

# O DIAGNÓSTICO LAPAROSCÓPICO DA ENDOMETRIOSE\*

MARIA BEATRIZ ARRAIANO, ILDA GAMA

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande. Portalegre

## RESUMO

O nosso estudo incidiu na pesquisa da prevalência da Endometriose Pélvica nas 134 mulheres submetidas à Laparoscopia diagnóstica ou cirúrgica no nosso Serviço, de Abril de 1991 a Novembro de 1994. De acordo com os motivos de internamento, distribuímo-las em quatro grupos: 1.º - ALGIAS PÉLVICAS, 2.º - INFERTILIDADE, 3.º - MASSAS ANEXIAIS, e por último o 4.º - LAQUEAÇÃO TUBÁRIA OPCIONAL. O estudo envolveu a análise da relação de cada grupo com a idade média, a contraceção anterior, a paridade, os dados clínicos, os achados laparoscópicos e a percentagem de Endometriose encontrada em cada grupo. Apesar da escassez da nossa casuística, a percentagem de Endometriose encontrada nos diferentes grupos, foi semelhante à descrita em vários artigos publicados na literatura mundial. Pudemos comprovar que é necessário manter uma atitude de suspeição e não regatear o recurso à laparoscopia diagnóstica sempre que, na mulher em idade fértil, as algias pélvicas se reflectam na deterioração da sua qualidade de Vida, quer socio-profissional, sexual ou procriativa.

## SUMMARY

### LAPAROSCOPIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOSIS

Our study centred on the research of Pelvic Endometriosis prevalence, in 134 women, who were submitted to diagnostic or surgical laparoscopy in our department, from April 1991 to November 1994. According to the admission causes, the women were divided in four groups: *Pelvic pain / Infertility / Anexial tumours / Optional tubal sterilization*. The study covered an analysis of the relationships between the groups and the women's mean age, the contraception methods, parity, clinical data, laparoscopic findings and the percentage of endometriotic signs in each group. Although we did not have many cases, the endometriosis rate found in the different groups was identical to that described in many articles published worldwide. We confirmed that it is necessary to have a suspicious attitude withoutarguing the need for diagnostic laparoscopy every time a woman, in fertile age, has pelvic pain interfering with her quality of life, either socioprofessional, sexual or procreative.

\* Trabalho apresentado nas 1.ª Jornadas de Laparoscopia em Ginecologia. Hospital Distrital de Beja. Fevereiro de 1995.

## INTRODUÇÃO

No estado actual dos nossos conhecimentos, a Endometriose continua a ser um diagnóstico de suspeição<sup>1</sup> e com o apetrechamento do nosso Serviço em material endoscópico desde Abril de 1991, resolvemos estudar retrospectivamente a sua prevalência, não só no grupo seleccionado das ALGIAS PÉLVICAS, como também no da INFERTILIDADE, das MASSAS ANEXIAIS e finalmente, num último grupo de mulheres assintomáticas nas quais se realizou, por via laparoscópica, a LAQUEAÇÃO TUBÁRIA a pedido.

Embora cerca de 1/4 das mulheres com Endometriose sejam assintomáticas, temos de ter presente, o clássico quarteto de sintomas<sup>2</sup>:

- Dor pélvica;
- Dismenorreia progressiva;
- Dispareunia profunda;
- Infertilidade.

O exame clínico pode revelar um útero fixado ou a presença de nódulos dolorosos no fundo de saco de Douglas ou ao nível da inserção dos ligamentos utero-sagrados. Contudo, um exame ginecológico considerado normal, não exclui o diagnóstico<sup>3</sup>.

O diagnóstico de certeza da presença de Endometriose, é-nos dado através da execução duma Laparoscopia diagnóstica. Em casos duvidosos, a confirmação histológica através de uma biópsia dirigida, é o método a seguir<sup>4,5</sup>.

A descoberta desta patologia acarreta para qualquer mulher repercussões significativas, pelo que deve ser

praticado por um ginecologista experiente, na técnica e na interpretação das imagens.

