

ARTIGO ORIGINAL

Endometriose profunda: achados clínicos e epidemiológicos de mulheres diagnosticadas segundo critérios do International Deep Endometriosis Analysis Group (IDEA)

Deep endometriosis: clinical and epidemiological findings of diagnosed women according to the criteria of the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group

Cicília Fraga Rocha Pontes^{a,b}, Luciana Pardini Chamié^{c,d}, Mauro Monteiro de Aguiar^e, Eduardo Just da Costa e Silva^f, Debora Farias Batista Leite^g, Simone Angélica Leite de Carvalho Silva^h, José Luiz Figueiredoⁱ

 Open access

^aPrograma de Pós-Graduação em cirurgia, Universidade Federal de Pernambuco/Pesquisa e Extensão EBSEH, Recife-PE, Brasil

^bMedere, Medicina Diagnóstica Especializada, Recife (PE) Brasil.

^cDepartamento de diagnóstico por imagem, Fleury Medicina e Saúde, São Paulo (SP), Brasil.

^dDepartamento de diagnóstico por imagem, Chamié Imagem da Mulher, São Paulo (SP), Brasil.

^eDepartamento de ginecologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE 50670-901, Brasil

^fDepartamento de Radiologia, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, 50070-550, Brasil - Departamento de Radiologia, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE 50670-901, Brasil.

^gÁrea Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

^hUniversidade de Pernambuco, UPE, Recife, PE, Brasil

ⁱDepartamento de Cirurgia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE 50670-901, Brasil

Autor correspondente
ciciliapontesradiologia@gmail.com

Manuscrito recebido: maio 2021

Manuscrito aceito: dezembro 2021

Versão online: junho 2022

Resumo

Introdução: endometriose ocorre quando o tecido semelhante ao endométrio acomete o peritônio, podendo infiltrar estruturas e órgãos como o intestino, o ureter, a bexiga ou a vagina e geralmente está acompanhado de processo inflamatório. Estima-se que a doença acometa 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva e mais de 50% das mulheres inférteis. Os dados clínicos e epidemiológicos das pacientes com endometriose profunda (EP) disponíveis na literatura são provenientes de estudos cujas mulheres foram selecionadas por cirurgia, portanto passíveis de vieses de seleção. A ultrassonografia pélvica endovaginal com preparo intestinal (USGTVP) tem valores de especificidade e sensibilidade elevados.

Objetivo: analisar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes portadoras de EP diagnosticadas através da USGTVP.

Método: estudo transversal, que analisou 227 pacientes com diagnóstico ultrassonográfico de endometriose profunda.

Resultados: infertilidade acometeu 43,8% das mulheres. Sintomas algícos considerados como moderado ou grave (escala visual analógica, EVA, ≥ 3) apresentaram respectivamente a seguinte prevalência e valores médios na escala de EVA: dismenorrea em 84,7% (6,9), disporeunia em 69,1%, (4,5) disquezia menstrual em 60,7% (4,3) e disúria menstrual em 35,7% das pacientes. Antecedente de múltiplas cirurgias ocorreu em 10,4 % e apenas 6,8 % das portadoras haviam realizado fisioterapia para assoalho pélvico.

Conclusão: a população portadora de EP apresentou alta prevalência de infertilidade e sintomas algícos, achados que refletem o impacto social na qualidade de vida e no planejamento familiar dessas mulheres. A alta frequência de antecedentes de múltiplas abordagens cirúrgicas e a baixa incidência de antecedente de realização de fisioterapia pélvica na população com EP, contrariando as recomendações de tratamento ideal atualmente já estabelecidas, sinalizam a dificuldade de acesso das portadoras a centros especializados.

Palavras-chave: endometriose, epidemiologia, ultrassonografia, dismenorrea, disporeunia, dor pélvica, infertilidade.

