, contrapondo os códigos anteriores que se referem à endometriose superficial. No entanto, além de ainda não ser autorizado pela maioria das operadoras de saúde suplementar, tem um porte cirúrgico equivalente ao do tratamento da endometriose peritoneal por laparoscopia e não traduz com exatidão o procedimento cirúrgico realizado, já que o tratamento cirúrgico da endometriose profunda é um procedimento complexo com vários procedimentos dentro de uma mesma cirurgia.

Deste modo, habitualmente os cirurgiões especialistas em endometriose devem utilizar outros códigos da tabela CBHPM para poder codificar completamente o procedimento cirúrgico, notadamente nos casos em que há comprometimento múltiplo^(10,11), de modo a conseguir traduzir na forma de códigos o procedimento cirúrgico realizado.

A seguir, detalhamos a codificação que pode ser utilizada no tratamento cirúrgico completo da endometriose, baseado em conceitos anatômicos e topográficos.

Classificação Anatômica e Topográfica da Endometriose

Os implantes de endometriose podem acometer estruturas do trato genital (útero, tubas, ovários, ligamentos uterinos) e fora do trato genital (endometriose extragenital)⁽¹¹⁾. Os implantes extragenitais podem estar localizados na região pélvica e extrapélvica. Os implantes extragenitais pélvicos podem ser observados na parede abdominal (implantes parietais em cicatriz de cesariana e/ou de laparoscopias ginecológicas prévias), no trato urinário (bexiga e ureter), no trato gastrointestinal (retosigmoide) e na inervação pélvica. Os implantes extragenitais extrapélvicos podem acometer a parede abdominal (umbigo), o trato urinário (ureter extrapélvico e rim), o trato gastrointestinal (cólon descendente, intestino delgado, válvula ileocecal, apêndice, ceco), o diafragma, o tórax, etc. Os

Quadro 1. Códigos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10)(8).

Códigos específicos de endometriose	
N80	Endometriose
N80.0	Endometriose do útero
N80.1	Endometriose do ovário
N80.2	Endometriose da trompa de Falópio
N80.3	Endometriose do peritônio pélvico
N80.4	Endometriose do septo retovaginal e da vagina
N80.5	Endometriose do intestino
N80.6	Endometriose em cicatriz cutânea
N80.8	Outra endometriose
N80.9	Endometriose não especificada
Códigos relacionados à endometriose (exemplos)	
N73.6	Aderências pélvico-peritoneais
N83	Transtornos não-inflamatórios do ovário, da trompa de falópio e do ligamento largo
N92	Sangramento do útero ou vagina
N97	Infertilidade feminina
R10.2	Dor abdominal e pélvica

Fonte: autor.

implantes extragenitais extrapélvicos mais frequentes são aqueles acometendo o intestino no quadrante inferior direito e, na sequência, a endometriose torácica.

ÚTERO

A Tabela 2 (Útero) demonstra as opções de tratamento, clínico ou cirúrgico, para as mulheres portadoras de adenomiose. O dispositivo liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)⁽¹²⁾ é um tratamento medicamentoso hormonal muito promissor. Seu correto posicionamento pode necessitar de uma histeroscopia.

O tratamento definitivo da adenomiose é realizado por meio da histerectomia total com salpingectomia bilateral⁽¹³⁾, em mulheres sem desejo reprodutivo, com sintomas intensos e que não responderam a outras terapias.

Os tratamentos cirúrgicos conservadores para adenomiose podem ser realizados por laparoscopia⁽¹⁴⁾ ou por histeroscopia, dependendo das características da doença.

TUBAS

As pacientes com idade mais avançada, sem desejo reprodutivo ou com prole constituída devem ser submetidas a salpingectomia bilateral, como forma de tratamento definitivo. Este procedimento também pode ser necessário em mulheres nuligestas ou com desejo reprodutivo que apresentem dupla lesão tubária, lesão proximal, estágio III ou IV de endometriose com hidrossalpinge bilateral, ou aderências peritubárias intensas, para que a taxa de gravidez seja maior em uma futura FIV.

