

# Perception of pain in office hysteroscopy

## Percepção da dor em histeroscopia no consultório

Ana Patrícia Pinto\*, Vera Sousa\*, Patrícia Di Martino\*\*, João Mairos\*\*\*  
Hospital das Forças Armadas – Polo de Lisboa

### Abstract

**Overview and Aims:** The aim of our study was to evaluate which variables are able to influence the perception of pain during office hysteroscopy.

**Study Design:** A prospective observational study was carried out.

**Population:** Two hundred and sixty six women who underwent a total of 288 office hysteroscopies between February 2012 and August 2014.

**Methods:** After the procedure, all patients were asked to complete a questionnaire using a 0-10 pain scale.

**Results:** The mean pain level was 4.04 and the mean duration of the procedure was 24.88 minutes. Hysteroscopic anesthesia was used in 74 out of a total of 288 procedures. The duration of the procedure was directly related to the pain levels recorded by the patients ( $p < 0.01$ ). The presence of cervical stenosis also contributed for higher levels of pain ( $p < 0.05$ ) and a prior vaginal delivery was a protective factor. The postmenopausal status, use of misoprostol and the hysteroscopist experience didn't influence the level of pain.

**Conclusion:** The duration of procedure and the presence of cervical stenosis were significantly related to higher levels of pain during office hysteroscopy.

**Keywords:** Hysteroscopy; Pain; Time.

### INTRODUÇÃO

A histeroscopia mantém-se como o *gold-standard* para avaliação da cavidade uterina assim como de patologia endometrial<sup>1</sup>. A *office hysteroscopy* ou histeroscopia em consultório realiza-se sem necessidade de recorrer a anestesia geral, de forma rápida, económica e segura para a paciente<sup>2,3</sup>. A histeroscopia poderá ser diagnóstica ou terapêutica. A dor mantém-se como o principal fator limitativo<sup>4,5</sup>, pelo que ao longo do tempo se tem tentado reduzir a dor e o desconforto através do uso da técnica de vaginoscopia, do uso de soro fisiológico como meio de distender a cavidade e através do uso de histeroscópios de menor diâmetro<sup>6-8</sup>. Têm sido associados também a uma maior percepção da dor, fa-

tores relacionados com a doente como a pós-menopausa, com a técnica, como a realização de preparação cervical, e com a patologia intrauterina, que condiciona procedimentos mais complexos<sup>9,10</sup>. Com este estudo pretende-se primariamente avaliar a relação do tempo do procedimento e a percepção da dor, assim como outros fatores tais como antecedentes de parto vaginal, pós-menopausa, uso de misoprostol, dificuldade na entrada da cavidade uterina por estenose cervical e realização do procedimento por interno da especialidade em formação.

### MÉTODOS

Foi efetuado um estudo prospetivo observacional entre Fevereiro de 2012 e Agosto de 2014. Durante esse período foram realizadas 288 histeroscopias em consultório a 266 mulheres, tanto por especialistas com experiência em histeroscopia como por internos da especialidade em formação.

\*Interna de Ginecologia-Obstetrícia do Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo

\*\*Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Forças Armadas

\*\*\*Consultor em Ginecologia e Obstetrícia, Director Clínico do Pólo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas

Anteriormente ao procedimento, todas as mulheres tiveram uma consulta de avaliação em que se averiguava a necessidade de algum tratamento prévio, como anti-infecciosos, misoprostol ou estrogénios locais. O misoprostol foi prescrito de acordo com a avaliação cervical e o *status* hormonal da paciente. A posologia utilizada variou entre 200 a 400 microgramas, por via oral ou vaginal. Relativamente à estrogenerapia local esta foi prescrita de acordo com o grau de atrofia cervico-vaginal, o *status* hormonal da paciente, o tempo de espera até à histeroscopia e a premência do procedimento. A posologia utilizada foi de uma administração vaginal, em dias alternados, durante 2 a 3 semanas. No dia da histeroscopia, as utentes foram medicadas com butilescopolamina 10mg via retal, diazepam 10mg *per os* e foi utilizada música relaxante durante o procedimento<sup>11</sup>. Em todos os casos a entrada na cavidade uterina fez-se através de vaginoscopia, utilizando-se como meio de distensão, soro fisiológico a 0,9% aquecido a 37°C. A pressão de soro utilizada foi individualizada caso a caso, mediante regulação nas válvulas de entrada e de saída do histeroscópio, variando de acordo com as características da cavidade uterina, a tolerância da doente em cada momento e as exigências técnicas da situação, entre o máximo de 120mmHg e o mínimo de 0mmHg. Em 279 (96,87%) histeroscopias foram utilizados histeroscópios de 5mm (Bettocchi-Karl Storz, Tuttlingen, Alemanha) e em 9 (3,13%) histeroscópios de 3mm (Alphascope - Ethicon, Livingston, Escócia). Nos procedimentos em que houve uma entrada laboriosa na cavidade uterina, devido à presença de estenose cervical, esta foi ultrapassada através do uso de tesoura mecânica histeroscópica. Sempre que necessário, foi disponibilizada anestesia histeroscópica<sup>12</sup> com lidocaína a 1%, por agulha endoscópica. No fim do procedimento, realizou-se um questionário sobre a preferência em realizar o mesmo sob anestesia geral e sobre a perceção da dor durante o procedimento, numa escala numérica de 0 a 10, em que “0” corresponderia à ausência de dor e “10” à dor mais intensa já experimentada pela doente. Agruparam-se os níveis de dor em 0 ausência de dor, 1-3 dor ligeira, 4-6 dor moderada e 7-10 dor intensa<sup>13</sup>. Foram excluídos da amostra inicial, os casos que não apresentavam toda a informação pretendida.

Os dados do estudo foram obtidos através da base de dados de histeroscopias do serviço e a análise estatística foi feita usando o SPSS versão 22.0. Realizou-se a correlação de Spearman para avaliar a relação entre a dor e o tempo do procedimento, e o teste  $\chi^2$  para

avaliar a relação entre a dor e o *status* hormonal, antecedentes de parto vaginal, necessidade de preparação cervical, grau de dificuldade de entrada na cavidade e a experiência do executante. O valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo.

## RESULTADOS

Durante o período estudado, foram realizadas 309 histeroscopias, tendo sido seleccionadas 288, num total de 266 mulheres. Foram realizadas 74 histeroscopias diagnósticas (25,69%) e 214 histeroscopias cirúrgicas (74,31%). O Quadro I descreve os tipos de procedimentos efetuados.

A idade das mulheres estava compreendida entre os 23 e 92 anos, sendo a média de idade 55,03 com um desvio padrão de 13,6. A idade média nos diferentes grupos de dor foi de 55,19 no grupo de ausência de dor, 55,90 no grupo de dor ligeira, 54,23 no grupo de dor moderada e 54,76 no grupo de dor intensa. Encontravam-se na pós-menopausa 56,3% (162/288) das mulheres e 68,1% (196/288) tinham tido um parto vaginal nos antecedentes. Realizaram terapêutica com misoprostol previamente à histeroscopia 87,2% (251/288) das pacientes e das 162 (56,3%) mulheres que se encontravam em pós-menopausa, 71,0% (115/162) realizaram tratamento prévio com estrogénios locais, sendo que em apenas 3,2% (4/126) das mulheres em pré-menopausa foi necessário fazê-lo. Das 162 (56,3%) mulheres em pós-menopausa, 156 realizaram tratamento com misoprostol e, deste grupo, 116

**QUADRO I. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PROCEDIMENTO E MÉDIA DA DOR ASSOCIADA**

Procedimentos	%	Média de Dor
Polipectomia	52,8	4,07
Diagnóstica	25,7	3,47
Miomectomia	6,6	4,53
Laqueação tubária bilateral <sup>1</sup>	5,2	4,20
Polipectomia + miomectomia	3,5	4,50
Lise de sinéquias	1,0	5,67
Septoplastia	0,7	5,00
Outros	4,5	-

