

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA*

TERESA M. LOPES, M.^A BEATRIZ ARRAIANO

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

RESUMO

Analisámos retrospectivamente os 606 exames histeroscópicos realizados entre Abril de 1991 a Novembro de 1994. Destes, 544 foram efectuados em *regime ambulatorio*, tendo sido realizada *anestesia loco-regional* em 438 (72%) exames. A permanência média no Serviço foi de seis horas. A *idade média* das doentes foi de 48,7 anos e as *indicações* mais frequentes foram, as *Alterações Menstruais* (220 exames – 35%) e as *Metrorragias Pós-menopausa* (176 exames – 29%). A *morbilidade* encontrada foi de 1,9%. Houve *correlação* positiva entre os achados histeroscópicos e o estudo histológico em 428 exames (71%). A técnica histeroscópica permitiu-nos fazer, o diagnóstico precoce de numerosa patologia ginecológica, a orientação atempada da terapêutica e o rastreio do cancro do endométrio, o que se tem revelado de grande valia, atendendo às características da população feminina do nosso Distrito, portadora de alguns factores de risco para a neoplasia endometrial e seus precursores.

SUMMARY

DIAGNOSTIC HYSTEROSCOPY

Six hundred and six diagnostic hysteroscopies were conducted between April of 1991 and November of 1994 and retrospectively analysed; 544 of these were made in routine outpatient clinic with paracervical anaesthesia in 438 (72%) of the cases. Mean hospitalisation was for a period of six hours. The patient's mean age was 48.7 years and the most frequent indications were, *abnormal uterine bleeding* (220 cases – 35%) and post menopausal metrorrhagia (176 cases – 29%). Our cases showed a morbidity rate of 1.9%. We found a positive correlation between the hysteroscopic findings and the histological study in 428 examinations (71%). The hysteroscopic procedure allowed us to make a precise and early diagnosis of many gynecologic pathologies, a proper therapeutical approach and provided an endometrial cancer screening tool. These aspects are very important in our region because our female population some risk factors for thas endometrial cancerous or precancerous lesions.

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

INTRODUÇÃO

Com a utilização do microhisteroscópio e a melhoria dos meios de distensão (CO₂ e solutos de alto peso molecular não miscíveis com o sangue), a **Histeroscopia** tem vindo a adquirir cada vez mais importância, como técnica adicional no estudo da cavidade uterina, em relação aos métodos tradicionais – a *histerosalpingografia*, a *ecografia pélvica* e a *curetagem-biópsica*. Os dois primeiros, embora de simples execução, têm o inconveniente de basearem o diagnóstico em sinais indirectos, o que por vezes os torna inconclusivos ou de difícil leitura; a curetagem, além de necessitar de anestesia geral, representa uma atitude mais agressiva e efectuada «às cegas», com o risco de não obter material da zona focalmente patológica.

A **histeroscopia diagnóstica**¹, permitindo a *visualização panorâmica da cavidade uterina* possibilita-nos, além do *diagnóstico* preciso, macroscópico e topográfico, o poder efectuar uma *biópsia direccionada*. Para além destas vantagens evidentes, a possibilidade da *gravação das imagens* em vídeo e o seu arquivo, contribuem para o *ensino pós-graduado* e para o *esclarecimento da evolução* dos casos submetidos a uma estratégia terapêutica conservadora.

O nosso Serviço está integrado num Hospital do interior Alentejano que abrange uma população de 140 000 indivíduos em que 51% são do sexo feminino. Em dados reportados aos Censos de 1991 (I.N.E.) o *índice de envelhecimento* no distrito de Portalegre foi de 144,96, muito

maior do que o calculado para o Continente (76,33)². Num estudo estatístico efectuado em 1994 pela A.R.S. da Sub-Região de Saúde de Portalegre (referente a 70% da população total inscrita) nas mulheres com idade igual ou superior a 45 anos, foi diagnosticada a *hipertensão arterial* em 6455 utentes (25,07%). No que concerne à *diabetes mellitus*³, a mortalidade por ela ocasionada em mulheres com idade igual ou superior a 45 anos, foi de 29 casos em 1994, correspondendo a uma taxa específica de mortalidade de 84,97‰. Em relação à *obesidade* não encontramos referências estatísticas neste distrito, mas é um achado assaz frequente na Medicina Familiar da mulher alentejana e que está por certo alicerçado em hábitos alimentares incorrectos. Sendo assim e atendendo a esses factores de risco (idade avançada, hipertensão, diabetes e obesidade) e ainda, à carência do quadro hospitalar em Anestesiologia, a **histeroscopia em regime ambulatorio** trouxe-nos múltiplas vantagens:

- diminuiu a estada hospitalar com **redução do absentismo** da mulher, tanto a nível profissional como no meio familiar;
- deu-nos **autonomia** para executar este exame fora do Bloco Operatório;
- aumentou assim a **produtividade** com diminuição dos **custos hospitalares**;
- permitiu-nos, fazer o **diagnóstico precoce** de muita patologia ginecológica;
- **estadiar** a lesão neoplásica;
- **orientar atempadamente** a terapêutica.