No caso de acometimento tubário por lesões profundas que apresente cromotubagem positiva, pode-se proceder a excisão completa da doença. As lesões superficiais podem ser tratadas com fulguração simples ou excisão cuidadosa da lesão. Outras opções terapêuticas incluem a fimbrioplastia e a salpingólise. (Tabela 2)

OVÁRIOS

Quadro 2. Códigos da Tabela CBHPM* usados para a codificação da cirurgia uterina, ovariana e tubária(9).

Útero

Tratamento clínico

3.13.03.29-3	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal	Tratamento clínico de adenomiose
4.02.01.15-5	Histeroscopia diagnóstica	Checar posição, reposicionar ou retirar o dispositivo. Em úteros retrovertidos, amolecidos ou com istmocele, diminui risco de perfuração uterina durante a inserção

Tratamento cirúrgico

3.13.03.17-0	Histeroscopia cirúrgica com biópsia dirigida, lise de sinéquias, retirada de corpo estranho	Tratamento de doenças concomitantes intra-cavitárias
3.13.03.18-8	Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias	Tratamento de doenças concomitantes intra-cavitárias. Adenomiectomia. Ablação endometrial
3.13.07.20-5	Liberção laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise	Liberção de aderências pélvicas de cirurgia prévia ou aderências decorrentes da endometriose
3.13.03.21-8	Histerectomia total laparoscópica	Retirada do útero sem anexos, para tratamento da adenomiose
3.13.03.23-4	Histerectomia total laparoscópica com anexectomia uni ou bilateral	Retirada do útero com os anexos, para tratamento da adenomiose
3.09.06.12-1	Ligadura da artéria hipogástrica (ramo uterino) - unilateral - qualquer técnica	Diminuir sangramento intra-operatório na histerectomia de úteros volumosos e na adenomiectomia
3.13.03.24-2	Metroplastia laparoscópica	Reconstrução uterina em adenomiectomia
3.13.03.25-0	Miomectomia uterina laparoscópica	Código por proximidade para realização de adenomiectomia
3.13.03.15-3	Traquelectomia - amputação, conização	Retirada do colo uterino em mulheres submetidas previamente a histerectomia subtotal

Tubas

3.13.04.07-9	Recanalização tubária laparoscópica uni ou bilateral	Mulheres com laqueadura tubária prévia
3.13.04.08-7	Salpingectomia uni ou bilateral laparoscópica	Retirar lesão tubária sem possibilidade de reversão
3.13.04.06-0	Neossalpingostomia distal laparoscópica	Plastia tubária das fimbrias (fimbrioplastia)
3.13.07.20-5	Liberção laparoscópica de aderências pélvicas com ou sem ressecção de cistos peritoneais ou salpingólise	Liberção das aderências peritubárias melhora a motilidade tubária

Ovários

3.13.05.03-2	Ooforectomia laparoscópica uni ou bilateral ou ooforoplastia uni ou bilateral	Endometrioma em mulheres sem desejo reprodutivo pode ser tratado com ooforectomia. Cistectomia ovariana ou outras técnicas com preservação ovariana deve ser realizada em mulheres com desejo reprodutivo
3.13.07.18-3	Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico via laparoscópica	Erradicação completa da doença é mandatória(19). Nos endometriomas aderidos à fossa ovariana, a remoção do peritônio da fossa ovariana faz parte do tratamento completo da doença(20)
3.11.02.50-6	Ureterólise laparoscópica unilateral	Como o endometrioma está aderido à fossa ovariana no trajeto do ureter(21), a ureterólise habitualmente é necessária

Primeira coluna = Código da Tabela CBHPM

Segunda coluna = Procedimento conforme Tabela CBHPM

Terceira coluna = Justificativa da necessidade do procedimento

* A CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) teve sua primeira edição em 2003. Surgiu da necessidade dos médicos resgatarem a prerrogativa de recuperar a valorização do seu trabalho no sistema de saúde suplementar (operadoras de planos de saúde). Fruto da união das principais entidades médicas nacionais (AMB, CFM e FENAM), entidades estaduais e das Sociedades de Especialidade, passou a ser incorporada progressivamente no Brasil por diferentes operadoras de saúde, culminando com o reconhecimento da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que inclusive utiliza os procedimentos da CBHPM para atualizar seu ROL.

