

Excision of intracavitary masses in office hysteroscopy – what are the limits?

Excisão de massas intracavitárias por histeroscopia *office* – quais os limites?

Milene Rodrigues*, Patrícia Di Martino**, João Mairos***
Hospital das Forças Armadas, Pólo de Lisboa

Abstract

Hysteroscopy has had an increasingly important role in modern gynecology. There are several limiting factors for the success of this procedure and the size of the mass is one of them. Some authors refer a threshold to remove masses (submucous fibroids or polyps) of about 2cm.

Study objective: To assess if the size of the masses is a determinant factor for the success of polypectomy/myomectomy in office hysteroscopy.

Methods: A retrospective study was conducted between January 2010 and December 2012 (230 procedures). All participants were subjected to an anonymous survey. The intensity of pain was assessed on a scale of 0 (no pain) to 10 (maximum pain experienced). The trial was divided into 3 groups: Group 1: <2 cm (n = 158), Group 2: ≥ 2 and <5 cm (n = 55) and group 3: ≥ 5 cm (n = 17). We used SPSS version 20, and conducted chi-square tests with $\alpha = 0,05$.

Results: Most patients reported only slight pain or discomfort during the procedure. The pain level was ≤ 5 in 73.1% of patients. Only 17% requested local anesthesia (hysteroscopic anesthesia) and 10% expressed the desire for general anesthesia. On univariate analysis, the size or the number of masses were not related to the intensity of pain felt, or with the desire for general anesthesia. In 92.6% of patients we were able to avoid the risks associated with general or locoregional anesthesia as well as the adverse effects and costs associated to hospitalization.

Conclusions: The removal of masses larger than 5 cm is practicable in office hysteroscopy.

Keywords: Hysteroscopy; Office hysteroscopy; Mass excision by hysteroscopy.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a histeroscopia tem tido um papel cada vez mais importante na Ginecologia moderna com o desenvolvimento de instrumentos histeroscópicos cada vez menores e mais eficazes. As indicações para histeroscopia variam desde o diagnóstico, até ao tratamento cirúrgico das patologias intracavitárias. Trata-se de um procedimento seguro, acessível e eficaz, sendo no momento o *gold standard* na investigação de patologias da cavidade uterina¹. Assim, a his-

teroscopia realizada em ambiente de consultório (*histeroscopia office*), proporciona um método diagnóstico e terapêutico de variada patologia intracavitária como aderências, alterações anatómicas, identificação e remoção de corpo estranho, pólipos e miomas, de forma segura e com elevada taxa de sucesso, sem necessidade de dilatação cervical ou de anestesia^{2,3}. Esta técnica proporciona assim uma importante redução do risco para a doente, bem como de custos directos: honorários/vencimentos dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e outros); piso de sala; anestesiológica; fármacos usados na anestesia; custo dos consumíveis e dispositivos (de histeroscopia e de anestesiológica); custo da sala de recobro, custo do internamento/cama de enfermaria; fármacos usados no internamento e no recobro e indirectos associados: custo da utilização dos equipamentos de histeroscopia,

*Interna do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Garcia de Orta

**Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Forças Armadas, Pólo de Lisboa

***Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Forças Armadas, Pólo de Lisboa

anestesiologia e todo o restante equipamento do bloco operatório envolvido; tempo de bloco; custos associados ao risco anestésico; custo dos eventos adversos; honorários/vencimentos dos profissionais da enfermaria, do recobro, assistentes administrativas dos serviços de internamento, auxiliares de acção médica dos serviços de internamento, brigadas da limpeza e outros profissionais; custos com a infecção associada aos cuidados de saúde (podem estar incluídos no custo dos eventos adversos); custos dos produtos de limpeza dos serviços de internamento, bloco e recobro; absentismo laboral; subsídio de doença durante o internamento e eventual baixa ao domicílio; refeições no hospital; tratamento de roupas no hospital; lavagem e desinfecção de ferros, etc). O sucesso da histeroscopia *office* é condicionado na maior parte dos casos pela dor associada ao procedimento. Existem no entanto outros factores limitativos, como factores relacionados com a doente (paridade, menopausa, etc); factores relacionados com a técnica (preparação prévia, meio de distensão utilizado, uso de tenáculo ou espéculo, experiência da equipa, ambiente envolvente, etc) e factores relacionados com a patologia intra-uterina (presença de miomas, pólipos, sinéquias). Na literatura podemos ainda encontrar como factor determinante do sucesso do procedimento o tamanho da massa. Alguns autores referem como limite a remoção de massas (pólipos ou miomas) de cerca de 2cm⁴⁻⁶.