MATERIAL E MÉTODOS

Analisámos retrospectivamente os **606 exames histeroscópicos** executados de Abril de 1991 a Novembro de 1994. Destes exames, 544 foram efectuados em **regime ambulatorio**, com uma permanência média no Serviço de seis horas^{4,6} (consideramos basilar para quem se inicia na execução desta técnica, a leitura cuidadosa dos capítulos iniciais do «Tratado e Atlas de Histeroscopia» sob a direcção do Dr. Labastida Nicolau).

Trabalhámos numa sala com **boas condições de assépsia** e com a colaboração de uma enfermeira especializada em técnicas endoscópicas.

Utilizámos o *microhisteroscópio de Hamou II*, o *microhisteroflato Hamou* (pressão e fluxo variáveis com controlo electrónico), *fonte de luz fria* (150 Wts) e nos últimos três anos documentámo-los com *câmara Storz e gravação vídeo*.

As doentes no regime ambulatorio, fizeram uma **sedação prévia** com Bialzepam rectal, e na maioria, foi empregue a Xilocaína a 2% para a **anestesia loco-regional**^{6,7} (segundo Labastida serão poucos os casos necessitando de anestesia local).

Para a biópsia uterina recorremos à *sonda de Novak* e demos preferência à *múltipla recolha de fragmentos*.

Fizemos o **estudo retrospectivo dos processos clínicos** com a avaliação dos seguintes parâmetros:

- distribuição **etéria pelos anos em estudo / idade média**;

- tipo de **anestesia utilizada**;
- **indicações** mais frequentes;
- **análise de três grupos de casos**, seleccionados pela sua importância relativa dentro da nossa casuística (*Alterações menstruais – Metrorragias pós-menopausa – Rastreio*);
- principais **achados histeroscópicos** em cada grupo;
- **correlação** histeroscopia/histologia em cada grupo e na globalidade dos casos;
- **dificuldades, complicações e falências** da técnica;
- **morbilidade**.

RESULTADOS

• Nos 606 exames em estudo, as idades das mulheres em estudo, oscilaram entre os 20 e os 82 anos, sendo a **idade média de 48,7 anos**. Como se pode ver na Fig. 1 a maioria das doentes ocupava a faixa etária dos 40 e 50 anos.

O aumento significativo do número de exames verificado nos últimos dois anos deveu-se à chegada em 1993 de mais dois especialistas o que permitiu melhor rentabilizar esta técnica endoscópica.

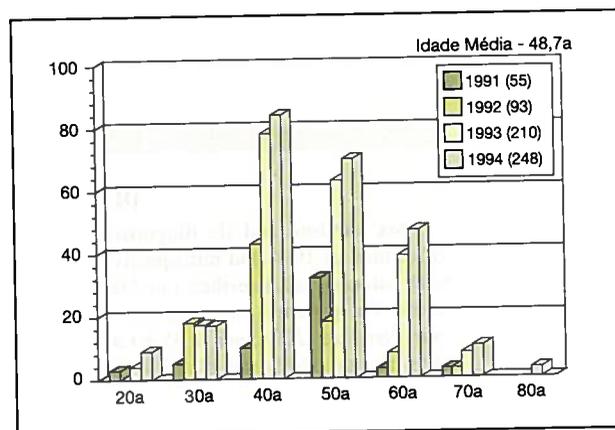


Fig. 1 – Distribuição dos 606 exames por grupo etário e pelos anos em estudo

• Na maioria das mulheres (436) considerámos necessário efectuar a **anestesia local**. Como se pode ver na Fig. 2, só foi feita **sedação** com Bialzepam rectal em 67 pacientes.

Dos 101 exames (17%) realizados sob **anestesia geral**, 62 foram associados à Laparoscopia e os restantes, sempre que prevíamos dificuldades na execução da técnica.

• Agrupámos na Fig. 3 as principais **indicações**⁹ para o estudo histeroscópico da cavidade uterina que foram por ordem decrescente: Alterações menstruais, Metrorragias pós-menopausa, **D.I.U.** deslocado e Infertilidade.