A preservação dos ovários em cirurgia de endometriose é de suma importância para manutenção da função hormonal e reprodutiva. É comum estar aderido na fosseta ovárica, fazendo da ureterólise um procedimento mandatário no tratamento do peritônio desta topografia (Tabela 2). Os endometriomas pequenos (menores do que 30mm) podem ser aspirados, irrigados e seu leito, coagulado ou vaporizado. Os endometriomas com mais de 30mm por sua vez podem ser abordados de 3 formas:

- Cistectomia ovariana utilizando a técnica de stripping modificada^(15,16)
- Abordagem em 3 tempos: drenagem laparoscópica, 3 meses de tratamento clínico com análogo de GnRH e nova laparoscopia para vaporização com laser dos implantes endometrióticos intra-císticos⁽¹⁷⁾
- Vaporização com laser em cistos com menos de 100mm⁽¹⁸⁾

ENDOMETRIOSE PERITONEAL

As cirurgias para tratamento de endometriose peritoneal normalmente são mais simples do que para as outras formas da doença (Tabela 3). No entanto, dependendo da extensão e da localização do acometimento pela endometriose peritoneal, mesmo a cirurgia laparoscópica para esta forma da doença pode ainda ser muito desafiadora e necessitar de ureterólise, ressecções próximas à bexiga ou intestino, etc.

ENDOMETRIOSE PARIETAL

A endometriose pode se implantar em cicatrizes, naturais (umbigo) ou pós-cirúrgicas (umbigo, cesariana, incisões de laparoscopia ou laparotomia, episiorrafia). O tratamento cirúrgico desses implantes parietais envolve a ressecção do nódulo com pequena margem de segurança de modo que se realize a ressecção completa da doença sem, no entanto, remover tecido sadio em exagero. As lesões volumosas (mais de 25 a 30mm) podem necessitar de posicionamento de tela para evitar futura herniação. Em casos raros, o nódulo pode ser subaponeurótico e uma abordagem laparoscópica pode ser indicada (Tabela

Quadro 3. Códigos da Tabela CBHPM usados para a codificação da cirurgia de endometriose superficial e parietal(9).

Endometriose superficial		
3.13.07.18-3	Endometriose peritoneal - tratamento cirúrgico via laparoscópica	Corresponde ao tratamento da endometriose superficial (peritoneal)
Endometriose parietal		
3.13.07.12-4	Ressecção de tumor de parede abdominal pélvica	Tratamento da endometriose da parede abdominal
3.13.07.25-6	Ressecção laparoscópica de tumor de parede abdominal	Tratamento da endometriose da parede abdominal que infiltra abaixo da aponeurose

Fonte: autor.

Quadro 4. Códigos da Tabela CBHPM usados para a codificação da cirurgia do compartimento anterior da pelve(9).

Bexiga		
4.02.01.06-6	Cistoscopia e/ou ureteroscopia	Avaliação do tamanho do nódulo e da distância dos meatos ureterais
3.11.02.05-0	Colocação cistoscópica de duplo J unilateral	A passagem do cateter duplo J por cistoscopia pode auxiliar no tempo reconstrutivo da cistectomia. Quando da impossibilidade de passagem do cateter duplo J por infiltração do ureter, pode existir necessidade de reimplante ureteral
3.11.03.52-9	Cistectomia parcial laparoscópica	Cistectomia parcial extramucosa (shaving) para tratamento de nódulo com infiltração superficial do detrusor. Cistectomia parcial (espessura total) para ressecar nódulos que comprometem até a mucosa
Ureter retrovesical e intravesical		
3.11.02.04-2	Colocação cirúrgica de duplo J unilateral	Durante o reimplante ureteral, o cateter duplo J é passado diretamente por laparoscopia
3.11.02.54-9	Reimplante uretero-vesical laparoscópico unilateral	Quando há infiltração do ureter intravesical ou retrovesical, é necessário o reimplante ureteral

Fonte: autor.