OBJECTIVO

Avaliar se a dimensão das massas a remover constitui por si só um factor condicionante para o sucesso da polipectomia/miomectomia no modelo de histeroscopia *office*.

MÉTODOS E RESULTADOS

Foi efectuado um estudo retrospectivo com análise univariada, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2012. Durante este período foram analisadas todas as histeroscopias cirúrgicas efectuadas no Hospital das Forças Armadas, obtendo-se um total de 230 procedimentos (208 doentes). Os procedimentos foram efectuados quer por profissionais com experiência, quer por profissionais em formação em histeroscopia. A abordagem foi em 100% dos casos por vaginoscopia (sem recurso a espéculo ou tenáculo). Todas as histeroscopias

QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E MEDICAÇÃO PRÉ-HISTEROSCOPIA

	Sim	Não	Sem dados
Menopausa	59,6%	39,6%	0,8%
Parto vaginal	73,5%	25,7%	0,8%
Misoprostol	76,5%	23,5%	–
Estrogénios tópicos	40,4%	47%	12,6%
Butilescopolamina	98,7%	0,9%	0,4%
Diazepam	97,3%	2,7%	–

foram realizadas após consulta de preparação das doentes, tendo sido efectuada selectivamente preparação prévia com estrogénios locais e/ou misoprostol vaginal e/ou oral. Não foi efectuada dilatação mecânica do canal cervical, com velas de Hegar; tendo em conta que os receptores de dor do canal cervical parecem ser mais sensíveis ao estiramento do que ao corte, quando necessário foi efectuado corte com tesoura histeroscópica do orifício interno ou externo. Todas as doentes foram informadas do modo como é efectuada a histeroscopia e dos riscos inerentes à técnica através de consentimento informado. No dia do procedimento as utentes foram, ainda, medicadas previamente com butilescopolamina 10mg via rectal e diazepam 10mg *per os*.

A duração média dos procedimentos foi de 30 minutos.

No final das histeroscopias foram registadas em base de dados as dimensões das massas excisadas com base na medição ecográfica prévia à histeroscopia e/ou nas medições directas das mesmas após a sua remoção (efectuadas pelo médico que efectuou o procedimento e posteriormente pelo anatomopatologista). O maior pólipo excisado media cerca de 72mm e o maior mioma 58mm.

A análise de dados foi efectuada usando SPSS versão 20, tendo sido realizados testes de *Chi-quadrado* com alfa 0,05.

A idade média das doentes foi de 57 anos com uma idade mínima de 14 anos e máxima de 91 – o Quadro I apresenta a restante caracterização da amostra.

A todas as utentes foi feito um inquérito anónimo, realizado pela enfermeira, na ausência do médico que efectuou o exame. Neste inquérito foi avaliada a intensidade da dor, com base numa escala de 0 a 10, em que «0» correspondia à ausência de dor e «10» à dor mais intensa que a doente já tivesse vivenciado. No mesmo inquérito era também avaliado o desejo de anestesia ge-

