

# Impacto da ressecção intestinal na qualidade de vida de mulheres com endometriose: Uma revisão integrativa

Impact of intestinal resection on the quality of life of women with endometriosis: An integrative review

Impacto de la resección intestinal en la calidad de vida de mujeres con endometriosis: Una revisión integradora

Recebido: 01/11/2024 | Revisado: 04/11/2024 | Aceitado: 05/11/2024 | Publicado: 07/11/2024

**Yslla Silva Argolo**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2928-1738>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: [yslla\\_argolo@hotmail.com](mailto:yslla_argolo@hotmail.com)

**Marcos Vinícius Costa Menezes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6697-2476>

Universidade Tiradentes, Brasil

E-mail: [menezesmvc@yahoo.com.br](mailto:menezesmvc@yahoo.com.br)

**Luana Teles de Resende**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6223-9186>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: [lua.teles.resende@gmail.com](mailto:lua.teles.resende@gmail.com)

## Resumo

**Introdução:** A endometriose, especialmente em sua forma infiltrativa profunda, é uma doença crônica que afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, causando sintomas debilitantes e impactando várias esferas pessoais. Entre as manifestações mais graves, a endometriose profunda intestinal requer, em alguns casos, a cirurgia de ressecção intestinal, uma abordagem que pode aliviar os sintomas, mas também acarretar complicações significativas. **Objetivo:** Investigar a qualidade de vida de mulheres com endometriose intestinal que foram submetidas à cirurgia de ressecção intestinal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, com busca realizada de julho a outubro de 2024, nas bases de dados PUBMED, Scielo e Lilacs, utilizando os descritores: “qualidade de vida” e “endometriose”. Foram encontradas 1.532 publicações, das quais 130 foram selecionadas por títulos e resumos e 47 após leitura na íntegra. **Resultados:** A ressecção intestinal para endometriose mostrou-se viável e eficaz na melhoria de sintomas gastrointestinais, ginecológicos e da qualidade de vida das pacientes, com taxas de complicação e recorrência baixas a longo prazo. Estudos comparativos sugerem que a abordagem laparoscópica é uma opção favorável em relação a cirurgias abertas, oferecendo menos complicações e melhores resultados em fertilidade, especialmente para endometriose em estágio avançado. Esses dados reforçam a necessidade de um planejamento pré-operatório detalhado e um aconselhamento completo, visto que a avaliação da qualidade de vida pode servir como índice complementar na indicação e sucesso de tratamentos para endometriose. **Conclusão:** A ressecção intestinal ofereceu melhorias significativas na qualidade de vida de mulheres com endometriose intestinal.

**Palavras-chave:** Endometriose; Qualidade de vida; Colectomia; Procedimentos Cirúrgicos em Ginecologia; Ginecologia.

## Abstract

**Introduction:** Endometriosis, especially in its deep infiltrative form, is a chronic disease that negatively affects women's quality of life, causing debilitating symptoms and impacting various personal spheres. Among the most serious manifestations, deep intestinal endometriosis requires, in some cases, intestinal resection surgery, an approach that can relieve symptoms but also entail significant complications. **Objective:** To investigate the quality of life of women with intestinal endometriosis who underwent intestinal resection surgery. **Methodology:** This is an integrative review, with a search carried out from July to October 2024, in the PUBMED, Scielo, and Lilacs databases, using the descriptors: “quality of life” and “endometriosis”. Initially, we had 1,532 publications. Next, 130 were selected by titles and abstracts, and 47 after reading in full. **Results:** Bowel resection for endometriosis is feasible and effective in improving gastrointestinal and gynecological symptoms and patients' quality of life, with low long-term complication and recurrence rates. Comparative studies suggest that the laparoscopic approach is a favorable option over open surgery, offering fewer complications and better fertility outcomes, especially for advanced-stage endometriosis. These data reinforce the need for detailed preoperative planning and comprehensive counseling since the quality-of-life assessment can serve as a complementary index in the indication and success of treatments for endometriosis.

**Conclusion:** Intestinal resection offered significant improvements in the quality of life of women with intestinal endometriosis.

**Keywords:** Endometriosis; Quality of life; Colectomy; Surgical Procedures in Gynecology; Gynecology.

### Resumen

**Introducción:** La endometriosis, especialmente en su forma infiltrativa profunda, es una enfermedad crónica que afecta negativamente la calidad de vida de la mujer, provocando síntomas debilitantes e impactando diversas esferas personales. Entre las manifestaciones más graves, la endometriosis intestinal profunda requiere, en algunos casos, cirugía de resección intestinal, un abordaje que puede aliviar los síntomas pero también provocar complicaciones importantes. **Objetivo:** Investigar la calidad de vida de mujeres con endometriosis intestinal sometidas a cirugía de resección intestinal. **Metodología:** Se trata de una revisión integradora, con búsqueda realizada de julio a octubre de 2024, en las bases de datos PUBMED, Scielo y Lilacs, utilizando los descriptores: “calidad de vida” y “endometriosis”. Se encontraron 1.532 publicaciones, de las cuales 130 fueron seleccionadas por títulos y resúmenes y 47 tras lectura completa. **Resultados:** La resección intestinal por endometriosis demostró ser viable y efectiva para mejorar los síntomas gastrointestinales y ginecológicos y la calidad de vida de los pacientes, con bajas tasas de complicaciones y recurrencia a largo plazo. Los estudios comparativos sugieren que el abordaje laparoscópico es una opción favorable sobre la cirugía abierta, ya que ofrece menos complicaciones y mejores resultados de fertilidad, especialmente para la endometriosis en etapa avanzada. Estos datos refuerzan la necesidad de una planificación preoperatoria detallada y un asesoramiento completo, ya que la evaluación de la calidad de vida puede servir como índice complementario en la indicación y el éxito de los tratamientos para la endometriosis. **Conclusión:** La resección intestinal ofreció mejoras significativas en la calidad de vida de las mujeres con endometriosis intestinal.

**Palabras clave:** Endometriosis; Calidad de vida; Colectomía; Procedimientos Quirúrgicos en Ginecología; Ginecología.

## 1. Introdução

A endometriose, uma condição caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, é uma doença crônica de etiologia multifatorial e predominantemente benigna (FEBRASGO, 2021). Afetando entre 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva (Chapron et al., 2016), essa patologia provoca uma série de sintomas debilitantes, entre os quais se destacam dismenorreia, dor pélvica crônica ou acíclica, dispareunia e alterações cíclicas intestinais e urinárias. Além desses sintomas, a endometriose é frequentemente associada à infertilidade, o que agrava ainda mais seu impacto sobre a saúde física, emocional e reprodutiva das pacientes (FEBRASGO, 2021).

A qualidade de vida (QV) das mulheres com endometriose é profundamente afetada pela intensidade e persistência dos sintomas, como dismenorreia e dor pélvica crônica, que impactam negativamente diversos aspectos da vida cotidiana. Esses sintomas podem prejudicar o desempenho no trabalho, limitar as atividades de lazer, afetar a intimidade nas relações sexuais e amorosas, além de provocar consequências emocionais, como ansiedade e depressão (Corte et al., 2020).

O sistema de estadiamento mais empregado atualmente para classificar a endometriose consiste no modelo revisado da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), que analisa aspectos como as dimensões, profundidade e localização dos focos endometrióticos, além da intensidade das aderências. Esse sistema abrange quatro graus: o estágio 1 (mínimo) apresenta implantes isolados, sem aderências relevantes; o estágio 2 (leve), abrange implantes superficiais, menores que 5 cm; o estágio 3 (moderado), contém múltiplos implantes com aderências evidentes ao redor das tubas e ovários; e o estágio 4 (grave), com implantes extensos e aderências densas e firmes. Torna-se, portanto, fundamental a correta classificação das pacientes, para um adequado seguimento, tendo em vista que o atraso observado entre a primeira consulta e o diagnóstico, sugere que muitas mulheres enfrentam longos períodos de sofrimento antes de serem diagnosticadas e iniciarem o tratamento específico de acordo com sua condição (Comptour et al., 2019).

A endometriose infiltrativa profunda (EIP) é uma forma grave de endometriose, caracterizada pela infiltração do tecido endometrial em estruturas além da cavidade pélvica, atingindo mais de 5 mm abaixo do peritônio e podendo acometer órgãos como o intestino, bexiga e ureteres. Essa condição afeta aproximadamente 1 a 2% das mulheres em idade reprodutiva, sendo conhecida por causar dor pélvica intensa e sintomas severos que impactam negativamente a qualidade de vida. A

endometriose profunda intestinal, uma das manifestações mais desafiadoras da EIP, pode resultar em sintomas gastrointestinais incapacitantes, como constipação, diarreia, sangramento retal e até obstrução intestinal, prejudicando significativamente a vida diária das pacientes (Yin et al., 2023).

Os sintomas debilitantes da endometriose, como dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia e alterações urinárias e intestinais cíclicas, refletem diretamente nas esferas pessoal, social, emocional e profissional das mulheres afetadas. A infertilidade, comum em casos de endometriose avançada, também contribui para o impacto psicológico e emocional, agravando ainda mais a perda de qualidade de vida. O tratamento deve ser cuidadosamente individualizado, levando em consideração tanto os sintomas quanto a extensão das lesões, sendo dividido em duas principais abordagens: medicamentosa, para controle sintomático, e cirúrgica, para remoção das lesões (Smolarz, Szyłło, & Romanowicz, 2021).

Nos casos de endometriose profunda com comprometimento intestinal, a cirurgia de ressecção intestinal é frequentemente necessária para remover lesões infiltrativas, especialmente quando estas são extensas (maiores que 3 cm), múltiplas ou acometem mais de 50% da parede intestinal. A ressecção segmentar é considerada a técnica mais eficaz para a remoção completa das lesões e a redução das taxas de recorrência, mas pode resultar em complicações significativas, como disfunções intestinais e urinárias pós-operatórias (Habib et al., 2020; Warring et al., 2022; Roman et al., 2018). A indicação para ressecção intestinal geralmente se aplica a casos de dor sintomática e lesões que atendem a critérios específicos, como tamanho e infiltração, devendo essa escolha ser individualizada, levando em conta as características da doença e o perfil clínico da paciente, visando maximizar os benefícios e minimizar os riscos (Roman et al., 2019).

A qualidade de vida das mulheres com endometriose que envolve o intestino é gravemente comprometida, tanto pelos sintomas debilitantes como obstrução intestinal, constipação, diarreia e sangramento retal, quanto pelos desafios impostos pelas diversas abordagens terapêuticas. Entre essas, a ressecção intestinal é uma opção para os casos mais graves, oferecendo a possibilidade de remover as lesões endometrióticas infiltrativas. No entanto, essa intervenção cirúrgica também pode acarretar complicações no pós-operatório, o que torna essencial avaliar seu impacto na qualidade de vida das pacientes (Roman et al., 2018).

Diante disso, este estudo teve como objetivo investigar a qualidade de vida de mulheres com endometriose intestinal que foram submetidas à cirurgia de ressecção intestinal, buscando compreender as repercussões dessa modalidade de tratamento no bem-estar geral e na funcionalidade dessas pacientes após o procedimento.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de revisão integrativa (Ferreira, 2021; Souza, Dias da Silva & Carvalho, 2010), com busca realizada nos meses de julho a outubro de 2024, a partir da seguinte pergunta norteadora: "Como a cirurgia de ressecção intestinal impacta a qualidade de vida de mulheres com endometriose?"

Para identificar artigos relevantes para inclusão nesta revisão integrativa, foi realizada uma busca sistemática nos seguintes bancos de dados eletrônicos: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A estratégia de busca utilizada para a pesquisa foi elaborada com base nos descritores padronizados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "QUALIDADE DE VIDA" AND ENDOMETRIOSE. Nas bases de dados internacionais, a estratégia de busca foi elaborada conforme os descritores Medical Subject Headings (MeSH): "QUALITY OF LIFE" AND ENDOMETRIOSIS.

Nenhuma restrição de idioma, tempo de publicação ou localização geográfica foi aplicada. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, com mulheres com endometriose com acometimento intestinal, submetidas à abordagem cirúrgica de ressecção intestinal e que apresentassem nos estudos instrumentos validados para avaliação da QV das mulheres após o

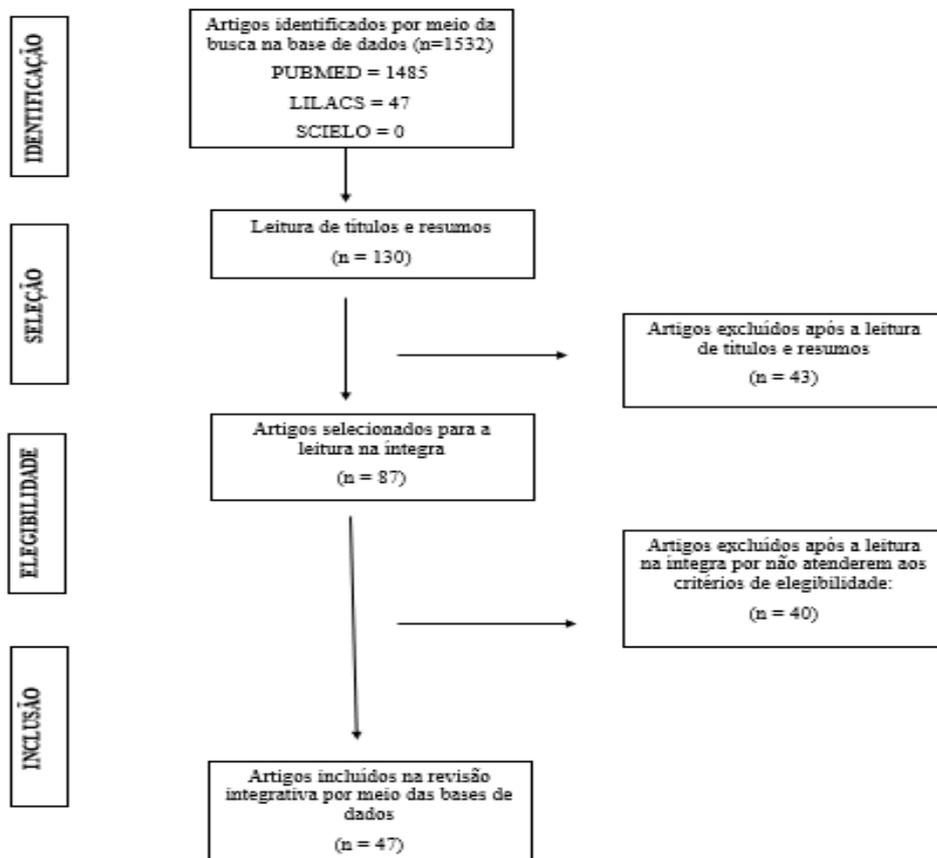
procedimento cirúrgico. Os critérios de exclusão foram artigos sem acesso na íntegra, artigos duplicados ou estudos ou séries de casos.

Na PUBMED, foram encontradas 1.485 publicações a partir da estratégia de busca. Após a leitura de títulos, foram selecionados 113 artigos. Com leitura dos resumos, foram selecionados 78 artigos. Destes, ao ler na íntegra, 31 foram excluídos. Na busca da Scielo, nenhum resultado foi encontrado. Na pesquisa da base Lilacs, foram encontradas 47 publicações a partir da estratégia de busca. Após a leitura dos títulos foram selecionados 17 artigos. A partir da leitura dos resumos, nove artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Após a leitura, apenas um artigo contemplava o objetivo da presente revisão, porém foi excluído por estar duplicado na base de dados PUBMED. Os estudos eliminados após a leitura na íntegra (32 na PUBMED e 8 na LILACS) foram por não contemplar os critérios de elegibilidade.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um instrumento para extração das seguintes informações a respeito dos artigos: título, referência bibliográfica, objetivos, país de estudo tamanho da amostra, critérios de inclusão e exclusão, tipo de estudo, método de coleta de dados, instrumentos de avaliação da qualidade de vida, intervenção terapêutica, resultados principais, limitações e conclusão. Em seguida, foram realizadas a análise dos estudos incluídos e discussão dos resultados e, por fim, apresentada a revisão integrativa.

A estratégia de seleção está representada no fluxograma (Figura 1) segundo a recomendação PRISMA (Moher et al., 2009).

