

 **INSTITUTO MATERNO INFANTIL**
PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA
MESTRADO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Maria da Conceição Farias Souto Maior

PERFIL CIRÚRGICO DAS VIDEOLAPAROSCOPIAS
GINECOLÓGICAS EM UM HOSPITAL-ESCOLA:
SÉRIE DE CASOS.



SETEMBRO, 2005.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA DA CONCEIÇÃO FARIAS SOUTO MAIOR

**PERFIL CIRÚRGICO DAS VIDEOLAPAROSCOPIAS
GINECOLÓGICAS EM UM HOSPITAL ESCOLA:
SÉRIE DE CASOS.**

Dissertação apresentada ao colegiado do curso de Mestrado em
Saúde Materno-Infantil do Instituto Materno-Infantil Professor
Fernando Figueira-IMIP como parte dos requisitos para obtenção
do grau de mestre em “SAÚDE MATERNO-INFANTIL”.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA MULHER

LINHA DE PESQUISA: CIRURGIA GINECOLÓGICA

ORIENTADORA:

ARIANI IMPIERI DE SOUZA
Doutora em Nutrição pela UFPE

CO-ORIENTADORES:

MELÂNIA MARIA RAMOS DE AMORIM
Doutora em Tocoginecologia pela UNICAMP
JOSÉ EULÁLIO CABRAL FILHO
Pós-Doutor pelo Massachusetts Institute of Technology

RECIFE, 2005

BANCA EXAMINADORA:

PROF. HÉLIO FERNANDES FERREIRA DA COSTA

PROF. LUÍS CLÁUDIO ARRAIS DE ALENCAR

PROF. JOÃO GUILHERME BEZERRA ALVES

DEDICATÓRIA

À minha mãe querida, abrigo primeiro, anjo que me protegeu em todos os momentos da minha vida, hoje apenas sorriso que me fortalece. Agradeço a Deus a graça de tê-la perto de mim.

Ao meu pai generoso, por ter tornado possível o que sou hoje, homem bom, a quem procuro incansavelmente orgulhar.

Ao meu marido amado, porto seguro, fonte de paz e carinho, a quem recorro nos momentos mais difíceis com a certeza de encontrar apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, luz que ilumina minha vida, presença constante em todos os momentos em especial neste, dando-me coragem para continuar mesmo quando sem forças.

Aos meus pais, Souto e Loló, pelo exemplo de vida, pelo carinho mesmo inconsciente, pela lembrança constante mesmo distante.

A Gustavo, meu marido, pelo incentivo primeiro, por acreditar sempre que posso, pelo companheirismo em todas as fases da tese e pela compreensão nos momentos de ausência.

Às inicialmente colegas do mestrado, hoje amigas para sempre. Companheiras, de fato, na caminhada. Sem vocês seria muitas vezes mais difícil... e com menos sorrisos.

À Profa. Ariani, orientadora que sempre confiou nos meus passos.

À Profa. Melânia Amorim, pelo exemplo de amor à pesquisa.

Ao Prof. Eulálio, pelos preciosos ensinamentos.

Aos professores do mestrado, em especial ao Prof. Natal, pelo carinho e paciência.

Ao Cel. Lucena, por ter tornado viável a realização do mestrado.

Ao Cap. Ponce, chefe cuidadoso e amigo que, mesmo sem notar, muitas vezes me encorajou.

À Dra. Madalena Caldas, pela idéia inicial da pesquisa e pelas oportunidades que sempre me proporciona.

Ao Prof Francesco Viscomi, por despertar-me o gosto pela cirurgia laparoscópica.

Ao Dr. Felipe Lorenzato, pelo entusiasmo ao ler meu projeto, encontrando informações preciosas que meus olhos não viam.

À Dra. Emanuelle, pela ajuda por ocasião da digitação no banco de dados.

A todos amigos, em especial Drs. Aurélio e Júlio Sérgio e Dra. Vilma Guimarães que direta ou indiretamente contribuíram para este estudo, meus sinceros agradecimentos.

Às pacientes do IMIP, minha gratidão por terem tornado possível esta pesquisa.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A aplicação da videolaparoscopia na Ginecologia sofreu expansão significativa nos últimos anos. Entretanto, a oferta de tal procedimento corresponde a avanço pouco disponível entre os serviços públicos, em especial no Nordeste do Brasil. Apesar do IMIP oferecer cirurgia videolaparoscópica desde 1994, nenhum estudo havia sido feito sobre o tema.