Suggested citation: Pontes CFR, Chamié LP, Aguiar M, Silva EJC, Leite DFB, de Carvalho Silva SAL, Figueiredo JL. Deep endometriosis: clinical and epidemiological findings of diagnosed women according to the criteria of the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(2):223-231. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13312>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

O estudo foi realizado para caracterização da população com endometriose profunda (EP), uma doença de alta prevalência e de impacto social e econômico importante em todo o mundo. Os estudos que caracterizam a população com EP foram extraídos de mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos (laparoscopia ou laparotomia). Caracterizar uma população com EP com critérios de ultrassonografia bem estabelecidos possibilita conhecer mulheres afetadas e que não necessitaram de cirurgias. Conhecer as características das portadoras de endometriose profunda poderá colaborar para construção de estratégias de organização de rede especializada na saúde pública e, assim, otimizar os recursos financeiros. Além disso, poderá gerar informações que possam contribuir para alertar os profissionais da área de saúde que tratam pacientes com endometriose profunda.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Coletamos dados de mulheres com endometriose profunda diagnosticadas por ultrassonografia cuja técnica seguiu o protocolo internacional mais atualizado (IDEA Group, 2016) para aumentar a especificidade da seleção da amostra estudada. Encontramos alta prevalência de sintomas algícos e infertilidade. O estudo revelou antecedente cirurgia prévia para tratamento de endometriose em 29,5 % das pacientes. Antecedente de múltiplas abordagens (2 ou mais) em 10,7% das pacientes. Apenas 6,8% das portadoras de endometriose profunda haviam realizado fisioterapia para assoalho pélvico.

O que essas descobertas significam?

A alta prevalência de pacientes com múltiplas abordagens cirúrgicas e a baixa prevalência de antecedente de fisioterapia pélvica (em contraste com a alta prevalência de sintomas algícos) sinaliza falha na abordagem terapêutica inicial atualmente recomendada, traduzindo a necessidade de conscientização dos profissionais da área e incentivo à organização de centros de referência. Alguns dados revelam o impacto social da EP e servem de alerta para o efeito negativo que a doença pode causar na vida reprodutiva das portadoras de EP, reforçando a importância do cuidado multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

A endometriose é definida pela presença de epitélio e/ou estroma semelhante ao endométrio, fora do útero, geralmente associado a processo inflamatório, podendo infiltrar órgãos como o intestino, a vagina e a bexiga¹. É uma doença crônica, progressiva e complexa, acometendo cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva e mais de 50% das pacientes inférteis^{2,3}.

As mulheres, no clássico quadro clínico de endometriose profunda (EP), podem apresentar dismenorrea progressiva, disquezia menstrual, disúria menstrual, dispareunia, dor pélvica crônica, infertilidade, dentre outros sintomas urinários e gastrointestinais^{4,5}. Porém o diagnóstico clínico é desafiador, pois além de algumas mulheres serem assintomáticas, a endometriose profunda também pode apresentar sintomas inespecíficos^{4,6}.

A EP deve ser considerada um problema de saúde pública, pois os sintomas levam à perda da produtividade do trabalho, causando um grande ônus econômico, com custos semelhantes a outras doenças crônicas para tratar os problemas algícos e de infertilidade. Além disso, a EP também prejudica a qualidade de vida das pacientes com consequências negativas na função sexual e relacionamentos pessoais^{6,7}.

Apesar da evolução no diagnóstico, que atualmente pode ser feito com alta acurácia pela ultrassonografia transvaginal^{8,9}, cuja técnica pode ser otimizada quando realizada após preparo intestinal¹⁰⁻¹², o conhecimento acerca das características clínicas e epidemiológicas das mulheres que convivem com EP são provenientes de estudos cuja amostra foi selecionada em mulheres diagnosticadas durante um procedimento cirúrgico¹³⁻¹⁸, sendo, portanto, passível de vieses de seleção.

Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar características epidemiológicas e clínicas de mulheres que convivem com endometriose profunda diagnosticadas de forma não invasiva, por ultrassonografia transvaginal.

MÉTODO

Desenho do estudo e participantes

Este foi um estudo de transversal, desenvolvido em Recife, Pernambuco, Brasil, entre maio de 2019 e maio de 2021, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 4.883.90).

Foram elegíveis as mulheres com suspeita de endometriose e que realizaram ultrassonografia transvaginal após preparo intestinal (USTVP) para pesquisa de EP em um serviço público universitário e duas clínicas privadas da cidade do Recife. Elas foram consecutivamente convidadas por conveniência antes da realização do procedimento por um assistente do pesquisador. Os critérios de inclusão foram pacientes que realizaram ultrassonografia transvaginal com protocolo de preparo intestinal completo e responderam ao questionário clínico. Os critérios de exclusão foram: história ou suspeita de neoplasia pélvica e cujo resultado do exame ultrassonográfico foi negativo, ou seja, sem critérios específicos para endometriose profunda. Apenas mulheres com endometriose profunda diagnosticadas por ultrassom transvaginal permaneceram na amostra final.

