

Artigo Original/Original Article

Histeroscopia cirúrgica de ambulatório – uma opção a considerar

Office operative hysteroscopy – an option to consider

Ana Patrícia Domingues*, Francisco Falcão**, Isabel Dias**, Carlos Freire-de-Oliveira***

*Serviço de Ginecologia, Hospitais da Universidade de Coimbra;
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

ABSTRACT

Objective: To evaluate the feasibility and patient acceptability of office operative hysteroscopy.

Study design/population/methods: A retrospective analysis of clinical files was performed in 387 consecutive patients submitted to office operative hysteroscopy for benign intrauterine pathology during 4 years. The following data was extracted: the procedures performed, technical feasibility of the procedures, need for local anaesthesia, complications that occurred, the pain level referred (in a scale of 0 to 10), and the influence of previous vaginal delivery or menopause on the experienced pain level.

Results: Of the 2780 patients submitted to diagnostic hysteroscopy during the 4 year period, an office operative procedure was proposed and accepted by 387. The procedures performed were polypectomy (45.2%), destruction of intrauterine adhesions (44.2%), intrauterine device removal (6.9%), septotomy (2.8%) and myomectomy (0.8%). Local anaesthesia was required in 17.3% of cases, and its need was independent of the occurrence of previous vaginal deliveries or the menopause. No major complications occurred. Pain was registered by 71% of patients undergoing operative hysteroscopy, and the average level was 5.3, corresponding to moderate pain. The level of pain varied from 3.6 ± 2.6 in IUD removal to 5.9 ± 2.7 in intrauterine adhesions destruction. This aspect was also independent of previous vaginal deliveries and/or the menopause.

Conclusions: Office operative hysteroscopy appears to be a feasible and safe procedure, which is reasonably well tolerated by patients. It is possible to perform these techniques without local anaesthesia in the vast majority of cases, with only a moderate level of pain that is independent of the occurrence of previous vaginal deliveries or the menopause.

INTRODUÇÃO

A ressectoscopia desempenha um papel fundamental na resolução de patologia intra-uterina benigna, obrigando, no entanto, ao uso de ressectoscópios de grandes diâmetros mesmo para lesões de dimensões

reduzidas, além de exigirem anestesia geral para a dilatação cervical. O desenvolvimento tecnológico da última década levou à produção de histeroscópios de diâmetros cada vez menores (até 5mm) o que possibilita a realização simultânea de histeroscopia diagnóstica e cirúrgica no mesmo tempo de consulta e em ambulatório, muitas vezes sem necessidade de dilatação cervical ou anestesia geral¹⁻⁵.

O objectivo dos autores foi a avaliação da exequibilidade técnica e tolerância das pacientes à rea-

* Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia; Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses

** Assistente Hospitalar de Ginecologia

*** Director do Serviço de Ginecologia, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

lização de histeroscopia cirúrgica de ambulatório em lesões intra-uterinas benignas.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se a uma avaliação das 2780 pacientes submetidas a histeroscopia diagnóstica entre Maio de 2004 e Abril de 2008. Foram seleccionadas as 387 que no mesmo tempo de consulta foram submetidas a histeroscopia cirúrgica por patologia intra-uterina benigna (septos, miomas submucosos, sinéquias, pólipos).

As pacientes foram esclarecidas sobre o procedimento e apenas se prosseguiu com o mesmo após consentimento destas.

Foi utilizada a abordagem vaginal, sem pré-medicação, sem recurso a espéculo, utilizando soro fisiológico como meio de distensão e histeroscópios de fluxo contínuo de 5 mm com ópticas de 30°. As intervenções foram realizadas através de meios mecânicos como tesoura e pinça ou através de versapoint® (instrumento electrocirúrgico de energia bipolar), consoante o tipo e dimensão da lesão e a experiência do operador.

Após a realização da histeroscopia diagnóstica e antes da realização da intervenção proposta, sempre que solicitado por desconforto ou ansiedade procedeu-se a anestesia local intracervical.