Atendendo às características da população feminina do nosso Distrito já mencionadas em parágrafo anterior, propusemo-nos analisar essencialmente três grupos:

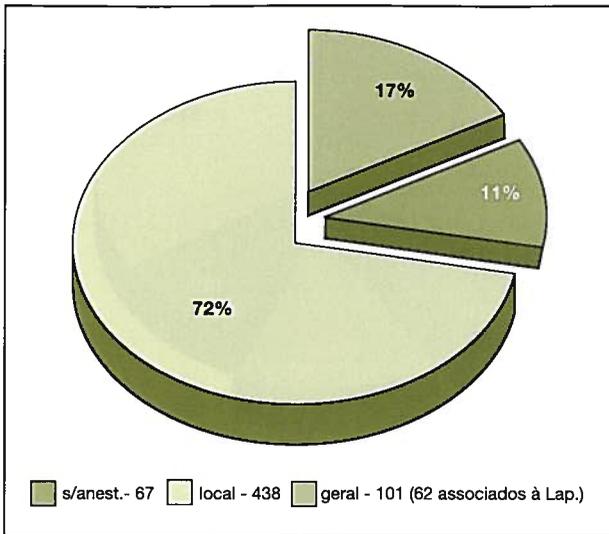


Fig. 2 – Anestesia utilizada - 606 exames.

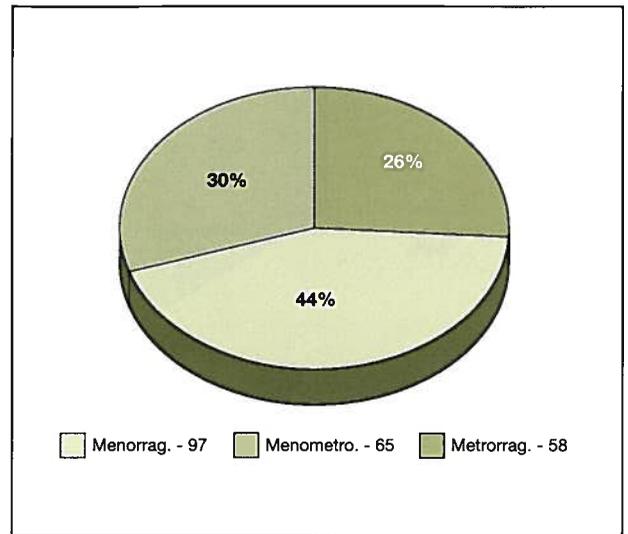


Fig. 4 – Alterações Menstruais - 220 casos – Manifestações Principais.

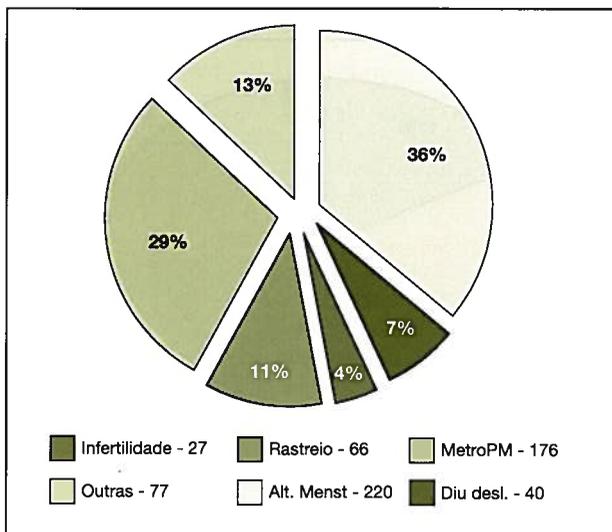


Fig. 3 – Indicações mais frequentes - 606 exames.

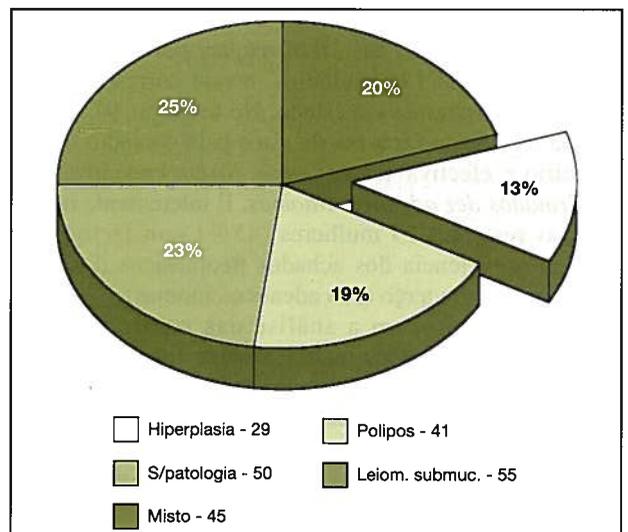


Fig. 5 – Alterações Menstruais - 220 casos – Principais achados histeroscópicos.