A inspecção deve ser metódica e sistematizada a toda a pelve e abdómen, empregando a técnica da dupla punção para permitir a inserção de uma cânula que sirva para afastar e visualizar as estruturas e se necessário, puncionar e aspirar. É importante a inspecção da superfície peritoneal utilizando o laparoscópio como uma lupa e estar atento aos aspectos atípicos da Endometriose recente.

Quanto a estes aspectos, parece haver relação entre a cor e a idade dos implantes endometriais e a idade da doente. Redwine<sup>6</sup> demonstrou que as lesões não hemorrágicas são mais frequentes nas jovens e os depósitos «grãos de chumbo» mais comuns nas mais idosas. Jansen e Russell<sup>7</sup> chamaram a atenção para as lesões não pigmentadas que histologicamente provaram ser de etiologia endometriósica.

O Quadro I fornece uma classificação recente dos aspectos macroscópicos da Endometriose pélvica<sup>8, 9, 10</sup>.

Quadro I – Aspectos macroscópicos da endometriose

• <b>Atípicos</b>	– Não pigmentados (Jansen 1986) – Defeitos peritoneais (Chatman 1986)
• <b>Microscópicos</b>	– Peritoneu s/ lesão aparente (Murhy 1986)
• <b>Sup. Peritoneal</b>	– Lesão vesicular, branca/opaca/vermelha/azul – Lesão nodular (subperitoneal) castanho/azul/preto – Lesão tipo placa (intraperitoneal) invisível à laparoscopia (Brosens 1990)
• <b>Implantes</b>	– Peritoneais: opacos, acastanhados ou azuis – Equimoses superficiais – Vesículas vermelhas/translúcidas – Nódulos avermelhados/brancos (fibrose) – Quistos ováricos avermelhados/azulados

(Autoria de KW Schweppe)

Todas as anomalias encontradas devem ficar documentadas, se possível, em gravação-vídeo e assinaladas num relatório-diagrama da pelve, segundo a classificação da American Fertility Society. Assim é possível :

- melhor planificação do tratamento de acordo com o estadio encontrado;
- comparar os diversos planos terapêuticos, quer para a Infertilidade, quer para a Dor pélvica;
- e relacionar o estadio da Endometriose com o prognóstico de uma gravidez bem sucedida.

Não é por demais lembrar que um «score» elevado não está necessariamente relacionado com as queixas dolorosas da doente (CHRIS SUTTON 1990).

## MATERIAL E MÉTODOS

O nosso trabalho de pesquisa da prevalência de Endometriose, incidiu sobre 134 mulheres que foram submetidas à Laparoscopia (diagnóstica ou cirúrgica) e que deram entrada no nosso Serviço (de Abril de 1991 a

Novembro de 1994) com diversos motivos de internamento o que nos permitiu distribuí-las em quatro grupos:

- 1.º Grupo – *Algias Pélvicas*
- 2.º Grupo – *Infertilidade*
- 3.º Grupo – *Massas Anexiais*
- 4.º Grupo – *Laqueação tubária* opcional.

Vêmo-las em destaque no *Quadro II*.

Quadro II – Experiência do serviço – Abril/91 a Novembro/94  
134 Laparoscopias

• 1.º Grupo – <b>Algia Pélvica/Dismenorreia</b>	12 casos
• 2.º Grupo – <b>Infertilidade</b>	28 casos
• 3.º Grupo – <b>Massas Anexiais</b>	33 casos
• 4.º Grupo – <b>Laqueação Tubária</b>	61 casos

Fizemos a avaliação retrospectiva dos processos clínicos e incidimos o nosso estudo na análise em cada grupo, dos seguintes parâmetros: Idade média / Contraceção anterior / Paridade / Clínica / Achados laparoscópicos.

Utilizámos para a caracterização do estadio da Endometriose, a classificação da American Fertility Society (1985) com a repetição cuidadosa da visualização da documentação em vídeo, gravada e arquivada na biblioteca do Serviço.

Os dados foram introduzidos e analisados, usando o programa de estatística EPI-INFO, versão 6 (centers for disease control, Atlanta, USA).