Procedimentos

As participantes elegíveis preencheram um questionário sobre aspectos clínicos e epidemiológicos construídos para esta pesquisa. O instrumento abordou queixas algícas com base na escala visual analógica de dor (EVA) internacional^{19,20}, numerada de 0 a 10 (como dor geral no período menstrual, dismenorrea, dispareunia, disúria menstrual e disquezia mensural), história clínica (tempo dos sintomas, tempo até o diagnóstico), antecedentes obstétricos e cirúrgicos, bem como história de medicação passada e atual. Em relação aos sintomas algícos, as mulheres foram orientadas a considerar a sintomatologia previamente ao uso de bloqueio hormonal, caso estivessem fazendo uso de tratamento clínico no momento do exame.

Cada exame foi realizado e interpretado em tempo real pela mesma radiologista (C.P), que tem experiência em ultrassonografia ginecológica há nove anos e em pesquisa de endometriose há cinco anos (no início do estudo). Os exames foram realizados com uma sonda de 5-9 MHz (Logic E9 e Voluson E8, GE Healthcare®, Milwaukee, WIS).

As participantes utilizaram duas doses de laxativo oral na véspera do exame (Bisacodil, às 8h00 e 14h00), dieta com poucos resíduos por 24 horas antes do teste e um enema retal uma hora antes²¹.

Todos os participantes foram avaliados de acordo com o protocolo do International Deep Endometriosis Analysis Group, IDEA GROUP²².

Análise estatística

Os dados foram digitados numa planilha do Excel 2010 e foram transferidos para o software SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para análise estatística. As variáveis foram representadas pelas medidas de tendência central e de dispersão adequadas.

RESULTADOS

Neste estudo, recrutamos 398 mulheres. Destas, 171 foram excluídas (figura 1). Nossa amostra final foi composta por 227 mulheres com endometriose profunda.

As características clínicas e epidemiológicas quantitativas foram resumidas na tabela 1.

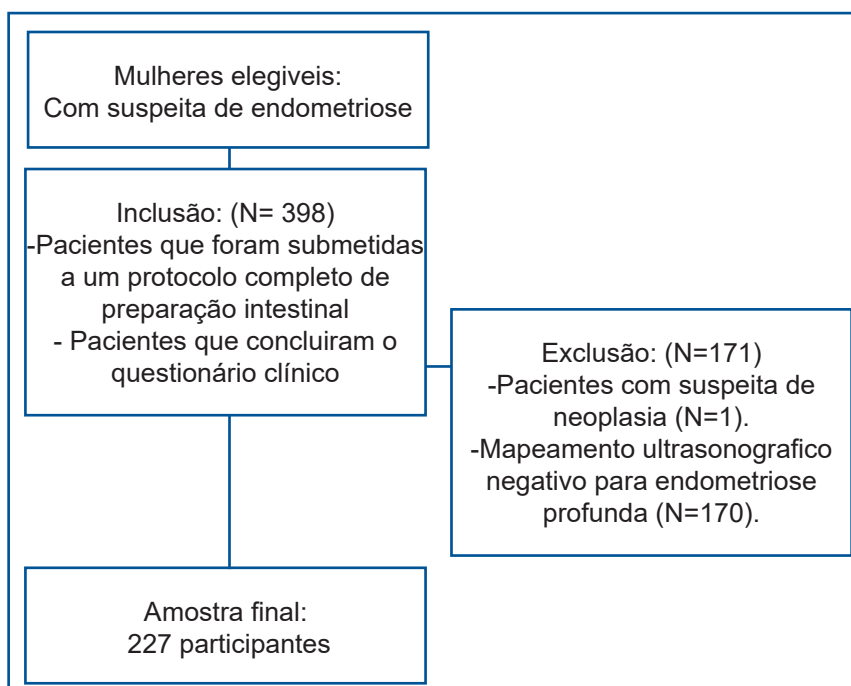


Figura 1: Composição da amostra de mulheres com EP (n=227)

Tabela 1: Caracterização das variáveis quantitativas das mulheres com EP (n=227)