Alterações Menstruais, Metrorragias pós-menopausa e Rastreio do cancro endometrial e/ou da lesão pré-cancerosa.

• No 1.º grupo, o das **Alterações Menstruais**, encontramos 220 casos que corresponderam a 36% dos exames.

Observando a Fig. 4, destaca-se a **menorragia** como manifestação dominante em 97 casos (44%), seguida da **menometrorragia** em 65 (30%) e por último a **metrorragia** com 58 casos (26%).

• Na Fig. 5 podemos observar a distribuição percentual dos vários **achados histeroscópicos** neste primeiro grupo.

Encontrámos inúmera **patologia leiomiomatosa**, tanto isolada, correspondendo a 55 casos (25%), como

associada a **polipos endometriais** e/ou a **hiperplasia**. Esta, destacada no gráfico, surgiu isolada em 29 exames (13%). Os **polipos** diagnosticaram-se em 41 situações (19%).

Considerámos **sem patologia** orgânica, 50 casos (23%), pois apenas foi encontrado endométrio normal, por vezes em dissincronia com a fase do ciclo.

• Obtivemos uma **correlação positiva** entre o diagnóstico histeroscópico e o histológico em 140 (64%) destes exames. Na Fig. 6 verificamos, que surgiu em 63 casos (28%) uma correlação negativa que achámos insatisfatória e da sua análise, concluímos que, grande parte resultou de *erro* na interpretação da fase do ciclo. Referimos ainda três casos com diagnóstico de Hiperplasia em que o estudo histológico revelou **adenocarcinoma**.

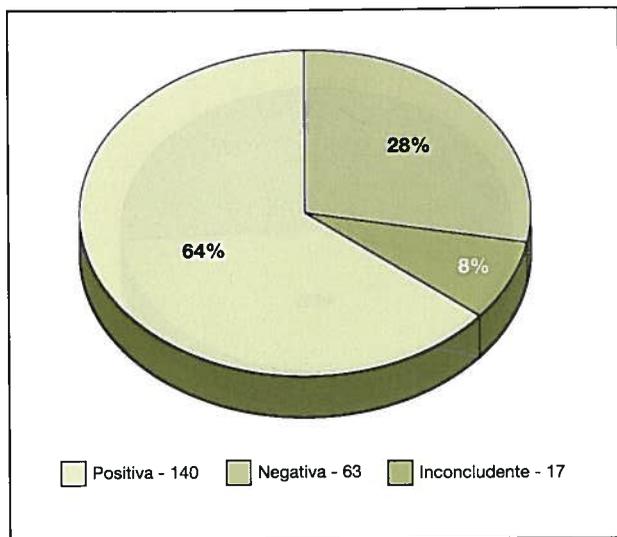


Fig. 6 – Alterações Menstruais - 220 casos – Correlação histeroscopia/histologia.

• No 2.º grupo, o das **Metrorragias pós-menopausa**, foram estudadas 176 mulheres, o que correspondeu a 29% dos 606 exames em estudo. Neste grupo, 97 mulheres (55%) tinham **factores de risco** para o cancro do endométrio e efectivamente, nestas, foram encontrados e confirmados dez adenocarcinomas. É interessante referir que nas restantes 79 mulheres (45%) sem factores de risco, a prevalência dos achados neoplásicos diminuiu para cerca de um terço (três adenocarcinomas).

Continuando com a análise das metrorragias, o **Achado Histeroscópico** mais frequente foi o da **atrofia** juntamente com o **polipo** endometrial que apareceram equitativamente em 60 casos (34%).

Contudo pela sua importância, destacámos no gráfico, os 13 casos de **Adenocarcinoma** (7%) e os 25 de **Hiperplasia** (15%). Nestes, oito corresponderam histologicamente a **Hiperplasia Complexa por vezes com atipias focais** (Fig. 7).

• No que diz respeito à **correlação histeroscopia / histologia** a Fig. 8 revela-nos uma **concordância** em 140 (80%) dos 176 casos, verificando-se assim uma melhoria significativa em relação ao grupo anterior.

A **correlação negativa** verificada em 30 exames (17%) ocorreu especialmente em situações com o diagnóstico histeroscópico, revisto e confirmado, de **polipo endometrial não detectado no estudo histológico**.

• No grupo do **Rastreio**, correspondendo a 66 (11%) dos 606 exames, incluímos mulheres na perimenopausa e assintomáticas, 40 (60%) das quais tinham factores de risco para a lesão neoplásica, tendo-se encontrado **um caso** de adenocarcinoma. Nas restantes 26 (40%), o exame foi efectuado pela existência de achados anómalos, quer no exame ginecológico, quer na ecografia pélvica.