O grau de desconforto sentido por todas as pacientes (submetidas ou não a anestesia local) foi avaliado imediatamente após o procedimento utilizando uma escala numérica de dor, crescente de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima). A tradução qualitativa do valor numérico da dor foi a recomendada pela Circular Normativa N° 09/DGCG de 14/06/2003 (que introduz a dor como 5° sinal vital), em que 0 significa sem dor, 1 a 2 dor ligeira, 3 a 5 dor moderada, 6 a 8 dor intensa e 9 a 10 dor máxima.

Foram apreciados os procedimentos realizados, a exequibilidade da técnica, a necessidade de anestesia local, as complicações ocorridas e o grau de dor referida, bem como a influência de parto vaginal anterior e da menopausa no grau de dor experimentado.

Todos os dados foram colhidos numa base pessoal informatizada em Excel 2007 e SPSS 15.0, utilizando

o teste do chi quadrado para variáveis qualitativas e o t-teste para variáveis quantitativas. Foi considerado com significado estatístico um valor de $p < 0,05$, para um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

De um total de 2780 pacientes submetidas a histeroscopia diagnóstica nos 4 anos em análise, 387 (13,9%) foram concomitantemente submetidas a histeroscopia cirúrgica em ambulatório.

A idade média destas pacientes foi de $55,3 \pm 12,2$ anos, encontrando-se 62,3% destas na pós-menopausa.

Os procedimentos realizados foram: 175 polipectomias (45,2%), 171 sinequiólises (44,2%), 27 remoções de DIU (6,9%), 11 septotomias (2,8%) e 3 miomectomias (0,8%).

No grupo das polipectomias a idade média foi de $54,5 \pm 10,6$ anos com 57,1% destas na pós-menopausa; nas miomectomias, a idade média foi de $50,3 \pm 2,5$ anos com nenhuma paciente pós-menopáusicas; nas septotomias, onde todas eram pré-menopáusicas, a idade média foi de $30 \pm 2,8$ anos; na remoção de DIU a idade média das pacientes foi de $43,6 \pm 8,8$ anos com 22,2% destas na pós-menopausa e, nas sinequiólises foi de $59,6 \pm 11,3$ anos com 78,9% destas pós-menopáusicas (Figura 1).

Houve necessidade de realizar anestesia local antes do procedimento em 17,3% do total de pacientes (33,3% das miomectomias, 25,1% das polipectomias, 18,2% das septotomias, 11,1% das remoções de DIU e 9,9% das sinequiólises). A opção/necessidade de anestesia local não foi influenciada pela idade das pacientes ($p = 0,81$), pelo estado de menopausa [$p = 0,13$; OR 1,44 (IC 95% 0,82-2,53)] nem pela existência de parto vaginal anterior [$p = 0,29$; OR 1,30 (IC 95% 0,65-2,62)]. A realização de anestesia local não interferiu significativamente com o grau de dor referido pelas mulheres [dor média referida com anestesia foi $6,02 \pm 2,5$ versus $5,19 \pm 2,7$ referida sem anestesia; $p = 0,06$], apesar do valor médio referido ser superior naquelas que optaram/solicitaram anestesia.

Em duas pacientes foi necessário repetir o procedimento por impossibilidade de transposição do orifício interno com receio de falso trajecto na primeira