3).

COMPARTIMENTO ANTERIOR DA Pelve (Tabela 4)

As lesões de ligamento redondo e septo vesicouterino são tratadas com ressecção simples. É importante que seja realizada

a ressecção do miométrio infiltrado subjacente (cerca de 5 a 10mm de profundidade, a depender do comprometimento tecidual) para que a doença seja removida por completo.

Dependendo do grau de infiltração da bexiga, a completa ressecção do nódulo

pode ser obtida por um shaving ou uma cistectomia parcial⁽²²⁾.

No caso da abordagem cirúrgica do nódulo vesical volumoso que acomete as proximidades do trígono e do ureter, a cistoscopia tem papel fundamental. Em situações de infiltração do ureter intravesical ou retrovesical, o reimplante ureteral se faz necessário⁽²³⁾.

COMPARTIMENTO POSTERIOR DA PELVE (Tabela 5)

As lesões laterais (ligamentos uterossacos) ou centrais (retrocervical e/ou septo retovaginal) com mais de 30mm com extensão à parede pélvica lateral frequentemente necessitam de ureterólise e neurólise para tratamento da doença periureteral e para preservação nervosa, respectivamente^(22,24).

No caso de infiltração do fórnice vaginal posterior, este deve ser desinserido da parede posterior do colo uterino e ressecado^(22,25,26). As lesões que infiltram exclusivamente o septo retovaginal podem ser tratadas apenas com a ressecção desta área.

A técnica cirúrgica mais apropriada para tratamento da endometriose em retossigmóide depende dos sintomas e achados pré-operatórios nos exames de imagem^(6,7) bem como dos achados intra-operatórios. As lesões pequenas podem ser tratadas com técnicas conservadoras de “nodulectomias”^(22,25,26,27) e as lesões múltiplas, volumosas e/ou estenosantes devem ser tratadas utilizando a técnica de ressecção segmentar intestinal.

Dependendo do grau de comprometimento, o ureter pode necessitar de simples ureterólise, ureterólise com passagem de cateter duplo J, ressecção segmentar com anastomose término-terminal ou reimplante ureteral^(23,24).

ÓRGÃOS EXTRAPÉLVICOS (Tabela 6)

RIM

A decisão por realização da nefrectomia deve ser feita em conjunto com o urologista após a avaliação da função renal. Além da nefrectomia total laparoscópica unilateral, realiza-se a ureterectomia uni-

Quadro 5. Códigos da Tabela CBHPM usados para a codificação da cirurgia do compartimento posterior da pelve(9).

Região retrocervical, ligamentos uterossacos, fórnice vaginal posterior e septo retovaginal		
3.13.07.27-2	Secção laparoscópica de ligamentos útero-sacos	Tratamento de endometriose infiltrando os ligamentos uterossacos
3.13.02.02-5	Colpectomia	A ressecção vaginal é necessária (espessura total ou parcial) em caso de infiltração do fórnice vaginal posterior
3.13.06.06-3	Ressecção de tumor do septo reto-vaginal	Tratamento da endometriose que infiltra o septo retovaginal. Colpectomia deve ser associada se infiltração vaginal e ressecção intestinal se acometimento intestinal
3.11.02.50-6	Ureterólise laparoscópica unilateral	O ureter está cerca de 20mm de distância da inserção cervical do ligamento uterossacro. A ressecção segura dos ligamentos uterossacos frequentemente necessita a realização prévia de ureterólise
3.14.03.36-0	Tratamento microcirúrgico das neuropatias compressivas (tumoral, inflamatório, etc)	A inervação pélvica está entre o ureter e os ligamentos uterossacos. O procedimento cirúrgico com neuropreservação deve ser realizado sempre que possível
Retossigmóide		
3.10.03.23-0	Colotomia e colorrafia	Nodulectomias podem ser realizadas por meio de(27): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Shaving ▪ Mucosal skinning ▪ Ressecção da espessura total da parede anterior do reto: ressecção discoide com grameador circular por via transanal (simples ou dupla), ressecção linear com endogrampeador linear cortante por via laparoscópica ou ressecção com tesoura ou energia seguida de sutura da parede intestinal
3.10.03.79-6	Retossigmoidectomia abdominal por videolaparoscopia	Ressecção segmentar do retossigmóide
3.10.03.21-4	Colostomia ou enterostomia	Desvio do trânsito intestinal para proteger a anastomose colorretal
3.10.03.59-1	Cirurgia de abaixamento por videolaparoscopia	Ressecção segmentar do retossigmóide com retirada completa do reto
3.10.03.61-3	Colectomia parcial com colostomia por Videolaparoscopia	Ressecção parcial do cólon com colostomia
3.10.03.62-1	Colectomia parcial sem colostomia por videolaparoscopia	Ressecção parcial do cólon sem colostomia
Ureter parietal, retroligamentar e intraligamentar		
3.11.02.50-6	Ureterólise laparoscópica unilateral	Liberação do ureter da fibrose periureteral
4.02.01.06-6	Cistoscopia e/ou uretoscopia	Passagem de cateter duplo J no caso de reimplante ou ressecção segmentar de ureter