Variáveis	Média ± DP	Mediana - (Q1; Q3)	Mínimo - Máximo
Idade	35,8 ± 6,3	36,0 (31,0; 40,0)	17,0 – 50,0
Tempo de doença (anos)	7,7 ± 7,1	5,0 (2,0; 11,5)	0,0 – 30,0
Tempo para o diagnóstico (anos)	4,5 ± 5,4	2,0 (1,0; 6,0)	0,0 – 30,0
Escala de EVA:			
Nível de dor geral no período menstrual*	7,1 ± 3,1	8,0 (6,0; 10,0)	0,0 – 10,0
Dismenorréia*	6,9 ± 3,3	8,0 (5,0; 10,0)	0,0 – 10,0
Dispareunia*	4,5 ± 3,4	5,0 (2,0; 8,0)	0,0 – 10,0
Disquezia menstrual*	4,3 ± 3,7	4,0 (0,0; 8,0)	0,0 – 10,0
Disúria menstrual*	2,4 ± 3,1	0,0 (0,0; 5,0)	0,0 – 10,0

*Dados numéricos da escala de Eva. Fonte: Autor, 2021. Os números em negrito indicam a medida de tendência central utilizada.

A idade média foi de 35,8 anos (80% das pacientes apresentavam mais de 30 anos no momento do exame). A mediana dos tempos de doença e de atraso para o diagnóstico foram respectivamente de cinco e dois anos.

O nível médio de Dor Geral no período menstrual pela escala de EVA foi de 7,1. Os sintomas algícos obtiveram as seguintes pontuações médias: 6,9 para dismenorreia;

4,3 para disquezia menstrual, 4,5 para disporeunia. A disúria menstrual não apresentou distribuição linear.

Os sintomas algícos considerados como moderado ou grave apresentaram a seguinte prevalência decrescente: dismenorreia em 84,7%, disporeunia em 69,1%, disquezia menstrual em 60,7% e disúria menstrual em 35,7% das pacientes.

Tabela 2: Caracterização das variáveis qualitativas das mulheres com EP (n=227)

Variáveis	n	% (dados válidos)
Local de realização da ultrassonografia		
Hospital público	19	8,4
Clínicas privadas	208	91,6
Cirurgias anteriores para endometriose^a		
0	158	70,5
1	42	18,8
2	17	7,6
3	5	2,2
4	2	0,9
Tratamento medicamentoso prévio^b		
Sim	136	60,2
Não	90	39,8
Tratamento medicamentoso no momento do exame^c		
Sim	89	61,0
Não	57	39,0
Fisioterapia pélvica^d		
Sim	15	6,8
Não	205	93,2
Número de gestações anteriores^e		
0	111	49,3
1	71	31,6
2 ou mais	43	19,2
Desejo de gestar^f		
Sim	141	62,4
Não	85	37,6
Abortamento^g		
0	182	83,1
1	27	12,3
2 ou mais	10	4,6
Antecedente de doença inflamatória pélvica^h		
Sim	10	12,3
Não	71	87,7
Qualidade de vida		
Boa	97	42,7
Regular	102	44,9
Ruim	28	12,3
Infertilidadeⁱ		
Sim	99	43,8
Não	127	56,2
Intensidade da dor geral no período menstrual^j		

Continuação - Tabela 2: Caracterização das variáveis qualitativas das mulheres com EP (n=227)

Variáveis	n	% (dados válidos)
Leve ou ausente	27	11,9
Moderada	65	28,8
Grave	134	59,3
Dismenorreia^k		
Leve ou ausente	34	15,2
Moderada	58	58,7
Grave	131	26,0
Dispareunia^l		
Leve ou ausente	69	30,9
Moderada	84	37,7
Grave	70	31,4
Disquezia menstrual^m		
Leve ou ausente	88	39,3
Moderada	75	33,5
Grave	61	27,2
Disúria menstrual		
Leve ou ausente	146	64,3
Moderada	59	26,0
Grave	22	9,7

Fonte: Autor, 2021. **nota:** dados perdidos: ^a 3, ^b 1, ^c 81, ^d 7, ^e 2, ^f 1, ^g 8, ^h 146, ⁱ 1, ^j 1, ^k 4, ^l 4, ^m 4, ⁿ 3.

As características qualitativas foram resumidas na tabela 2.

