

REPERCUSSÕES A LONGO PRAZO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA

Palavras-Chave: Endometriose profunda; cirurgia; recidiva

Autoras:

Marina Capovilla Venturini Souza [FCM]

Prof.^a Dr.^a Cristina Laguna Benetti Pinto (Orientadora) [FCM]

INTRODUÇÃO:

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial em locais extrauterinos e acomete cerca de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva (1). É responsável por queixas algícas como **dor pélvica crônica (DPC), dismenorreia, dispareunia, disquezia e disúria** (2-6), que levam a prejuízo na função sexual, aumento de stress, decréscimo do desempenho no ambiente de trabalho, piorando diretamente a qualidade de vida das mulheres (7). Visto as repercussões na saúde física e psicológica da mulher, o tratamento visa principalmente o controle da dor, podendo ser cirúrgico ou medicamentoso. Há estudos mostrando que os procedimentos cirúrgicos são mais efetivos no alívio dos sintomas para tipos específicos de endometriose (8) porém, não é isento de complicações nem tampouco garantia de controle definitivo da doença, sendo que muitas destas repercussões a longo prazo ainda são pouco investigadas (9).

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo uma análise a longo prazo das cirurgias realizadas por endometriose profunda, levando em conta as técnicas cirúrgicas utilizadas, as complicações, a proposta terapêutica pós-cirúrgicas, a recidiva da endometriose e dos sintomas e a melhora do quadro das pacientes. Os resultados poderão auxiliar a decisão de tratamentos futuros para mulheres com endometriose profunda, no que se refere a orientação pré-operatória às pacientes, assim como quanto aos resultados positivos ou negativos a serem esperados

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: O objetivo geral deste estudo foi analisar as repercussões do tratamento cirúrgico para mulheres com endometriose profunda, em relação a melhora ou recidiva de sintomas, bem como a necessidade terapêutica pós-operatória e eficácia do procedimento

Objetivos Específicos:

- Analisar comparativamente os sintomas algícos pré e pós-operatórios;
- Avaliar e descrever o tipo de cirurgia realizada e possíveis complicações;

- Avaliar a recidiva de sintomas a longo prazo e a necessidade de associação de tratamento medicamentoso após a cirurgia
- Avaliar a recidiva de lesões endometrióticas a longo prazo e correlacionar com o tratamento pós-operatório

METODOLOGIA

Sujeitos: 61 mulheres com endometriose profunda (EP) submetidas a tratamento cirúrgico entre janeiro de 2012 até dezembro de 2019, em acompanhamento no ambulatório de endometriose do Departamento de Tocoginecologia da FCM.

Métodos: Após serem orientadas e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as pacientes responderam a uma ficha clínica de identificação, a um questionário referente aos sintomas álgicos antes e após o tratamento cirúrgico, utilizando a Escala Visual Analógica (0-10) e a avaliação da dispareunia utilizando a Escala de Dispareunia de Profundidade (EDP). Posteriormente, foram revisados os prontuários dessas pacientes analisando o tipo de cirurgia realizada, tempo cirúrgico, técnicas utilizadas, presença de complicações, tratamento medicamentoso usado após a cirurgia e se houve melhora ou recidiva do quadro pré-operatório das pacientes utilizando o último exame de imagem realizado, em comparação. Após o término da coleta, os dados foram digitados em um banco de dados no Excel, sendo registrados e duplamente revisados, a fim de reduzir o risco de erros. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa SPSS.

Estatística: Em relação a análise, foram descritos dados de frequência absoluta e relativa para o tipo de cirurgia, complicações intraoperatórias, pós-operatórias imediatas, pós-operatórias tardias, recidivas e necessidade de tratamento medicamentoso após a cirurgia. Os escores de sintomas álgicos aplicados a dor pélvica, dismenorreia, dispareunia, dor ao urinar e dor ao evacuar foram descritos por média \pm desvio-padrão e para comparação dos escores entre pré e pós-tratamento foi usado o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$

RESULTADOS:

Das 61 mulheres incluídas no estudo, 11% possuíam menos de 30 anos, 41% estavam na faixa etária entre 30 e 39 anos, 38% entre 40 e 49 anos e 10% apresentavam mais que 50 anos. Com relação a escolaridade, a média de anos de estudo neste grupo foi de 10 anos ($\pm 3,7$). O IMC médio dessas pacientes era de 28,56 ($\pm 5,3$). Com relação a atividade sexual, 13% não mantinham atividade sexual no momento da entrevista. A idade média de início da dor 19 anos ($\pm 8,4$) e o tempo médio de dor 20 anos ($\pm 9,4$). Cerca de metade nunca havia engravidado (51%), enquanto 8,2% referiam algum aborto.

Com relação as lesões endometrióticas, 61% (37 pacientes) apresentavam lesão intestinal, 65% (40 pacientes) apresentavam lesões ovarianas, 52% (32 pacientes) apresentavam lesão em fundo de saco, 28% (11 pacientes) apresentavam adenomiose, 8% (5 pacientes) apresentavam lesão vesical e 3% (2 pacientes) apresentavam lesão ureteral.

Com relação ao tratamento pós cirúrgico, 21 mulheres não faziam uso de qualquer tratamento hormonal, enquanto as outras 40 mulheres o mantinham, sendo que 15% (6 pacientes) faziam uso de Desogestrel, 45% (18 pacientes) faziam uso de Dienogeste, 7,5% (3 pacientes) faziam uso de contraceptivo oral combinado (COC) em esquema contínuo, 7,5% (3 pacientes) faziam uso de Depoprovera, 15% (6 pacientes) faziam uso de SIU-LNG (sendo que 1 paciente o fazia em combinação com Dienogeste), 2,5% (1 paciente) fazia o uso de Implanon e 7,5% (3 pacientes) que haviam feito ooforectomia bilateral, estavam em uso de terapia de reposição hormonal.