OBJETIVO: Estudar as características das videolaparoscopias ginecológicas diagnósticas e cirúrgicas realizadas no IMIP durante o período de 2000 a 2004.

MÉTODOS: O estudo compreendeu todas as videolaparoscopias ginecológicas realizadas no Centro Diagnóstico (CD) do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do IMIP entre janeiro de 2000 e dezembro 2004. Realizou-se estudo descritivo de base hospitalar do tipo série de casos. Os formulários foram preenchidos a partir das informações dos relatórios cirúrgicos e em seguida, digitados em banco de dados com dupla entrada. Utilizou-se o programa estatístico EPI INFO 3.3.2. para a análise dos dados.

RESULTADOS: Foram realizadas 462 videolaparoscopias ginecológicas no período do estudo. Quase a metade delas (45,5%) teve objetivo diagnóstico-cirúrgico. As pacientes distribuíram-se principalmente na faixa etária dos 30 aos 34 anos. As indicações mais freqüentes foram infertilidade (45,0%) e estudo para recanalização tubária (18,8%). Os achados mais observados foram aderências (60,3%), obstrução tubária (46,8%) e endometriose (28,8%). Entre os procedimentos realizados, adesiólise e biópsias foram os mais freqüentes, respectivamente 67,4% e 39,2%, seguidos pelo tratamento da endometriose (22,3%) e pela salpingoplastia (15,6%). Ocorreram complicações intra-operatórias em 3,7% dos procedimentos, sendo as principais intercorrências anestésicas e a

perfuração uterina. Entre elas, a lesão de vasos do retroperitônio foi a única grande complicação documentada. Houve necessidade de conversão para laparotomia em 6,7% dos casos.

CONCLUSÃO: O perfil do serviço de videolaparoscopia do IMIP foi caracterizado pelo atendimento de mulheres com desejo reprodutivo (63,8%) e com idade média de 30,6 anos. A videolaparoscopia nesse grupo teve como principais achados seqüelas de doença inflamatória pélvica (DIP) e endometriose. Apesar da taxa de complicações ter sido maior que a referida na literatura, essas foram caracterizadas essencialmente por complicações menores, sendo nula a mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: laparoscopia, ginecologia, infertilidade feminina.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The application of laparoscopy in gynecology grew significantly in the recent years. However, the availability of such procedure in the public service is very low, especially in the Northeast of Brazil. In spite of the fact that the Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) has been offering laparoscopy surgery since 1994, no study had been done on the subject.

OBJECTIVE: To study the characteristics of the diagnostic and surgical gynecological laparoscopies carried out in IMIP during the time period between 2000 and 2004.

METHODS: The study included all the gynecological laparoscopies carried out at the Centro Diagnóstico (CD) do Centro de Atenção à Mulher (CAM) of the IMIP, between January of 2000 and December of 2004. A hospital based descriptive case-series type study was carried out. The forms were filled out with information of the surgical reports and immediately typed into a data bank twice. The statistical program EPI INFO 3.3.2. was used to analyze the data.

RESULTS: During the time of the study 462 gynecological laparoscopies were carried out. Almost half of them (45.5%) had a diagnostic-surgical objective. The patients were mainly in the 30 to 34 year age range. The most frequent indications were infertility (45.0%) and tube recanalization study (18.8%). The most observed findings were adhesences (60.3%), tube obstruction (46.8%) and endometriosis (28.8%). Among the procedures carried out, lysis of adhesences and biopsies were the most frequent, respectively 67.4% and 39.2%, followed by endometriosis treatment (22.3%) and by salpingoplasty (15.6%). Intra-operational complications occurred in 3.7% of the procedures, the main variations being anesthetic and uterine perforation. Among these, the retroperitoneal vessel lesion was the

only great documented complication. There was necessity of conversion to laparotomy in 6.7% of the cases.

CONCLUSION: The profile of the laparoscopy service of IMIP, was characterized by the care of woman with reproductive desire (63.8%) and with an average age of 30.6 years. The laparoscopy in this group had as its main findings sequels of the pelvic inflammatory disease (PID) and endometriosis. In spite of the fact that the rate of complications was higher than that referred to in the literature, they were characterized essentially by less severe complications, with mortality being null.