A razão dos produtos cruzados (O.R.) e o valor de p, foram calculados para comparar as variáveis categóricas em relação à variável dependente.

## RESULTADOS

Na Fig. 1 podemos apreciar a distribuição das doentes pelos 4 grupos e a relação de cada grupo com a idade média e a contraceção respectiva.

As idades médias em todos os grupos apontam para a mulher em idade fértil, oscilando dos 30,4 anos, grupo

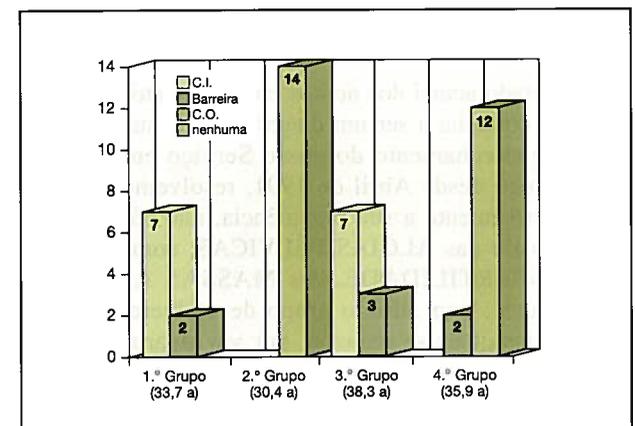


Fig. 1 – Relação de cada Grupo com idade média / Contraceção.

da Infertilidade, aos 38,3 anos no grupo das Massas Anexiais.

No que diz respeito à *contraceção*, o coitus interruptus e os métodos de barreira foram os mais utilizados no 1.º e no 3.º grupo; a maioria das mulheres do 4.º grupo utilizava os contraceptivos orais e as inférteis obviamente, não utilizavam qualquer tipo de anticoncepção.

Em relação à *paridade* apenas registámos 2 nulíparas nos grupos das Massas anexiais e das Algias pélvicas, ao contrário do 2.º grupo em que todas eram nulíparas com excepção de duas doentes com Infertilidade secundária. No 4.º grupo todas as mulheres eram múltiparas.

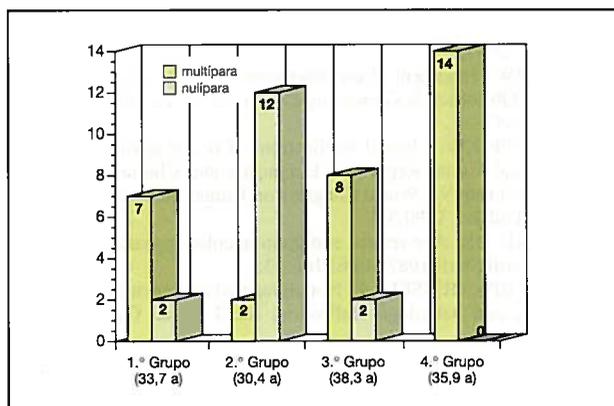


Fig. 2 - Relação de cada Grupo com a Paridade

Quanto aos *achados clínicos* verificámos o seguinte:

– As pacientes do 4.º grupo eram assintomáticas, as do 2.º eram inférteis sem outra queixa e o grupo das Algias tinha clínica essencialmente de expressão dolorosa, dores pélvicas relacionadas com o fluxo e raras queixas de dispareunia. No grupo das Massas anexiais, as algias eram pelvico-abdominais e acíclicas, tendo-se registado um único caso de dispareunia profunda e um outro, de abdómen agudo, onde se diagnosticou uma situação de torção de quisto do paraovário.

No Fig. 3 realçamos os *achados laparoscópicos* de Endometriose em cada grupo e podemos ver o predomínio de Endometriose com estadio I em todos os grupos. No estadio III encontrámos dois casos nos 1.º e 3.º grupos e somente 1 caso no da Infertilidade.