Em relação aos antecedentes de tratamento, 29,5% das pacientes já haviam realizado tratamento cirúrgico para endometriose, sendo que dentre estas, 10,7% (24 das 224) apresentavam história de 2 ou mais cirurgias para EP. Tratamento medicamentoso com anticoncepcional oral ou bloqueio estrogênico já havia sido realizado em 60,2% das pacientes e 61% estavam usando no momento do exame. Em relação à fisioterapia prévia para alívio dos sintomas, apenas 6,8% pacientes haviam realizado.

Sobre os antecedentes clínico-obstétricos, 49,3% das pacientes não tinham filhos, 63,6% apresentavam desejo de gestar, 4,6% apresentavam história de abortamento de repetição (2 ou mais abortos prévios) e 12,3% apresentavam antecedente de doença inflamatória pélvica.

Em relação à qualidade de vida, 44,9% classificaram como regular, 42,7% como boa e 12,3% como ruim. A respeito dos sintomas clássicos, a infertilidade ocorreu em 43,8% das mulheres e os sintomas algícos foram subclassificados em ausente (EVA 0), leve (EVA 1,2), moderado (EVA 3,4,5,6, 7) e grave (EVA 9 e 10).

Os sintomas algícos considerados como moderado ou grave apresentaram a seguinte prevalência decrescente: Dismenorreia (DM) em 84,7%, Dispareunia (DP) em 69,1%, Disquezia menstrual (DQm) em 60,7% e Disúria menstrual (DSm) em 35,7% das pacientes.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa demonstrou, numa população portadora de EP em cidade do nordeste do Brasil,

alta prevalência de infertilidade e sintomas algícos (principalmente dismenorreia, dispareunia e a disquezia menstrual), exibindo particularidades quando comparada a pesquisas realizadas em outros países^{10,15,18,23,24}.

A idade média das pacientes foi de 35,8 anos, semelhante a outros estudos²⁴⁻²⁶. Apesar de tipicamente a doença ser diagnosticada nessa faixa etária, provavelmente quando existem sintomas que causam repercussão ou essas pacientes vão em busca de investigação diagnóstica, muitos estudos já mostram que o início da EP é precoce, desde a adolescência²⁷.

A infertilidade ocorreu em 43,8% das pacientes deste estudo, número maior que o encontrado por Leonardi *et al.*²⁴ (20,9% em tal país), Bazot *et al.*²⁸ (22,85, em tal país), ou Morgan-Ortiz *et al.*²⁶ (26%, tal país). A maior prevalência de infertilidade deste estudo deve ser decorrente da seleção da nossa amostra. Nessa pesquisa, foram selecionadas pacientes ainda em busca de investigação diagnóstica (seja por dor, infertilidade ou achados alterados em exames de rotina). É esperado que nosso número seja maior quando comparado a tais pesquisas que estudaram exclusivamente pacientes operadas e possivelmente excluíram aquelas com infertilidade encaminhadas para terapia de reprodução assistida.

O tempo de atraso entre o início dos sintomas e o momento do diagnóstico deste estudo (2,0 anos) foi menor que o valor encontrado por pesquisadores europeus (que variou entre 4 e 10 anos)²⁹⁻³¹. Destaca-se que existe uma diferença de metodologia entre esse manuscrito e pesquisadores progressos, os quais avaliaram prontuários de pacientes em centros terciários ou entrevistaram

mulheres submetidas a laparoscopia. É esperado, portanto, um tempo naturalmente maior de demora na indicação de uma laparoscopia que na solicitação de uma USG, em virtude de caráter invasivo da primeira. Outra questão é o fato da maior parte da amostra desse estudo ter sido coletada em clínicas privadas (91,6%), cujo tempo de acesso a exame de investigação diagnóstica deve ser bem menor quando comparadas a pacientes do sistema público de saúde, como já demonstrado por Nnoaham em, 2011³¹.

Apesar disso, o fato de que 60,2% das pacientes já terem usado ACO ou bloqueio estrogênico nos faz acreditar que provavelmente, muitas pacientes desse estudo já apresentavam a doença assintomática e a percepção do início dos sintomas pode ter ocorrido quando as pacientes interromperam o uso do contraceptivo para tentar engravidar. Inclusive, já está bem estabelecido o conceito de que a história pregressa do uso de anticoncepcionais oral está associada a casos mais graves de endometriose, possivelmente mascarando os sintomas, porém sem impedir a progressão da doença nessas pacientes^{32,33}.