1. Essure Permanent Birth Control System (Conceptus, Inc., Mountain View, CA)

**QUADRO II. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

%	Sim	Não
Anestesia histeroscópica	25,7	74,3
Menopausa	56,3	43,8
Parto vaginal	68,1	31,9
Misoprostol	87,2	12,8
Entrada fácil na cavidade	63,5	36,5
Desejo de anestesia geral	5,9	94,1
Procedimento realizado por interno da especialidade	35,8	64,2

fizeram estrogénoterapia concomitantemente. Entre os procedimentos realizados, 63,5% (183/288) apresentaram uma entrada fácil na cavidade uterina e 36,5% (105/288), uma entrada laboriosa. Em 74 (25,69%) procedimentos foi necessária a aplicação de anestesia histeroscópica, sendo que os restantes 214 (74,31%) decorreram sem qualquer tipo de anestesia. Do total de 288 histeroscopias, 103 (35,8%) foram realizadas conjuntamente por internos da especialidade em formação em histeroscopia e 64,2% (185/288) foram realizadas apenas por especialistas com experiência (Quadro II).

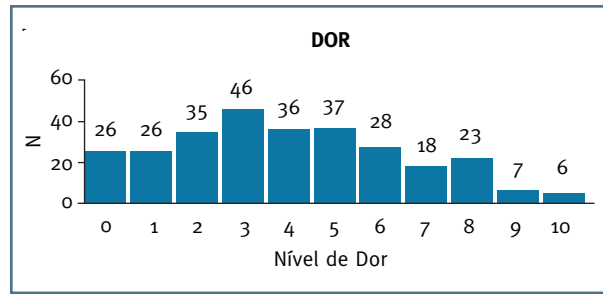


FIGURA 1.

Após a histeroscopia, e depois de responder ao questionário sobre a percepção da dor, a média foi de 4,04, numa escala numérica de 0 a 10. Quando inquiridas sobre o desejo de realizar o procedimento sob anestesia geral, 5,9% (17/288) manifestaram preferência em fazê-lo. Em relação à percepção da dor sentida, 37,2% (107/288) referiram dor ligeira, 35,1% (101/288) dor moderada, 18,8% (54/288) dor intensa e 9,0% (27/288) negaram qualquer sensação de dor (Figura 1).

Entre os fatores estudados que poderiam influenciar a percepção da dor, avaliou-se primeiro o tempo de duração do procedimento. O tempo começou a ser contabilizado desde a introdução do histeroscópio na vagi-