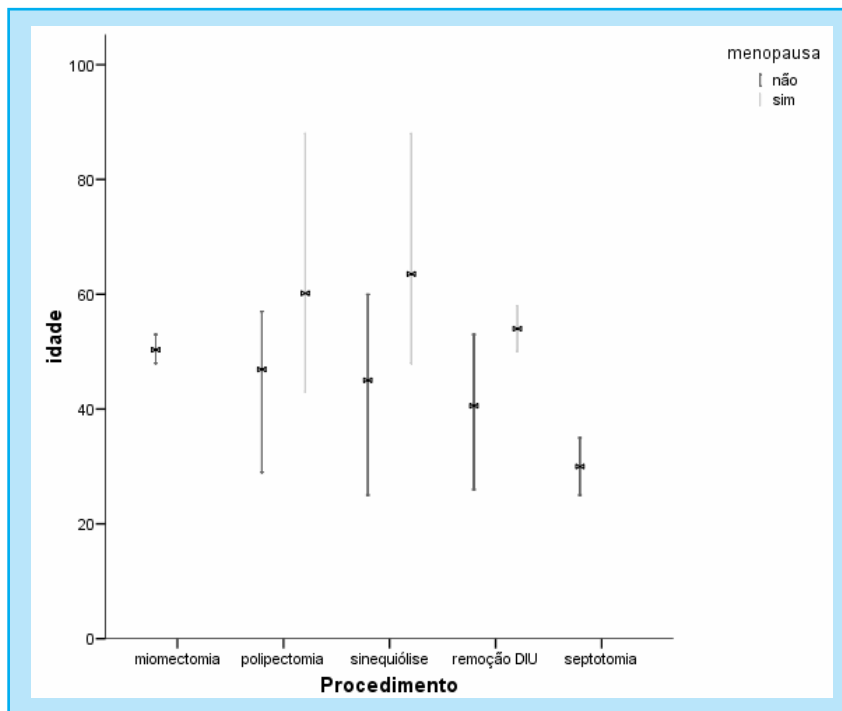


Figura 1 – Representação gráfica (mínimo, média e máximo) da idade das pacientes e estado pré ou pós menopausa consoante o tipo de procedimento realizado.

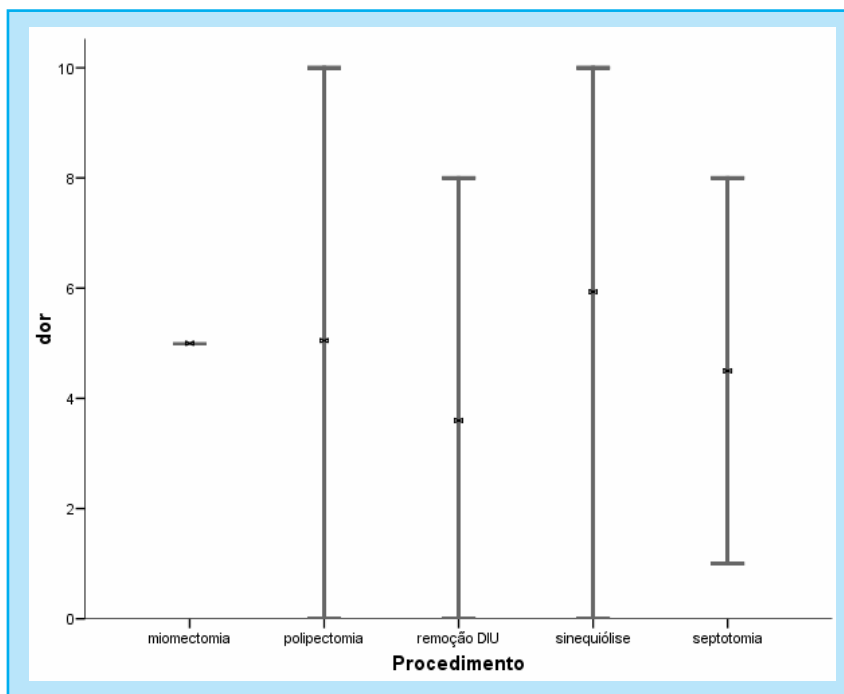


Figura 2 - Variação do grau de dor (segundo uma escala crescente numérica de 0 a 10) consoante o procedimento realizado (mínimo, média e máximo).

tentativa. Não se registaram mais complicações.