**Figura 1 - Fluxograma com as etapas de Seleção de Artigos.**



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

### 3. Resultados

Houve um total de 47 artigos incluídos na presente revisão. Do total de artigos, três eram ensaios clínicos e 44 estudos observacionais. Em relação aos anos de publicação, destaca-se que a maioria foram publicados nos anos entre 2004 a 2024,

com maior prevalência nos anos de 2023, 2019, 2018 e 2016. No que diz respeito ao país do estudo, a maioria foi realizado na França.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida encontrados nos diversos estudos foram: Endometriosis Health Profile (EHP) - EHP-30 (n=7) ou EHP-5 (n=5), Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) (n=14), EuroQol-5D (EQ-5D) (n=5), Short Form Health Survey (SF-36) (n=19), SF-12 (n=3), Knowles-Eccersley-Scott Symptom Questionnaire (KESS) (n=10), e outros instrumentos de Qualidade de Vida ou Função Intestinal, como: Oxford Endometriosis Quality of Life (n=1), Memorial Sloan Kettering Cancer Center Bowel Function Instrument (MSKCC-BFI) (n=2) e Constipation Severity Instrument (CSI) (n=1).

Os resultados dos estudos estão sintetizados no Quadro 1.

**Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados.**

Autor/ano	Objetivo	Metodologia	Resultados principais
Daraï et al., 2010	Avaliar a viabilidade, a qualidade de vida e a função urinária após REHCR por laparoscopia em comparação com a laparotomia.	Estudo retrospectivo de centro único com 29 pacientes. As participantes foram informadas sobre os riscos de disúria pós-operatória e a necessidade de colostomia protetora. Todas as pacientes receberam análogos de GnRH por 3 meses antes da cirurgia. Foram utilizados os instrumentos de avaliação: Short-Form Health Survey (SF-36), International Prostate Symptom Score (IPSS) e do Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS).	O estudo envolveu 102 pacientes com idade média de 35,96 anos, das quais 33,3% eram solteiras. A classificação da endometriose indicou que 8,8% tinham endometriose mínima, 17,6% leve, 34,3% moderada e 39,3% grave. Após a cirurgia, houve melhorias significativas nos escores de qualidade de vida do EHP-30, sem relação entre o grau da doença e os escores. Comparando laparoscopia e laparotomia, a única diferença foi na idade média, e 25% do grupo laparoscópico precisou converter para laparotomia. O uso de morfina foi menor no grupo laparoscópico, com complicações semelhantes entre os grupos. Após 14 meses de acompanhamento, houve melhorias em dismenorreia, dispareunia e astenia, além de um aumento na qualidade de vida conforme o SF-36.
Ianieri et al., 2024	Avaliar a taxa de complicação e os resultados funcionais de uma técnica de ressecção intestinal para endometriose profunda (DE) envolvendo uma abordagem poupadora de nervos e vasos.	Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico realizado com 61 mulheres atendidas no Fondazione Policlinico-Universitario Agostino Gemelli IRCCS em Roma, Itália, entre setembro de 2019 e abril de 2022. A ressecção segmentar do intestino foi realizada em mulheres que não responderam à terapia médica, com obstrução intestinal, ou nódulos maiores que 3 cm. Critérios de exclusão incluíram idade <18 anos, ressecções por outras doenças, e condições como vasculopatias. Dados foram extraídos de registros eletrônicos e analisados com os questionários validados KESS, GIQLI, BFLUTS, e FSFI. A abordagem cirúrgica poupadora de nervos incluiu ressecção segmentar intestinal, parametrectomia poupadora de nervos e, quando necessário, ureterólise e ureteroneocistostomia.	O estudo incluiu 61 mulheres com idade média de 38,4 anos, a maioria sem histórico cirúrgico prévio de endometriose, e todas apresentaram endometriose em estágios III ou IV. Todas as cirurgias foram realizadas por laparoscopia, com nódulos intestinais em sua maioria únicos e duração média de 350,3 minutos, sem conversões para laparotomia e complicações raras. Após seis meses, as pacientes relataram redução significativa na dor e na constipação, além de melhora na qualidade de vida, embora a função urinária não tenha apresentado mudanças significativas e a função sexual tenha piorado.
Vlek et al., 2017	Fornecer uma descrição da técnica cirurgia minimamente invasiva transanal (TAMIS) e apresentar os resultados perioperatórios da TAMIS e da ressecção anterior baixa (LAR) convencional em pacientes com endometriose profunda (DE).	Coorte prospectiva realizada na Holanda com 11 pacientes submetidas à ressecção retal laparoscópica para endometriose profunda (DE) no VU University Medical Center, Amsterdã, entre maio de 2014 e março de 2016. Foram excluídas pacientes com DE no cólon sigmoide. Após a cirurgia, as pacientes preencheram os questionários EORTC-QLQ-CR29 e C30, focados na qualidade de vida e nos sintomas intestinais. Os procedimentos incluíram LAR convencional ou cirurgia transanal minimamente invasiva (TAMIS), conforme a disponibilidade de recursos.	Entre maio de 2014 e março de 2016, foram realizadas onze ressecções retais para tratamento de endometriose no VU University Medical Center, com seis pacientes submetidas a ressecções laparoscópicas convencionais e cinco a uma abordagem transanal minimamente invasiva (TAMIS). Não houve diferenças significativas nos parâmetros cirúrgicos, embora o tempo médio de cirurgia fosse maior no grupo laparoscópico (380 minutos) em comparação ao grupo TAMIS (272 minutos). O grupo laparoscópico apresentou mais complicações pós-operatórias, incluindo uma embolia pulmonar letal e um vazamento anastomótico, enquanto o grupo TAMIS não teve complicações. Os níveis de proteína C-reativa pós-operatórios foram mais baixos no grupo TAMIS (65,4) do que no grupo laparoscópico (173,1). Apesar de não haver

			diferenças significativas na qualidade de vida entre os grupos após um acompanhamento médio de 13,5 meses, a dor foi levemente maior no grupo TAMIS. Todas as margens de ressecção estavam limpas histopatologicamente.
Garavaglia et al., 2018	Verificar se a ressecção colorretal, em pacientes com endometriose intestinal, pode realmente melhorar a qualidade de vida de mulheres e os sintomas intestinais e extraintestinais reclamados antes da cirurgia.	Estudo observacional prospectivo realizado na Itália com 20 mulheres. As pacientes responderam ao questionário de qualidade de vida SF-36 e a uma escala VAS de 100 pontos sobre sintomas intestinais e extraintestinais antes da cirurgia e 1 ano após. A cirurgia laparoscópica foi realizada nos casos em que o tratamento clínico não era eficaz ou havia estenose intestinal. A decisão de ressecção colorretal foi tomada durante o procedimento, quando outras abordagens não eram viáveis.	Vinte pacientes com endometriose intestinal foram operadas por uma equipe especializada, resultando em três conversões para cirurgia aberta. As complicações de curto prazo incluíram um vazamento anastomótico e duas infecções de ferida. Após um acompanhamento médio de 52 meses, apenas uma paciente teve recorrência da endometriose. Entre as tentativas de gravidez, duas foram espontâneas e uma necessitou de reprodução assistida, enquanto três resultaram em abortos espontâneos. A qualidade de vida melhorou significativamente em vários aspectos, incluindo dor e saúde geral, embora sintomas intestinais e urinários não mostrassem alterações relevantes.
Araújo et al., 2014	Avaliar os efeitos a longo prazo da cirurgia laparoscópica na qualidade de vida em mulheres com endometriose intestinal.	Estudo de coorte prospectivo observacional realizado no Brasil com 36 pacientes. O questionário de qualidade de vida SF-36 foi aplicado em três momentos: antes da cirurgia, 12 meses após e 48 meses após a cirurgia. Todos os procedimentos, incluindo ressecção de áreas afetadas e hysterectomia em 3 pacientes, foram realizados pelo mesmo cirurgião. Todas as pacientes receberam uma dose de acetato de goserelina após a cirurgia.	O estudo incluiu 36 mulheres com idade média de 39,03 anos, sem considerar a etnia ou realizar análise genética. Após 48 meses, 30,6% relataram dismenorria, 19,4% disporeunia, e 46,2% apresentaram alterações no ritmo intestinal. Duas pacientes tiveram recorrência ovariana e 19,4% necessitaram de um segundo procedimento cirúrgico. Seis mulheres engravidaram após a cirurgia. As pontuações do questionário SF-36 mostraram melhora em todos os domínios em comparação ao pré-operatório, mas houve uma diminuição significativa entre os períodos de 12 e 48 meses, exceto em funcionamento físico e saúde mental, que permaneceram estáveis, com os melhores resultados nos domínios de papel emocional e saúde mental.
Lyons et al., 2006	Descrever o efeito da excisão laparoscópica da endometriose com preservação da fertilidade e da ressecção intestinal nos resultados clínicos e na qualidade de vida.	Estudo de coorte observacional prospectivo realizado na Austrália com 7 pacientes. Os dados coletados incluíram sintomas, histórico médico e cirúrgico de endometriose, e foram medidos antes e um ano após a cirurgia. A dor foi avaliada com uma escala visual analógica (VAS) para diferentes tipos de dor, enquanto a qualidade de vida foi medida pelos questionários EQ-5D, SF-12 e Sexual Activity Questionnaire. A análise estatística utilizou o teste de Wilcoxon para dados pareados.	O estudo envolveu sete mulheres nulfaras com idade média de 30 anos, todas com endometriose diagnosticada histologicamente, sendo quatro com infertilidade primária. Os principais sintomas pré-operatórios incluíam dismenorria e dor pélvica não menstrual. A ressecção laparoscópica da endometriose afetou o intestino, com três pacientes necessitando de ileostomia temporária, mas sem conversões para cirurgia aberta. O tempo médio de operação foi de 5 horas, com perda sanguínea média de 200 mL e complicações pós-operatórias raras. Após um ano, houve uma redução significativa na dismenorria e dor pélvica, com todas as pacientes que tentaram engravidar após a cirurgia tendo sucesso e dando à luz bebês vivos.
Nogueira Neto et al., 2023	Avaliar a qualidade de vida de pacientes com endometriose antes e após o tratamento cirúrgico.	Estudo observacional, longitudinal e prospectivo que analisou 102 mulheres com dor pélvica crônica e diagnóstico confirmado de endometriose, atendidas no Hospital São Domingos, em São Luís, Maranhão. Pacientes com endometriose isolada, infertilidade sem dor e patologias neoplásicas foram excluídas. O questionário EHP-30 foi aplicado no dia da admissão e 3 e 6 meses após a cirurgia, que incluiu diferentes procedimentos como endometriose isolada, miomectomia, hysterectomia e retossigmoidectomia.	A amostra final consistiu em 102 pacientes com idade média de 35,96 anos, sendo 33,3% solteiras e 66,6% casadas. Quanto à etnia, 17,6% eram brancas, 68,6% pardas e 13,8% negras. A classificação da endometriose segundo o rASRM revelou que 8,8% tinham endometriose mínima, 17,6% leve, 34,3% moderada e 39,3% grave. As cirurgias realizadas incluíram endometriose isolada (20,5%), endometriose com miomectomia (29,5%), endometriose com hysterectomia (22,6%) e combinações de procedimentos. As análises do questionário EHP-30 mostraram reduções significativas nas pontuações 3 e 6 meses após a cirurgia em comparação com antes da cirurgia. Não foi encontrada correlação entre o grau da endometriose e os escores de qualidade de vida no EHP-30 antes e após o tratamento cirúrgico.
Ianieri et al., 2024	Comparar TICA com extrações de espécimes convencionais e inserção extra-abdominal da bigorna em termos de complicações e resultados funcionais	Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico com 64 mulheres diagnosticadas com endometriose, realizado em Roma, Itália, entre 2019 e 2022. A coleta de dados incluiu histórico médico, sintomas de dor e questionários sobre função gastrointestinal, usando o KESS para constipação e o GIQLI para qualidade de vida gastrointestinal.	A amostra incluiu 64 mulheres com idade média de 38,5 anos e índice de massa corporal mediano de 23,0 kg/m <sup>2</sup> , com 31,2% submetidas à cirurgia com TICA e 68,8% com TC, sendo que mais de 32% tinham histórico de cirurgias prévias para endometriose. A maioria apresentava estágios III e IV da doença, e 80% dos nódulos intestinais eram únicos no grupo TICA. A ressecção intestinal média foi de 8 cm, principalmente do reto, sem colostomias, mas com

			ileostomia temporária em 25% (TICA) e 31,8% (TC) dos casos. O tempo médio de cirurgia foi de 336,4 min para TICA e 353,2 min para TC, com internação média de 6 dias e perda sanguínea estimada de 200 mL (CT) e 250 mL (TICA). Complicações intraoperatórias foram raras, e após 6 meses, houve reduções significativas nos sintomas, exceto disúria, com diferenças notáveis nas pontuações do GIQLI entre os métodos cirúrgicos.
Mabrouk et al., 2011	Avaliar o impacto do tratamento laparoscópico da endometriose infiltrativa profunda (DIE) na qualidade de vida (QOL) após seis meses de tratamento.	Estudo de coorte prospectivo com 100 mulheres na Itália, com exclusão de pacientes com condições médicas graves, transtornos psiquiátricos ou uso recente de medicamentos que afetam o humor e a cognição. Antes da cirurgia, foram realizados exames ginecológicos e de imagem para confirmação da endometriose. Os dados foram coletados por meio da escala visual analógica (VAS) para dor pélvica e o Questionário SF-36 para qualidade de vida, aplicados no pré e pós-operatório (6 meses). As cirurgias foram feitas por um cirurgião experiente em laparoscopia para endometriose.	Das 120 pacientes inicialmente avaliadas, 100 foram incluídas no estudo após exclusões. A idade média foi de 34,2 anos, e 27% já tinham histórico cirúrgico para endometriose. Após cirurgia laparoscópica para endometriose infiltrativa profunda (DIE), as pontuações do SF-36 melhoraram significativamente após 6 meses ( $p < 0,0005$ ), sem diferenças entre pacientes que receberam raspagem ou ressecção intestinal segmentar. A dismenorreia reduziu de 99% para 23%, e outras dores também apresentaram melhora. Não houve recidiva anatômica, e o tratamento hormonal pós-operatório não mostrou impacto significativo nas pontuações do SF-36.
Dubernard et al., 2008	Determinar se os resultados pré-operatórios nas subescalas Physical Component Summary (PCS) e Mental Component Summary (MCS) do questionário SF-36 poderiam prever a melhora na QV após a cirurgia.	Estudo realizado em Paris, incluindo apenas mulheres submetidas à ressecção colorretal laparoscópica segmentar para endometriose, para minimizar viés cirúrgico. Todas as participantes responderam a uma versão validada em francês do questionário SF-36, que avalia a saúde física e mental em oito escalas e fornece medidas de saúde funcional e bem-estar.	Não foram observadas diferenças epidemiológicas significativas entre os grupos, exceto por uma pontuação de saúde física (PA) mais alta no conjunto de treinamento ( $p < 0,0001$ ). Após a ressecção colorretal segmentar laparoscópica, houve melhorias nas pontuações do SF-36 em ambos os grupos, com a pontuação composta física (PCS) aumentando de 44 para 53 no conjunto de treinamento e de 49 para 50 no conjunto de validação. O modelo preditivo desenvolvido identificou subgrupos com base nas pontuações pré-operatórias, com mulheres com PCS abaixo de 37,5 apresentando 80,7% de probabilidade de melhora. As pontuações pós-operatórias no conjunto de validação foram 50 para PCS e 49 para MCS, confirmando a eficácia do modelo em prever melhorias na qualidade de vida após a cirurgia, o que pode ajudar a informar as pacientes sobre suas expectativas de recuperação.
Comptour et al., 2019	Avaliar o impacto do tratamento cirúrgico da endometriose na qualidade de vida e na dor durante um período de 3 anos de acompanhamento pós-operatório.	Um estudo multicêntrico prospectivo com 981 pacientes de 15 a 50 anos, submetidas a tratamento laparoscópico para endometriose, coletou dados sobre sintomas, qualidade de vida e fertilidade antes e até 36 meses após a cirurgia, utilizando diversas abordagens laparoscópicas e tratamentos pós-operatórios.	O estudo avaliou a evolução dos sintomas e da qualidade de vida em pacientes com endometriose submetidas a cirurgia laparoscópica, mostrando melhorias significativas em todos os domínios do SF-36 após 6 meses, com estabilidade ao longo do tempo, baixa taxa de recorrência (9,2%) e impacto positivo do tratamento médico pós-operatório na dismenorreia, mas não na dor pélvica crônica ou dispareunia.
Roman et al., 2019	Comparar os resultados digestivos e urinários, dor pélvica e risco de recorrência em pacientes tratados para DIER por cirurgia conservadora ou radical 5 anos pós-operatório.	O estudo controlado randomizado em Rouen, França, com 55 pacientes com endometriose, avaliou os sintomas digestivos e urinários ao longo de 5 anos, focando na proporção de pacientes com constipação e incontinência aos 24 meses. Os desfechos secundários incluíram intensidade da dor, sintomas digestivos, qualidade de vida e sintomas urinários, com análises estatísticas realizadas usando SAS e SPSS para avaliar as diferentes abordagens cirúrgicas.	Após 5 anos, o estudo com 55 pacientes revelou que 44,4% no grupo de excisão e 60,7% no grupo de ressecção apresentaram sintomas funcionais, sem diferença significativa ( $P = 0,29$ ). Ambos os grupos mostraram melhorias estáveis na qualidade de vida e função gastrointestinal, conforme avaliado por escalas como KESS, GIQLI e SF36. Embora um paciente no grupo de ressecção tenha apresentado recorrência, os resultados indicam que não houve diferenças relevantes entre as abordagens cirúrgicas em termos de desfechos funcionais e qualidade de vida.
Roman et al., 2018	Comparar os resultados digestivos e urinários em pacientes tratados por endometriose profunda que se infiltravam no reto por cirurgia retal conservadora, usando barbear ou excisão de disco, ou por ressecção segmentar colorretal radical.	O estudo comparou duas abordagens cirúrgicas para endometriose profunda em 60 pacientes: cirurgia conservadora, que retirou apenas o tecido comprometido, e ressecção segmentar, que envolveu a remoção de uma parte significativa do reto. Os pacientes foram acompanhados por 24 meses, com foco na avaliação de sintomas como constipação e incontinência, além de questões digestivas, urinárias e qualidade de	A análise dos resultados mostrou que metade dos 55 pacientes apresentou endometriose colorretal multifocal, com infiltração média dos nódulos retais no reto médio. No braço A, 15 pacientes foram tratados por excisão de disco, com a maioria usando a técnica de Rouen, enquanto duas pacientes necessitaram de ressecção colorretal. As complicações pós-operatórias foram mais frequentes no braço B, onde ocorreram casos de estenose sintomática do reto. Após 24 meses, 48,1% dos pacientes do braço A e 39,4% do braço B relataram sintomas funcionais, sem