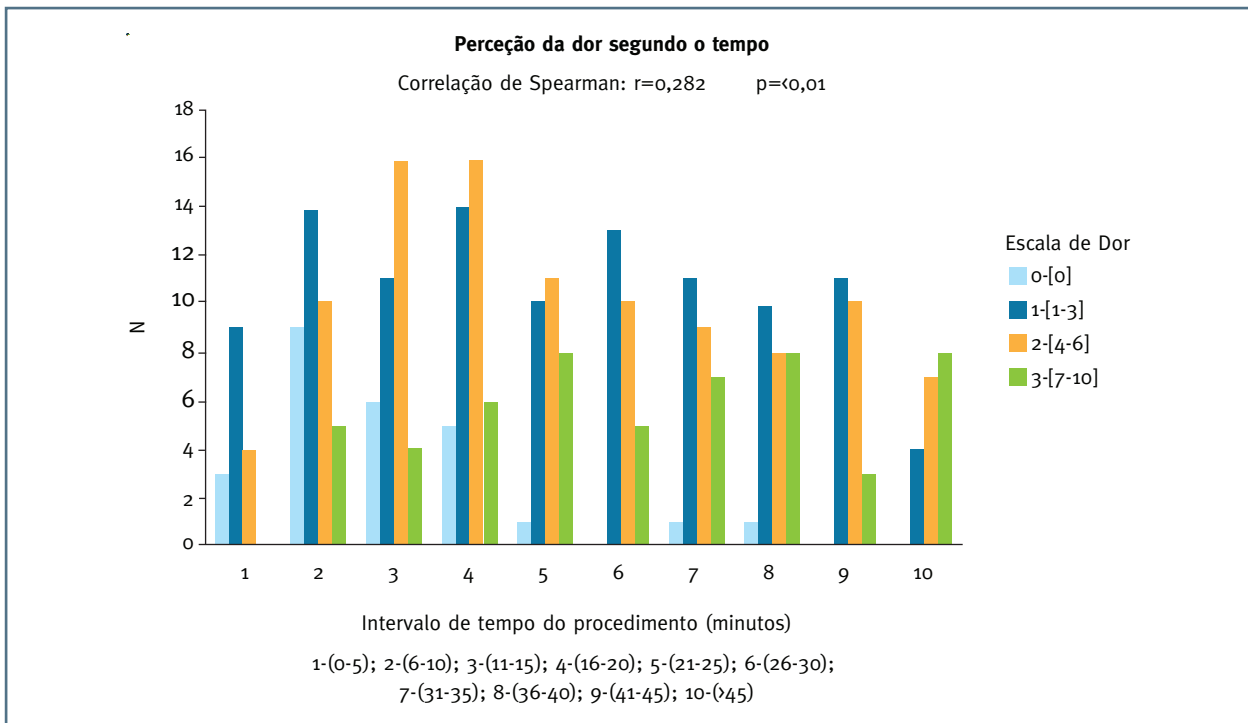


FIGURA 2.

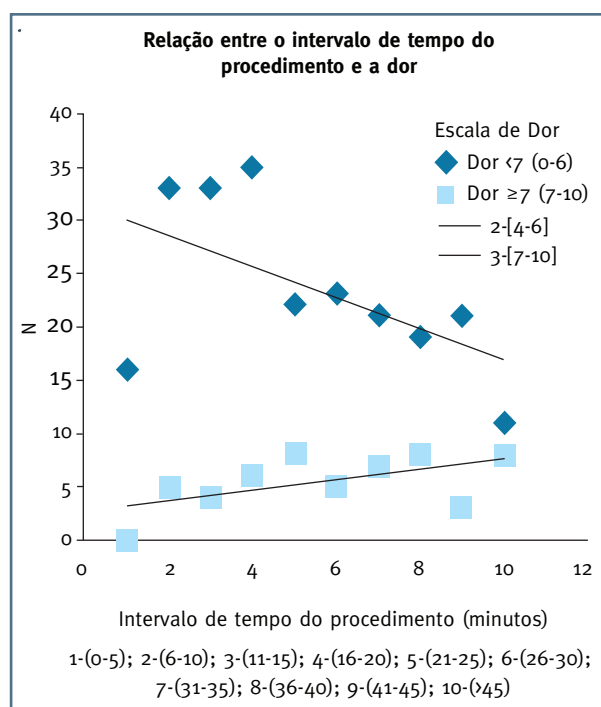


FIGURA 3.

na até este ser retirado no fim da histeroscopia. Pela Figura 2, pode-se constatar que existe uma relação diretamente proporcional entre o tempo do procedimento e o nível de dor sentido durante o mesmo, tendo sido obtida uma correlação positiva estatisticamente significativa ( $r=0,282$ ;  $p<0,01$ ). Verificou-se que quanto maior foi o tempo do procedimento, maior o número de mulheres cuja percepção da dor foi mais intensa (dor intensa: 7 a 10) (Figura 3). Os casos de ausência de dor foram essencialmente aqueles em que o procedimento demorou menos de 20 minutos sendo inexistentes naqueles que duraram mais de 40 minutos.

Seguidamente, fomos avaliar outros fatores com influência potencial sobre os níveis de dor percebidos durante a histeroscopia em consultório. Avaliámos a facilidade de entrar na cavidade uterina, se a mulher se encontrava em pós-menopausa, se tinha tido partos vaginais nos antecedentes, se tinha sido administrado misoprostol e se o procedimento tinha sido realizado apenas por um especialista de Ginecologia-Obstetrícia experiente em histeroscopia ou conjuntamente por um interno da especialidade em formação. Relativamente à avaliação destes fatores, constatou-se que a entrada laboriosa na cavidade uterina era fator de risco