Dos 71,1% de procedimentos de ambulatório com

registo de dor, verificámos ser esta no total, em média, de 5,3. No total dos procedimentos, o grau de dor

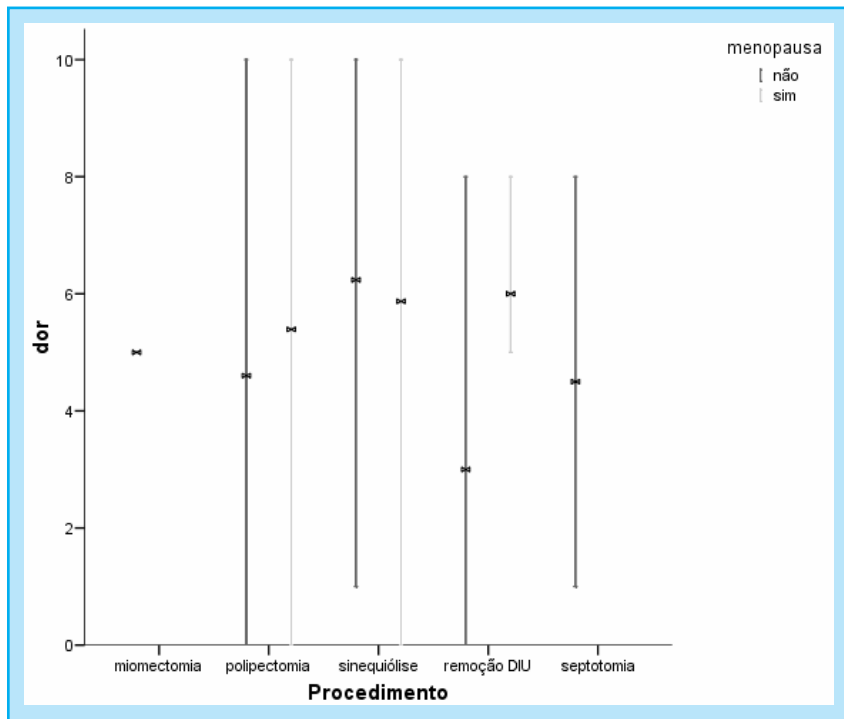


Figura 3 - Representação gráfica (mínimo, média e máximo) da dor referida das pacientes consoante o tipo de procedimento realizado e o estado pré ou pós menopausa: polipectomia $p= 0,10$ ($4,6\pm 2,7$ versus $5,4\pm 2,6$, respectivamente para pré e pós menopausa); sinequiólise $p= 0,57$ ($6,2\pm 2,6$ versus $5,9\pm 2,7$); remoção de DIU $p= 0,01$ ($3,0\pm 2,5$ versus $6,0\pm 1,4$).