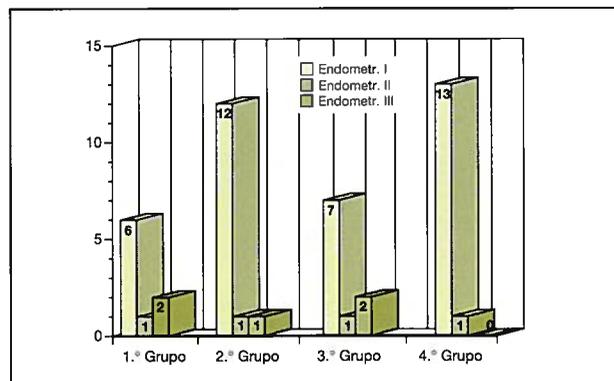


Fig. 3 - Achados Laparoscópicos

No total das 134 laparoscopias contabilizámos 47 casos com estigma endometriósico. No 1.º grupo – nove casos, no 2.º – metade das doentes (14 casos), no 3.º – 10 casos e por último no 4.º grupo com 61 pacientes, encontrámos 14 situações de endometriose mínima a ligeira, o que está bem expresso no Fig. 4.

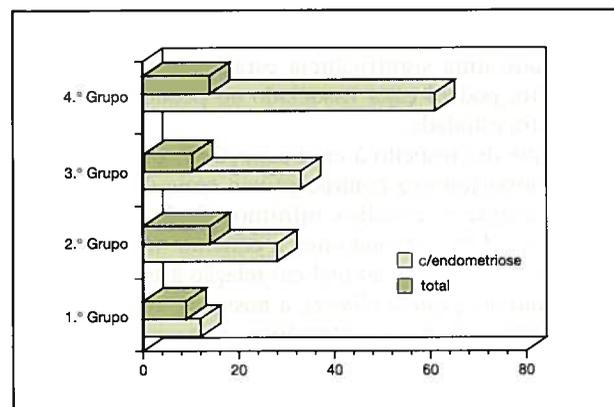


Fig. 4 - 134 Laparoscopias / 47 casos de Endometriose

No *Quadro III* mostramos a prevalência de Endometriose encontrada em cada grupo estudado.

Os achados laparoscópicos apresentados mostram que a Endometriose está associada com história de Algia Pélvica / Dismenorreia (OR = 6,6, p = 0,002).

Relativamente ao grupo da Infertilidade não foi encontrada uma significância estatística (OR = 2,2, p = 0,063).

A presença de Massas Anexiais com uma percentagem de positividade de 30% à laparoscopia, não foi contudo estatisticamente significativo (OR = 0,8, p = 0,502).

A laqueação tubária mostrou-se como um factor de protecção em relação à Endometriose (OR = 0,3, p = 0,005).

#### Quadro III

Variável	Lap. positivas (%)	OR	p. value
Algia Pélvica/Dismenorreia	9 (75)	6,6	0,002
Infertilidade	14 (50)	2,2	0,063
Massas Anexiais	10 (30)	0,8	0,502
Laqueação Tubária	14 (30)	0,3	0,005

## CONCLUSÃO

Apesar de estarmos cientes da escassez da nossa casuística, é notória a semelhança das percentagens obtidas quando comparadas com as de alguns artigos publicados na literatura mundial<sup>11</sup>.

No total das 134 laparoscopias encontrámos Endometriose em 37,3 % dos casos.

Na população seleccionada os achados endometriósicos chegaram aos 75%. No grupo da Infertilidade a percentagem foi de 50% e no das Massas anexiais foi de

30%. Como seria de esperar a percentagem mais baixa (22,9%) correspondeu ao grupo das mulheres assintomáticas que fez Laqueação tubária a pedido.

A idade média em todos os grupos situa-se na faixa etária dos 30 anos o que vem apoiar a ideia de que a Endometriose é uma doença da idade fértil.

Há muito que se conhece a ligação da Endometriose com a *Nuliparidade / Infertilidade*<sup>12</sup> e no nosso estudo a correlação foi positiva em 51,6%, apesar de não se ter encontrado uma significância estatística neste grupo. Este facto, poderá estar associado ao pequeno tamanho da amostra estudada.