		<p>vida. Os desfechos primários e secundários foram rigorosamente analisados, mas os resultados sobre a eficácia de ambas as abordagens não foram detalhados na descrição.</p>	<p>diferenças estatisticamente significativas. As pontuações dos resultados secundários, como KESS, GIQLI, e SF36, foram comparáveis entre os grupos. Durante o acompanhamento, 34 pacientes tentaram engravidar, com taxas de concepção de 69,2% no grupo A e 52,4% no grupo B, também sem diferenças significativas nas taxas de incidência de concepção entre os grupos.</p>
Kössi et al., 2013	<p>Avaliar prospectivamente a qualidade de vida e a função sexual de pacientes que foram submetidos a ressecção retossigmóide para endometriose.</p>	<p>Um estudo prospectivo na Finlândia incluiu 26 pacientes com endometriose profunda infiltrativa, avaliando sintomas de dor intestinal e dispareunia antes da cirurgia e 6 e 12 meses após, com uso de uma escala visual analógica. Complicações cirúrgicas, reoperações, satisfação dos pacientes, função sexual (via McCoy Female Sexuality Questionnaire) e qualidade de vida (questionário 15D) também foram registradas. As análises estatísticas foram conduzidas no software SAS, utilizando o teste de Wilcoxon, com significância definida como <math>p &lt; 0,05</math>.</p>	<p>Um total de 34 pacientes com endometriose colorretal foram submetidos a ressecção intestinal, sendo a dor a principal indicação para a cirurgia. Após um ano de acompanhamento, 26 pacientes permaneceram no estudo, com idade média de 33,5 anos e índice de massa corporal de 23,9 kg/m<sup>2</sup>. A maioria apresentava lesões profundas no reto ou cólon sigmoide, e 85% tinham histórico de cirurgias anteriores. Foram realizadas 22 ressecções retais e 4 sigmóides, com a abordagem laparoscópica sendo bem-sucedida em 84% dos casos, e complicações ocorreram em 15% dos pacientes. Após 12 meses, todos relataram benefícios da cirurgia, com uma redução significativa da dispareunia profunda, aumento da satisfação sexual e melhora na qualidade de vida, embora alguns relataram novos problemas intestinais e sexuais.</p>
Dubernard et al., 2006	<p>Avaliar a eficácia da ressecção colorretal segmentada laparoscópica para endometriose na qualidade de vida e nos sintomas ginecológicos e digestivos, e suas complicações.</p>	<p>Estudo em Paris analisou 58 mulheres submetidas a ressecção colorretal laparoscópica para tratar endometriose. Antes da cirurgia, foram avaliados sintomas ginecológicos, digestivos e gerais, além da qualidade de vida com o questionário SF-36. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, confirmando endometriose em todas, exceto uma. O acompanhamento médio foi de 22,5 meses, mostrando que 57% das pacientes não relataram mais dismenorria, 51% não apresentaram dispareunia, e 82,5% relataram diminuição ou desaparecimento da dor ao evacuar. Também houve melhora na diarreia e obstipação, mas sintomas como tenesmo e hemorragia retal cíclica não mudaram.</p>	<p>88% conseguiram realizar o procedimento laparoscópico, enquanto 12% precisaram de conversão para cirurgia aberta devido a complicações, como aderências severas e dificuldades técnicas. Durante a cirurgia, 89% apresentaram aderências, e 64% necessitaram de ureterólise. O procedimento incluiu cistectomia ovariana em 31% das pacientes e ressecções de ligamentos uterossacrais em até 66%. Complicações pós-operatórias ocorreram em 15,5% dos casos, com a fístula retovaginal sendo a mais comum (10,3%), além de hemoperitônio e abscesso na anastomose colorretal que exigiram drenagem.</p>
Bailly et al., 2013	<p>Avaliar prospectivamente os sintomas e qualidade de vida antes e após o tratamento cirúrgico da endometriose com envolvimento intestinal.</p>	<p>Estudo no Centro Hospitalar de Versalhes avaliou 41 pacientes com endometriose intestinal submetidas a cirurgia, utilizando um questionário de autoavaliação para medir dor, sintomas gerais, sexualidade e qualidade de vida. As dores foram avaliadas com escalas analógicas visuais, enquanto sintomas específicos foram analisados com uma escala Likert. A qualidade de vida foi medida pelos questionários EHP-5 e EQ-5D VAS, e a qualidade de vida sexual pelo SEXACQ. Os questionários foram preenchidos antes e após a cirurgia, permitindo a comparação dos sintomas e da qualidade de vida entre os grupos de "ressecção parcial" e "ressecção segmentar".</p>	<p>Das 41 pacientes, 22 preencheram um questionário pré-operatório, mas apenas 19 foram incluídas na análise devido à perda de contato e dados não utilizáveis, com um acompanhamento médio de 19,2 meses. A dor média pré-operatória foi de 7/10, reduzindo para 2/10 no pós-operatório (<math>p &lt; 0,0001</math>), com a duração da dor diminuindo de 13,5 dias para 4 dias. A intensidade da dismenorria também apresentou queda significativa (<math>p = 0,0039</math>), assim como a frequência e intensidade de dores pélvicas e durante relações sexuais (<math>p = 0,002</math> e <math>p = 0,0084</math>). Os sintomas urinários e digestivos melhoraram, exceto pela alternância entre diarreia e constipação. A qualidade de vida, avaliada pelos scores EHP-5 e EQ-5D VAS, melhorou significativamente. Entre as pacientes, uma desenvolveu peritonite pós-operatória devido a uma fístula da anastomose, necessitando de nova cirurgia. As análises anatomo-patológicas mostraram diferenças significativas em quatro parâmetros, incluindo tamanho da lesão e infiltração muscular.</p>
Touboul et al., 2015	<p>Avaliar os sintomas a longo prazo, qualidade de vida (QOL) e fertilidade após ressecção colorretal para endometriose.</p>	<p>Estudo clínico randomizado realizado na França que comparou a ressecção colorretal laparoscópica e aberta em 52 pacientes com endometriose colorretal, com acompanhamento médio de 50,7 meses. A qualidade de vida (QOL) foi avaliada pelo questionário SF-36, com foco em sintomas ginecológicos (dismenorria, dispareunia), digestivos (disquesia, diarreia, dor ao evacuar) e gerais (lombalgia, astenia). Houve melhora significativa nos sintomas digestivos, ginecológicos e gerais após a</p>	<p>O estudo acompanhou 52 pacientes com endometriose, sendo que 40 completaram questionários após uma média de 50,7 meses, com altas taxas de completude (99%). As taxas de complicações pós-operatórias foram mais altas no grupo de cirurgia aberta (<math>P = 0,04</math>), especialmente para complicações graves (<math>P = 0,03</math>). Sintomas persistentes, como dismenorria (27,5%), dor durante a relação sexual (30%) e constipação (47,5%), foram relatados ao longo de 4 anos, mas não houve recidiva da endometriose colorretal. A qualidade de vida melhorou significativamente após a cirurgia e permaneceu estável, mas complicações tardias e cateterização prolongada</p>

		<p>cirurgia, com mais complicações graves no grupo de cirurgia aberta. Não houve diferenças significativas na QOL entre os grupos nem recorrência digestiva. A análise estatística foi realizada usando testes t, Wilcoxon, qui-quadrado e Kaplan-Meier, com <math>P &lt; 0,05</math> considerado significativo.</p>	<p>impactaram negativamente a QOL. Entre 28 pacientes que desejavam engravidar, 12 (42,9%) conceberam, com taxas de gravidez semelhantes entre os grupos, mas todas as gravidezes espontâneas ocorreram no grupo laparoscópico.</p>
Kent et al., 2016	<p>Determinar a qualidade de vida após a excisão radical da endometriose retovaginal que compromete o intestino.</p>	<p>Estudo prospectivo de coorte na Inglaterra que acompanhou 100 de 137 pacientes com endometriose retovaginal grave que compromete o intestino, avaliando a qualidade de vida e sintomas intestinais. O tratamento foi realizado em dois estágios: no primeiro, foram excisadas lesões periféricas visíveis, e no segundo, foi feita a remoção completa da endometriose, com opções de raspagem, excisão em disco ou ressecção segmentar do intestino, conforme a gravidade. Sem terapia pós-operatória, o foco foi na preservação da função intestinal. As principais indicações para cirurgia foram dor, sintomas intestinais e infertilidade, e as complicações foram registradas para todas as operações realizadas.</p>	<p>O estudo acompanhou 137 pacientes com endometriose grave (rAFS IV) e Pouch de Douglas obstruído submetidas à cirurgia, com 108 completando 6 meses e 100 completando 12 meses de acompanhamento, após uma média de 11 anos de sintomas. Melhorias significativas foram observadas em dor, qualidade de vida e autoimagem, especialmente nas pacientes que realizaram limpeza pélvica. Complicações graves ocorreram em 7,3% dos casos, tratadas adequadamente, e a maioria das cirurgias foi realizada por laparoscopia, apresentando uma taxa mínima de conversão para laparotomia (2,9%).</p>
Villa, N. A. C.; Benetti-Pinto, C. L.; Yela, D., 2023	<p>Correlacionar a função intestinal com a função sexual e a qualidade de vida em mulheres com endometriose profunda de acordo com o tipo de tratamento.</p>	<p>Estudo transversal realizado no Brasil entre maio de 2020 e abril de 2021 avaliou 141 mulheres com endometriose intestinal, divididas em dois grupos: 51 submetidas a tratamento cirúrgico e 90 a tratamento médico. Utilizaram-se questionários para medir a qualidade de vida (EHP-30), função sexual (FSFI) e função intestinal (GIQLI e PFDI-20), além de avaliar variáveis como idade, estado civil e sintomas de dor, medidos pela Escala Visual Analógica (VAS). O FSFI indicou disfunção sexual para pontuações <math>\leq 26,55</math>, enquanto pontuações mais baixas no EHP-30 e mais altas no PFDI-20 refletiram melhor qualidade de vida. A análise estatística incluiu testes adequados, com uma significância de 5% e poder amostral de 81,2% para avaliar a função intestinal disfuncional.</p>	<p>A idade no grupo cirúrgico (37,98±5,91) foi maior do que no grupo médico (35,60±5,50) (<math>P=0,006</math>). O grupo de cirurgia tinha 58% de nulíparas e o outro grupo 37% (<math>P=0,016</math>). Todas as outras variáveis não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, incluindo sintomas de dor, ingestão de água ou fibras, atividade física e IMC. A constipação foi semelhante entre ambos os grupos (<math>P=0,088</math>), mas as mulheres tratadas cirurgicamente relataram ter mais alterações em seus hábitos intestinais do que as mulheres no grupo de tratamento clínico (<math>P=0,006</math>). A qualidade de vida e a função sexual das mulheres também foram semelhantes em ambos os grupos. Mulheres com tratamento médico e cirúrgico tiveram disfunção sexual (FSFI 21,06±7,75 e 20,16±9,11, respectivamente). Não houve distinção na função intestinal entre os grupos em relação às pontuações GIQLI (95,14±24,55 e 92,19±29,11) respectivamente) e PFDI-20 (81,17±56,25 e 78,12±58,34) respectivamente). Observou-se que quanto pior a função intestinal, pior a qualidade de vida e a função sexual das mulheres em ambos os grupos, especialmente no grupo médico.</p>
Vercellini et al., 2018	<p>Avaliar o impacto desse processo em pacientes que já haviam recebido uma indicação para excisão de endometriose profunda que se infiltra no cólon rectossigmóide e avaliar a eficácia da manipulação hormonal e da cirurgia no alívio dos sintomas intestinais em mulheres que escolheram sua opção preferida.</p>	<p>Estudo italiano de coorte retrospectivo que avaliou a eficácia de dois tratamentos para endometriose intestinal profunda: o tratamento hormonal com contraceptivos orais combinados ou progestinas e a cirurgia excisional. A escolha do tratamento foi feita com base na preferência das pacientes, que foram informadas sobre os riscos e benefícios de cada abordagem. As pacientes que optaram pelo tratamento hormonal usaram medicamentos contínuos, enquanto as que escolheram cirurgia passaram por laparoscopia ou laparotomia para ressecção das lesões. A satisfação com o tratamento foi avaliada em uma escala de 5 pontos, considerando "sucesso" para aquelas que estavam "muito satisfeitas" ou "satisfeitas". As taxas de satisfação foram comparadas entre os grupos por meio do teste exato de Fisher, com análise adicional de variáveis de base usando regressão logística.</p>	<p>Entre 2011 e 2016, um estudo avaliou 146 pacientes com endometriose colorretal sintomática, dos quais 59 foram excluídas. Dos 87 restantes, 50 optaram pelo tratamento médico e 37 pela cirurgia, com acompanhamento médio de 40 meses para o grupo médico e 45 meses para o cirúrgico. A maioria dos nódulos endometrióticos afetou a junção rectossigmóide, com diâmetro médio de 3 a 3,5 cm. Embora o tratamento médico tenha gerado efeitos colaterais, como ganho de peso e diminuição da libido, a maioria das pacientes se manteve no tratamento. No grupo cirúrgico, ocorreram algumas complicações pós-operatórias, mas a satisfação foi semelhante entre os grupos, com 78% no grupo médico e 76% no cirúrgico aos 12 meses. Ambos os grupos apresentaram melhorias significativas nos sintomas intestinais, embora a diarreia tenha piorado no grupo cirúrgico. A qualidade de vida, o estado psicológico e a função sexual melhoraram em ambos os grupos, mas as pontuações de função sexual permaneceram abaixo do ideal.</p>
Delbos et al., 2018	<p>Avaliar a qualidade de vida (QoL) das mulheres após a cirurgia para Endometriose</p>	<p>Estudo prospectivo na França que avaliou a qualidade de vida de 52 mulheres com endometriose profunda, dois anos após</p>	<p>O estudo avaliou 52 pacientes com endometriose submetidas a três tipos de intervenção cirúrgica (raspagem simples, vaporização por plasma e ressecção completa),</p>