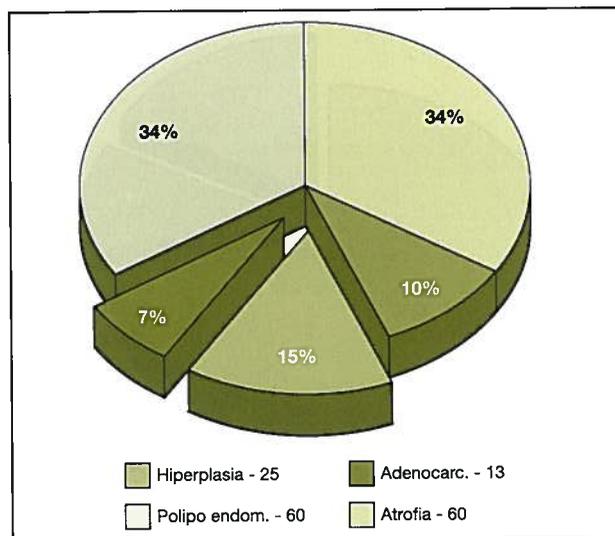


Fig. 7 – Metrorragias pós-menopausa - 176 casos – Principais achados histeroscópicos.

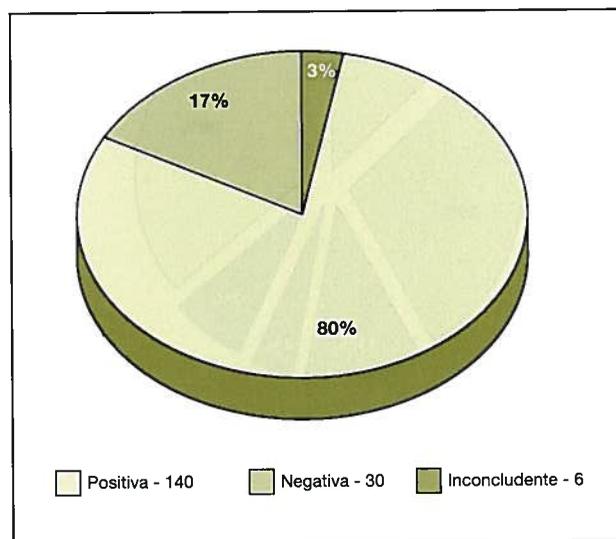


Fig. 8 – Metrorragias pós-menopausa - 176 casos – Correlação histeroscopia / histologia.

Ainda neste grupo, a **atrofia glandular quística**, foi o **achado histeroscópico** dominante correspondendo a 20 (30%) dos 66 casos.

Seguiu-se o **polipo endometrial** em 12 (18%), o **leiomioma submucoso** em 11 (17%) e a **hiperplasia** em 5 (8%) dos 66 casos. Na Fig. 9 englobámos numa última fracção, várias situações em que destacamos, um **adenocarcinoma**, confirmado histologicamente.

• A **correlação**, neste grupo, foi positiva em 54 (82%) casos. Na Fig. 10 pode-se apreciar a existência de 8 (12%) casos não concordantes e que ocorreram essencialmente nas situações de polipo endometrial sem confirmação histológica.

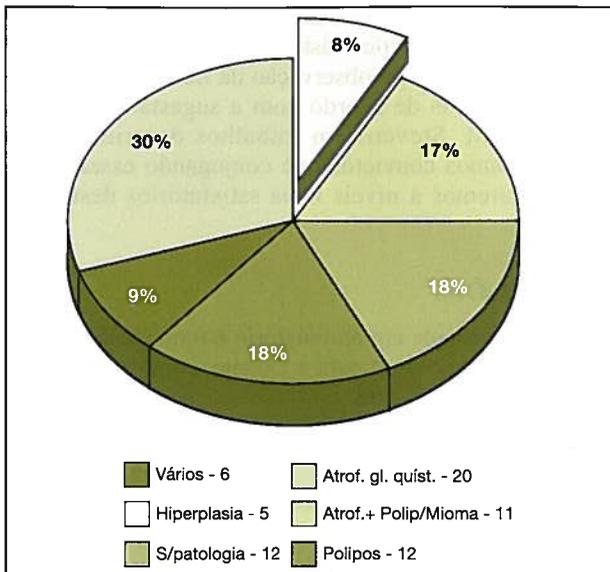


Fig. 9 - Rastreio - 66 casos - Principais achados histeroscópicos.

