

Utilização da Minilaparoscopia em Pacientes com Algia Pélvica

Office Microlaparoscopy in Patients with Chronic Pelvic Pain

Waldir Pereira Modotte, Rogério Dias

RESUMO

Objetivo: *analisar o uso da vídeo-minilaparoscopia no diagnóstico das causas de algia pélvica, bem como sua aplicabilidade.*

Métodos: *foram estudadas prospectivamente 32 pacientes com algia pélvica, com idade média de 30 anos, submetidas a vídeo-minilaparoscopia. Analisamos nesse trabalho: a duração do procedimento, o tempo de permanência no centro de recuperação, a qualidade técnica da imagem, os achados laparoscópicos, a tolerância do método anestésico, sob sedação consciente, a morbidade pós-operatória e a aceitação do procedimento cirúrgico pela paciente.*

Resultados: *o tempo médio de duração foi de 19 minutos, o tempo médio de permanência no centro de recuperação de 43 minutos e a qualidade de imagem excelente ou boa em todas as pacientes selecionadas. Foram encontrados os seguintes achados laparoscópicos: 34,4% de endometriose, 28,1% de aderências pélvicas, 12,5% de varizes pélvicas e 25% normais. Baseado no critérios de Bordhal et al.¹, foi observada uma baixa frequência de manifestação dolorosa durante a anestesia local (12,5%) e relativo desconforto (46,9%) na realização do pneumoperitônio. Observou-se que o método apresenta tolerância muito boa e boa em 96,9%, utilizando-se os critérios de Milki e Tazuke². A morbidade do método, 24 horas após o procedimento, segundo os critérios de Chung et al.³, mostrou elevada frequência de dor no local da incisão (59,4%) e sonolência (43,8%). Apenas 3,1% referiu dor durante o procedimento, mostrando boa aceitação do método.*

Conclusões: *a tolerância ao método anestésico, a baixa morbidade pós-operatória e a aceitação do procedimento cirúrgico pelas pacientes fazem da vídeo-minilaparoscopia método propedêutico extremamente importante nas pacientes portadoras de algia pélvica.*

PALAVRAS-CHAVE: *Algia pélvica. Cirurgia ambulatorial. Endometriose. Laparoscopia.*

Introdução

Algia pélvica (AP) é definida como dor na região pélvica, acompanhada de distúrbios sociais e/ou psicológicos⁴. Por outro lado, Milburn et al.⁵ amplia essa definição como dor abdominal ou pélvica, não-cíclica, com duração mínima de seis meses.

Algia pélvica é uma queixa muito freqüente nos consultórios ginecológicos. Afeta cerca de 12-33% de todas as mulheres no período reprodutivo, porém é ainda um enigma para os clínicos pela dificuldade de se estabelecer a etiologia⁶. O diagnós-

tico clínico é difícil, porque poucas vezes se encontram anormalidades orgânicas. Pacientes com algia pélvica são ansiosas e apresentam depressão associada, aumentando ainda mais a complexidade dessa síndrome. Apresentam graves rupturas na situação ocupacional, marital e social, com conseqüente impacto na qualidade de vida. São pacientes que respondem mal aos diversos esquemas terapêuticos em ginecologia e, não raramente, são submetidas a sucessivas abordagens cirúrgicas, sem sucesso^{7,8}.

Com freqüência, essas pacientes recebem o diagnóstico de doença inflamatória pélvica, sendo tratadas com sucessivos esquemas de antibióticos, analgésicos e antiinflamatórios, e mesmo assim, apresentam recorrência da sintomatologia⁹. O diagnóstico diferencial é complexo, o que, na maioria das vezes, obscurece o caminho do clínico na busca da etiologia.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Correspondência:

Waldir Pereira Modotte

Rua Nágila Jubran, 40 - Jd Europa

19800-000 - Assis - SP

e-mail: iamulher@femanet.com.br

No passado, pacientes portadoras de algia pélvica, quando não respondiam ao tratamento clínico, eram submetidas à laparotomia na tentativa de elucidar a causa da sua morbidade¹⁰. Atualmente a algia pélvica é responsável por 15-40% das indicações para laparoscopias diagnósticas e 12% das indicações para histerectomias nos Estados Unidos^{11,12}.