	Profunda (DE), de acordo com a técnica cirúrgica utilizada.	diferentes técnicas cirúrgicas (raspagem simples, plasma de argônio e ressecção completa). A qualidade de vida foi medida pelo questionário EHP-5, comparando o período antes e após a cirurgia. Foram analisados sintomas como dor, dismenorrea, dispareunia e distúrbios urinários e intestinais, além de aspectos de fertilidade. As análises estatísticas incluíram ANOVA e testes específicos para dados pareados e qualitativos, com significância em 5%. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do CHU d'Angers.	comparando qualidade de vida (QV), complicações e fertilidade. Os grupos foram semelhantes em idade, IMC e taxa de infertilidade. Todas as cirurgias começaram por laparoscopia, com 17% de conversão para laparotomia, sendo mais frequente no grupo de ressecção. O tempo de internação foi maior para a ressecção, que também apresentou mais complicações, como infecções e fístulas. A QV melhorou significativamente após a cirurgia em todos os grupos, com maior avanço no grupo plasma, que destacou-se em autoimagem e bem-estar geral em relação à raspagem. A ressecção teve melhora específica em dor ao evacuar e urinar. Entre as 28 pacientes inférteis, 60,7% engravidaram após a cirurgia, sem diferença significativa entre os tipos de intervenção. Em resumo, a vaporização por plasma e a ressecção proporcionaram maior ganho na QV, embora a ressecção apresentasse mais complicações e necessidade de hospitalização prolongada.
Riiskjær et al., 2018	Avaliar a dor pélvica e a qualidade de vida antes e após a ressecção intestinal laparoscópica para endometriose retossigmóidea.	Estudo realizado na Dinamarca com 175 mulheres que realizaram ressecção intestinal laparoscópica para endometriose avaliou dor e qualidade de vida antes e um ano após a cirurgia. Os questionários incluíram a Escala de Classificação Numérica para dor e o RAND Short Form-36 para qualidade de vida. Foram coletados dados sobre o uso de analgésicos e tratamentos hormonais. Compararam-se as pontuações de dor pélvica e qualidade de vida no período pré e pós-operatório, e foram identificados fatores de risco associados à melhora ou piora dos sintomas.	Um total de 97,1% das mulheres completou o acompanhamento de 1 ano. Uma diminuição significativa ( $p = 0,0001$ ) foi observada em todos os parâmetros de dor pélvica. O mais profundo foi a diminuição da disquesia. Uma melhora significativa em todas as pontuações de qualidade de vida foi observada ( $p = 0,0001$ ). Uma complicação cirúrgica não teve um impacto negativo no resultado 1 ano após a cirurgia. O resultado pós-operatório não estava relacionado ao tipo de cirurgia.
Martínez-Zamora et al., 2021	Acompanhar a longo prazo para quantificar o comprometimento da qualidade de vida sexual (SQL) e QL relacionado à saúde (HRQL) em mulheres sexualmente ativas após excisão laparoscópica da endometriose infiltrante profunda (DIE).	Estudo de caso-controle em Barcelona incluiu 193 mulheres, divididas em dois grupos: 129 com dor intensa induzida por endometriose (grupo DIE) e 64 saudáveis submetidas a ligadura tubária (grupo C). Os dados foram coletados antes da cirurgia, incluindo a quantificação da dor em uma escala de 0 a 10. A qualidade de vida sexual (SQL) e a qualidade de vida relacionada à saúde (HRQL) foram avaliadas por questionários validados, como a Qualidade Sexual de Vida Feminina e o SF-36. Todos os participantes passaram por cirurgia laparoscópica, com ressecção completa das lesões no grupo DIE e ligadura tubária no grupo C. Os questionários foram aplicados antes da cirurgia e em 6 e 36 meses após, com análise estatística realizada pelo SPSS.	O estudo analisou 64 mulheres com endometriose submetidas a cirurgia, com idade média de 38,5 anos e IMC mediano de 23,0 kg/m <sup>2</sup> , onde 31,2% foram operadas por TICA e 68,8% por TC; 32% relataram cirurgias anteriores, sendo a maioria nos estágios III e IV da doença. Embora as características dos nódulos e a duração da cirurgia tenham sido semelhantes entre os grupos, a técnica TICA apresentou menos complicações intraoperatórias (0% versus 4,5% no grupo CT) e menor necessidade de ileostomia temporária (25% versus 31,8%). Após 6 meses, ambas as técnicas mostraram reduções significativas nos sintomas, exceto para disúria, com uma melhora notável nas pontuações KESS e GIQLI, sendo a diferença no GIQLI significativa (alteração de -14,119; $P = 0,011$ ).
Ribeiro et al., 2014	Avaliar as mudanças na qualidade de vida (QOL) durante um período de acompanhamento de 1 ano em pacientes submetidos à ressecção colorretal laparoscópica para o tratamento da endometriose profunda.	Estudo de coorte prospectiva realizado entre junho de 2007 e setembro de 2008 no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Escola de Medicina da Santa Casa, em São Paulo, Brasil, com 40 mulheres diagnosticadas com endometriose intestinal profunda. Antes da cirurgia, cada paciente foi entrevistada individualmente durante a internação, descrevendo seus sintomas e preenchendo o questionário de qualidade de vida (SF-36), previamente validado para uso no Brasil. Após a cirurgia, que envolveu a ressecção do segmento intestinal afetado, as pacientes foram acompanhadas por um ano, sendo reavaliadas com o mesmo questionário de qualidade de vida aos 6 e 12 meses pós-operatório. Todas as pacientes receberam uma dose de goserrelina 10,8 LA como parte do tratamento clínico.	O comprometimento colorretal foi confirmado em todos os pacientes durante a cirurgia, e todas as ressecções foram realizadas conforme o planejado. Histerectomias foram feitas em 3 pacientes devido a mixomatose e hemorragia uterina refratária. As outras 37 pacientes retomaram seus ciclos menstruais regulares entre 4 e 8 meses após a cirurgia. Nenhuma paciente apresentou complicações pós-operatórias graves, como fístulas ou disfunções vesicais ou retais, e não houve necessidade de laparotomia. Após a cirurgia para endometriose com ressecção intestinal, observou-se um aumento nas pontuações do SF-36 em todos os domínios de qualidade de vida (QV), especialmente nas subescalas de funcionamento físico, papel físico, funcionamento social e papel emocional, que mostraram os maiores aumentos ao longo do tempo. As subescalas de dor, saúde geral, vitalidade e saúde mental apresentaram melhorias mais discretas. A análise de fatores como idade, paridade e índice de massa corporal não mostrou diferenças significativas no impacto da cirurgia na qualidade de vida.

Daraï et al., 2010	Relatar o primeiro ensaio randomizado de ressecção colorretal assistida por laparoscopia versus aberta para endometriose com foco em complicações perioperatórias, melhora dos sintomas, qualidade de vida e fertilidade.	Um ensaio de não inferioridade na França avaliou 52 pacientes com endometriose colorretal submetidas a ressecção assistida por laparoscopia ou aberta, utilizando o questionário SF-36 para medir a qualidade de vida em consultas pós-operatórias e a cada seis meses. As cirurgias seguiram protocolos padronizados, com extensões variando de conservadoras (sem histerectomia) a radicais (com histerectomia), e o tratamento pós-operatório incluiu analgesia controlada, utilizando acetaminofeno, anti-inflamatórios e morfina para controle da dor.	Entre janeiro de 2006 e dezembro de 2008, 76 pacientes foram convidadas a participar de um estudo sobre endometriose colorretal, resultando em 52 participantes, com 26 submetidas a laparoscopia e 26 a cirurgia aberta. Embora o tempo operatório tenha sido tendencialmente menor na cirurgia aberta, a perda sanguínea foi significativamente menor no grupo laparoscópico, que também teve uma recuperação pós-operatória mais rápida e menor uso de morfina. A laparoscopia apresentou menos complicações, especialmente de grau 3, e ambas as abordagens resultaram em melhorias significativas nos sintomas digestivos e ginecológicos, com pontuações SF-36 semelhantes. Das 23 pacientes com infertilidade, 5 desejavam engravidar, e no grupo laparoscópico, 6 mulheres engravidaram espontaneamente, resultando em uma taxa de gravidez cumulativa de 60%, enquanto nenhuma do grupo aberto engravidou (P = 0,006).
Bourdel et al., 2018	Avaliar os resultados pós-operatórios a longo prazo após a barba retal ou ressecção colorretal para endometriose retovaginal.	Um estudo comparativo realizado na França entre janeiro de 2000 e junho de 2013 avaliou 195 pacientes com endometriose retovaginal, sendo 172 tratadas por barbear e 23 por ressecção colorretal. Os dados demográficos, clínicos e pós-operatórios foram coletados, e os sintomas ginecológicos e digestivos foram avaliados antes da cirurgia. Após a intervenção, as pacientes responderam questionários, incluindo o SF-36 para qualidade de vida e o GIQLI para sintomas digestivos. A decisão pela ressecção colorretal foi baseada na complexidade do caso, com a avaliação da invasão retal por ressonância magnética ou ultrassom, enquanto a cirurgia seguiu diretrizes padronizadas.	Entre 331 pacientes com nódulo de septo (>2 cm), 298 foram submetidas à raspagem (SG) e 33 à ressecção colorretal (RG). Após exclusões, 172 pacientes foram alocadas ao SG e 23 ao RG. No SG, 29% tinham histórico de laparotomia ou laparoscopia, enquanto no RG esse número foi de 35%. Os nódulos vaginais visíveis estavam presentes em 13% do SG e 8,7% do RG, com tamanhos médios maiores no RG. A taxa de complicações menores foi de 13% no SG e 30% no RG, e complicações maiores ocorreram em 4% do SG e 26% do RG. A dor pélvica crônica e a dismenorreia melhoraram significativamente em ambos os grupos, com a pontuação média de dor pélvica crônica reduzida de 5,5 para 2,3 no SG e de 7,3 para 2,0 no RG. Treze pacientes do SG foram reoperadas por suspeita de recorrência de endometriose, enquanto nenhum paciente do RG passou por reoperação. O aspecto de Saúde Geral foi melhor no SG em comparação ao RG. Nenhum paciente apresentou piora dos sintomas ou precisou de cirurgia durante a gravidez.
Roman et al., 2017	Avaliar os resultados pós-operatórios de pacientes com endometriose retal gerenciada por excisão de disco usando grameadores transanais.	O estudo prospectivo realizado na França, com 111 pacientes entre 2009 e 2016, avaliou a qualidade de vida gastrointestinal antes e após cirurgia para endometriose, utilizando questionários como GIQLI, KESS e a Escala WEXNER, além de exames detalhados como ressonância magnética e colonoscopia virtual. A pesquisa seguiu uma abordagem multidisciplinar com acompanhamento rigoroso, resultando em melhorias significativas nos sintomas e na qualidade de vida dos pacientes ao longo do tempo.	Entre junho de 2009 e junho de 2016, 111 excisões de disco foram realizadas em mulheres com endometriose infiltrando o reto, com 47 pacientes completando o acompanhamento de um ano e 20 de três anos. As técnicas de Rouen e grameador circular EEE foram utilizadas, com a primeira associada a nódulos maiores e maior infiltração vaginal. A função digestiva melhorou significativamente após a cirurgia, especialmente com a técnica de Rouen, e não houve diferenças nas taxas de complicações entre as abordagens. Dentre as pacientes que interromperam o tratamento para engravidar, 21 de 32 conseguiram a gravidez, com taxas semelhantes entre os grupos.
Roman et al., 2016	Relatar os resultados pós-operatórios após raspagem retal para endometriose profunda infiltrando o reto.	Um estudo retrospectivo na França analisou o tratamento de endometriose em 122 mulheres, utilizando dados do banco de dados CIRENDO e focando nas técnicas de barbear retal com bisturi ultrassônico e tesoura de plasma. A qualidade de vida gastrointestinal foi avaliada por meio do GIQLI e KESS. O procedimento priorizou pacientes com menor risco de recorrência e infiltração da parede retal, empregando dissecação cuidadosa e o dispositivo PlasmaJet para aumentar a eficácia. Os dados foram coletados por autoquestionários e registros cirúrgicos, com acompanhamento pós-operatório estruturado de 1 a 3 anos e aprovações éticas adequadas.	O estudo analisou 122 pacientes submetidas a raspagem retal por endometriose colorretal profunda entre junho de 2009 e setembro de 2014, representando 36,7% das 332 tratadas no período. Os nódulos variaram de tamanho, com 73,7% medindo entre 1 e 3 cm. Complicações pós-operatórias foram raras, com 0,8% para complicações graves, e 1,6% de fistulas retais. Melhoras significativas na função digestiva e dor pélvica foram observadas após 1 e 3 anos, mas a constipação não melhorou. A taxa de recorrência retal foi de 4%, e 65,4% das pacientes que tentaram engravidar conceberam após 3 anos, sendo 59% espontaneamente. A maioria das pacientes era nulípara e apresentava queixas digestivas, indicando a necessidade de acompanhamento rigoroso e cirurgias bem planejadas.
Roman et al., 2016	Comparar os resultados digestivos de longo prazo em mulheres que foram tratadas por raspagem retal ou ressecção colorretal para	O estudo comparativo retrospectivo realizado na França incluiu 77 mulheres, das quais três (3,9%) foram perdidas no acompanhamento e três (3,9%) tratadas por excisão de disco. O tempo médio de	O estudo incluiu 77 mulheres tratadas cirurgicamente para endometriose profunda infiltrando o reto entre 2005 e 2010, com 71 participando do seguimento. Dentre elas, 25 foram submetidas a ressecção colorretal e 46 a barbear retal. A ressecção colorretal apresentou infiltração mais

	<p>endometriose profunda infiltrando o reto.</p>	<p>acompanhamento foi de 80 ± 19 meses. Dentre as participantes, 46 mulheres foram submetidas a raspagem retal conservadora e 25 a ressecção colorretal. As características demográficas e a gravidade da doença foram comparáveis entre os dois grupos. Foram utilizados vários instrumentos de avaliação, incluindo o Índice de Qualidade de Vida Gastrointestinal, o escore Knowles-Eccersley-Scott-Symptom para constipação, o escore Wexner para continência anal e o Bristol Stool Score para medir os resultados clínicos e a qualidade de vida das pacientes.</p>	<p>profunda e maior envolvimento da bexiga. As complicações pós-operatórias não diferiram significativamente entre os grupos, exceto por hemorragias e problemas relacionados ao estoma, mais frequentes na ressecção. Pacientes que fizeram barbear obtiveram melhores resultados em qualidade de vida gastrointestinal e dor. Quatro recorrências ocorreram no grupo de barbear, todas tratadas com sucesso. A abordagem conservadora também demonstrou resultados superiores em termos de dor e função gastrointestinal.</p>
<p>Mabrouk et al., 2012</p>	<p>Avaliar padrões histopatológicos de endometriose colorretal e investigar potenciais relações entre achados histológicos e dados clínicos.</p>	<p>O estudo observacional retrospectivo na Itália avaliou 47 pacientes que se submeteram à ressecção segmentar laparoscópica por endometriose colorretal sintomática. As pacientes foram acompanhadas clinicamente e por exames instrumentais em 1, 3 e 6 meses após a cirurgia, incluindo exame retovaginal e ultrassonografia transvaginal. Após 6 meses, completaram o questionário SF-36 Health Status para medir mudanças na qualidade de vida e sintomas, e os resultados do SF-36 HS e da escala VAS foram comparados antes e depois da cirurgia. A recorrência de dor e lesões endometrióticas foi avaliada, com a dor sendo definida como um sintoma com pontuação ≥ 4 na VAS e a recorrência anatômica confirmada por ressonância magnética. A cirurgia buscou remover todas as lesões visíveis ou palpáveis.</p>	<p>Em um estudo com 47 pacientes, 44 (94%) foram submetidas à ressecção segmentar laparoscópica com minilaparotomia, enquanto 3 (6%) precisaram de conversão para laparotomia devido a aderências. Dezoito pacientes (38%) tinham histórico de cirurgia para endometriose, com várias intervenções prévias. As lesões intestinais estavam majoritariamente na junção retossigmoide (79%), com apendicectomia realizada em 7 casos. O nível da anastomose variou entre alta, baixa e ultraabaixa, e 8% dos pacientes necessitaram de ileostomia protetora. O comprimento médio do segmento excisado foi de 10,3 cm, com lesões satélites em 64% dos casos. Após 18 meses de acompanhamento, 83% das pacientes realizaram terapia médica, com melhorias significativas nos sintomas gastrointestinais e na dor. Não houve impacto significativo da multiplicidade de lesões nos sintomas pré-operatórios nem diferenças na qualidade de vida entre grupos com diferentes características de lesões. A taxa de recorrência e a melhora dos sintomas também não mostraram diferenças significativas entre os grupos analisados.</p>
<p>Roman et al., 2013</p>	<p>Comparar os resultados digestivos tardios em mulheres tratadas por duas filosofias cirúrgicas diferentes: uma abordagem radical relacionada principalmente à ressecção colorretal e uma abordagem conservadora envolvendo raspagem retal e excisão de nódulos retais.</p>	<p>Este estudo retrospectivo analisou a abordagem cirúrgica em 75 pacientes com endometriose profunda infiltrando o reto, que passaram por duas visitas pré-operatórias e uma avaliação detalhada, incluindo ressonância magnética, ultrassom endorretal e colonoscopia virtual. Antes de 2007, a ressecção segmentar colorretal era a preferência, mas 32% das pacientes optaram por procedimentos menos invasivos. Após 2007, houve uma mudança para a excisão do nódulo retal, acompanhada de terapia hormonal pós-operatória para amenorreia prolongada, visando evitar complicações digestivas e recorrências. O acompanhamento pós-operatório incluiu a avaliação dos sintomas digestivos e da qualidade de vida, utilizando questionários validados, e a análise estatística foi realizada para comparar os grupos e avaliar as recorrências através de curvas de Kaplan-Meier.</p>	<p>Em um estudo com 75 mulheres com endometriose retal, 74 foram analisadas, comparando uma abordagem radical com uma abordagem guiada por sintomas. Ambas as abordagens apresentaram características demográficas semelhantes, mas a abordagem guiada por sintomas resultou em uma redução significativa na taxa de ressecção colorretal (de 67% para 20%) e em um tempo cirúrgico menor. Os resultados pós-operatórios mostraram melhorias significativas nos escores de sintomas gastrointestinais no grupo guiado por sintomas, sem diferenças significativas em dismenorreia, dispareunia ou taxas de gravidez. A abordagem conservadora se mostrou mais eficaz em aspectos de saúde gastrointestinal e qualidade de vida, com apenas 2,7% das pacientes necessitando de cirurgia adicional para recorrência da endometriose.</p>
<p>Raimondo et al., 2020</p>	<p>Comparar a função intestinal e a qualidade de vida (QV) de acompanhamento de 2 anos entre mulheres com ileostomia protetora temporária (IP) e recanalização e mulheres sem IP após ressecção segmentar colorretal para endometriose infiltrativa profunda (EIP).</p>	<p>Este estudo observacional prospectivo na Itália envolveu 36 pacientes e investigou os resultados a longo prazo após recanalização em mulheres submetidas à ressecção colorretal laparoscópica devido à endometriose. As pacientes foram avaliadas um ano após a cirurgia e anualmente, por meio de exame ginecológico, ultrassom e coleta de dados sobre sintomas e gravidade da endometriose, além da terapia hormonal pós-cirúrgica. A função intestinal foi analisada com os questionários KESS e GIQLI, que avaliam constipação e sintomas gastrointestinais, respectivamente. Pontuações de KESS acima de 10 indicam constipação, enquanto pontuações de GIQLI</p>	<p>O estudo analisou 154 pacientes submetidas à ressecção segmentar colorretal laparoscópica para endometriose, com 36 mulheres divididas em dois grupos: um tratado com um protocolo específico (IP) e outro controle. Ambos os grupos relataram queixas semelhantes de disquesia e função intestinal, sem diferenças significativas nas pontuações do KESS e GIQLI. No grupo IP, 66,7% das pacientes tiveram ileostomia protetora, e todas apresentaram erradicação da endometriose com margens de ressecção negativas. As taxas de complicações perioperatórias foram de 16,7% no grupo IP e 22,2% no controle, sem diferença estatística. No pós-operatório, a duração da internação foi semelhante, e ambos os grupos mostraram melhora significativa na função intestinal e na qualidade de vida durante o acompanhamento de dois anos, sem diferenças estatísticas relevantes.</p>