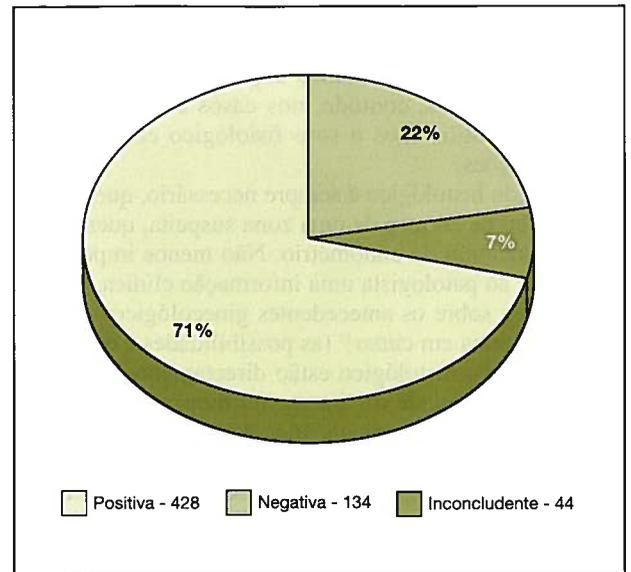


Fig. 11 - Correlação histeroscopia / histologia - 606 casos.

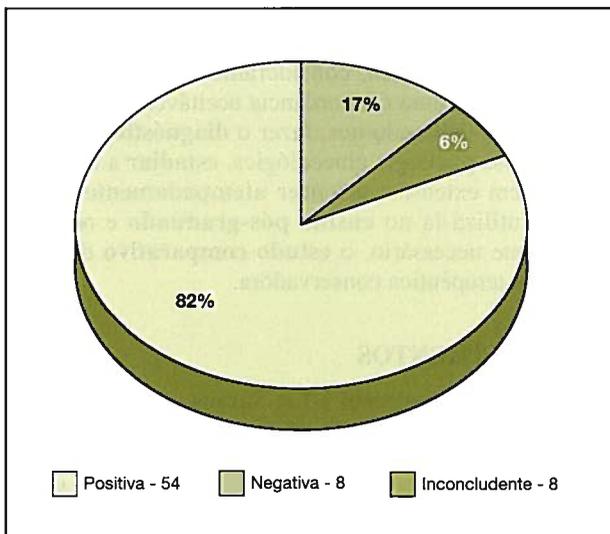


Fig. 10 - Rastreio - 66 casos. Correlação histeroscopia / histologia.

• As **dificuldades** sentidas foram semelhantes às descritas por outras equipas dizendo respeito, às bolhas de gás, à dor, ao sangramento por traumatismo do canal cervical e infelizmente, na nossa experiência pessoal, ao mau funcionamento do equipamento. Tivemos seis casos de *dor* intensa e outros dois de *estenose cervical* que impossibilitaram a realização do exame com anestesia local. Tanto nas quatro *perfurações uterinas* como nos dois casos de **endometrite** não houve necessidade de internamento. Os dois casos de *crise vagal* foram resolvidos com a utilização de imidazolam.

A **morbilidade** encontrada no nosso estudo foi de 1,9%^{5,8,11} (apesar do rigor, meticulosidade e excelência de equipamento, a taxa de morbilidade referente à Histeroscopia Diagnóstica obtida por outras equipas mundiais, foi superior à nossa, nomeadamente a referida pelo Prof. Ian Fraser da Universidade de Sidney que em 1993 num total de 300 mulheres estudadas em regime ambulatorio referiu 59 casos de complicações e dificuldades que perfizeram uma taxa que ronda os 19%.

• Nesta última figura (Fig. 11) inscrevemos a avaliação da **correlação global** (606 exames) entre a histeroscopia e a histologia. Foi **positiva** em 428 exames (71%).

A **não concordância** em 134 casos (22%) deveu-se essencialmente, a *erro na atribuição da fase do ciclo* e às situações de *polipo endometrial sem confirmação histológica*. De referir neste grupo os três achados rotulados de Hiperplasia, em que o estudo histológico revelou serem Adenocarcinomas.

Os **casos inconcludentes** foram, em qualquer dos grupos estudados, aqueles em que *não foi possível fazer o diagnóstico*, quer por a cavidade uterina estar sangrante, quer por má distensão da mesma ou por o material biopsado ter sido considerado insuficiente para o diagnóstico histológico.

DISCUSSÃO

Há quatro anos que a Histeroscopia entrou no nosso Serviço, como rotina para o diagnóstico de inúmeras patologias ginecológicas. Temos constatado o seu valor para a localização macroscópica das lesões, tanto a nível da cavidade como do colo uterino e inclusive em localizações muito restritas.