Na prática ginecológica moderna, a vídeo-laparoscopia é opção de grande valor na abordagem desse sintoma, quando não há o diagnóstico clínico⁹. Inúmeros autores recomendam a inclusão da laparoscopia no protocolo da investigação da dor pélvica, pelas vantagens que ela representa nesse contexto^{7,9,11}.

A vídeo-laparoscopia, possibilitando visão direta da cavidade pélvica e abdominal, é útil para estabelecer o diagnóstico definitivo ou, pelo menos, para excluir a presença de patologias pélvicas. Baseado nos achados laparoscópicos, o clínico tem a orientação para o tratamento adequado, porém, a grande contribuição do diagnóstico laparoscópico é o fato de se evitarem laparotomias, que é tratamento de elevada morbidade e alguma mortalidade^{13,14}.

A laparoscopia convencional, com ópticas de 5 ou 10 mm de diâmetro, pode ser realizada sob anestesia local, com laparoscópios de "lentes redondas". Entretanto, mesmo em excelentes condições, é procedimento associado a moderado desconforto. A utilização de laparoscópios de menor diâmetro (2-3 mm), chamados de minilaparoscópios, está disponível e representa alternativa aos laparoscópios convencionais, pelo desconforto operatório ainda menor, principalmente para os procedimentos diagnósticos⁵.

Em 1996, Milki e Tazuke², numa série de 175 procedimentos mini-laparoscópicos, com a finalidade de transferência intratubária de gametas (GIFT), concluíram que a realização da vídeo-minilaparoscopia sob anestesia local é efetiva, é bem aceita pelos cirurgiões e é preferida pelas pacientes. Seu estudo mostrou redução de custo, maior flexibilidade de agendamento e alta taxa de sucesso.

A realização da vídeo-minilaparoscopia sob anestesia local é um dos mais recentes avanços da cirurgia minimamente invasiva e representa a interseção de duas tecnologias. A primeira, o uso do laparoscópio de menor calibre (2 mm) e instrumentação acessória, de calibre também reduzido (2-3 mm). A segunda, a técnica da realização da laparoscopia sob anestesia local, podendo ser realizada no ambiente hospitalar, de modo ambulatorial, ou até mesmo em consultório médico convencional, equipado de monitores de segurança¹⁵.

A vídeo-minilaparoscopia, além de importan-

te no diagnóstico, contribui na execução de alguns procedimentos laparoscópicos de pequeno porte, tais como: cromotubagem, lise de aderências finas, biópsia e eletrocauterização de lesões endometrióticas, laqueadura tubárea, aspiração de líquido intraperitoneal, GIFT e realização do mapeamento de dor¹⁶.

O objetivo deste trabalho foi o de analisar o uso da vídeo-minilaparoscopia no diagnóstico das causas de algia pélvica, bem como sua aplicabilidade.

Pacientes e Métodos

Trata-se de um estudo prospectivo que incluiu 32 mulheres portadoras de algia pélvica, atendidas na Clínica do Instituto de Atendimento à Mulher, na cidade de Assis, estado de São Paulo, no período compreendido entre janeiro e dezembro de 1998. Analisamos nesse trabalho: a duração do procedimento, o tempo de permanência no centro de recuperação, a qualidade técnica da imagem, os achados laparoscópicos, a tolerância ao método anestésico, sob sedação consciente, a morbidade pós-operatória e a aceitação do procedimento cirúrgico pela paciente.