		abaixo de 125 são consideradas anormais.	
Roman et al., 2019	Identificar fatores pré-operatórios que determinam os resultados funcionais da cirurgia em pacientes com endometriose retal.	Este estudo de coorte, parte de um ensaio randomizado com dois braços, foi conduzido na França entre março de 2011 e agosto de 2013. Os desfechos secundários incluíram os resultados do Knowles-Eccersley-Scott-Symptom Questionnaire (KESS), do Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), da escala de Wexner, do Urinary Symptom Profile (USP) e do Short Form 36 Health Survey (SF36). Os pacientes, inscritos em três hospitais universitários, foram submetidos a cirurgia conservadora (raspagem ou excisão de disco) ou cirurgia retal radical (ressecção segmentar). O desfecho primário foi a proporção de pacientes que apresentaram sintomas como constipação, evacuações frequentes, incontinência anal, disúria ou atonia da bexiga que exigiu autocateterismo 24 meses após a cirurgia.	O estudo avaliou 60 pacientes com endometriose profunda infiltrando o reto, tratadas por cirurgia conservadora (27 casos) e ressecção colorretal segmentar (33 casos). O desfecho primário foi alcançado em 26 pacientes, com taxas de 48,1% para cirurgia conservadora e 39,4% para cirurgia radical, resultando em uma razão de odds (OR) de 0,70 (IC 95% 0,22-2,21). Após a cirurgia, todos os escores gastrointestinais, de qualidade de vida e urinários mostraram melhora significativa. Ao comparar os escores KESS, observou-se que pacientes com pontuação inferior a 10 apresentaram odds de 2,1 (IC 95% 0,4-12,2) em relação ao desfecho primário. Aqueles com escores entre 10 e 17 mostraram odds menores, enquanto o grupo com escores superiores a 17 teve odds de 11,1 (IC 95% 2,2-20,5), indicando uma maior probabilidade de sucesso nesse último grupo. Além disso, análises de tendência indicaram que as pontuações KESS eram significativamente mais altas no início do tratamento, diminuindo após 12 meses, embora apresentassem uma queda significativa após 6 meses.
Ledu et al., 2018	Avaliar o valor da realização de um estoma protetor em pacientes operadas de endometriose retal.	Esta análise retrospectiva multicêntrica caso-controle foi realizada na França com 47 pacientes operadas de endometriose retal, que passaram por ressecção segmentar ou discóide em quatro centros diferentes. A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada pelo MOS SF-36. As características dos pacientes foram coletadas por meio de questionários autoadministrados, que abordaram o histórico cirúrgico, sintomas, cronicidade e o impacto na qualidade de vida. Dados dos prontuários médicos incluíram variáveis como tipo de abertura retal e localização, colpotomia, uso de retalho omental/omentoplastia, complicações perioperatórias gerais e específicas (como vazamento anastomótico), sangramento intraoperatório, duração da resposta, tempo de internação hospitalar, tempo para recuperação da continuidade gastrointestinal e complicações durante a recuperação. A decisão de realizar um estoma (ileostomia ou colostomia) foi deixada a critério do cirurgião, com base nas práticas locais e nas condições intraoperatórias.	O estudo analisou 134 pacientes com endometriose retal entre junho de 2009 e dezembro de 2011, excluindo 74 submetidos apenas a raspagem retal e 13 com ressecção do intestino delgado ou sigmoidectomia. No total, 47 pacientes foram incluídos, distribuídos em dois grupos: 33 (grupo S) com estoma e 14 (grupo NS) sem estoma. A dor foi um sintoma predominante, com taxas de dismenorreia de 97% no grupo S e 100% no grupo NS, e dispareunia relatada por 93% das pacientes em ambos os grupos. Os dados intraoperatórios mostraram que no grupo S, 70% das pacientes apresentaram lesões no reto, enquanto 64% do grupo NS também tiveram lesões no reto. A reintrodução da alimentação foi mais precoce no grupo NS (média de D2) do que no grupo S (D3,17), e o tempo de internação foi maior no grupo S (9,5 dias) em comparação ao grupo NS (8 dias). A taxa de complicações pós-operatórias foi de 53%, com 57% no grupo NS e 48% no grupo S, destacando uma maior taxa de vazamento anastomótico no grupo NS (21% contra 3% no grupo S). Apesar das complicações, um ano após a cirurgia, não houve estoma definitivo em nenhum paciente, com restauração da continuidade em todos os casos. A qualidade de vida, avaliada pelo MOS SF-36, melhorou em ambos os grupos após a intervenção. Contudo, preocupações com feminilidade e possíveis intervenções futuras foram notadas em ambos os grupos, sem diferenças estatisticamente significativas entre eles em relação à satisfação com as informações recebidas sobre a doença e o tratamento.
Moawad et al., 2011	Comparar os resultados cirúrgicos e os benefícios e complicações do tratamento de longo prazo entre ressecção discóide anterior laparoscópica (ADR) com a ressecção anterior baixa (LAR).	Este estudo de coorte retrospectivo nos Estados Unidos avaliou 22 pacientes com endometriose retal sintomática submetidos a ressecção discóide anterior laparoscópica (ADR) ou ressecção anterior baixa (LAR). Após revisar prontuários médicos, os pacientes foram contatados para responder a um questionário que incluía instrumentos de avaliação de função intestinal, severidade da constipação, função sexual feminina, complicações a longo prazo, intervenções subsequentes, satisfação e qualidade de vida (SF-12v2.0). Os dados foram coletados para comparar sintomas antes e depois dos procedimentos, permitindo a análise da eficácia das intervenções.	O estudo comparou 22 pacientes com endometriose submetidos a laparoscopia, sendo 14 ao grupo de Ressecção Anterior Laparoscópica (LAR) e 8 ao grupo de Ressecção de Dor Laparoscópica (ADR), com acompanhamento médio de 41,27 meses. O grupo LAR teve idade média maior (39 anos), tempo cirúrgico mais longo (7,1 horas) e maior perda sanguínea (276,92 mL), além de complicações como envolvimento da mucosa em 61,5% e estenoses anastomóticas em 21,4% dos casos. Em contraste, o grupo ADR apresentou um tempo operatório menor (3,94 horas), menor perda sanguínea (134,38 mL) e melhor desempenho em diarreia e disquesia, com melhorias significativas. Ambos os grupos mostraram satisfação alta (93,3%), mas as pontuações de melhora foram consistentemente superiores no grupo ADR em várias áreas, enquanto as pontuações do SF-12 estavam dentro das normas esperadas.
Bassi et al., 2011	Estimar a qualidade de vida de pacientes submetidas à	No Brasil, um estudo com 151 mulheres foi realizado para avaliar os efeitos da	O estudo com 151 mulheres, com idade média de 34 anos, avaliou os resultados de um tratamento cirúrgico para

	<p>ressecção laparoscópica de um segmento do retossigmoide para tratamento de endometriose profunda infiltrativa com envolvimento intestinal</p>	<p>ressecção de um segmento do retossigmoide por laparoscopia em pacientes com dor pélvica e lesões de endometriose com mais de 3 cm ou multifocais. As pacientes foram submetidas a coleta de dados históricos, exame clínico e ultrassonografia transvaginal após preparo intestinal. O Questionário de Estado de Saúde SF-36, que mede 8 domínios de saúde física e mental, foi aplicado antes da cirurgia e um ano após a intervenção. O procedimento, realizado por uma equipe cirúrgica padronizada, envolveu ressecção segmentar e grampeamento duplo do intestino. No pós-operatório, todas as pacientes receberam contraceptivos orais combinados ou progesterona contínua.</p>	<p>endometriose, revelando que 36,4% já haviam se submetido a cirurgias anteriores e 85,4% das 89 pacientes tratadas com hormônios não apresentaram melhora nos sintomas. Após a ressecção intestinal, houve uma melhoria significativa nos sintomas de dor (<math>p &lt; 0,001</math>) e nas pontuações do SF-36, indicando avanços na saúde física e mental. No entanto, 7,3% das pacientes tiveram pontuações pós-operatórias inferiores às pré-operatórias, com complicações como atonia da bexiga, obstrução intestinal, infecções e dor persistente. Outras complicações incluíram estenose leve da anastomose, exigindo dilatação.</p>
<p>Meuleman et al., 2014</p>	<p>Avaliar o resultado clínico de mulheres que necessitaram de excisão laparoscópica de endometriose moderada a grave em mulheres com e sem ressecção intestinal e reanastomose.</p>	<p>Um estudo de coorte prospectivo na Bélgica incluiu 203 pacientes com endometriose moderada ou grave (classificação rAFS III ou IV), que avaliaram sua qualidade de vida por meio do Questionário EHP30 e escalas visuais analógicas (VAS) para dismenorria, dor pélvica crônica e dispareunia profunda, com dados coletados antes da cirurgia e aos 6, 12, 18 e 24 meses após. O procedimento cirúrgico consistiu em três etapas: colocação de stents ureterais temporários para endometriomas grandes ou endometriose invasiva, excisão a laser da endometriose visível, e avaliação da bexiga e ureteres pelo urologista, seguida pela avaliação do cólon e reto pelo cirurgião colorretal, que determinava a necessidade de ressecção e reanastomose. Todos os espécimes removidos foram analisados histologicamente.</p>	<p>Os grupos estudados mostraram semelhanças nas características populacionais e nos resultados clínicos, exceto pela pontuação média da classificação rAFS, que foi significativamente maior no grupo de estudo (<math>73 \pm 31</math>) em comparação ao grupo controle (<math>48 \pm 26</math>), e pela taxa de complicações menores, que também foi maior no grupo de estudo (11%) em relação ao grupo controle (1%). Ambas as coortes apresentaram melhorias significativas nas pontuações médias VAS e EHP30, que se mantiveram estáveis por 24 meses após a cirurgia, com uma taxa de gravidez de 51%. No acompanhamento de 1, 2 e 3 anos, a taxa cumulativa de reintervenção foi de 1%, 7% e 10%, respectivamente, enquanto a taxa cumulativa de recorrência da endometriose foi de 1%, 6% e 8%, respectivamente.</p>
<p>Hudelist et al., 2023</p>	<p>Investigar prospectivamente as diferenças na função GI pré e pós-cirúrgica, perfis de saúde e sintomas de dor em mulheres submetidas à cirurgia colorretal para DE sintomática com uma técnica de ressecção segmentar modificada, a chamada ressecção segmentar poupadora de vasos nervosos (NVSSR), ou ressecção discóide de espessura total (FTDR).</p>	<p>Um estudo de coorte comparativo prospectivo na Áustria incluiu 121 pacientes com endometriose, comparando os efeitos de duas cirurgias: a ressecção segmentar poupadora de vasos nervosos (NVSSR) e a ressecção discóide de espessura total (FTDR). O principal desfecho foi a função gastrointestinal, avaliada pela prevalência da síndrome de ressecção anterior inferior (LARS) e pelo Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI). Os desfechos secundários abarcaram mudanças nas escalas de dor (VAS) para dismenorria, dispareunia, disquesia e disúria, além de itens do Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30), complicações pós-cirúrgicas classificadas pelo sistema Clavien-Dindo e desfechos de fertilidade, como taxas de gravidez, tempo até a gravidez e taxas de aborto espontâneo e parto prematuro. Os dados visam entender os impactos das diferentes técnicas cirúrgicas na qualidade de vida, função gastrointestinal e fertilidade das pacientes.</p>	<p>O estudo analisou 162 pacientes com endometriose colorretal, das quais 125 foram submetidas à ressecção segmentar poupadora de vasos nervosos (NVSSR) e 37 à ressecção discóide de espessura total (FTDR). Ao final, 121 pacientes foram incluídas na avaliação, com um acompanhamento médio de 42,27 meses. Não foram observadas diferenças significativas nas taxas de complicações entre os grupos. Inicialmente, 48,7% das pacientes apresentavam sintomas semelhantes à síndrome de ressecção anterior inferior (LARS), mas essa taxa caiu para 12,3% após a cirurgia. O grupo NVSSR apresentou piora nos sintomas de LARS, mas não houve diferenças significativas nas pontuações do Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) entre os grupos. As pontuações do GIQLI aumentaram significativamente para todas as pacientes, assim como as pontuações de dor e do Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30), refletindo um impacto positivo geral nos resultados pós-operatórios. Uma correlação foi observada entre a menor altura da anastomose cirúrgica e a ocorrência de LARS.</p>
<p>Hernández et al., 2022</p>	<p>Avaliar se a QV de mulheres tratadas cirurgicamente para endometriose profunda difere de uma população saudável da Catalunha (Espanha) com a mesma idade e analisar a QV dessas mulheres considerando eventos concomitantes.</p>	<p>Um estudo na Espanha envolveu 112 mulheres com endometriose profunda, que, após consentimento informado, responderam ao questionário SF-12 por telefone para avaliar sua qualidade de vida, considerando que as entrevistas foram feitas entre janeiro e março de 2018, e as participantes já haviam se submetido a diversas cirurgias para tratar a condição.</p>	<p>O estudo com 112 mulheres com endometriose profunda, com idade média de 35,5 anos, revelou que a maioria das cirurgias foi laparoscópica e a média de gestação anterior foi de 0,6, com 65,2% sendo nulíparas. O tempo médio entre a cirurgia e a aplicação do questionário SF-12 foi de 3,1 anos. Embora 26,8% das participantes tenham apresentado complicações, as análises mostraram que a função física e social estavam abaixo da média da população, enquanto dor corporal e saúde mental estavam acima. Mulheres com comprometimento do compartimento anterior tiveram pior função social, e</p>