Dada a elevada percentagem de casos com anestesia local em relação ao descrito por outros autores^{6,7}, após concluído este estudo o nosso protocolo foi alterado com a introdução de anti-prostaglandínicos, na tentativa de reduzir a necessidade de anestesia local com resultados aparentemente promissores.

Como **meio de distensão** usamos o CO₂ com resultados satisfatórios^{10, 11}. Como ainda não iniciámos a cirurgia histeroscópica não temos experiência com solutos macromoleculares, contudo, nos casos em que ocorreu hemorragia, utilizámos o soro fisiológico com todas as suas limitações.

O estudo histológico é sempre necessário, quer para o diagnóstico de certeza de uma zona suspeita, quer para o estudo funcional do endométrio. Não menos importante, é fornecer ao patologista uma informação clínica, precisa e completa, sobre os antecedentes ginecológicos e eventual terapêutica em curso¹² (as possibilidades e os limites do diagnóstico histológico estão directamente relacionados com a qualidade do fragmento biopsado, o que vai depender da acuidade diagnóstica do histeroscopista e da correcta utilização da sonda de Novak com recolha de múltiplos fragmentos; M. Colafranceschi e A. Perino em 1991 apresentaram um estudo de 273 biópsias realizadas em 142 doentes, onde encontraram uma concordância absoluta em 83 % dos casos, que acrescentados aos 11,8 % de concordância parcial, resultou numa correlação positiva de 94,8 %).

Desde o início desta técnica que o nosso Serviço diminuiu drasticamente a realização das curetagens uterinas sob anestesia geral (no ano de 1991 realizaram-se 123 curetagens por metrorragias de causa não gestacional, *versus* 39 efectuadas em 1994), com tudo o que isso implica na melhoria da prestação dos cuidados de Saúde, seja a nível assistencial ou administrativo.

No nosso estudo a **indicação** principal incidiu nas **ALTERAÇÕES MENSTRUAIS**, situadas no grupo etário dos 40-50 anos, sendo que a patologia predominante neste grupo foi

- o Leiomioma - 55 casos (25 %);
- o Polipo endometrial - 41 casos (19 %);
- a Hiperplasia endometrial - 29 casos (13 %).

Logo a seguir surgiram as **METRORRAGIAS PÓS-MENOPAUSA** com o grupo etário dominante na transição dos 50/60 anos e em que os achados preponderantes foram:

- atrofia endometrial - 60 casos (34 %);
- polipo endometrial - 60 casos (34 %);
- hiperplasia endometrial - 25 casos (15 %);
- adenocarcinoma endometrial - 13 casos (7 %).

No conjunto dos 606 exames, foi possível fazer o **diagnóstico precoce da lesão neoplásica em 17 casos** ou seja, em **2,8 %** da nossa casuística^{13, 14, 15} (segundo J. Kato a acuidade diagnóstica melhorará com a associação do marcador tumoral «MSN-1» aos restantes meios de diagnóstico).

No nosso estudo encontrámos uma **concordância** em 428 exames da ordem dos 71 % e uma **correlação negativa** em 134 (22 %) casos o que foi atribuído essencialmente, a erro no diagnóstico da fase do ciclo e às situações de polipo endometrial sem confirmação histológica.

Registámos uma **morbilidade** de 1,9 %.

O treino é fundamental, tanto para o aperfeiçoamento da técnica, como na interpretação das imagens endoscó-

picas, permitindo chegar a melhores resultados na correlação entre o diagnóstico histeroscópico e o histológico¹⁶ (iniciámos o treino na observação da morfologia dos vasos endometriais de acordo com a sugestão de B. van Herendael-M. Stevens em trabalhos descritos desde 1985). Estamos convictos que conjugando esses esforços, chegaremos a níveis mais satisfatórios desta correlação.

CONCLUSÕES

A histeroscopia em ambulatório é uma técnica eficaz e com vantagens, tanto para a Doente, como para o Hospital e para a Sociedade.

Resumimos as conclusões e vantagens mais evidentes:

- Diminuindo a **estada hospitalar**, reduz-se o **absentismo** da mulher tanto a nível profissional como no meio familiar.

- A menor necessidade de, anestesia geral e bloco operatório baixa o **custo hospitalar** em relação ao que seria necessário para fazer uma curetagem sob anestesia geral e dá-nos **autonomia** permitindo-nos aumentar a **produtividade**.