KEY WORDS: laparoscopy, gynecology, female infertility.

LISTA DE TABELAS**Página**

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 37 |
| Tabela 2. Frequência dos tipos de videolaparoscopia realizados em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 38 |
| Tabela 3. Frequência das indicações cirúrgicas das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 39 |
| Tabela 4. Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica segundo indicações cirúrgicas. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 40 |
| Tabela 5. Frequência dos principais achados laparoscópicos em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 41 |

| | |
|--|----|
| Tabela 6. Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica segundo os principais achados laparoscópicos. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 42 |
| Tabela 7. Frequência dos principais achados laparoscópicos das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica devido infertilidade. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 43 |
| Tabela 8. Frequência dos principais achados laparoscópicos das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica devido à dor pélvica crônica a esclarecer. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 44 |
| Tabela 9. Comparação das proporções da hipótese diagnóstica pré-operatória e diagnóstico pós-operatório de endometriose em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 45 |
| Tabela 10. Comparação das proporções da hipótese diagnóstica pré-operatória e diagnóstico pós-operatório de mioma uterino em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 46 |
| Tabela 11. Comparação das proporções da hipótese diagnóstica pré-operatória e diagnóstico pós-operatório de prenhez ectópica em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 47 |

| | |
|---|----|
| Tabela 12. Frequência das faixas etárias das pacientes com o diagnóstico de trompas adequadas ou não para recanalização tubária por ocasião da videolaparoscopia. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 49 |
| Tabela 13. Frequência dos procedimentos realizados nos casos de videolaparoscopia cirúrgica em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 50 |
| Tabela 14. Frequência dos casos de complicações cirúrgicas intra-operatórias em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológicas. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004. | 52 |
| Tabela 15. Frequência de pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica, de acordo com a necessidade de conversão para laparotomia. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 53 |

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

| | Página |
|--|---------------|
| Quadro 1. Classificação dos procedimentos cirúrgicos laparoscópicos segundo o grau de complexidade..... | 3 |
| Figura 1. Frequência de pacientes submetidas à videolaparoscopia segundo condição tubária para posterior recanalização. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 48 |
| Figura 2. Frequência dos casos de salpingoplastia segundo realização de cromotubagem e permeabilidade tubária imediata em pacientes submetidas à videolaparoscopia cirúrgica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004..... | 51 |

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

| | |
|-----------------|--|
| IMIP | Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira |
| CD | Centro Diagnóstico |
| CAM | Centro de Atenção à Mulher |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| ESCA | Esterilidade Sem Causa Aparente |
| DPC | Dor Pélvica Crônica |
| MFU | Malformação Uterina |
| DIP | Doença Inflamatória Pélvica |
| HSG | Histerossalpingografia |
| EPR | Estudo pré-recanalização |
| IUI | Inseminação intra-uterina |
| FIV | Fertilização <i>in vitro</i> |
| ICSI | Injeção intracitoplasmática de espermatozóide |
| ILO | Indução Laparoscópica da Ovulação |
| β -hCG | Fração beta do Hormônio Coriônico Humano |
| GnRH | Hormônio Liberador de Gonadotrofinas |
| CO ₂ | Dióxido de Carbono |
| ml/min | Mililitros por minuto |
| mm | Milímetro |
| IC | Intervalo de Confiança |
| NS | Não significativo |
| DP | Desvio-padrão |
| \bar{X} | Média |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1.1 HISTÓRIA DA VIDEOLAPAROSCOPIA..... | 1 |
| 1.2 INDICAÇÕES DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM GINECOLOGIA | 4 |
| 1.3 CONTRA-INDICAÇÕES DA VIDEOLAPAROSCOPIA..... | 10 |
| 1.4 VANTAGENS E DESVANTAGENS DA VIDEOLAPAROSCOPIA | 11 |
| 1.5 COMPLICAÇÕES DA VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA | 13 |
| OBJETIVOS..... | 19 |
| 1.6 OBJETIVO GERAL..... | 19 |
| 1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 19 |
| MÉTODOS | 20 |
| 1.8 LOCAL DO ESTUDO | 20 |
| 1.9 PERÍODO DO ESTUDO | 21 |
| 1.10 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO | 21 |
| 1.11 DESENHO DO ESTUDO | 21 |
| 1.12 VARIÁVEIS DE ANÁLISE | 21 |
| 1.12.1 Variáveis Biológicas..... | 21 |
| 1.12.2 Hipóteses diagnósticas pré-operatórias..... | 22 |
| 1.12.3 Achados laparoscópicos..... | 22 |
| 1.12.4 Procedimentos realizados..... | 23 |
| 1.12.5 Complicações intra-operatórias..... | 23 |
| 1.12.6 Conversão para a laparotomia..... | 24 |
| 1.13 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS..... | 24 |
| 1.14 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS | 34 |
| 1.15 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DE DADOS..... | 35 |