### QUADRO III. RELAÇÃO ENTRE OS VÁRIOS FATORES E A DOR INTENSA. TESTE $\chi^2$

Fatores n (%)	Dor $\geq 7$ (n=53)	p value
Pós-menopausa		
Sim	31/162 (19,1)	0,716
Não	22/126 (17,5)	–
Parto vaginal		
Sim	30/196 (15,3)	<0,05
Não	23/92 (25)	–
Entrada laboriosa		
Sim	28/105 (26,7)	<0,05
Não	25/183 (13,7)	–
Misoprostol		
Sim	48/251 (19,1)	0,411
Não	5/37 (13,5)	–
Interno		
Sim	17/102 (16,7)	0,559
Não	36/185 (19,5)	–

para níveis de dor mais elevados ( $p<0,05$ ) e que antecedentes de parto vaginal representavam um fator protetor ( $p<0,05$ ). Os restantes fatores não apresentaram influência com significado estatístico (Quadro III).

### DISCUSSÃO

A dor continua a ser o principal fator limitativo da utilização alargada da histeroscopia em consultório pelo que ao longo do tempo têm sido estudados os diferentes componentes que possam contribuir para uma maior percepção da mesma. A redução do calibre do histeroscópio, o uso da técnica de vaginoscopia e a aplicação da anestesia histeroscópica são alguns exemplos das alterações feitas para uma melhoria e crescente adesão à técnica.

Os resultados obtidos no nosso estudo demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre o tempo da histeroscopia e a percepção da dor pela paciente. Os dados na literatura não são consensuais nesta relação, pelo que esta se tornou no principal objetivo deste trabalho. Os grupos dirigidos por Mazzon *et al*<sup>4</sup>, Zayed *et al*<sup>5</sup> e Fonseca *et al*<sup>6</sup> demonstraram maior percepção de dor após procedimentos mais longos enquanto que os grupos de Schettini *et al*<sup>7</sup>, Zullo *et al*<sup>8</sup> e Wong *et al*<sup>9</sup> não encontraram qualquer relação. A avaliação da dificuldade em entrar na cavidade uteri-

na, também não apresenta dados consistentes na literatura. Os resultados obtidos neste trabalho evidenciaram que uma entrada laboriosa na cavidade está relacionada com níveis de dor mais intensos, apresentando valor estatístico significativo. Tal como na maioria dos trabalhos publicados, os nossos resultados demonstraram diferença estatística significativa relativamente aos antecedentes de parto vaginal como fator protetor. No entanto, relativamente a fatores como a pós-menopausa, não existem diferenças entre os dois grupos.

Concluindo, o nosso estudo demonstrou relação entre a estenose cervical e o tempo do procedimento com a percepção de dor. De forma a ultrapassar estas condicionantes, as mulheres deverão ser, previamente, observadas em consulta. Deverá ser feita uma avaliação cervical e instituição de terapêutica individualizada, nomeadamente misoprostol, aplicação de estrogénios locais e tratamento de infeções vaginais presentes, para além da terapêutica protocolada (analgesia oral/rectal) que todas fazem (excepto em caso de alergia ou recusa). Desta forma pretende-se assegurar as melhores condições de acesso à cavidade uterina e, conseqüentemente, minimizar a dor sentida. Uma entrada fácil na cavidade uterina vai reduzir o tempo de duração do procedimento contribuindo ainda mais para a redução da dor. Por outro lado, a duração do procedimento também se encontra relacionada com o tipo de cirurgia histeroscópica efetuada, a dimensão, localização e natureza das massas intracavitárias a remover, as condições que a cavidade uterina oferece para a realização da cirurgia e a experiência do cirurgião (porquanto as histeroscopias cirúrgicas mais complexas foram efetuadas pelos especialistas experientes). Estes fatores condicionam também o tempo do procedimento e deverão ser alvo de estudos posteriores, por forma a encontrar soluções que conduzam à redução desse tempo.