Foram selecionadas 62 pacientes com algia pélvica, candidatas à laparoscopia diagnóstica. Destas, foram excluídas 30 pacientes, pelos seguintes motivos: diagnóstico clínico que justificava a dor pélvica, índice de massa corpórea maior que 30 kg/m² (peso em kg dividido pelo quadrado da altura em m), mais de três cirurgias pélvicas anteriores e contra-indicações convencionais para a laparoscopia, como por exemplo: doença cardiopulmonar preexistente e doença neurológica. Também foram excluídas as pacientes que apresentaram história pregressa de processo alérgico ou história prévia de complicações atribuídas à anestesia e alteração nos exames pré-operatório⁸: hemograma, glicemia de jejum, coagulograma, uréia, creatinina, urina rotina e urocultura.

As 32 pacientes selecionadas foram submetidas à vídeo-minilaparoscopia diagnóstica, com técnicas de anestesia local e sedação consciente, utilizando equipamentos adequados, realizado em ambiente hospitalar, de modo ambulatorial.

Esse projeto de pesquisa segue os critérios exigidos pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Empregamos a sedação consciente, definida como depressão mínima da consciência, com preservação da função respiratória, produzida por métodos farmacológicos e/ou não-farmacológicos, mantendo a capacidade de responder à estimulação

física apropriada ou comando verbal³.

As pacientes foram levadas ao centro cirúrgico após receber medicação endovenosa de benzodiazepínico (dosagem de 10 mg, diluídos em 10 ml de água destilada). Com o intuito de sedação consciente utilizou-se midazolam endovenoso, na dosagem de 10 mg e fentanila, na dosagem de 0,05 mg/kg de peso. Quando necessário, dose adicional desta medicação foi utilizada.

Foi realizada anestesia local, utilizando-se 10 ml de lidocaína (Xilocaína®) a 1%, no bloqueio paracervical, sendo 2,5 ml em cada quadrante, 8-12 ml de bupivacaína (Marcaína®) a 0,25%, na anestesia da região umbilical, e 5-10 ml na região suprapúbica. Foi realizada uma pequena incisão intra-umbilical, de 3 mm de extensão, com bisturi de lâmina número 11, e outra semelhante na região suprapúbica.

O pneumoperitônio foi realizado sempre de modo cuidadoso, mantendo pressão intra-abdominal inferior a 10 mmHg, com a utilização de insuflador eletrônico. Instalado o pneumoperitônio, introduziu-se o complexo trocar (agulha e camisa) e óptica da vídeo-minilaparoscopia, de marca Storz (Tuttlingen, Alemanha). Um trocar acessório de 3 mm foi introduzido na região supra-umbilical, seguido da utilização de um palpador (Storz - Tuttlingen, Alemanha).

Após a instalação de todo o equipamento, iniciou-se a exploração vídeo-laparoscópica, que consiste na inspeção sistemática do abdome superior, abdome inferior e cavidade pélvica, seguido do diagnóstico laparoscópico propriamente dito.

Para liberação das pacientes da recuperação, obedeceu-se aos critérios de sistema de escore de liberação (PADSS - *Post-anesthetic Discharge Scoring System*)³, realizado cada 5 minutos.

Avaliou-se a tolerância ao método, observando o desconforto em determinados momentos do procedimento, conforme os critérios de Bordahl et al.³. Ainda no momento da liberação das pacientes da recuperação, com a mesma finalidade de avaliar a tolerabilidade do método, uma avaliação foi aplicada seguindo os critérios de Milki e Tazuke², conforme segue:

Muito Boa – mínimo ou nenhum desconforto, nenhuma ansiedade e medicação adicional desnecessária.

Boa – alguma dor ou ansiedade e medicação adicional desnecessária.

Aceitável – desconforto e ansiedade várias vezes durante o procedimento, necessidade de medicação adicional, com boa melhora da sintomatologia dolorosa.

Ruim – desconforto e/ou ansiedade freqüentes, necessidade de medicação adicional, sem melho-

ra da sintomatologia dolorosa.

Péssima ou Proibitiva – necessidade de interrupção do procedimento, devido ao intenso desconforto e/ou ansiedade, não-controlados com medicação adicional.

Com o objetivo de avaliar a morbidade do procedimento, as pacientes foram interrogadas 24 horas após a realização do exame, conforme questionário elaborado por Chung et al.³.