lateral⁽²³⁾. Nos casos de obstrução da junção ureterovesical ou nódulo de bexiga associado, o procedimento a ser realizado seria nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica unilateral⁽²⁸⁾.

APÊNCIDE, CÓLON DIREITO E ÍLEO TERMINAL

A simples apendicectomia é suficiente para o tratamento da endometriose acometendo a ponta do apêndice. Quando há comprometimento da sua base ou do ceco, pode ser necessária a realização de uma tíflectomia associada à apendicectomia⁽²⁹⁾.

No caso de infiltração do ceco, válvula íleo-cecal e intestino delgado, a ressecção do nódulo ou a ressecção segmentar podem ser realizadas de acordo com o tamanho e a localização específica de cada tipo de lesão.

DIAFRAGMA, PLEURA E PULMÃO

A endometriose pode acometer a região torácica e/ou diafragmática manifestando-se de diversas formas clínicas, incluídas na síndrome da endometriose torácica^(30,31).

Os implantes diafragmáticos superficiais localizados na pars muscular podem ser tratados com técnicas excisionais ou ablativas⁽³²⁾. Os implantes maiores e as pequenas perfurações diafragmáticas devem ser ressecados, com subsequente sutura do defeito diafragmático, por via laparoscópica isolada, via VATS (cirurgia toracoscópica vídeo-assistida), ou por acesso combinado⁽³³⁾.

As outras entidades incluídas na síndrome da endometriose torácica habitualmente são manejadas pelos cirurgiões torácicos.

DISCUSSÃO

A complexidade da endometriose representada pelas múltiplas formas de apresentação clínica, em órgãos pélvicos e extrapélvicos, genitais e extragenitais, faz com que seja difícil adequar apenas um código para o tratamento da doença. Cada órgão afetado tem suas particularidades em termos de avaliação clínica e de ima-

3.11.02.05-0	Colocação cistoscópica de duplo J unilateral	Passagem de cateter duplo J no caso de reimplante ou ressecção segmentar de ureter
3.11.02.51-4	Ureteroureterostomia laparoscópica unilateral	Remoção de segmento do ureter comprometido com anastomose uretero-ureteral
3.11.02.04-2	Colocação cirúrgica de duplo J unilateral	Durante o reimplante ureteral, o cateter duplo J é passado diretamente por laparoscopia
3.11.02.54-9	Reimplante uretero-vesical laparoscópico unilateral	Quando há infiltração extensa do ureter, é necessário o reimplante ureteral

Fonte: autor.

Quadro 6. Códigos da Tabela CBHPM usados para a codificação da cirurgia da endometriose extrapélvica(9).