O nosso estudo apresentou como limitações, o facto de terem sido usados dois histeroscópios de diâmetros diferentes e da terapêutica com misoprostol ter sido individualizada, pelo que nem todas as mulheres o fizeram.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004 Sep;31(3):641-654.
- Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, Di Venere R, Masciopinto V, Pansini V, Pinto L, Santoro A, Cormio G. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004 Feb;11(1):59-61.
- Cicinelli E. Hysteroscopy without anesthesia: review of recent literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 Nov-Dec;17(6):703-708.
- Campo R, Molinas CR, Rombauts L, Mestdagh G, Lauwers M, Braekmans P, Brosens I, Van Belle Y, Gordts S. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy. *Hum Reprod.* 2005 Jan;20(1):258-263.
- Rodrigues M, Di Martino P, Mairois J. Excision of intracavitary masses in office hysteroscopy – what are the limits? *Acta Obstet Gynecol Port* 2014;8(3):252-256.
- Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997 Feb;4(2):255-258.
- De Angelis C, Santoro G, Re ME, Nofroni I. Office hysteroscopy and compliance: mini-hysteroscopy versus traditional hysteroscopy in a randomized trial. *Hum Reprod.* 2003;18:2441-2445.
- Nagele F, Bournas N, O'Connor H, Broadbent M, Richardson R, Magos A. Comparison of carbon dioxide and normal saline for uterine distension in outpatient hysteroscopy. *Fertil Steril.* 1996;65:305-309.
- Cicinelli E, Rossi AC, Marinaccio M, Matteo M, Saliani N, Tinelli R. Predictive factors for pain experienced at office fluid minihysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 Jul-Aug;14(4):485-488.
- Rullo S, Sorrenti G, Marziali M, Ermini B, Sesti F, Piccione E. Office hysteroscopy: comparison of 2.7- and 4-mm hysteroscopes for acceptability, feasibility and diagnostic accuracy. *J Reprod Med.* 2005 Jan;50(1):45-48.
- Angioli R, De Cicco Nardone C, Plotti F, Cafà EV, Dugo N, Damiani P, Ricciardi R, Linciano F, Terranova C. Use of music to reduce anxiety during office hysteroscopy: prospective randomized trial. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 May-Jun;21(3):454-459.
- Vinagre C, Di Martino P, Mairois J. Hysteroscopic anesthesia: a new method of anesthesia in ambulatory hysteroscopy. *Acta Obstet Gynecol Port* 2013;7(4):274-277.
- Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain.* 1995 May;61(2):277-284.
- Mazzon I, Favilli A, Grasso M, Horvath S, Bini V, Di Renzo GC, Gerli S. Pain in diagnostic hysteroscopy: a multivariate analysis after a randomized, controlled trial. *Fertil Steril.* 2014 Nov;102(5):1398-1403.
- Zayed SM, Elsetohy KA, Zayed M, Fouda U. Factors affecting pain experienced during office hysteroscopy. *Middle East Fertility Society Journal*; Volume 20, Issue 3, September 2015; 154-158.
- de Freitas Fonseca M, Sessa FV, Resende JA Jr, Guerra CG, Andrade CM Jr, Crispi CP. Identifying predictors of unacceptable pain at office hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Jul-Aug;21(4):586-591.
- de Carvalho Schettini JA, Ramos de Amorim MM, Ribeiro Costa AA, Albuquerque Neto LC. Pain evaluation in outpatients undergoing diagnostic anesthesia-free hysteroscopy in a teaching hospital: a cohort study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 Nov-Dec;14(6):729-735.
- Zullo F, Pellicano M, Stigliano CM, Di Carlo C, Fabrizio A, Nappi C. Topical anesthesia for office hysteroscopy. A prospec-

tive, randomized study comparing two modalities. *J Reprod Med.* 1999 Oct;44(10):865-869.

19. Wong AY, Wong K, Tang LC. Stepwise pain score analysis of the effect of local lignocaine on outpatient hysteroscopy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 2000 Jun;73(6):1234-1237.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Ana Patrícia Pinto  
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.  
E-Mail: [aplpinto@gmail.com](mailto:aplpinto@gmail.com)

**RECEBIDO EM:** 27/8/2015

**ACEITE PARA PUBLICAÇÃO:** 18/8/2016