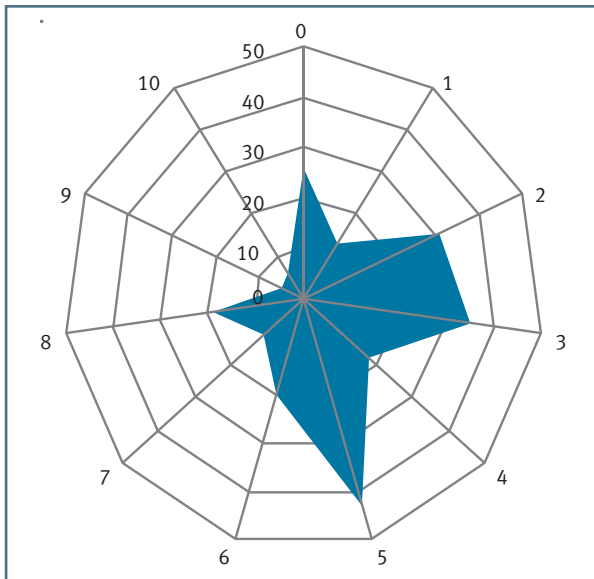


FIGURA 1. Distribuição da amostra em relação à escala de dor

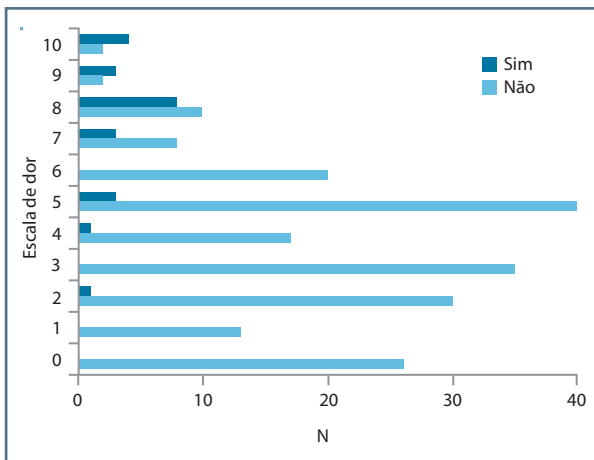


FIGURA 2. Desejo de anestesia geral em comparação com a dor percebida pelas doentes

ral, caso a doente tivesse que repetir o mesmo procedimento. Relativamente à dor obtivemos um total de 227 inquéritos correctamente preenchidos e verificámos que o nível de dor foi \leq a 5 em 73,1% das doentes, a média foi de 4 e a moda de 5 (Figura 1). Apenas 40 mulheres (17%) solicitaram anestesia local (anestesia histeroscópica). Verificou-se que a avaliação da dor por parte das doentes era fiável ($p=0,04$). Esta avaliação foi feita pelo médico que realizou o procedimento, comparando a resposta dada pela doente no inquérito com a percepção que este teve das suas queixas durante a histeroscopia.

QUADRO II. NÚMERO DE DOENTES ENVIADAS PARA O BLOCO OPERATÓRIO E SUA RELAÇÃO COM O TAMANHO DAS MASSAS

Tamanho da massa	Não	Sim	Total
Grupo 1 (<2cm)	149 (94,3%)	9 (5,7%)	158 (100%)
Grupo 2 (≥ 2 e <5cm)	48 (87,3%)	7 (12,7%)	55 (100%)
Grupo 3 (≥ 5 cm)	16 (94,1%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Total	213 (92,6%)	17 (7,4%)	230 (100%)

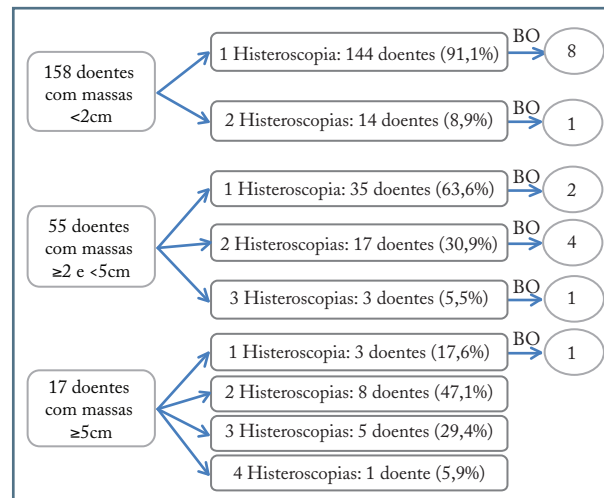


FIGURA 3. Distribuição da amostra em relação à escala de dor

Dos 226 inquéritos que obtivemos relativamente ao parâmetro «Desejo de anestesia geral, caso tivesse que repetir o procedimento» apenas 10% da amostra expressou esse desejo (Figura 2).