No que diz respeito à *contraceção*<sup>13</sup>, o único grupo cuja maioria tomava contraceptivos orais (o 4.<sup>o</sup>), era o que apresentava estadios mínimos de Endometriose (Mc Ewan 1985), levando-nos a concluir sobre o efeito protector da contraceção oral em relação à Endometriose.

Quanto ao *quadro clínico*, a nossa casuística foi dominada por pacientes assintomáticas e nas restantes a clínica revelava as habituais queixas de dor pélvica, dismenorreia e raramente dispareunia.

Os *achados laparoscópicos* atrás descritos vêm confirmar que, na população específica e no grupo da Infertilidade, a prevalência é a mais alta.

Para terminar, gostaríamos de frisar que no estado actual dos nossos conhecimentos e continuando a Endometriose revestida por um véu que obscurece os seus aspectos etiopato-génicos<sup>14</sup>, resta-nos manter uma atitude de suspeição e não regatearmos o recurso à Laparoscopia diagnóstica sempre que, a mulher em idade fértil referir algias pélvicas relacionadas ou não com o coito ou com a menstruação, algias essas que se reflectam na deterioração da sua qualidade de Vida, quer sob o ponto de vista socio-profissional, sexual ou procriativo.

## AGRADECIMENTOS

A análise estatística deste trabalho foi efectuada por Rui Gama Vaz, Director do Instituto Nacional de Saúde

de Moçambique e ao qual expressamos a nossa gratidão. As autoras também agradecem a Lia Susana e Helga, a tradução e a assistência técnica prestada para a elaboração deste manuscrito.

## BIBLIOGRAFIA

1. HALME J: Basic research in Endometriosis. In: Wynn R M eds. *Obstetrics and Gynecology Annual*. Connecticut: Appleton - Century Crofts 1985;14:288-309.
2. TALBERT LM, KAUMA SM: Endometriosis (chap. 42). In: Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB et al., eds. *Danforth's Obstetrics and Gynecology* 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company 1990: 845-52.
3. SUTTON C: The treatment of endometriosis (chap. 16). In: Studd J eds. *Progress in Obstetrics & Gynecology*. London: Chuechill Livingstone 1990;8:251-72.
4. SHAW RW: Treatment of endometriosis (chap. 17). In: Studd J ed. *Progress in Obstetrics & Gynecologic*. London: Churchill Livingstone 1991;9: 273-87.
5. SCHWEPPE KW: Clinical implications of recent advances in diagnosis. *Medical Forum Reporter - Diagnostic and Clinical Challenges of the 1990s*. From VII World Congress on Human Reproduction, 1990 - Helsinki, Finland. 1990;3-5.
6. REDWINE DB: Age-related evolution in color appearance of endometriosis. *Fertil Steril* 1987; 48(6):1062-3.
7. JANSEN RPS, RUSSELL P: Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:1154-9.
8. SCHWEPPE KW, WYNN RM: Ultrastructural changes in endometriotic implants during the menstrual cycle. *Obstet Gynecol* 1981; 58:465.
9. BROSENS IA: Evolution of endometriotic lesions: is endometriosis a progressive disease? In: *Currents Concepts in endometriosis*. USA: Alan R Liss Inc, 1990;151-6.
10. CHATMAN DL, ZBELLA EA: Pelvic peritoneal defects and endometriosis: further observations. *Fertil Steril* 1986; 46:711-4.
11. DAVIES JA: Endometriosis: a scientific and clinical challenge. *Brit J Obstet Gynecol* 1994;101:267-8.
12. HEDON B, VIRENGUE V, AUDIBERT F et al: Endométriose et Stérilité: la place des thérapeutiques actuelles. *Arq Matern A Costa*, 1990;3:16-20.
13. BRINCAT M, GALEA R, BUHAGIAR A: Polycystic ovaries and endometriosis: a possible connection. *Brit J Obstet Gynec*, 1994;101: 346-8.
14. THOMAS EJ: Endometriosis: still an enigma. *Brit J Obster Gynec* 1993;100:615-7.