			aquelas submetidas a laparotomia relataram menor papel emocional e vitalidade em comparação com as que passaram por laparoscopia.
English et al., 2014	Relatar a eficácia da ressecção retal anterior segmentar limitada (LSARR) em termos de dor, qualidade de vida e complicações de curto e longo prazo, em particular aquelas relacionadas à função intestinal.	No Reino Unido, um estudo retrospectivo avaliou 74 pacientes submetidas a ressecção retal anterior segmentar limitada (LSARR) devido à endometriose. A pesquisa foi aprovada pelo Departamento de Auditoria e Pesquisa do Western Sussex Hospitals NHS Trust, e os registros dos pacientes foram revisados para registrar os resultados pós-operatórios. Para avaliar os desfechos a longo prazo, foram enviados questionários às participantes, que incluíam a escala psicométrica validada do Memorial Sloan Kettering Cancer Centre (MSKCC) para função intestinal, o Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5) e a pontuação visual analógica EQ-5D. A LSARR foi indicada para mulheres com nódulos retais grandes, múltiplos nódulos, obstrução retal ou endometriose infiltrativa profunda. O estudo forneceu importantes informações sobre a função intestinal e a qualidade de vida dessas pacientes após a cirurgia.	Um estudo com 75 mulheres submetidas à Laparoscopia para Ressecção de Adeniose e Endometriose (LSARR) mostrou que 93,2% relataram redução da dor, com uma taxa de cura clínica de 80,8% em casos operados há mais de cinco anos. Apesar de não haver mudanças significativas na função intestinal, a frequência de evacuações diminuiu ao longo do tempo. Entre as participantes, 41,9% tentaram engravidar, com 32,3% conseguindo pelo menos um bebê. A maioria recomendou o procedimento, embora as pontuações de qualidade de vida fossem inferiores à média da população, especialmente entre mulheres de 25 a 34 anos, indicando que, apesar da eficácia na redução da dor, questões sobre fertilidade permanecem.
Mehedintu et al., 2021	Avaliar a validade e confiabilidade do SF-36 em pacientes com endometriose antes e após o tratamento cirúrgico.	Na França, foi conduzida uma análise retrospectiva com 488 pacientes, focando naquelas com endometriose histologicamente confirmada que realizaram acompanhamento após um ano. A seleção foi feita a partir dos registros do CIRENDO, que incluíam dados cirúrgicos, histológicos e questionários de autoavaliação preenchidos antes e depois da cirurgia. Um pesquisador clínico foi responsável pela coleta e avaliação dos dados de acompanhamento. Todas as pacientes completaram questionários padronizados de base, como o SF-36, GIQLI e KESS, antes da cirurgia e um ano após, conforme o protocolo do CIRENDO. Também foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar a dismenorreia e dispareunia, tanto com quanto sem medicação analgésica. Os questionários SF-36, GIQLI e KESS já haviam sido validados em grandes coortes na versão francesa. Essa análise forneceu insights importantes sobre a eficácia do tratamento cirúrgico em termos de qualidade de vida e controle da dor nas pacientes com endometriose.	O estudo analisou 488 pacientes, das quais 56,6% tinham histórico de cirurgia ginecológica e 29,1% relataram transtornos de saúde mental. A maioria apresentou dismenorreia (97,7%) e dispareunia (76,2%). Após um ano da cirurgia, houve uma redução significativa na intensidade da dismenorreia e da dispareunia sem tratamento. As pontuações do SF-36 pós-operatórias foram significativamente melhores que as pré-operatórias, embora ainda inferiores às de mulheres saudáveis, com melhorias notáveis em dor corporal e limitações físicas. Os escores KESS e GIQLI também melhoraram, indicando melhorias na qualidade de vida, embora algumas áreas, como vitalidade e saúde mental, apresentassem mudanças menores. Pacientes com piora nos escores GIQLI tinham escores mais altos em limitações físicas, mas sem significância estatística.
De la Hera-Lazaro et al., 2016	Determinar a melhora na qualidade de vida em pacientes submetidas à cirurgia radical devido à endometriose grave.	Um estudo intervencionista na Espanha com 46 pacientes diagnosticadas com endometriose avaliou características basais e sintomas relevantes antes e após cirurgia, utilizando o questionário EHP-5 e uma escala visual analógica (EVA) para dor. As cirurgias realizadas incluíam histerectomia, anexectomia e ressecções intestinais e vaginais, visando analisar a eficácia das intervenções em termos de qualidade de vida e alívio da dor.	O estudo com 488 pacientes, com idade média de 38,61 anos, mostrou que 30,4% não tinham histórico de gravidez e que os principais sintomas antes da cirurgia eram dismenorreia (78,3%) e dispareunia (47,8%). Muitas já tinham passado por tratamentos para dor pélvica e cirurgias prévias para endometriose, sendo 100% submetidas a histerectomia. A taxa de complicações foi de 30,4%, com 17,4% apresentando complicações maiores. Após seis meses, todos os pacientes relataram melhorias significativas na dor e na qualidade de vida, embora a preocupação com a fertilidade não tenha mudado. A dor média reduziu de 8,6 para 1,5, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).
Ford et al., 2004	Determinar a resposta a longo prazo, a qualidade de vida e os níveis de dor após a excisão radical da endometriose retovaginal.	Um estudo de coorte no Reino Unido com 60 pacientes submetidas a ressecção radical para endometriose analisou complicações, duração da internação e transfusões. Após a cirurgia, as pacientes responderam a questionários sobre dor e qualidade de vida	Entre setembro de 2000 e março de 2003, foram realizadas 60 ressecções radicais para endometriose, com 12 por laparotomia e 48 por laparoscopia. Das pacientes, 10 passaram por histerectomia (9 abdominais e 1 vaginal), e 6 tiveram ooforectomia bilateral. Durante as cirurgias, ocorreram complicações como conversão para laparotomia

		usando a escala EQ-5D. Todas as intervenções foram realizadas por laparoscopia, com excisão completa da endometriose pélvica, visando avaliar a eficácia da cirurgia e os resultados funcionais pós-operatórios.	e necessidade de transfusões em várias pacientes. A análise histológica de 58 amostras revelou que 55 tinham endometriose. Após um acompanhamento médio de 12 meses, 70% das pacientes operadas há menos de um ano relataram boa resposta à dor, em comparação com 62% das operadas há mais de um ano.
Dobó et al., 2023	Relatar os resultados de curto e médio prazo da função intestinal, conforme refletido pela pontuação da Síndrome de Ressecção Anterior Baixa (LARS)	Um ensaio clínico randomizado com 91 pacientes com endometriose avaliou a função pélvica, dor e qualidade de vida utilizando questionários como a Escala Visual Analógica (VAS) e o EHP-30, antes e após as cirurgias. Os participantes foram submetidos a colectomia de extração de espécime por orifício natural (NOSE) ou ressecção laparoscópica convencional (CLR), com técnicas de preservação de nervos para proteger a integridade funcional. O objetivo foi comparar os resultados funcionais e a qualidade de vida após as duas abordagens cirúrgicas, com avaliações em intervalos de 30 dias, 6 meses e 1 ano pós-operatório.	Um estudo realizado no Hospital Universitário com 91 pacientes com endometriose comparou dois grupos: 42 submetidos à colectomia por orifício natural (NC) e 49 à ressecção laparoscópica convencional (CLR). As características demográficas foram semelhantes, com idades médias de 35±5 anos no grupo NC e 34±5 anos no grupo CLR. As complicações pós-operatórias foram leves, com apenas duas complicações graves registradas. Ambas as abordagens cirúrgicas mostraram melhorias significativas na qualidade de vida, conforme medido pelos escores GIQLI e EHP30, mas sem diferenças significativas entre os grupos. Os escores VAS indicaram melhorias na dor pélvica crônica e dismenorreia, especialmente no grupo NC. No acompanhamento médio de 14±2,6 meses, 22 pacientes conseguiram engravidar, sem diferenças significativas nas taxas de gravidez entre os grupos.
Turco et al., 2019	Avaliar a qualidade de vida (QoL) a longo prazo e o bem-estar gastrointestinal em pacientes com endometriose (DIE) submetidas à ressecção segmentar (SR), por meio de questionários específicos focados na endometriose e avaliação gastrointestinal específica.	Um estudo de coorte observacional com 50 mulheres com endometriose avaliou a dor e a qualidade de vida por meio de questionários como EVA e EHP30. As pacientes foram submetidas a ressecção segmentar do reto, com classificações de alta, baixa e ultrabaixa. Durante a cirurgia, o reto foi seccionado e anastomosado utilizando grampeadores, com a possibilidade de ileostomia temporária em casos de ressecção ultrabaixa. Após a cirurgia, foi recomendada contracepção oral para aquelas que não planejavam engravidar. As avaliações foram feitas antes e após a intervenção, até o último contato em novembro de 2018.	Um estudo com 50 mulheres com endometriose intestinal, média de 38 anos, revelou que a maioria já havia se submetido a cirurgias anteriores e apresentava dismenorreia, com 82% em estágio IV da doença. As cirurgias, realizadas principalmente por laparoscopia, resultaram em 86% de ressecções colorretais altas, com conversão para laparotomia em 16% dos casos. Após uma média de 42,5 meses de acompanhamento, houve uma melhora significativa na dor e na qualidade de vida, embora preocupações sobre a concepção persistissem. A laparoscopia demonstrou melhores resultados na recuperação gastrointestinal em comparação com a laparotomia, e a presença de sintomas gastrointestinais estava relacionada a níveis de ansiedade e depressão.
Boileau et al., 2012	Avaliação dos resultados funcionais a médio prazo e da qualidade de vida após ressecção colorretal laparoscópica.	Um estudo retrospectivo na França analisou 23 pacientes com endometriose digestiva, das quais 11 completaram questionários de qualidade de vida antes e após ressecção segmentar laparoscópica, realizada por uma equipe especializada. O protocolo incluiu procedimentos ginecológicos associados e, em caso de complicações, como danos ao sistema digestivo, foram implementadas ileostomias protetoras. Os resultados demonstraram a eficácia da abordagem cirúrgica na melhoria da qualidade de vida, embora os dados sejam limitados pela pequena amostra e pela natureza não validada do questionário utilizado.	A população estudada, composta por 23 pacientes, apresentou características iniciais significativas. No pré-operatório, 91% relataram dismenorreia, 78% dispareunia, e 100% apresentaram pelo menos um sintoma digestivo. A dor durante a defecação foi observada em 48%, enquanto constipação crônica e sangramento retal afetaram 43% dos pacientes. A ressecção colorretal segmentar foi realizada em todos, com 19 ileostomias de descarga (83%). A análise histológica confirmou a natureza endometriótica dos nódulos em todas as peças cirúrgicas, com envolvimento da mucosa retal em 43% e da submucosa em 57%. Complicações intraoperatórias foram ausentes, mas uma paciente desenvolveu uma fístula coloparietal, seguida por fístula vesical, e outro paciente apresentou estenose de anastomose três meses após a cirurgia. No acompanhamento médio de 24 meses, a evolução dos sintomas mostrou que a dispareunia e a dismenorreia melhoraram em mais de 90% dos casos. Entre os distúrbios digestivos, cinco pacientes relataram dor durante a evacuação. Quanto à função urinária, foram registradas quatro disúrias de novo. A qualidade de vida, avaliada pelo EHP5, mostrou melhora significativa em dez das 11 questões, exceto nas obrigações profissionais, onde três pacientes relataram piora.
Meuleman et al., 2011	Testar a hipótese de que uma baixa taxa de complicações e um bom resultado clínico podem ser alcançados dentro de 2 anos	Um estudo retrospectivo na Bélgica avaliou 45 pacientes com endometriose, utilizando questionários para medir qualidade de vida, dor e atividade sexual antes e após cirurgia. As pacientes passaram por ressecção	Após um acompanhamento médio de 27 meses (intervalo de 16 a 40), não foram registradas complicações pós-operatórias imediatas significativas que exigissem reintervenção cirúrgica. Observou-se uma melhora significativa em dor ginecológica ( $P < 0,0001$ ), função

	após a cirurgia em um subgrupo selecionado de mulheres com DIE e invasão da parede colorretal quando tratadas por meio de cirurgia laparoscópica multidisciplinar, incluindo excisão radical de endometriose com laser de CO <sub>2</sub> e ressecção e reanastomose do intestino segmentar.	intestinal e reanastomose durante a excisão laparoscópica de endometriose, com opções de reconstrução da bolsa colônica e ileostomia protetora. Embora não haja evidências para o uso de tratamento hormonal pré-operatório, as pacientes receberam análogos de GnRH para facilitar a cirurgia em um ambiente menos inflamado.	sexual ( $P < 0,03$ ) e qualidade de vida (QOL) ( $P < 0,0001$ ). Embora cinco pacientes (11%) tenham passado por reintervenções cirúrgicas, a endometriose recorrente, confirmada por histologia, foi identificada em apenas duas (4%). As taxas cumulativas de recorrência de endometriose foram de 2,2% e 4,4% após 1 e 3 anos, respectivamente. Dentre as 28 pacientes que desejavam engravidar, 13 conceberam após a cirurgia, incluindo uma paciente que deu à luz duas vezes. As 14 gestações ocorreram espontaneamente ( $n = 9$ ) ou por fertilização in vitro ( $n = 5$ ), resultando em uma taxa cumulativa de gravidez de 47% após 3 anos.
--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

#### 4. Discussão

A endometriose é uma condição clínica que afeta tanto os aspectos físicos quanto mentais da saúde das pacientes. Nessa perspectiva, considerando a endometriose com acometimento intestinal, é importante destacar que a abordagem cirúrgica, como a ressecção intestinal, pode afetar positivamente domínios específicos da QV, como as queixas algícas, a função intestinal, a saúde sexual, a fertilidade e a saúde mental da mulher. Entretanto, ressalta-se que o procedimento envolve riscos de complicações e alguns efeitos colaterais.

A cirurgia para endometriose intestinal promove contribuições significativas, especialmente em termos de redução nas queixas de dor relacionada à dismenorrea, dispareunia e dor crônica (Daraï et al., 2010; Garavaglia et al., 2018; Kent et al., 2016; Comptour et al., 2019). Para além, alguns estudos identificaram uma melhoria da QV intestinal dessas pacientes, através da aplicação de questionários específicos, como o KESS e o GIQLI, após os procedimentos cirúrgicos. Esses benefícios consistem na melhora da constipação (Ianieri et al., 2024; Garavaglia et al., 2018; Roman et al., 2018), disquesia (Kent et al., 2016; Delbos et al., 2018; Riiskjær M. et al., 2018), diarreia e tenesmo (Daraï et al., 2010).

Por outro lado, alguns estudos divergiram desses resultados, visto que perceberam nas mulheres uma permanência de dismenorrea, dispareunia e constipação no pós-cirúrgico (Touboul et al., 2015; Bourdel et al., 2018). Esses resultados negativos podem ser justificados pelos achados descritos por Roman et al. (2019), cuja presença de constipação pré-operatória influencia negativamente os resultados pós-cirúrgicos. Ademais, tais variações podem ser decorrentes, dentre outros fatores, do pequeno tamanho amostral analisada nos respectivos estudos.

Estudos também indicam que a abordagem cirúrgica pode impactar positivamente aspectos relacionados à vida sexual da mulher. A maioria deles apontam uma melhora, especialmente no aumento do prazer e na redução da dispareunia (Lyons & Stephen et al., 2006; Garavaglia et al., 2018; Kent et al., 2016). Martínez-Zamora et al. (2021) evidenciaram uma manutenção desses benefícios, ainda que parcial, até 36 meses após a ressecção. Contudo, apesar dessa melhora, os dados indicam que a QV sexual continua inferior quando comparada à de mulheres sem endometriose (Vercellini et al., 2018). Além disso, um ponto importante descrito nos estudos é que a presença de disfunção sexual pode persistir após o procedimento, sendo diretamente proporcional à pior função intestinal dessas pacientes (Villa & Cairo et al., 2023; Scheepers et al., 2022).