As pacientes desse estudo demonstraram sintomas algícos com pontuação média de 6,9 para dismenorréia e 4,3 para disquezia menstrual (outros pesquisadores encontraram valores que variaram entre 6.9 e 7.7 para a primeira e 6,6 para a última^{23,32,34}). Os valores um pouco maiores em estudos previamente publicados na literatura podem ser justificados por tais autores considerarem apenas pacientes com indicação cirúrgica, portanto potencialmente mais graves que as desta pesquisa.

A alta prevalência de sintomas algícos moderados ou graves (>85%) e infertilidade (43,8%) devem ser alguns dos motivos para 57,2% das pacientes incluídas no estudo considerarem a qualidade de vida como moderada ou ruim.

Em contrapartida, algumas pacientes com níveis de dor na escala de EVA moderados ou graves, porém responsivas ao tratamento clínico, justifiquem os quase 43% de pacientes que julgaram a qualidade de vida como boa. Estudos futuros (com questionários específicos e validados) que investiguem a correlação entre a intensidade da dor e o uso prolongado de contraceptivos, os quais poderiam interferir na percepção da qualidade de vida, podem ser úteis.

Nossos dados refletem dificuldades que as mulheres enfrentam em ter acesso a tratamento especializado. É importante destacar que 29,5% das pacientes com EP apresentavam de 1 a 4 cirurgias prévias para tratamento de endometriose^{16,23}, sendo que, dentre estas, 10,7% (24 das 224) apresentavam história de 2 ou mais cirurgias para EP, porém persistiam com achados ultrassonográficos compatíveis com doença. Uma vez que essas mulheres costumam ser atendidas por ginecologistas generalistas e ter indicação cirúrgica precoce, sem estadiamento prévio por método imagem adequado, há um prejuízo ao planejamento de equipe cirúrgica ideal e, portanto, aumento da taxa de doença residual. O conceito atual de boas práticas busca um menor número de abordagens, sendo ideal a cirurgia única e completa, como defendido por Chapron *et al*⁶.

Ainda sobre o tratamento da EP, apenas 6,6% das participantes deste estudo já haviam realizado fisioterapia

pélvica. O papel da fisioterapia pélvica na avaliação e no tratamento dos distúrbios musculares que envolvem o assoalho pélvico, com consequente melhora dos sintomas algícos e da qualidade de vida das portadoras de EP, já é bem estabelecido^{6,35}. Nossos achados servem de alerta e revelam como este método vem sendo pouco utilizado em Pernambuco.

A difusão do conhecimento entre ginecologistas generalistas sobre os novos conceitos de tratamento e métodos diagnósticos ideais, assim como a criação de centros de referência de endometriose como profissionais especialistas, são as possíveis estratégias de política pública com impacto positivo sobre a população afetada.

Alguns números desse estudo revelam o impacto social da EP e servem de alerta para o efeito negativo que a doença pode causar na vida reprodutiva das portadoras de EP: 80% das pacientes estudadas apresentavam mais de 30 anos de idade no momento do diagnóstico, 62,4% apresentavam desejo de gestar, 43,8% já preenchiam critérios de infertilidade e 69,1% queixavam-se de dispareunia profunda (moderada e grave). Esses dados, em conjunto, reforçam a importância do cuidado multidisciplinar, de um olhar mais amplo sobre essas pacientes e seus cônjuges, os quais precisam gerenciar muitas questões decorrentes dos impactos emocionais e financeiros associados à infertilidade^{6,7}.

Entretanto, algumas limitações desse estudo devem ser consideradas. Primeiramente, a amostra é passível de viés de seleção (uma vez que as mulheres foram selecionadas em centros especializados). Em contrapartida, destaca-se que nossa análise é menos susceptível aos vieses de seleção apresentados pela maioria dos pesquisadores progressos cujas amostras foram selecionadas por indicação de tratamento cirúrgico, afastando mais ainda os dados encontrados da população geral^{7,32}.

Outro fator a ser considerado é que os questionários clínicos foram respondidos pelas próprias participantes, as quais podem ter apresentado dificuldade de interpretação dos termos utilizados. Reiteramos que o instrumento de pesquisa foi construído com linguagem para leigos e, assim, acreditamos termos reduzido o viés da interferência do entrevistador.

Em contrapartida, o nosso principal ponto forte é que a amostra selecionada foi proveniente de pacientes que obtiveram o diagnóstico em centros de referência, por método não invasivo, seguindo critérios internacionais, o que tornou baixa a chance de falso positivo (IDEA, 2016).