Com relação a recorrência de lesões, 65% (39 pacientes) tiveram recorrência de lesão, sendo que, 19 dessas mulheres apresentavam novas lesões no mesmo local e 20 dessas mulheres apresentavam novas lesões em locais diferentes.

Com relação a sintomatologia avaliada previamente e após o tratamento cirúrgico verificou-se a melhora de todas as dores avaliadas, isto é, houve redução da dor pélvica crônica, da dismenorreia, dispareunia, disquezia e disúria. A dispareunia avaliada de acordo com a Escala de Dispareunia de Profundidade revelou que, das 53 mulheres que mantinham relação sexual, apenas 4 referiram escore 3 (dispareunia intensa, que obriga interromper a relação sexual), 12 referiram escore 2 (dispareunia moderada), 15 referiram escore 1 (dispareunia leve, que não obriga interromper a relação sexual) e 22 referiram escore 0 (ausência de dispareunia). Dessa forma, 69% das pacientes submetidas a cirurgia não apresentavam dispareunia ou apresentavam apenas dispareunia leve (41,5% em ausência total de dispareunia).

Com relação ao tipo de cirurgia realizada, 40 mulheres foram submetidas a laparotomia exploradora e 21 mulheres foram submetidas a laparoscopia. Os procedimentos listados nas cirurgias foram: lise de aderências, realizada em 90% (55 pacientes); cauterização de focos, realizada em 28% (17 pacientes); histerectomia, realizada em 20% (12 pacientes); salpingooforectomia/ooforectomia unilateral, realizada em 10% (6 pacientes); salpingooforectomia/ooforectomia bilateral, realizada em 11% (7 pacientes); ooforoplastia unilateral, realizada em 23% (14 pacientes); ooforoplastia bilateral, realizada em 15% (9 pacientes); salpingectomia, realizada em 10% (6 pacientes); ressecção de lesão intestinal, realizada em 20% (12 pacientes); reanastomose intestinal, realizada em 26% (16 pacientes); ressecção de lesão vesical, realizada em 5% (3 pacientes); drenagem de cisto ovariano, realizada em 11% (7 pacientes); ressecção de lesão ureteral, realizada em 3% (2 pacientes); síntese de parede ureteral, realizada em 3% (2 pacientes); reimplante ureteral, realizado em 2% (1 paciente); ressecção de

lesão cervical, realizada em 5% (3 pacientes); ressecção de lesão peritoneal, realizada em 15% (9 pacientes); ressecção de lesão em fundo de saco, realizada em 16% (10 pacientes); ressecção de lesão em paramétrio, realizada em 5% (3 pacientes); ressecção de lesão em nervo hipogástrico, realizada em 2% (1 paciente); ressecção de lesão em septo retovaginal, realizada em 2% (1 paciente); ressecção de lesão pararretal, realizada em 2% (1 paciente); colecistectomia, realizada em 3% (2 pacientes) e apendicectomia, realizada em 6% (4 pacientes). A média de tempo cirúrgico foi de 162 minutos (± 69).

Foram descritas complicações intraoperatórias em 3 procedimentos, enquanto 58 cirurgias foram livres de complicações intraoperatórias. Já complicações pós operatórias imediatas, foram descritas em 6 procedimentos, sendo 55 cirurgias livres de complicações pós operatória imediatas. Por fim, complicações pós-operatórias tardias, foram descritas em 4 procedimentos, sendo 57 cirurgias livres de quaisquer complicações tardias.

Com relação a sintomatologia avaliada pré e pós cirurgia e a terapia hormonal utilizada após o tratamento cirúrgico, verificou-se redução de dor pélvica, dismenorreia, dispareunia e disquezia tanto no grupo das mulheres sem uso quanto no grupo das mulheres em uso de tratamento hormonal. Em relação a dor ao urinar, verificou-se diferença significativa para redução pré e pós-tratamento apenas no grupo de mulheres em uso de terapia hormonal após o procedimento.

No momento da data limite para entrega deste resumo ao XXIX Congresso de Iniciação Científica da Unicamp, ainda estava sendo feita a análise estatística dos dados referente a avaliação de recorrência de lesões endometrióticas a longo prazo e a correlação com tratamento pós-operatório, que será entregue no relatório final de atividades.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A discussão e as conclusões deste estudo serão redigidas após término da última análise estatística do projeto e entregues junto ao relatório final de atividades.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Giudice, LC. Clinical practice. Endometriosis. *N. Engl. J. Med.* 362, 2389–2398 (2010).
- (2) Mira TA, Giraldo PC, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Nov;194:1-6.
- (3) Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1994;2(1):43-7.

- (4) Laufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997;10(4):199-202
- (5) Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod.* 1991;6(4):544-9.
- (6) Verkauf BS. Incidence, symptoms, and signs of endometriosis in fertile and infertile women. *J Fla Med Assoc.* 1987;74(9):671-5.
- (7) Jia SZ, Leng JH, Shi JH et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of Ovarian Research*, v.5, n.29, p. 1-9, 2012.
- (8) Vercellini P, Somigliana E, Consonni D et al. Surgical versus medical treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia: I. Effect on pain during intercourse and patient satisfaction. *Human Reproduction.* 2012; 27(12):3450-9.
- (9) Stepniewska A, Pomini P, Guerriero M, Scoiscia M, Ruffo G, Minelli L. Colorrectal endometriosis: benefits of long-term follow-up in patients Who underwent laparoscopic surgery. *Fertility and Sterility.* 2010;93(7).