| | | |
|--------|--|-----------|
| 1.15.1 | <i>Processamento dos Dados</i> | 35 |
| 1.15.2 | <i>Análise dos Dados</i> | 35 |
| 1.16 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 36 |
| | RESULTADOS | 37 |
| | DISCUSSÃO | 54 |
| | CONCLUSÕES | 68 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| | APÊNDICES | |
| | APÊNDICE – 1: FORMULÁRIO | 81 |
| | APÊNDICE – 2: CONSENTIMENTO INFORMADO INSTITUCIONAL | 85 |
| | APÊNDICE – 3: DISPENSA DO TEMO DE CONSENTIMENTO | |
| | LIVRE E ESCLARECIDO | 86 |
| | ANEXOS | |
| | ANEXO – 1: RELATÓRIO CIRÚRGICO | 87 |
| | ANEXO – 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 89 |

INTRODUÇÃO

A videolaparoscopia, na esfera atual de abordagens minimamente invasivas, sofreu expansão significativa nos últimos anos, principalmente na Ginecologia, correspondendo a uma nova alternativa de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.¹ Corresponde a tecnologia cuja oferta na rede pública de saúde é limitada, principalmente em uma região carente. Poucos são os serviços que a disponibilizam e grande é o número de pacientes que poderiam ser beneficiadas por essa técnica.

O presente estudo visa analisar a realidade de um serviço público de endoscopia ginecológica no Nordeste brasileiro. Ao seu final teremos traçado as principais características cirúrgicas da videolaparoscopia em uma instituição com essas características. Dessa forma, será possível, melhor compreendendo, otimizar seu uso. Por outro lado, por ser trabalho pioneiro com essas características na instituição, servirá de base para as novas pesquisas sobre o tema.

1.1 HISTÓRIA DA VIDEOLAPAROSCOPIA

A necessidade e a curiosidade de observar o interior das cavidades do corpo humano, sem precisar recorrer a grandes incisões, nortearam o início da endoscopia, cujo significado grego é “olhar para dentro”.²

A primeira referência de um exame endoscópico do trato urogenital foi há aproximadamente 200 anos, realizada por Bozzini. Naquele período tais procedimentos estavam relacionados com alta morbimortalidade, praticamente levando o método ao descrédito. A partir dos anos 70, com o aprimoramento dos equipamentos e adequada relação com a fisiologia humana, verificou-se rápido decréscimo de complicações. O final dessa década foi marcado pela introdução de microcâmeras, criando a videolaparoscopia.³ Através dela, o acesso à cavidade pélvica foi permitido não só ao cirurgião principal, mas aos outros profissionais presentes no ato médico.

O primeiro a indicar a videolaparoscopia para uso ginecológico foi Nordenstoeft em 1912.⁴ Até o início dos anos 80, os procedimentos endoscópios intra-abdominais no campo da Ginecologia eram usados basicamente para fins diagnósticos.⁵ Assim, a laparoscopia era o recurso propedêutico mais eficaz para preencher a lacuna existente entre a semiótica clínica e a exploração cirúrgica propriamente dita.