■ CONCLUSÃO

A população portadora de EP apresentou alta pra população portadora de EP apresentou alta prevalência de infertilidade e sintomas algícos (principalmente dismenorreia, dispareunia e a disquezia menstrual), achados que refletem o impacto social na qualidade de vida e no planejamento familiar dessas mulheres. A alta frequência de antecedentes de múltiplas abordagens cirúrgicas e a baixa incidência de antecedente de fisioterapia pélvica na população com EP, contrariando as recomendações de tratamento ideal, sinalizam a dificuldade de acesso das portadoras a centros especializados. Este estudo,

ao selecionar a amostra estudada com base em critérios diagnósticos ultrassonográficos, abre horizonte para uma nova forma de metodologia de análise das pacientes com EP, capaz de aproximá-la da população geral.

Contribuições dos autores

Cicília: autora principal, escrita do texto; Cicília, Mauro, Simone: idealização e elaboração dos questionários; Cicília, Mauro, Luciana, E. Just, Débora Leite e José Luíz: revisão do texto.

■ REFERÊNCIAS

1. Sampson, J. A. Peritoneal endometriosis due to premenstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 14, 422–469 (1927).
2. Giudice, L. C. & Kao, L. C. Endometriosis. *Lancet* 364, 1789–1799 (2004).
3. Kuznetsov L, Dworzynski K, Davies M, Overton C. Diagnosis and management of endometriosis: Summary of NICE guidance. *BMJ (Online)*. 2017; 358:1–5.
4. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: Epidemiological evidence of the relationship and implications. *Human Reproduction Update*. 2005; 11(6): 595–606.
5. Giudice, L. C., & Ph, D. (2010). Endometriosis. *N Engl J Med* 2010; 362: 2389-98.
6. CHAPRON, C. et al. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews Endocrinology*, v.15, n.11, p.666-682, 2019.
7. MABROUK, M. et al. Painful Love: Superficial Dyspareunia and Three Dimensional Transperineal Ultrasound Evaluation of Pelvic Floor Muscle in Women with Endometriosis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v.46, n.2, p.187-196, 2020.
8. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24(2): 180–185.
9. DESLANDES, A. et al. (2020). Current Status of Transvaginal Ultrasound Accuracy in the Diagnosis of Deep Infiltrating Endometriosis Before Surgery. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 1–14.
10. ABRAO, M. S. et al. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod*, v.22, n.12, p. 3092-3097, 2007
11. Goncalves, M. O. D. C., Podgaec, S., Dias, J. A., Gonzalez, M., & Abrao, M. S. (2010). Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and rectosigmoid layers affected in cases of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Human Reproduction*, 25(3), 665–671.
12. Chamié, L. P., Pereira, R. M. A., Zanatta, A., & Serafini, P. C. (2010). Transvaginal US after Bowel Preparation for Deeply Infiltrating Endometriosis: Protocol, Imaging Appearances, and Laparoscopic Correlation. *RadioGraphics*, 30(5), 1235–1249.
13. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2002; 78(4): 719–26.
14. CHAPRON, C. et al. (2001). Does deep endometriosis infiltrating the uterosacral ligaments present an asymmetric lateral distribution? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(10), 1021–1024.
15. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: Surgical implications and proposition for a classification. *Human Reproduction*. 2003; 18(1): 157–61.
16. Chapron C, Chopin N, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Vacher-Lavenu MC, et al. Deeply infiltrating endometriosis: Pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Human Reproduction*. 2006; 21(7): 1839–45.
17. TISSOT, M. et al. Clinical presentation of endometriosis identified at interval laparoscopic tubal sterilization: Prospective series of 465 cases. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 46(8), 647–650, 2017.
18. BAZOT, M, I. et al. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, v.24, n.2, p.180-185, 2004.
19. Martinez, J. E., Centola Grassi, D., & Marques, L. G. (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. In *Rev Bras Reumatol* (Vol. 51, Issue 4).
20. Haefeli, M., & Elfering, A. (2006). Pain assessment. In *European Spine Journal* (Vol. 15, Issue SUPPL. 1).
21. Chamié, L. P. (2019). Ultrasound evaluation of deeply infiltrative endometriosis: technique and interpretation. *Abdominal Radiology*.