Sabe-se que a endometriose é uma entidade clínica que pode afetar a fertilidade das mulheres. Desse modo, a realização da ressecção intestinal nessas pacientes pode estar associada a algumas melhorias nesse sentido, mas os resultados são variados e dependem de muitos fatores, incluindo a gravidade da doença, bem como a existência de outras comorbidades (Meuleman et al., 2011). Apesar de alguns estudos evidenciarem a ocorrência de aumento da fecundidade e gestações espontâneas e bem-sucedidas após o procedimento, sugerindo que essa abordagem possa ser favorável às pacientes que buscam engravidar (Delbos et al., 2018; Touboul et al., 2015; Meuleman et al., 2011), também foi verificado que estas pacientes continuam a ter dificuldades na concepção, sendo necessário, por vezes, a realização de métodos de reprodução assistida

(Garavaglia et al., 2018). Ainda, vários trabalhos destacam que as preocupações acerca da fertilidade persistem nessas mulheres mesmo após a cirurgia, com resultados muitas vezes insatisfatórios nesse aspecto (De la Hera-Lazaro et al., 2016; Turco et al., 2020), o que pode influenciar nos diferentes aspectos da QV.

Análises evidenciam que mulheres diagnosticadas com essa patologia apresentam um risco acentuado de desenvolver transtornos depressivos e ansiosos, quando comparadas a mulheres sem esse diagnóstico (Szyplowska, Tarkowski, & Kułak, 2023). A presente revisão identificou que a ressecção intestinal para a endometriose proporcionou uma melhora nas esferas mentais e no bem-estar emocional, além de refletir positivamente na autoimagem das mulheres acometidas (De la Hera-Lazaro et al., 2016; Hudelist et al., 2023; Turco. et al., 2020). Dessa forma, embora os estudos apontem um ganho expressivo nos aspectos físicos, é perceptível que também houve melhora substancial no domínio psicológico da QV, sobretudo no que diz respeito ao papel emocional e da saúde mental, aspectos avaliados na escala SF-36 (Araújo et al., 2014).

Ao analisar os resultados, é importante considerar a duração da manutenção dessas melhorias relatadas. Em um dos estudos incluídos, ao avaliar os benefícios obtidos nos períodos de 12 e 48 meses, observou-se que, embora houvessem desfechos positivos em todos os parâmetros, houve uma redução gradual ao longo do tempo, com exceção do funcionamento físico e da saúde mental, que mantiveram-se estáveis aos 48 meses após a cirurgia (Araújo et al., 2014). Apesar disso, outros estudos indicam que essas melhorias foram capazes de se manter estáveis ao longo de quatro a cinco anos (Touboul et al., 2015; Roman et al., 2019). Essas divergências entre os estudos evidenciam a necessidade da realização de mais pesquisas que analisem a longo prazo os resultados clínicos obtidos por essas mulheres.

A ressecção intestinal para endometriose é indicada em casos de doença dolorosa e lesões significativas, com a escolha da técnica cirúrgica sendo individualizada conforme a doença e o perfil clínico da paciente (Habib et al., 2020; Warring et al., 2022; Roman et al., 2018). A laparoscopia, ou cirurgia minimamente invasiva, é geralmente o método preferível, pois está associada a menor dor pós-operatória e a uma recuperação mais rápida. Além disso, os resultados de fertilidade, assim como os resultados relacionados à QV intestinal, QV em geral e queixas algícas, são melhorados com a abordagem laparoscópica, inclusive a longo prazo, em comparação à laparotômica (Wolthuis et al., 2014; Turco et al., 2020; Daraï et al., 2010; Riiskjær et al., 2018). Aliado a isso, a taxa de complicações associada a esse método foi considerada baixa, com a maioria das pacientes não apresentando complicações significativas (Dobó et al., 2023). Apesar das vantagens da laparoscopia, algumas cirurgias ainda podem demandar a laparotomia devido à complexidade do caso, necessidade de visualização e acesso direto à cavidade abdominal (Boileau et al., 2012; Dobó et al., 2023).

Além desses métodos citados, diferentes técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas, dentre as quais se destacam nos estudos a shaving ou raspagem retal, a ressecção discoide e a ressecção intestinal segmentar. A seleção da técnica deve considerar tanto a experiência do cirurgião, quanto as características da lesão, como a profundidade, a circunferência da infiltração na parede intestinal, o número de lesões e a distância em relação à margem anal (Habib et al., 2020).

Alguns autores consideram a realização de abordagens conservadoras, como o shaving ou a guiada por sintomas, antes de optar pela ressecção, uma vez que os dados estatísticos não evidenciaram superioridade entre as técnicas, além do fato de o procedimento cirúrgico radical estar associado a maiores taxas de complicações intra e pós-operatórias (Roman et al., 2016; Bourdel et al., 2018). Somado a isso, as técnicas cirúrgicas conservadoras também demonstraram melhor preservação da função sexual e mitigaram complicações psicológicas em comparação às mais invasivas (Roman et al., 2016). Entretanto, como mencionado, os autores são claros ao destacar que, quando bem indicada, a ressecção intestinal apresenta desfechos favoráveis em termos de QV (Meuleman et al., 2011; English et al, 2014; Roman H. et al., 2018; Dubernard et al, 2006), comparáveis às dos pacientes que foram submetidos apenas a excisão (Ribeiro et al., 2014; Roman et al., 2018). Portanto, dada a complexidade do procedimento e os riscos e benefícios envolvidos, o planejamento cuidadoso e a experiência da equipe cirúrgica são essenciais para minimizar possíveis iatrogenias, especialmente em pacientes com histórico cirúrgico complexo

(De la Hera-Lazaro et al., 2016; Kent et al., 2016).

Paralelamente, diferentes taxas de recorrência da doença foram identificadas nos estudos, com algumas pacientes necessitando de reintervenção cirúrgica (Comptour et al., 2019; Araújo et al., 2014). Alguns dados constataram que a necessidade de reabordagem foi maior naquelas mulheres submetidas às técnicas conservadoras, como o shaving (Bourdel et al. 2018; Roman et al. 2016). Entretanto, a taxa de recorrência depende de inúmeras variáveis metodológicas dos próprios estudos, dentre elas, a amostra analisada e o tempo de acompanhamento. Alguns autores não evidenciaram, por exemplo, nenhuma necessidade de reintervenção ou desfechos desfavoráveis (Ianieri et al., 2024; Lyons et al., 2006).

Ao considerar a ressecção cirúrgica, espera-se que todas as lesões sejam removidas e que melhores resultados sejam obtidos com sua utilização. No entanto, a redução na realização de ressecções intestinais pode resultar em melhores desfechos funcionais para mulheres com endometriose retal, apoiando a adoção da abordagem conservadora ao invés dessa técnica radical (Roman et al., 2013). Convém ressaltar que, em um estudo comparativo entre mulheres submetidas ao tratamento médico e ao tratamento cirúrgico para endometriose intestinal, ainda que ambos os grupos tenham apresentado melhora na QV geral, nos sintomas intestinais e nas queixas de dor, as pacientes que optaram pela realização do tratamento médico reportaram maiores taxas de satisfação em relação às que optaram pelo tratamento cirúrgico (Vercellini et al., 2018). Essa conduta guiada por sintomas também é validada por outros trabalhos que apresentaram resultados comparáveis e, em alguns casos, superiores aos da abordagem cirúrgica, com melhores pontuações nas ferramentas de avaliação da QV e uma melhora mais pronunciada nos sintomas algícos (Roman et al., 2013).

Embora a abordagem cirúrgica apresente benefícios evidentes, é perceptível que condutas clínicas contínuas após a cirurgia, como o uso de hormônios, podem ser cruciais para a manutenção desses resultados, auxiliando na redução da recorrência da doença (Comptour et al., 2019). No que diz respeito às possíveis complicações da cirurgia, embora estas ocorram em uma pequena parcela de pacientes, as mais prevalentes foram fístulas retovaginais, vazamento e estenoses anastomóticas, hemoperitônio e infecções pós-operatórias, incluindo infecções do trato urinário e de sítio cirúrgico (Dubernard et al, 2006; Scheepers et al., 2022; Kent et al., 2016; Delbos et al., 2018; Bassi MA et al., 2011; Roman et al., 2010). A ocorrência desses agravos pode impactar a percepção dos resultados relacionados à QV (Touboul et al., 2015), apesar de os estudos evidenciarem que essas repercussões não tiveram impacto nos desfechos após um ano da cirurgia (Riiskjær et al., 2018), tornando necessária a continuidade do acompanhamento a longo prazo para que se tenha melhor percepção de tais resultados.

Alguns estudos indicam que a ostomia temporária pode reduzir a ocorrência de vazamento anastomótico, aumentando a proteção e segurança em cirurgias complexas, como a ressecção intestinal. Contudo, a presença de uma ostomia pode impactar negativamente a autoestima da mulher (Ledu et al., 2018). Apesar disso, os estudos não descreveram diferenças significativas na função intestinal, na melhora dos sintomas ou na QV entre as pacientes com ostomia temporária e aquelas que realizaram recanalização imediata após a ressecção (Raimondo et al., 2020).

Apesar dos dados relevantes obtidos a partir da análise dos estudos selecionados, é importante considerar suas possíveis limitações e a influência que elas podem exercer sobre os resultados. Sob essa perspectiva, a amostra analisada, a duração do acompanhamento após o procedimento e o tipo de estudo precisam ser avaliados, visto que, de acordo com a interpretação dos resultados, esses são os principais limitadores mencionados pelos estudos.

Nesse aspecto, a maior parte dos estudos analisados traz como limitação o pequeno número da amostra, sendo a maioria deles realizada em populações inferiores a 100 participantes. Esse fato pode ser justificado pelo número de mulheres com endometriose intestinal que necessitam de ressecção intestinal ser relativamente baixo (Vlek et al., 2017). Este fato gera uma redução na capacidade dos estudos evidenciarem diferenças estatisticamente significativas, além de impossibilitar a generalização dos resultados obtidos.

Além disso, como alguns estudos adotam a análise retrospectiva como metodologia, a obtenção de dados anteriores ao procedimento pode ser inviável, impossibilitando a aplicação dos instrumentos de QV antes e sua comparação com as respostas após a cirurgia. Esse tipo de método pode também implicar no viés de memorização ao responder os questionários ou relatar experiências particulares, tendo em vista o tempo decorrido entre o procedimento e a avaliação (Scheepers et al., 2022). Ademais, devido ao delineamento retrospectivo, outra limitação refere-se à dificuldade de localização e o contato com essas pacientes para inclusão no estudo com consequente barreira na aplicação dos instrumentos de avaliação (Meuleman et al., 2011).

Ainda, a redução na taxa de seguimento pode ocorrer devido a pacientes que optaram por não continuar no estudo ou que alteraram de endereço ou número de telefone. Nesse sentido, esse aspecto é significativo e deve ser levado em consideração, uma vez que pode influenciar a generalização dos resultados obtidos, sobretudo se as pacientes desistentes apresentarem características ou respostas discrepantes das demais (Comptour et al., 2019).

Alguns estudos, por considerarem apenas mulheres com endometriose intestinal ou por incluírem mulheres previamente submetidas a tratamentos cirúrgicos, podem apresentar um viés de análise e uma maior predisposição à ocorrência de complicações durante ou após a realização do tratamento cirúrgico (Dubernard et al., 2008). Outro fator importante a ser mencionado é o curto tempo de acompanhamento pós-operatório, o que impede a observação das taxas de recidiva e sintomas a longo prazo, além de não avaliar o impacto contínuo na qualidade de vida das pacientes (Ianieri et al., 2024).

Em alguns ensaios clínicos, foi constatada a falta de randomização das pacientes, condição que pode representar uma potencial limitação, haja vista a possibilidade de afetar a objetividade das pesquisas e aumentar a influência de variáveis externas nos resultados obtidos.

## 5. Conclusão

Conclui-se que, embora a ressecção intestinal possa oferecer melhorias significativas na QV de mulheres com endometriose intestinal, a decisão pela realização desse procedimento deve ser cuidadosamente compartilhada com a paciente. É essencial fornecer informações claras e detalhadas sobre o procedimento e suas potenciais complicações, assegurando que a paciente compreenda plenamente as opções disponíveis. Quando possível, é recomendável que as pacientes sejam informadas sobre alternativas de tratamento, como terapias medicamentosas e técnicas cirúrgicas conservadoras, uma vez que estas demonstram benefícios semelhantes à ressecção em diversos casos.

Espera-se que futuras diretrizes recomendem a ressecção apenas quando tratamentos conservadores se mostrarem inadequados ou insuficientes. Nesses casos, uma abordagem multiprofissional, envolvendo especialistas de diferentes áreas, pode maximizar a segurança e o bem-estar da paciente. Adicionalmente, sugere-se a necessidade de estudos com acompanhamento prolongado e ensaios clínicos com randomização e amostras maiores de mulheres com endometriose intestinal, submetidas a diferentes modalidades terapêuticas. Tais estudos são fundamentais para validar os achados atuais em contextos mais amplos e fornecer evidências robustas para o manejo dessa condição.

Por fim, o aprimoramento das técnicas cirúrgicas deve ser incentivado para aumentar as pontuações nos domínios de vitalidade, saúde mental, saúde geral e preocupações com concepção, pois esses parâmetros mostraram uma resposta inferior em relação aos demais itens de QV.

## Referências

Bailly, E., Margulies, A. L., Lethotic, A., Fraieu-Louër, B., Renouvel, F., & Panel, P. (2013). Évolution des symptômes et de la qualité de vie des patientes après chirurgie de l'endométriose digestive. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 41(11), 627-634. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2013.09.010>

- Bassi, M. A., Podgaec, S., Dias, J. A. Jr., D'Amico Filho, N., Petta, C. A., & Abrao, M. S. (2011). Quality of life after segmental resection of the rectosigmoid by laparoscopy in patients with deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 18(6), 730-733. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2011.07.014>
- Boileau, L., Laporte, S., Bourgaux, J. F., Rouanet, J. P., Filleron, T., Mares, P., & De Tayrac, R. (2012). Résections rectosigmoïdiennes cœlioscopiques pour endométriose digestive: résultats chirurgicaux et fonctionnels. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(2), 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.06.018>
- Bourdel, N., Comptour, A., Bouchet, P., Gremeau, A. S., Pouly, J. L., Slim, K., Pereira, B., & Canis, M. (2018). Long-term evaluation of painful symptoms and fertility after surgery for large rectovaginal endometriosis nodule: A retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(2), 158-167. <https://doi.org/10.1111/aogs.13260>
- Chapron, C., Lang, J. H., Leng, J. H., Zhou, Y., Zhang, X., Xue, M., Popov, A., Romanov, V., Maisonobe, P., & Cabri, P. (2016). Factors and regional differences associated with endometriosis: A multicountry, case-control study. *Advances in Therapy*, 33(8), 1385-1407. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0364-1>
- Comptour, A., Chauvet, P., Canis, M., Grémeau, A. S., Pouly, J. L., Rabischong, B., Pereira, B., & Bourdel, N. (2019). Patient quality of life and symptoms after surgical treatment for endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 26(4), 717-726. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.08.005>
- Darai, E., Ballester, M., Chereau, E., Coutant, C., Rouzier, R., & Wafo, E. (2010). Laparoscopic versus laparotomic radical en bloc hysterectomy and colorectal resection for endometriosis. *Surgical Endoscopy*, 24(12), 3060-3067. <https://doi.org/10.1007/s00464-010-1089-8>
- Darai, E., Dubernard, G., Coutant, C., Frey, C., Rouzier, R., & Ballester, M. (2010). Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. *Annals of Surgery*, 251(6), 1018-1023. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181d9691d>
- De la Hera-Lazaro, C. M., Muñoz-González, J. L., Perez, R. O., Vellido-Cotelo, R., Díez-Álvarez, A., Muñoz-Hernando, L., Alvarez-Conejo, C., & Jiménez-López, J. S. (2016). Radical surgery for endometriosis: analysis of quality of life and surgical procedure. *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 9, 7-11. <https://doi.org/10.4137/CMWH.S38170>
- Delbos, L., Bouet, P. E., Catala, L., Lefebvre, C., Teyssedou, C., Descamps, P., & Legendre, G. (2018). Surgery using plasma energy for deep endometriosis: a quality of life assessment. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 47(8), 359-364. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.04.005>
- Della Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., La Rosa, V. L., Ragusa, R., Fichera, M., Commodari, E., Bifulco, G., & Giampaolino, P. (2020). The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>
- Dobó, N., Márki, G., Hudelist, G., Csibi, N., Brubel, R., Ács, N., Bokor, A. L. (2023). Laparoscopic natural orifice specimen extraction colectomy versus conventional laparoscopic colorectal resection in patients with rectal endometriosis: a randomized, controlled trial. *International Journal of Surgery*, 109(12), 4018-4026. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000728>
- Dubernard, G., Picketty, M., Rouzier, R., Houry, S., Bazot, M., & Darai, E. (2006). Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Human Reproduction*, 21(5), 1243-1247. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei491>
- Dubernard, G., Rouzier, R., David-Montefiore, E., Bazot, M., & Darai, E. (2008). Use of the SF-36 questionnaire to predict quality-of-life improvement after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Human Reproduction*, 23(4), 846-851. <https://doi.org/10.1093/humrep/den026>
- English, J., Sajid, M. S., Lo, J., Hudelist, G., Baig, M. K., & Miles, W. A. (2014). Limited segmental rectal resection in the treatment of deeply infiltrating rectal endometriosis: 10 years' experience from a tertiary referral unit. *Gastroenterology Report*, 2(4), 288-294. <https://doi.org/10.1093/gastro/gou055>
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). (2021). Endometriose. São Paulo: FEBRASGO. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Endometriose-2021.pdf>
- Ferreira, L. L. L. (2021). *Meu Manual para elaborar revisões integrativas: Um guia de como construir uma Revisão Integrativa*. Kindle.
- Ford, J., English, J., Miles, W. A., & Giannopoulos, T. (2004). Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(4), 353-356. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00093.x>
- Garavaglia, E., Inversetti, A., Ferrari, S., De Nardi, P., & Candiani, M. (2018). Are symptoms after a colorectal segmental resection in deep endometriosis really improved? The point of view of women before and after surgery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(4), 248-251. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1445221>
- Habib, N., Centini, G., Lazzeri, L., Amoroso, N., El Khoury, L., Zupi, E., & Afors, K. (2020). Bowel endometriosis: Current perspectives on diagnosis and treatment. *International Journal of Women's Health*, 12, 35-47. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S190326>
- Hernández, A., Muñoz, E., Ramiro-Cortijo, D., Spagnolo, E., Lopez, A., Sanz, A., Redondo, C., Salas, P., & Cristobal, I. (2022). Quality of life in women after deep endometriosis surgery: Comparison with Spanish standardized values. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6192. <https://doi.org/10.3390/jcm11206192>
- Hudelist, G., Pashkunova, D., Darici, E., Rath, A., Mitrowitz, J., Dauser, B., Senft, B., & Bokor, A. (2023). Pain, gastrointestinal function, and fertility outcomes of modified nerve-vessel sparing segmental and full thickness discoid resection for deep colorectal endometriosis: A prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(10), 1347-1358. <https://doi.org/10.1111/aogs.14676>
- Ianieri, M. M., De Cicco Nardone, A., Benvenga, G., Greco, P., Pafundi, P. C., Alesi, M. V., Campolo, F., Lodoli, C., Abatini, C., Attalla El Halabieh, M., Pacelli, F., Scambia, G., & Santullo, F. (2024). Vascular- and nerve-sparing bowel resection for deep endometriosis: A retrospective single-center study. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 164(1), 277-285. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15019>