Rim		
3.11.01.585	Nefrectomia total laparoscópica unilateral	Tratamento de exclusão renal
3.11.02.247	Ureterectomia unilateral	Remoção do ureter até a bexiga
3.11.01.542	Nefroureterectomia com ressecção vesical laparoscópica unilateral	Tratamento de lesão de bexiga associada com exclusão renal
Apêndice, cólon e íleo terminal		
3.10.03.58-3	Apendicectomia por videolaparoscopia	Tratamento de endometriose em apêndice
3.10.03.62-1	Colectomia parcial sem colostomia por videolaparoscopia	Tratamento de endometriose em ceco ou válvula ileocecal
3.10.03.67-2	Enterectomia segmentar por videolaparoscopia	Ressecção segmentar de intestino delgado infiltrado
Diafragma, pleura e pulmão		
3.06.01.13-4	Ressecção de tumor do diafragma e reconstrução (qualquer técnica)	Tratamento de nódulo diafragmático de endometriose
3.08.06.05-4	Hérnia diafragmática – tratamento cirúrgico por vídeo	Tratamento da hérnia diafragmática relacionada à endometriose
3.08.04.13-2	Toracostomia com drenagem pleural fechada	Tratamento de pneumotórax catamenial, hemotórax catamenial ou efusão pleural relacionada à endometriose
3.08.04.18-3	Pleuroscopia por vídeo	Pode ser empregada para a visualização e biópsia das lesões pleurais ou pulmonares
3.08.04.19-1	Ressecção de tumor da pleura localizado por vídeo	Retirada de nódulos pleurais de endometriose
3.08.03.23-3	Segmentectomia por videotoracoscopia	Tratamento de nódulos endometrióticos intra-torácicos
3.08.04.17-5	Pleurodese por vídeo	Tentativa de tratamento de pneumotórax catamenial recorrente
3.08.03.21-7	Lobectomia pulmonar por videotoracoscopia	Tratamento de nódulos endometrióticos intra-torácicos

Fonte: autor.



gem pré-operatória, opções terapêuticas (clínicas ou cirúrgicas), riscos de persistência, complicações intra e pós-operatórias e seguimento pós-tratamento⁽²¹⁻²⁹⁾. Deste modo, acreditamos que a forma mais adequada de proceder a codificação cirúrgica para o tratamento da endometriose seja realmente baseada na topografia acometida pela doença profunda.

A descrição correta da topografia dos implantes e dos procedimentos cirúrgicos realizados é de suma importância para que se diferencie no pós-operatório as mulheres que apresentam persistência ou recorrência da doença e/ou persistência ou recorrência de sintomas⁽¹⁹⁾. Ainda, permite avaliar a qualidade de atendimento prestado pelos cirurgiões especialistas bem como as taxas de complicações intra e pós-operatórias de cada grupo. Dados mais consistentes e uniformes contribuem para pesquisa clínica, permitindo acesso a melhores evidências com menor viés relacionado a precisão da informação reportada pelos cirurgiões.

As mulheres portadoras de endometriose frequentemente consultam vários

especialistas durante a sua vida e o conhecimento exato dos procedimentos já realizados podem ser muito úteis para indicar ou não uma reoperação e, no caso de necessidade de reabordagem cirúrgica, pode haver um planejamento cirúrgico mais apropriado uma vez que o risco de complicações é maior nas pacientes já operadas, notadamente no que diz respeito ao ureter⁽²¹⁾ e à inervação pélvica.

Nesse contexto, a gravação da cirurgia⁽³⁴⁾ e a disponibilização do vídeo da cirurgia para a paciente é um fator a ser levado em consideração. Além de poder servir como objeto de estudo para ensinar novos cirurgiões, os vídeos dos procedimentos possibilitam um controle de qualidade da cirurgia, a reavaliação do ato cirúrgico no caso de complicações (a fim de reduzir a taxa de complicações ou mesmo de considerar necessidade de reintervenção precoce) e o melhor seguimento da paciente portadora de endometriose.