Progressivamente, a videolaparoscopia passou da condição de recurso diagnóstico para procedimento terapêutico. Dessa forma, as alterações identificadas puderam ser tratadas cirurgicamente no momento do diagnóstico laparoscópico.⁶ Avanços tecnológicos e melhoria do instrumental utilizado possibilitaram a simplificação do procedimento endoscópico e promoveram um crescimento explosivo das cirurgias laparoscópicas terapêuticas.⁷

A introdução desse procedimento mudou decisivamente a Ginecologia. Abordagens endoscópicas foram descritas para a maioria das cirurgias de rotina.⁸ Em 1989 a primeira

histerectomia laparoscópica foi incorporada no arsenal do tratamento das patologias uterinas.⁹

A videolaparoscopia ginecológica vem expandido sua aplicação rapidamente. A abrangência estende-se a quase todas as situações cirúrgicas por afecções benignas e em alguns casos, malignas.^{4,3} Hoje em dia há evidências que a videolaparoscopia substitui, em determinadas situações, a laparotomia já que os resultados das cirurgias laparoscópicas parecem ser similares aos obtidos a partir da via convencional.¹⁰

Os procedimentos cirúrgicos laparoscópicos nessa especialidade podem ser classificados de acordo com o grau de complexidade conforme apresentado no quadro.¹¹

Quadro 1. Classificação dos procedimentos cirúrgicos laparoscópicos segundo o grau de complexidade.

| MENORES | MAIORES | AVANÇADOS |
|--|---|---|
| Biópsia | Tratamento de prenhez ectópica | Destruição de endometriose retro-peritonal |
| Esterilização tubária | Tratamento de doença inflamatória pélvica | Histerectomias |
| Procedimentos de fertilização assistida | Diatermia ovariana | Linfadenectomias |
| Lise de aderências pélvicas mínimas | Exérese de cisto ovariano benigno | Miomectomias |
| Destruição de pequenos focos de endometriose | Salpingoplastia | Colposuspensão |
| | Suspensão uterina | Recanalização tubária |
| | Lise de aderências extensas | Tratamento de câncer cervical e endometrial |

Fonte: Chapron C. *et al.* (1998)¹¹

1.2 INDICAÇÕES DA VIDEOLAPAROSCOPIA EM GINECOLOGIA

As indicações da videolaparoscopia estão intimamente relacionadas com o histórico da laparoscopia, com o avanço tecnológico dos exames diagnósticos, do instrumental cirúrgico, da anestesiologia, e com a diminuição das suas limitações.³ De maneira geral, estão indicadas laparoscopias diagnósticas quando exames físicos geral e ginecológico, pesquisa laboratorial e estudo de imagem, não obtêm um diagnóstico definitivo ou quando faz-se necessário confirmação diagnóstica

As videolaparoscopias cirúrgicas encontram indicações similares à quase totalidade das indicações de laparotomias. Sempre que os resultados cirúrgicos da laparoscopia forem iguais ou superiores aos da laparotomia, aquela via deve ser a preferencial.³

Na atualidade, verifica-se a possibilidade em muitos casos de tratamento cirúrgico imediato por ocasião de uma videolaparoscopia inicialmente diagnóstica.

As indicações da videolaparoscopia na Ginecologia podem ser eletivas ou de urgência. As principais indicações eletivas são:

- Dor pélvica crônica (DPC) - dor pélvica sem causa ou explicação definida com duração de seis meses ou mais sem relação com a gravidez.⁵⁰ A paciente portadora desse tipo de dor é, muitas vezes, considerada um enigma na prática ginecológica. Como tal queixa pode comprometer a qualidade de vida da paciente, faz-se necessária pesquisa. Nesse caso, a videolaparoscopia tem um papel extremamente relevante na exclusão de determinadas doenças; possibilita o diagnóstico e permite, no mesmo tempo cirúrgico, o

tratamento de diversas causas envolvidas na DPC, como aderências pélvicas e endometriose.¹²

- Endometriose - presença de tecido endometrial ectópico, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina. Corresponde a condição ginecológica comum que afeta aproximadamente 10,0% das mulheres em idade reprodutiva.³ Os sintomas mais comumente referidos são dismenorréia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispaurenia e presença de massa pélvica, comprometendo a qualidade de vida de algumas pacientes.^{13,14} A videolaparoscopia é considerada o método mais preciso para o diagnóstico da endometriose.⁹ A visualização direta e a biópsia durante laparotomia ou videolaparoscopia são os procedimentos considerados padrão-ouro para o diagnóstico, permitindo também ao ginecologista determinar localização, extensão e gravidade da doença. O tratamento cirúrgico pode ser realizado simultaneamente ao diagnóstico, incluindo excisão ou ablação do tecido endometriótico, lise de aderências e remoção de endometriomas.³