- Ianieri, M. M., De Cicco Nardone, A., Greco, P., Carcagni, A., Campolo, F., Pacelli, F., Scambia, G., & Santullo, F. (2024). Totally intracorporeal colorectal anastomosis (TICA) versus classical mini-laparotomy for specimen extraction after segmental bowel resection for deep endometriosis: A single-center experience. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2697-2707. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07412-6>
- Kent, A., Shakir, F., Rockall, T., Haines, P., Pearson, C., Rae-Mitchell, W., & Jan, H. (2016). Laparoscopic surgery for severe rectovaginal endometriosis compromising the bowel: A prospective cohort study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(4), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.12.006>
- Kössi, J., Setälä, M., Mäkinen, J., Härkki, P., & Luostarinen, M. (2013). Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Disease*, 15(1), 102-108. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2012.03111.x>
- Ledu, N., Rubod, C., Piessen, G., Roman, H., & Collinet, P. (2018). Management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: Is a systematic temporary stoma relevant? *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 47(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.10.005>
- Lyons, S. D., Chew, S. S., Thomson, A. J., Lenart, M., Camaris, C., Vancaillie, T. G., & Abbott, J. A. (2006). Clinical and quality-of-life outcomes after fertility-sparing laparoscopic surgery with bowel resection for severe endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 13(5), 436-441. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.05.009>
- Mabrouk, M., Montanari, G., Guerrini, M., Villa, G., Solfrini, S., Vicenzi, C., Mignemi, G., Zannoni, L., Frasca, C., Di Donato, N., Facchini, C., Del Forno, S., Geraci, E., Ferrini, G., Raimondo, D., & Alvisi, S. (2011). Does laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 98. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-98>
- Garavaglia, E., Inversetti, A., Ferrari, S., De Nardi, P., & Candiani, M. (2018). Are symptoms after a colorectal segmental resection in deep endometriosis really improved? The point of view of women before and after surgery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(4), 248-251. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1445221>
- Habib, N., Centini, G., Lazzeri, L., Amoroso, N., El Khoury, L., Zupi, E., & Afors, K. B. (2020). Bowel endometriosis: Current perspectives on diagnosis and treatment. *International Journal of Women's Health*, 12, 35-47. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S190326>
- Hernández, A., Muñoz, E., Ramiro-Cortijo, D., Spagnolo, E., Lopez, A., Sanz, A., Redondo, C., Salas, P., Cristobal, I. (2022). Quality of life in women after deep endometriosis surgery: Comparison with Spanish standardized values. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6192. <https://doi.org/10.3390/jcm11206192>
- Hudelist, G., Pashkunova, D., Darici, E., Rath, A., Mitrowitz, J., Dauser, B., Senft, B., & Bokor, A. (2023). Pain, gastrointestinal function and fertility outcomes of modified nerve-vessel sparing segmental and full thickness discoid resection for deep colorectal endometriosis: A prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 102(10), 1347-1358. <https://doi.org/10.1111/aogs.14676>
- Ianieri, M. M., De Cicco Nardone, A., Benvenuti, G., Greco, P., Pafundi, P. C., Alesi, M. V., Campolo, F., Lodol, C., Abatini, C., Attalla El Halabieh, M., Pacelli, F., Scambia, G., & Santullo, F. (2024). Vascular- and nerve-sparing bowel resection for deep endometriosis: A retrospective single-center study. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 164(1), 277-285. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15019>
- Ianieri, M. M., De Cicco Nardone, A., Greco, P., Carcagni, A., Campolo, F., Pacelli, F., Scambia, G., & Santullo, F. (2024). Totally intracorporeal colorectal anastomosis (TICA) versus classical mini-laparotomy for specimen extraction, after segmental bowel resection for deep endometriosis: A single-center experience. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(6), 2697-2707. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07412-6>
- Kent, A., Shakir, F., Rockall, T., Haines, P., Pearson, C., Rae-Mitchell, W., & Jan, H. L. (2016). Laparoscopic surgery for severe rectovaginal endometriosis compromising the bowel: A prospective cohort study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(4), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.12.006>
- Kössi, J., Setälä, M., Mäkinen, J., Härki, P., & Luostarinen, M. (2013). Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Disease*, 15(1), 102-108. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2012.03111.x>
- Ledu, N., Rubod, C., Piessen, G., Roman, H., & Collinet, P. (2018). Management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: Is a systematic temporary stoma relevant? *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 47(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.10.005>
- Lyons, S. D., Chew, S. S., Thomson, A. J., Lenart, M., Camaris, C., Vancaillie, T. G., & Abbott, J. A. (2006). Clinical and quality-of-life outcomes after fertility-sparing laparoscopic surgery with bowel resection for severe endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 13(5), 436-441. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.05.009>
- Mabrouk, M., Spagnolo, E., Raimondo, D., D'Errico, A., Caprara, G., Malvi, D., Catena, F., Ferrini, G., Paradisi, R., & Seracchioli, R. (2012). Segmental bowel resection for colorectal endometriosis: Is there a correlation between histological pattern and clinical outcomes? *Human Reproduction*, 27(5), 1314-1319. <https://doi.org/10.1093/humrep/des048>
- Martínez-Zamora, M. A., Coloma, J. L., Gracia, M., Rius, M., Castelo-Branco, C., & Carmona, F. (2021). Long-term follow-up of sexual quality of life after laparoscopic surgery in patients with deep infiltrating endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 28(11), 1912-1919. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2021.04.023>
- Mehedintu, C., Frincu, F., Brinduse, L. A., Carp-Velisc, A., Bratila, E., Hennettier, C., & Roman, H. (2021). Postoperative assessment of the quality of life in patients with colorectal endometriosis. *Journal of Clinical Medicine*, 10(21), 5211. <https://doi.org/10.3390/jcm10215211>
- Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hoore, A., Buyens, A., Van Cleynenbreugel, B., Fieuws, S., Penninckx, F., Vergote, I., & D'Hooghe, T. (2011). Clinical outcome after CO<sub>2</sub> laser laparoscopic radical excision of endometriosis with colorectal wall invasion combined with laparoscopic segmental bowel resection and reanastomosis. *Human Reproduction*, 26(9), 2336-2343. <https://doi.org/10.1093/humrep/der231>
- Meuleman, C., Tomassetti, C., Wolthuis, A., Van Cleynenbreugel, B., Laenen, A., Penninckx, F., Vergote, I., D'Hoore, A., & D'Hooghe, T. (2014). Clinical outcome after radical excision of moderate-severe endometriosis with or without bowel resection and reanastomosis: A prospective cohort study. *Annals of Surgery*, 259(3), 522-531. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31828dfc5c>
- Moawad, N. S., Guido, R., Ramanathan, R., Mansuria, S., & Lee, T. (2011). Comparison of laparoscopic anterior discoid resection and laparoscopic low anterior resection of deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. *JSLs*, 15(3), 331-338. <https://doi.org/10.4293/108680811X13125733356431>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nogueira Neto, J., Melo, V. G., Lima, L. C. S., Costa, M. V. L. R., Silva, L. C., Gomes, L. M. R. S., Freire, G. I. M., Leal, P. D. C., Oliveira, C. M. B., & Moura, E. C. R. (2023). Improved quality of life (EHP-30) in patients with endometriosis after surgical treatment. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(8), e20230316. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230316>
- Raimondo, D., Mattioli, G., Degli Esposti, E., Gregori, B., Del Forno, S., Mastronardi, M., Arena, A., Borgohese, G., Ambrosio, M., & Seracchioli, R. (2020). Impact of temporary protective ileostomy on intestinal function and quality of life after a 2-year follow-up in patients who underwent colorectal segmental resection for endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 27(6), 1324-1330. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.10.017>
- Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis: 1996. (1997). *Fertility and Sterility*, 67(5), 817-821. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)
- Ribeiro, P. A., Sekula, V. G., Abdalla-Ribeiro, H. S., Rodrigues, F. C., Aoki, T., & Aldrighi, J. M. (2014). Impact of laparoscopic colorectal segment resection on quality of life in women with deep endometriosis: One year follow-up. *Quality of Life Research*, 23(2), 639-643. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0481-y>
- Riiskjær, M., Forman, A., Kesmodel, U. S., Andersen, L. M., Ljungmann, K., & Seyer-Hansen, M. (2018). Pelvic pain and quality of life before and after laparoscopic bowel resection for rectosigmoid endometriosis: A prospective, observational study. *Diseases of the Colon and Rectum*, 61(2), 221-229. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000970>
- Roman, H., Bubenheim, M., Huet, E., Bridoux, V., Zacharopoulou, C., Collinet, P., Daraï, E., & Tuech, J. J. (2019). Baseline severe constipation negatively impacts functional outcomes of surgery for deep endometriosis infiltrating the rectum: Results of the ENDORE randomized trial. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(8), 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.03.013>
- Roman, H., Bubenheim, M., Huet, E., Bridoux, V., Zacharopoulou, C., Daraï, E., Collinet, P., & Tuech, J. J. (2018). Conservative surgery versus colorectal resection in deep endometriosis infiltrating the rectum: A randomized trial. *Human Reproduction*, 33(1), 47-57. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex336>
- Roman, H., Darwish, B., Bridoux, V., Chati, R., Kermiche, S., Coget, J., Huet, E., & Tuech, J. J. (2017). Functional outcomes after disc excision in deep endometriosis of the rectum using transanal staplers: A series of 111 consecutive patients. *Fertility and Sterility*, 107(4), 977-986.e2. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.12.030>
- Roman, H., Milles, M., Vassilief, M., Resch, B., Tuech, J. J., Huet, E., Darwish, B., & Abo, C. (2016). Long-term functional outcomes following colorectal resection versus shaving for rectal endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 762.e1-762.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.06.055>
- Roman, H., Moatassim-Drissa, S., Marty, N., Milles, M., Vallée, A., Desnyder, E., Stochino Loi, E., & Abo, C. (2016). Rectal shaving for deep endometriosis infiltrating the rectum: A 5-year continuous retrospective series. *Fertility and Sterility*, 106(6), 1438-1445.e2. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.07.1097>
- Roman, H., Tuech, J. J., Huet, E., Bridoux, V., Khalil, H., Hennettier, C., Bubenheim, M., & Branduse, L. A. (2019). Excision versus colorectal resection in deep endometriosis infiltrating the rectum: 5-year follow-up of patients enrolled in a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 34(12), 2362-2371. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez217>
- Roman, H., Vassilief, M., Tuech, J. J., Huet, E., Savoye, G., Marpeau, L., & Puscasiu, L. (2013). Postoperative digestive function after radical versus conservative surgical philosophy for deep endometriosis infiltrating the rectum. *Fertility and Sterility*, 99(6), 1695-1704. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.01.131>
- Scheepers, W. F. W., Maas, J. W. M., & van de Kar, M. M. A. (2022). Bowel function and quality of life following surgery for deep endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(3), 334-339. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1952570>
- Silveira da Cunha Araújo, R., Abdalla Ayroza Ribeiro, H. S., Sekula, V. G., da Costa Porto, B. T., & Ayroza Galvão Ribeiro, P. A. (2014). Long-term outcomes on quality of life in women submitted to laparoscopic treatment for bowel endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 21(4), 682-688. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2014.02.005>
- Smolarz, B., Szyło, K., & Romanowicz, H. (2021). Endometriosis: Epidemiology, classification, pathogenesis, treatment, and genetics (Review of Literature). *International Journal of Molecular Sciences*, 22(19), 10554. <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>
- Souza, T. M., Dias da Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1 Pt 1):102-6. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Szypłowska, M., Tarkowski, R., & Kulak, K. (2023). The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1230303. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1230303>
- Touboul, C., Ballester, M., Dubernard, G., Zilberman, S., Thomin, A., & Daraï, E. (2015). Long-term symptoms, quality of life, and fertility after colorectal resection for endometriosis: Extended analysis of a randomized controlled trial comparing laparoscopically assisted to open surgery. *Surgical Endoscopy*, 29(7), 1879-1887. <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3880-4>
- Turco, L. C., Scaldaferrì, F., Chiatera, V., Cianci, S., Ercoli, A., Fagotti, A., ... & Scambia, G. (2020). Long-term evaluation of quality of life and gastrointestinal well-being after segmental colorectal resection for deep infiltrating endometriosis (ENDO-RESECT QoL). *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 217-228. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05382-8>
- Vercellini, P., Frattarulo, M. P., Rosati, R., Dridi, D., Roberto, A., Mosconi, P., ... & Somigliana, E. (2018). Medical treatment or surgery for colorectal endometriosis? Results of a shared decision-making approach. *Human Reproduction*, 33(2), 202-211. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex364>

Villa, N. A. C., Benetti-Pinto, C. L., & Yela, D. A. (2023). Does bowel function impact quality of life and sexual function in women with deep infiltrating endometriosis according to kind of treatment? *Arquivos de Gastroenterologia*, 60 (2), 257-263. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202302023-47>

Vlek, S. L., Lier, M. C. I., Koedam, T. W. A., Melgers, I., Dekker, J. J. M. L., Bonjer, J. H., ... & Tuynman, J. B. (2017). Transanal minimally invasive rectal resection for deep endometriosis: A promising technique. *Colorectal Disease*, 19(6), 576-581. <https://doi.org/10.1111/codi.13569>

Warring, S. K., Cope, A. G., Youssef, Y., Van Buren, W. M., Burnett, T. L., Langstraat, C. L., ... & Khan, Z. (2022). Excision of deep endometriosis of the rectosigmoid: Individualizing care to the presenting pathology. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 29(9), 1037. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2022.06.017>

Wolthuis, A. M., Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hooghe, T., De Buck van Overstraeten, A., & D'Hoore, A. (2014). Bowel endometriosis: Colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team. *World Journal of Gastroenterology*, 20(42), 15616-15623. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i42.15616>

Yin, W., Li, X., Liu, P., Li, Y., Liu, J., Yu, S., & Tai, S. (2023). Digestive system deep infiltrating endometriosis: What do we know. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 27(23), 3649-3661. <https://doi.org/10.1111/jcmm.17921>