CONCLUSÕES

A endometriose é uma doença com-

plexa que tem um padrão multifocal de distribuição em órgãos pélvicos e extrapélvicos, genitais e extragenitais. A cirurgia é a forma mais efetiva de tratamento a longo-prazo da doença e deve ser realizada de acordo com a topografia acometida pela endometriose. Habitualmente, múltiplos procedimentos concomitantes devem ser realizados, notadamente nos casos de endometriose profunda. A codificação correta do procedimento é crucial para que se tenha um controle adequado do tratamento prestado às pacientes.

AGRADECIMENTOS

Este foi um artigo escrito em conjunto pelos membros do Endolife Task Force (Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher Portadora de Endometriose), composto pelos seis autores deste trabalho, além de Cláudia Lima Rocha, Mariana da Cunha Vieira, Ramiro Cabrera Carranco e Arnaud Wattiez, que também participaram da redação deste texto.

REFERÊNCIAS

1. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24(2):235-58.
2. Gordts S, Koninckx P, Brosens I. Pathogenesis of deep endometriosis. *Fertil Steril.* 2017;108(6):872-85.
3. Ugwumadu L, Chakrabarti R, Williams-Brown E, Rendle J, Swift I, John B et al. The role of the multidisciplinary team in the management of deep infiltrating endometriosis. *Gynecol Surg.* 2017;14(1):15.
4. Bendifallah S, Roman H, Rubod C, Leguevaque P, Watrelot A, Bourdel N et al. Impact of hospital and surgeon case volume on morbidity in colorectal endometriosis management: a plea to define criteria for expert centers. *Surg Endosc.* 2018;32(4):2003-11.
5. Pope RJ, Abdelbadee AY, Armstrong AJ, Ganesh PR, Bedaiwy MA, Zanutti KM. Standardization of laparoscopic operative reporting: improving gynaecological surgeon communication. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(3):304-9.
6. Kondo W, Zomer MT, Pinto EP, Ribeiro R, Ribeiro MFC, Trippia CR et al. Deep infiltrating endometriosis: imaging features and laparoscopic correlation. *Journal of Endometriosis.* 2011;3(4):197-212.
7. Trippia CH, Zomer MT, Terazaki CRT, Martin RLS, Ribeiro R, Kondo W. Relevance of imaging examinations in the surgical planning of patients with bowel endometriosis. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2016;10:1-8.
8. CID10 Código Internacional de Doenças. Available from: <https://www.cid10.com.br/>
9. CBHPM 5ª edição - Portal Saude Direta. Available from: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1365298069cbhpm.pdf>
10. Kondo W, Ribeiro R, Trippia C, Zomer MT. Deep infiltrating endometriosis: anatomical distribution and surgical treatment. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(6):278-84.
11. Kondo W, Kondo MTZ, Trippia CH, Ribeiro DMFR. Cirurgia da endometriose pleural, pulmonar e diafragmática. In: Sérgio Podgaec, Eduardo Schor, Paulo Ayroza Ribeiro, editors. *Coleção FEBRASGO Endometriose.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020. p.227-44.
12. Pontis A, D'Alterio MN, Pirarba S, de Angelis C, Tinelli R, Anghioni S. Adenomyosis: a systematic review of medical treatment. *Gynecol Endocrinol* 2016;32(9):696-700.
13. Kondo W, Zomer MT, Branco AW, Stunitz LC, Branco Filho AJ, Nichele S. Surgical technique of total laparoscopic hysterectomy. *Bras. J. Video-Sur.* 2010; 3(3):139-49.
14. Smith AV, Cabrera R, Zomer MT, Trippia C, Kondo W. Surgical Uterine-Sparing Management of Adenomyosis: Techniques and