Não houve relação estatisticamente significativa entre o desejo de anestesia geral e o tamanho ou o número de massas removidas. No entanto, houve uma relação estatisticamente significativa entre intensidade da dor sentida e o desejo de anestesia geral ($p<0,05$).

A amostra foi dividida em 3 grupos, tendo em conta o tamanho das massas removidas: Grupo 1: <2cm (158 procedimentos); Grupo 2: ≥ 2 e <5cm (55 procedimentos); Grupo 3: ≥ 5 cm (17 procedimentos).

Podemos constatar que apenas 7,4% ($n=17$) do total da amostra foram enviadas para o bloco operatório, sendo que 52,9% destas doentes pertencia ao grupo com massas inferiores a 2 cm (Quadro II).

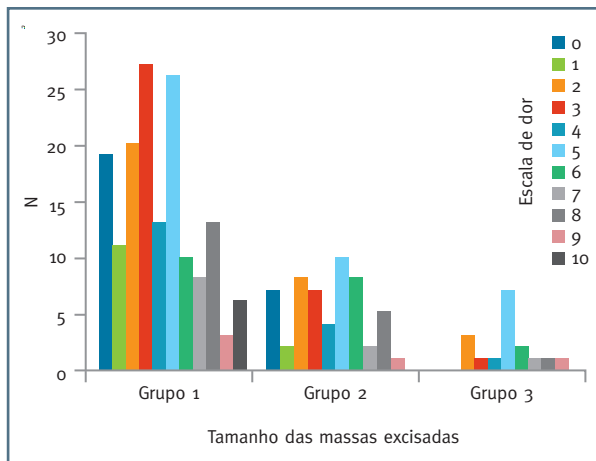


FIGURA 4. Relação entre a frequência do tamanho das massas e a escala de dor atribuída pelas doentes

Pela Figura 3 podemos constatar que a probabilidade de repetição do procedimento aumenta com o aumento do tamanho das massas intra-uterinas a remover, tendo-se verificado a existência de significado estatístico entre o tamanho da massa e a realização de mais do que um tempo de histeroscopia ($p < 0,05$). No total, 48 doentes (20,8%) foram submetidas a mais do que um procedimento. Constatou-se que massas com tamanho inferior a 2 cm não necessitaram de mais do que dois tempos de histeroscopia e apenas uma doente com massa intrauterina de tamanho superior ou igual a 5 cm necessitou de 4 tempos de histeroscopia.

Não se verificou qualquer relação estatisticamente significativa entre o tamanho das massas removidas e o uso de anestesia durante a histeroscopia, nem entre o tamanho das massas e o envio para o bloco operatório. Não se verificou também qualquer correlação entre o tamanho da massa e a dor referida pelas doentes durante a histeroscopia (Figura 4).

CONCLUSÕES

A histeroscopia está descrita como um procedimento que constitui um excelente meio para avaliação e tratamento cirúrgico da cavidade uterina, com uma reduzida taxa de complicações⁷. A maioria das patologias benignas intrauterinas são passíveis de ser avaliadas e tratadas por este método, usando uma abordagem por vaginoscopia e sem recurso a anestesia². Na nossa amostra, a maioria das doentes apresentou apenas desconforto ou dor ligeira, já que numa escala de dor de

0-10, 73% apresentava um nível de dor inferior ou igual a 5. Nesta amostra univariável, o tamanho ou o número de massas não tem relação com a intensidade da dor sentida, nem com o desejo expresso de anestesia geral. Também a necessidade de repetição do procedimento, não foi para elas um factor decisivo para o desejo de anestesia geral. Contrariamente, a intensidade da dor sentida durante o procedimento constituiu o factor decisivo para o desejo de anestesia por parte das doentes avaliadas ($p < 0,05$).