Sete dias após o procedimento cirúrgico, as pacientes foram novamente interrogadas quanto a dor ou qualquer desconforto durante o procedimento laparoscópico.

As variáveis quantitativas foram analisadas descritivamente, com determinação de medidas de tendência central (médias e medianas) e de variabilidade (desvio padrão e coeficiente de variação). Foi realizada uma determinação de frequência de ocorrência para as variáveis classificatórias, utilizando-se o cálculo das frequências absolutas e relativas¹⁷.

Resultados

O tempo médio de duração do procedimento foi de 19 minutos (mínimo de 10 e máximo de 40 minutos), com mediana de 15 minutos (Tabela 1). O tempo médio de permanência no centro de recuperação foi de 43 minutos (mínimo de 20 min e máximo de 95 minutos), com mediana de 40 minutos. A qualidade técnica da imagem foi excelente ou boa em todos os procedimentos realizados (81,3% e 18,7%, respectivamente).

Tabela 1 - Distribuição das 32 pacientes com algia pélvica, em relação à duração do procedimento da vídeo-minilaparoscopia. Estatísticas calculadas.

Duração (minutos)	n	%
10	5	15,6
15	13	40,6
20	6	18,8
25	2	6,3
30	3	9,4
35	1	3,1
40	2	6,3
Total	32	100

Média = 19 minutos; mediana = 15 minutos; coeficiente de variação = 70,5; desvio padrão = 8,40.

Foram encontradas aderências pélvicas em 28,1% das pacientes examinadas, endometriose em 34,4% e 12,5% apresentavam varizes pélvicas. Em 25% das pacientes o exame foi normal (Figura 1).

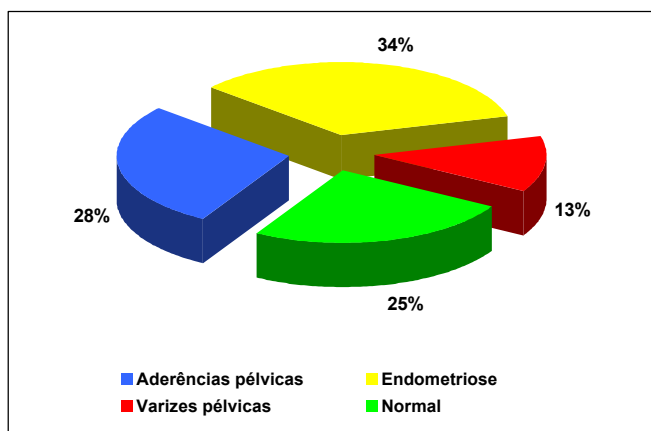


Figura 1 - Diagnósticos obtidos pela vídeo-minilaparoscopia em 32 pacientes com algia pélvica.

Utilizando-se os critérios de Bordahl et al.¹, encontramos desconforto leve em apenas 12,5% das pacientes submetidas ao método durante a anestesia local e desconforto leve e moderado em 50% das pacientes, que se manteve por pequeno período. Apenas 3,1% das pacientes referiram desconforto durante a permanência no centro de recuperação.

Utilizando-se os critérios de Milki e Tazuke², houve tolerância muito boa ou boa em 96,9% das pacientes submetidas ao método. Apenas 3,1% das pacientes referiram tolerância aceitável.

Na avaliação da morbidade do método, 24 horas após o procedimento, obtivemos 59,4% de queixa de dor na incisão e 43,8% de sonolência (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das respostas para avaliação da morbidade da vídeo-minilaparoscopia, em pacientes com algia pélvica, obtidas 24 horas após o procedimento.

Morbidade	Resposta afirmativa	
	n	%
Dor no local	19	59,4
Dor em outro local	9	28,1
Febre	1	3,1
Utilização de analgésico	16	50
Náuseas/vômitos	2	6,3
Cefaléia	1	3,1
Sonolência	14	43,8
Tontura/vertigem	5	15,6
Fraqueza/desmaio	2	6,3

Das 32 pacientes, 31 (96,9%) responderam que não sentiram nenhum tipo de dor durante o procedimento. Apenas uma (3,1%) respondeu que apresentou dor durante o procedimento e referiu escore moderado.