- Review of Literature. *ARC Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2018;3(4):25-34.
15. Canis M, JL Pouly, S Tamburro, G Mage, A Wattiez, MA Bruhat. Ovarian response during IVF-embryo transfer cycles after laparoscopic ovarian cystectomy for endometriotic cysts of >3 cm in diameter. *Hum Reprod*. 2001;16(12):2583-6.
16. Kondo W, Bourdel N, Zomer MT, Slim K, Rabischong B, Pouly JL et al. Laparoscopic cystectomy for ovarian endometrioma - A simple stripping technique should not be used. *Journal of Endometriosis*. 2011;3(3):125-34.
17. Donnez J, Nisolle M, Gillet N, Smets M, Bassil S, Casanas-Roux F. Large ovarian endometriomas. *Hum Reprod*. 1996;11(3):641-6.
18. Sutton CJ, Ewen SP, Jacobs SA, Whitelaw NL. Laser laparoscopic surgery in the treatment of ovarian endometriomas. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1997;4(3):319-23.
19. Vignali M, Bianchi S, Candiani M, Spadaccini G, Oggioni G, Busacca M. Surgical treatment of deep endometriosis and risk of recurrence. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005;12(6):508-13.
20. De Cicco, Nardone C, Terranova C, Plotti F, Ricciardi R et al. The role of ovarian fossa evaluation in patients with ovarian endometriosis. *Arch Gynecol Obstet* 2015;292(4):869-73.
21. Resende Jr JAD, Vieiralves RR. Endometriose Ureteral – ureterólise e ressecção segmentar. In: Crispi CP, Vieira MA, editors. *Técnicas e táticas cirúrgicas em ginecologia minimamente invasiva*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019. P.83-93.
22. Kondo W, Bourdel N, Zomer MT, Slim K, Botchorishvili R, Rabischong B et al. Surgery for deep infiltrating endometriosis. Technique and rationale. *Front Biosci (Elite Ed)* 2013;5:316-32.
23. Kondo W, Branco AW, Branco Filho AJ, Stunitz LC, Neto SRN, Zomer MT. How do I treat the ureter in deep infiltrating endometriosis by laparoscopy? *Bras J Video-Sur*. 2011;4(4):181-97.
24. Kondo W, Branco AW, Trippia CH, Ribeiro R, Zomer MT. Retrocervical Deep Infiltrating Endometriotic Lesions Larger Than 30mm Are Associated With An Increased Rate Of Ureteral Involvement. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013;20(1):100-3.
25. Kondo W, Bourdel N, Jardon K, Tamburro S, Cavoli D, Matsuzaki S et al. Comparison between standard and reverse laparoscopic techniques for rectovaginal endometriosis. *Surg Endosc*. 2011;25(8):2711-7.
26. Cabrera R, Tessmann Zomer M, Larrain D, Bourdel N, Canis M, Kondo W. Laparoscopic reverse technique for posterior rectovaginal deep endometriosis nodule step by step. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27(3):577-8.
27. Kondo W, Ribeiro R, Trippia C, Zomer MT. Laparoscopic treatment of deep infiltrating endometriosis affecting the rectosigmoid colon: nodulectomy or segmental resection? *Gynecol Obstetric*. 2013;53:001.
28. Bosev D, Nicoll LM, Bhagan L, Lemyre M, Payne CK, Gill H et al. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: the Stanford University hospital experience with 96 consecutive cases. *J Urol*. 2009;182(6):2748-52.
29. Gupta R, Singh AK, Farhat W, Ammar H, Azzaza M, Mizouni A et al. Appendicular endometriosis: a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2019;64:94-6.
30. Joseph J, Sahn SA. Thoracic endometriosis syndrome: new observations from an analysis of 110 cases. *Am J Med*. 1996;100(2):164-70.
31. Bobbio A, Canny E, Mansuet Lupo A, Lococo F, Legras A, Magdeleinat P et al. Thoracic endometriosis syndrome other than pneumothorax: clinical and pathological findings. *Ann Thorac Surg*. 2017;104(6):1865-71.
32. Nezhat C, Seidman DS, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic surgical management of diaphragmatic endometriosis. *Fertil Steril*. 1998;69(6):1048-55.
33. Nezhat C, Main J, Paka C, Nezhat A, Beygui RE. Multidisciplinary treatment for thoracic and abdominopelvic endometriosis. *JSLS*. 2014;18(3): e2014.00312.
34. Kondo W, Zomer MT. Video recording the laparoscopic surgery for the treatment of endometriosis should be systematic! *Gynecol Obstet (Sunnyvale)*. 2014;4:220.