22. GUERRIERO, S. et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 48, n.3, p. 318-332, 2016.
23. Ros, C., Guirior, C., Mension, E., Rius, M., Valdés-Bango, M., Tortajada, M., Matas, I., Martínez-Zamora, M. Á., Gracia, M., & Carmona, F. (2021). Transvaginal ultrasound for the diagnosis of endometriosis in the uterosacral ligaments, torus uterinus and posterior vaginal fornix: a prospective study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*.
24. Leonardi, M., Martins, W. P., Espada, M., Arianayagam, M., & Condous, G. (2020). Proposed technique to visualize and classify uterosacral ligament deep endometriosis with and without infiltration into parametrium or torus uterinus. In *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* (Vol. 55, Issue 1, pp. 137–139). John Wiley and Sons Ltd.
25. BAZOT, M. et al. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, ectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnoses deep infiltrating endometriosis. *Fertility and Sterility*, v. 92, n.1, p.1825-1833, 2009.
26. MORGAN-ORTIZ, F. et al. (2018). Clinical characteristics and location of lesions in patients with deep infiltrating endometriosis using the revised Enzian classification. *Journal of the Turkish German Gynecology Association*, 20(3), 133–137.
27. Dovey, S., & Sanfilippo, J. (2010). Endometriosis and the adolescent. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(2), 420–428.
28. Bazot, M., Lafont, C., Rouzier, R., Roseau, G., Thomassin-Naggara, I., Daraï, E. (2008). Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis.
29. HUDELIST, G. et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: Causes and possible consequences. *Human Reproduction*, v.27, n.12, p.3412-3416, 2012.
30. GHAI, V. et al. (2020). Diagnostic delay for superficial and deep endometriosis in the United Kingdom. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 83–89.
31. NNOAHAM, K. E. et al. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2).
32. CHAPRON C. et al. Oral contraceptives (OC) and endometriosis: the past use of OC for treating severe primary dysmenorrhea appears as a marker associated with endometriosis, especially deep infiltrating endometriosis. *HumReprod* 2011; 26:2028e35.
33. Vercellini, P., Eskenazi, B., Consonni, D., Somigliana, E., Parazzini, F., Abbiati, A., & Fedele, L. (2010). Oral contraceptives and risk of endometriosis : a systematic review and meta-analysis. 00(0), 159–170.
34. PILLET, M. C. L. et al. (2014). A clinical score can predict associated deep infiltrating endometriosis before surgery for an endometrioma. 0(0), 1–11.
35. YONG, P. J. et al. (2015). Concurrent deep-superficial dyspareunia: Prevalence, associations and outcomes in a multidisciplinary vulvodynia program. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (1), 219–227.

Abstract

Introduction: endometriosis occurs when tissue similar to the endometrium affects the peritoneum, which can infiltrate structures and organs such as the bowel, ureter, bladder or vagina and is usually accompanied by an inflammatory process. It is estimated that the disease affects 6 to 10% of women of reproductive age and more than 50% of infertile women. The clinical and epidemiological data of patients with Deep endometriosis (DE) available in the literature come from studies whose samples were selected by surgery, therefore subject to selection bias. Transvaginal pelvic ultrasound with bowel preparation (TVUBP) has high specificity and sensitivity values.

Objective: to analyze the clinical and epidemiological profile of patients with DE diagnosed through the TVUBP.

Methods: it is a cross-sectional study of 227 patients with an ultrasound diagnosis of deep endometriosis.

Results: infertility affected 43.8% of women. Painful symptoms considered as moderate or severe (visual analogue scale, VAS, ≥ 3) had the following prevalence and mean values on the VAS scale, respectively: dysmenorrhea in 84.7% (6.9), dyspareunia in 69.1%, (4.5), menstrual dyschezia in 60.7% (4.3) and menstrual dysuria in 35.7% of patients. A history of multiple surgeries occurred in 10.4% and only 6.8% of patients had undergone physiotherapy for the pelvic floor.

Conclusion: the DE population had a high prevalence of infertility and pain symptoms, which reflect the social impact on these women's quality of life and family planning. The high frequency of history of multiple surgical approaches and the low incidence of history of pelvic physiotherapy in the population with DE, contrary to the currently established ideal treatment recommendations, indicate the difficulty of access for patients to specialized centers.

Keywords: endometriosis, epidemiology, ultrasonography, dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, infertility.

©The authors (2022), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.