Discussão

A algia pélvica é um sintoma que afeta a mulher primariamente no período reprodutivo, porém, encontram-se com relativa freqüência pacientes com dor pélvica fora desse período¹⁸. A média de idade das nossas pacientes foi 30 anos, variando de um mínimo de 16 anos a um máximo de 41 anos. A literatura é diversificada em relação a idade média de ocorrência desse sintoma^{5,11}.

O tempo de duração da vídeo-minilaparoscopia mostra que o procedimento é de curta duração. O tempo de permanência no centro de recuperação também é curto. Esses achados estão de acordo com a literatura e confirmam a possibilidade de utilizar o método como parte de um protocolo na rotina da pesquisa da algia pélvica^{9,14,15,19-21}.

Feste²², numa série de 36 mulheres, concluiu que a vídeo-minilaparoscopia proporciona visão clara da cavidade pélvica, sem a necessidade de anestesia geral. A qualidade da imagem obtida foi suficiente para um diagnóstico eficaz, reforçando os achados de literatura¹⁵.

Os achados laparoscópicos são coincidentes com a literatura, onde 25% das pacientes não apresentaram anormalidades à luz da laparoscopia. Os diagnósticos positivos estão distribuídos principalmente entre endometriose, aderências pélvicas e varizes pélvicas.

Quanto à tolerância ao método anestésico, sob sedação consciente, observou-se que o método é bem tolerado. A ocorrência de desconforto leve durante a anestesia local foi baixa. O desconforto sentido pela maioria das pacientes durante o pneumoperitônio também foi baixo, sendo mantido por pouco tempo, principalmente no início da insuflação. Pode se inferir que as pacientes apresentaram boa tolerância com relação ao método. Milki e Tazuke², analisando 175 procedimentos laparoscópicos sob anestesia local, encontraram tolerância muito boa ou boa em 89% das pacientes, com infertilidade submetidas ao método, para procedimentos de GIFT.

Na avaliação da morbidade do método, foi observado elevada freqüência de dor no local da incisão e sonolência, levando a maior necessidade de analgésicos. Em relação aos demais sintomas, esses foram encontrados em baixa freqüência. Esses achados mostram que o método apresenta baixa morbidade.

Na avaliação da aceitabilidade do método apenas 3,1% das pacientes referiu dor durante o procedimento. Isso se deve à ministração de medicação sedativa, aplicada antes do procedimento, que apresenta um efeito amnésico.

O presente estudo tem a pretensão de suge-

rir o método como rotina de um protocolo de investigação da algia pélvica. Para uma utilização mais liberal da laparoscopia na investigação da dor pélvica escolhemos realizá-la pela vídeo-minilaparoscopia, sob anestesia local e sedação consciente. As vantagens são bastante conhecidas: diminuição no tempo de espera para agendamento, no tempo operatório, no tempo de recuperação anestésica, menor custo do pré-operatório, intra e pós-operatório e menor necessidade de permanência hospitalar, de medicamentos e de curativos^{2,13,14,16,18,19,22}.

A vídeo-minilaparoscopia oferece ao ginecologista a opção de abordagem laparoscópica com qualidade de imagem, a segurança na sua realização, a invasão mínima e a oportunidade de realizá-la com anestesia local em ambiente não hospitalar. O procedimento mostrou ser de curta duração, com baixo tempo de permanência na sala de recuperação e de boa qualidade técnica de imagem.

SUMMARY

Purpose: to study the usefulness of minilaparoscopy in diagnosing the cause of pelvic pain.

Methods: women with pelvic pain were prospectively analyzed and underwent an office video-microlaparoscopy. We analyzed the data regarding procedure time, stay in the recovery room, acceptance of anesthesia, and morbidity.