- Quanto à técnica, considerámo-la **eficaz e fiável** pois obtivemos uma concordância aceitável na nossa casuística, possibilitando-nos, fazer o **diagnóstico precoce** de numerosa patologia ginecológica, **estadiar** a lesão neoplásica em extensão, **orientar atempadamente** a terapêutica, utilizá-la no **ensino pós-graduado** e realizar, sempre que necessário, o **estudo comparativo** da cavidade após terapêutica conservadora.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Lia Susana e à Helga, a tradução e a assistência técnico-informática imprescindível para a elaboração deste manuscrito.

Para Leonilde Biscaia, Chefe de Divisão de Apoio Técnico, da Sub-Região de Saúde de Portalegre, vão os nossos agradecimentos pela cedência de informações e bibliografia acerca da Saúde da população feminina do nosso Distrito.

BIBLIOGRAFIA

1. VAN HERENDAEL BJ: An introduction to routine hysteroscopy. In Siegler, AM, and Lindemann, H. J. (dirs.): Hysteroscopy: Principles and Practise. J. B. Lippincot, Philadelphia 1984;287.
2. Direcção do Serviço de Planeamento e Apoio Técnico da A.R.S. do Alentejo: A.R.S. Alentejo - A Região de Saúde do Alentejo em números. Revista ano 1, número 0, Outubro/1994; p. 24, quadro 13.
3. Instituto Nacional de Estatística: Óbitos para o Distrito de Portalegre no ano 1994 - Lista Base para Tabulação. 1994;6-8.
4. BARROCO LE, OLIVEIRA LC, SÁ E MELO P: Office hysteroscopy experience with Hamou microhysteroscope in 250 patients. In: Cittadini E, Mencaglia L, Perino A, Van Herendael B (dirs.): Proceedings of the Second World Congress on Hysteroscopy, Acta Eur Fert 1986;17:419 (abst.)
5. Fraser IS: Personal Techniques and results for outpatient diagnostic hysteroscopy - Gynaecological Endoscopy 1993;2:29-33.

6. LABASTIDA NICOLAU R: Técnica (cap. 4): En Salvat Editores, SA. Tratado y Atlas de Histeroscopia. Barcelona 1990;21-31.
7. DUBOIS JG, HAMOU J: Intérêt de l'anesthésie loco-regionale dans la pratique de l'hysteroscopie. *Contr Fertil Sex (suppl.)* 1985;395-400.
8. LOPES TM, ARRAIANO MB: A Histeroscopia diagnóstica em ambulatório. *Gin e Med Reprod* 1993;18:35-8.
9. HAMOU JE, TAYLOR PJ, SCIARRA JJ: Abnormal uterine bleeding (chap. 6) and adenocarcinoma of the endometrium (chap.7). In: Appleton & Lange, eds. *Hysteroscopy and Microcolpohysteroscopy – Text and Atlas*. Norwalk, Connecticut 1991;81-97:99-112.
10. BONNILA-MUSOLES F, CARABIAS J, FONT-SASTRE V, Jr. y col.: Metodica Exploratoria (cap.4) y Fallos de la histeroscopia (cap.6). En: Editorial JIMS, S.A. *Atlas de Histeroscopia* Barcelona 1985;35-44: 111-5.
11. SIEGLER AM, LINDEMANN HJ, MENCAGLIA L, and al.: Media (chap.3) and Contraindications and complications (chap.4). In: Alvin M. Siegler and assoc. eds. *Therapeutic Hysteroscopy – indications and techniques*. St. Louis, Missouri 1990;39-51:53-60.
12. COLAFRANCESCHI M: New elements concerning the relationship between the gynecologist and the pathologist. «The Hysteroscope» newsletter of the E. S. of Hysteroscopy 1992;V:3-4.
13. SPOWART KJM, WALSH DJ, HAWTHORN RJS, and al.: Hysteroscopic assessment of the effects of a continuous combined oestrogen-progestogen regime on the endometrium of post-menopausal women. *Gynaecological Endoscopy* 1992;1:33-5.
14. MARABINI A, GUBBINI G, MARTINELLI G, and al.: Hysteroscopic evaluation in endometrial cancer. «The Hysteroscope» newsletter of the E. S. of Hysteroscopy Dec. 1989;IV:7.
15. KATO J: Endometrial cancer: epidemiology, early diagnosis, steroid hormone receptor status and aberrant gene expression of the receptors (sect. 5). D. R. Popkin and L. J. Peddle. *Women's Health Today, The proceedings of the XIV World Congress of Gynecology and Obstetrics – Montreal, September 1994, New York: The Parthenon Publishing Group Inc* 1994;119-25.
16. VAN HERENDAEL BJ, STEVENS M: Dating the Endometrium – Classifications in Endoscopy. «The Hysteroscope» newsletter of the E. S. of Hysteroscopy Dec.1989;IV:4.