A remoção de massas com tamanho superior a 5 cm é exequível em histeroscopia *office*, desde que a doente tolere o procedimento e se mantenham as condições de acesso à massa no interior da cavidade uterina.

Concluiu-se ainda que o tamanho da massa demonstrou relação estatisticamente significativa com a necessidade de efectuar mais do que um tempo de histeroscopia ($p < 0,05$). Em 230 procedimentos apenas houve necessidade de enviar 7,4% para o bloco operatório (destes, 52,9% tinham massas inferiores a 2 cm; 41,2% apresentavam massas entre 2 e 5 cm e 5,9% tinham massas superiores ou iguais a 5 cm). Assim, na grande maioria desta amostra (92,6%) foi possível evitar os riscos inerentes a uma anestesia geral ou loco-regional, bem como os efeitos adversos e custos associados a um internamento hospitalar. Na análise destes custos consideramos importante ter em conta não só os custos directos, mas também os custos indirectos e intangíveis, para além dos eventos adversos associados ao internamento. No que respeita aos custos directos, efectuámos uma simulação comparando uma miomectomia em modelo de histeroscopia *office* versus histeroscopia em bloco operatório num hospital privado e o custo da histeroscopia *office* foi 54% do custo da histeroscopia em bloco operatório. Se adicionarmos os custos indirectos e intangíveis relacionados com o risco anestésico e complicações pós-anestésicas, a logística pessoal, familiar e profissional envolvidas num internamento, o absentismo laboral da doente e de familiares e os custos associados aos eventos adversos associados ao internamento hospitalar (cuja incidência num importante estudo em Portugal⁸ foi estimada em 11,1% e que segundo a Organização Mundial de Saúde varia entre 3,7% e 16,6%), é evidente a diminuição de custos que a histeroscopia *office* permite, mesmo quando, na nossa opinião, é necessário efectuar um 2º tempo de histeroscopia. Nos casos em que foi efectuada um 3º ou mesmo 4º tempo de histeroscopia, mesmo podendo ser discutível a vantagem económica, achamos que o seu carácter esporádico e a segurança

clínica justificam no âmbito geral o investimento do nosso grupo de trabalho no modelo *office*.

Todavia este trabalho apresenta algumas limitações entre elas se destacam a ausência de avaliação dos custos indirectos das repetições do procedimento e das recidivas, todos os exames foram efectuados numa só instituição e o facto de se tratar de um estudo retrospectivo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Siristatidis C, Chrelias C, Salamalekis G, Kassanos D. Office hysteroscopy: current trends and potencial applications: a critical review. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 282: 383-388.
2. Di Spiezio A, Bettocchi S, Spinelli M, Guida M, Nappi L, Angioni S, Sosa LM, Nappi C. Review of new office-based hysteroscopy procedures 2003-2009. *Minimally invasive gynecology*. 2010; 17 (4): 436-448.
3. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marelo F, Nappi L. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr Bipolar electrode. *Hum Repro*. 2002; 17(9): 2435-2438.
4. Kužel D, Hrazdírová L, Mára M, Fanta M, Hrušková H, Kubínová K. Office hysteroscopy - management and results. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012 Jul-Aug;19(4):494-7.
5. Kuzel D, Tóth D, Hrazdírová L, Mára M, Fucíková Z. Office hysteroscopy-state of the art. *Ceska Gynekol*. 2006 May;71(3): 220-225.
6. Cicinelli E. Hysteroscopy without anesthesia: review of recent literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010 Nov-Dec;17(6):703-8.
7. Van Kerkvoorde TC, Veersema S, Timmermans A. Long-term complications of office hysteroscopy: analysis of 1028 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012 Jul-Aug;19(4):494-497.
8. Sousa P, Uva AS, Serranheira F et al. Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. *Escola Nacional de Saúde Pública*. Maio 2011.
9. <http://www.ginendo.com/steplauda.pdf>
10. <http://histeroscopia.med.br/index/?q=node/93>