Results: the average procedure time of the office video-microlaparoscopy was 19 min, the average stay for recovery was 43 min, and the technical quality of the image was excellent or good in 100% of the selected patients. The following laparoscopic findings were reported: 34.4% endometriosis, 28.1% pelvic adhesion, 12.5% pelvic varices, and 25% normal. Based on Bordhal et al.'s¹ criteria, a low frequency of pain manifestation during local anesthesia (12.5%) and discomfort on pneumoperitoneum (46.9%) were noticed. It could also be observed that, according to Milki and Tazuke's² criteria, the tolerance to the method was excellent and good (96.9%). Twenty-four hours after the procedure the morbidity rate was in accordance with Chung et al.'s³ criteria, showing a high frequency of pain at the incision area (59.4%) and sleepiness (43.8%). Only 3.1% reported they felt pain during the procedure, which shows the acceptance of the method by the patients.

Conclusions: the acceptance of anesthesia and of the surgical procedure and the low morbidity allow the use of minilaparoscopy as a very important method in investigating patients with pelvic pain.

KEY WORDS: *Chronic pelvic pain. Office laparoscopy. Office surgery. Laparoscopy.*

Referências

1. Bordahl PE, Raeder JC, Nordentoft J, Kirste U, Refsdal A. Laparoscopic sterilization under local or general anesthesia? A randomized study. *Obstet Gynecol* 1993; 81:137-41.
2. Milki AA, Tazuke SI. Office laparoscopy under local anesthesia for gamete intra-fallopian transfer: technique and tolerance. *Fertil Steril* 1997; 68:128-32.
3. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth* 1996; 43:1121-7.
4. Howard, FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48:357-87.
5. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg A. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20:643-61.
6. Steege JF, Metzger DA, Levy B. Scope of the problem in chronic pelvic pain: an integrated approach. In - (editors). *Chronic pelvic pain*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1998.p.1-4.
7. Carter JE. Diagnosis and treatment of the causes of chronic pelvic pain. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 1996; 3 Suppl: S5-6.
8. Rapkin AJ. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek JS, editor. *Novak's gynecology*. 12th ed. London: Williams & Wilkins; 1996. p. 399-428.
9. al-Suleiman SA. Laparoscopy in the management of women with chronic pelvic pain. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1991; 31:63-5.
10. Slocumb JC. Operative management of chronic abdominal pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:196-204.
11. Howard FM. Laparoscopic evaluation and treatment of women with chronic pelvic pain. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 1994; 1:325-31.
12. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterotomy in the United States, 1988-90. *Obstet Gynecol* 1994; 83:549-55.
13. Lundberg WI, Wall JE, Mathers JE. Laparoscopy in the evaluation of pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1973; 42:872-6.
14. Reiter RC, Milburn A. Management of chronic pelvic pain. *Postgrad Obstet Gynecol* 1992; 12:114-20.
15. Palter SF, Olive DL. Office micro-laparoscopy under local anesthesia for chronic pelvic pain. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 1996; 3:359-64.
16. Sanfelippo J. Micro-laparoscopy under local: chronic pelvic pain. Syllabus of the 45th Annual Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists; 1997 Apr 29-30; Las Vegas, USA. p.1-8.

- 17.Curi PR. Metodologia e análise da pesquisa em ciências biológicas. 2ª ed. Botucatu: Tipomic, 1998.
- 18.Steege JF. Pain mapping procedures. Syllabus of the 27th Annual Meeting of the AAGL; 1998 Nov 11; Atlanta, USA. p. 43-60.
- 19.Palter SF. Office micro-laparoscopy under local anesthesia. Syllabus of the 45th Annual Clinical Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists; 1997 Apr 29-30; Las Vegas, USA. p.32-56.
- 20.Mehta PV. A total of 250136 laparoscopic sterilizations by a single operator. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:1024-34.
- 21.Kontoravdis A, Chryssilkopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlas PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with acute and chronic pelvic pain. Int J Gynaecol Obstet 1996; 52:243-8.
- 22.Feste JR. Use of optical catheter for diagnostic office laparoscopy. J Reprod Med 1996; 41:307-12.