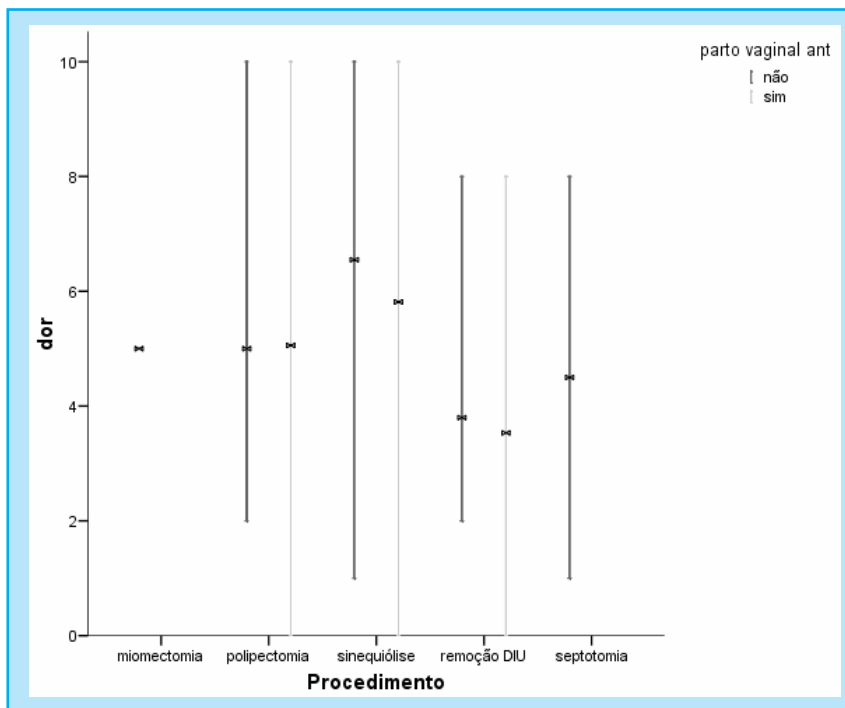


Figura 4 - Representação gráfica da dor referida das pacientes consoante o tipo de procedimento realizado e a existência prévia de parto vaginal (mínimo, média e máximo).

registado variou significativamente entre as pré e as pós-menopausadas (4,7 versus 5,7; $p= 0,004$), mas não foi influenciado pela existência de parto vaginal anterior (5,3 vs 5,4; $p= 0,8$).

Quando, no entanto, se analisa isoladamente por tipo de procedimento, verificamos que a dor média referida varia de $3,6\pm 2,6$ na remoção de objectos (DIU) a $5,9\pm 2,7$ nas sinequiólises, passando por $4,5\pm 2,5$ nas septotomias, 5 nas miomectomias e $5,1\pm 2,7$ nas polipectomias (Figura 2) e que a diferença com o estado de pré ou pós menopausa apenas se mantém para a remoção de DIU, já não se verificando para as polipectomias nem para as sinequiólises (Figura 3).

Em relação à influência de parto vaginal anterior nos diferentes tipos de procedimentos realizados, verificamos não ter esta interferência no grau de dor referido pelas pacientes – Figura 4. Assim, a média de dor referida para as polipectomias foi de 5,06 nas múltiparas versus 5,00 nas nulíparas ($p= 0,93$), para a remoção de DIU foi de 3,5 versus 3,8 para as múltiparas e nulíparas, respectivamente ($p= 0,85$) e para as sinequiólises foi 5,8 versus 6,5, respectivamente ($p= 0,27$). Nas miomectomias e septotomias todas as pacientes eram nulíparas.

DISCUSSÃO

O aparecimento de histeroscópios de pequenos diâmetros, com canais de trabalho e sistemas de fluxo contínuo, permitiu uma modificação importante e significativa na orientação e terapêutica histeroscópica de mulheres com patologia intra-uterina benigna. Um outro desenvolvimento importante para esta técnica foi o desenvolvimento de tecnologia de energia bipolar, que além de permitir o uso de soluções salinas como meio de distensão, diminuindo assim o risco de alterações séricas electrolíticas inerente à absorção de importantes quantidades de solutos hipotónicos usados nas técnicas de ressectoscopia convencional, diminui também, quando comparado com a tecnologia de energia monopolar, o nível de energia absorvida pelos tecidos adjacentes (colo uterino, vagina, miométrio) durante a intervenção¹⁻⁵.

O nosso estudo reforça a ideia, cada vez mais presente na prática clínica de ginecologia de ambulatório,

de efectuar uma abordagem de ‘see and treat’ para este tipo de patologia.

Bettocchi e col.^{1,2}, demonstraram a exequibilidade desta técnica para pólipos endometriais, com boa tolerância das pacientes, o que já não acontecia para outros procedimentos como miomectomias. No nosso estudo verificámos que a histeroscopia cirúrgica de ambulatório é exequível para vários procedimentos (desde patologia intra-uterina benigna como pólipos e miomas sub-mucosos, a malformações uterinas como septos), sendo a tolerabilidade das pacientes boa para a generalidade dos procedimentos efectuados e independente de as pacientes serem nulíparas ou pós-menopausadas (excepção para a remoção de DIU retidos em mulheres pós-menopausadas).

Esta independência da tolerabilidade em relação ao estado de pré ou pós-menopausa é também referido por Litta e Garuti e col.^{4,5} para as polipectomias. Já em relação à existência de parto vaginal anterior, Garuti e col.⁽⁵⁾, encontraram uma maior exequibilidade técnica nas múltiparas, contrariamente aos presentes resultados e aos descritos por Litta e col.⁴.

A dor média referida pelas mesmas encontra-se no nível moderado para as polipectomias, miomectomias e septotomias de mulheres pré e pós menopausadas e remoção de DIUs retidos em pré-menopausadas, o que alarga o leque de procedimentos exequíveis em ambulatório. Apenas nas sinequiólises e na remoção de DIU em pós-menopausadas, a dor média referida se encontra no limiar do nível intenso, pelo que será de ponderar a realização deste procedimento em ambulatório. O valor médio da dor referido foi independente da realização de anestesia local, facto também salientado no trabalho de Garuti e col.⁵. No entanto verificamos que os níveis de dor referidos pelas nossas pacientes foram mais elevados que o $3,3\pm 2,9$ para o grupo que levou anestesia e $3,0\pm 2,8$ para o que não levou, referidos naquele trabalho.

Nesta ocasião, não podíamos deixar de referir que o facto de as intervenções terem sido efectuadas por diferentes operadores, pode ter influenciado estes resultados, bem como o facto de apenas 71% de todos os procedimentos terem registo da dor referida pela paciente.

Litta e col.⁴, estabeleceram que para esta técnica, a tolerância das mulheres (considerando dor ≤ 4 como

limite tolerável de dor) era independente do estado de menopausa e da existência de parto vaginal anterior, sendo que os limites deste procedimento passariam pelo tamanho dos pólipos, dado que quanto maior o pólipo, mais demorada será a intervenção (pólipos >2 cm determinavam procedimentos superiores a 15 minutos, o que determinaria um grau de dor >4). Garuti e col.⁵, estabelecem também um relação inversa entre o tamanho do pólipo e a exequibilidade das polipectomias. Apesar do tamanho das lesões (nomeadamente pólipos e miomas, passíveis de intervenção em ambulatório) ter sido uma variável incluída inicialmente no estudo, verificámos que a sua análise se tornou impossível pela subjectividade da avaliação inter-operador e experiência dos mesmos, sendo esta mais uma das limitações que identificamos no presente trabalho. Apesar da subjectividade, fica a percepção geral que a técnica é exequível para pólipos > 2 cm, quando executada por operador experiente. Quanto aos miomas, os 3 casos incluídos referiam-se a miomas menores que 2 cm que se apresentavam pediculados.

Em conclusão, a realização de histeroscopia cirúrgica de ambulatório, principalmente quando nos referimos a polipectomias, é uma técnica segura, bem

tolerada pelas pacientes, exequível com um nível moderado de dor e na maioria das vezes sem necessidade de anestesia local. A execução crescente deste tipo de procedimento, em lesões passíveis do mesmo, diminui as complicações associadas à anestesia geral necessária para a histeroscopia cirúrgica tradicional, reservando-se esta para lesões cuja exérese se prevê exigir um tempo de intervenção prolongado e/ou para quando a paciente o preferir ou não tolerar a técnica de ambulatório.

BIBLIOGRAFIA

- Bettocchi S et al. Advanced operative Office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode. *Human Reproduction*, 2002, Vol. 17, Nº 9, 2435-38
- Bettocchi S et al. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004 Feb; 11(1): 59-61
- Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000 Feb; 7(1): 65-9
- Litta P et al. Outpatient operative polypectomy using a 5 mm hysteroscope without anaesthesia and/or analgesia: advantages and limits. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008, 139, 210-14
- Garuti G, Cellani F, Colonnelli M, Grossi F, Luerti M. Outpatient hysteroscopic polypectomy in 237 patients: feasibility of a one-stop 'see-and-treat' procedure. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004 Nov; 11(4): 500-4