A endometriose é observada em grande percentagem de mulheres inférteis assintomáticas. Existe, no entanto, ainda muita discussão em relação ao tratamento da endometriose mínima e leve.^{15,16,17}

Nos casos de doença moderada a grave há consenso que a intervenção cirúrgica deva ser recomendada com melhora comprovada nas taxas de gravidez. Observa-se que, em mãos experientes, os resultados obtidos pela via laparoscópica são,

no mínimo, equivalentes àqueles obtidos pela via laparotômica, mesmo em casos de endometriomas e oclusão de fundo-de-saco.¹³

Para os casos de dor pélvica crônica relacionada à endometriose, independente do tipo, sabe-se que o tratamento através da cirurgia laparoscópica promove melhores resultados quando comparado com a conduta expectante.¹²

- **Mioma uterino** – tumoração benigna, formada por fibras musculares lisas associadas a tecido conjuntivo fibroso em quantidade variável.³ Alteração mais freqüente do útero, encontrada em 30,0% das mulheres com idade superior aos 30 anos.¹⁸ Apresenta conotações tanto na fertilidade quanto no volume menstrual, podendo também cursar com queixas dolorosas.¹⁰ A videolaparoscopia é considerada técnica minimamente invasiva e teve sua indicação ampliada com o desenvolvimento de novos equipamentos e o uso de medicamentos como os análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) que contribuem promovendo involução no volume do mioma e conseqüentemente, reduzindo a perda sangüínea por ocasião do procedimento cirúrgico. A videolaparoscopia está indicada no tratamento de leiomiomas subserosos e intramurais maiores.¹⁹ O procedimento cirúrgico através da videolaparoscopia pode variar desde a miomectomia até a histerectomia.
- **Tumores pélvicos** - a videolaparoscopia, em alguns casos, pode ser utilizada na pesquisa da origem tumoral. Através dela é possível avaliar o aspecto e o volume do tumor, bem como proceder à biópsia para a confirmação histopatológica. Um dos maiores benefícios da videolaparoscopia, nos casos de tumores pélvicos, é evitar o

tratamento excessivo e a laparotomia desnecessária, uma vez que a maioria é de natureza benigna.³

- Doença inflamatória pélvica - A videolaparoscopia é tida como padrão-ouro para o diagnóstico dessa doença já que permite determinar o seu estadiamento e estabelecer o prognóstico em relação ao futuro reprodutivo da paciente. Através dela, pode-se avaliar o abdome inferior e superior, onde se pesquisa a presença de aderências subdiafragmáticas e perihepáticas, muito comuns na Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis e que sugerem fortemente infecções por clamídia e gonococo.¹⁸ Após a inspeção de órgãos pélvicos e a pesquisa da permeabilidade tubária através da cromotubagem, pode-se proceder ao tratamento: da lise de aderências, drenagem de abscessos e lavagem da cavidade abdominal.³ Atualmente, o tratamento da DIP aguda vem ganhando espaço de maneira a reduzir as seqüelas reprodutivas.

- Infertilidade – segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 8,0% e 12,0% dos casais apresentarão problemas de fertilidade em algum ponto de suas vidas reprodutivas.²⁰ As informações obtidas pela visão direta do útero, trompas e ovários fazem da videolaparoscopia uma etapa semiológica importante para o casal infértil. A inspeção do peritônio pélvico permite, com grande sensibilidade, o diagnóstico de endometriose e aderências que comprometam os órgãos reprodutivos. Além disso, permite o tratamento imediato na maioria das alterações encontradas.¹⁶

Justifica-se a realização do procedimento para avaliar a anatomia e a permeabilidade tubária de modo a complementar a histerossalpingografia em pacientes

com fatores de risco para enfermidade nas trompas.¹⁶ A videolaparoscopia atualmente é considerada padrão-ouro para o diagnóstico de obstrução tubária.²¹

O procedimento também pode avaliar o fator ovariano a partir de sinais de anovulação crônica como também possibilita a realização de indução laparoscópica da ovulação (ILO) que consiste na cauterização dos ovários em quatro a 10 pontos e visa estimular a ovulação.¹⁸ A decisão de se proceder a um tratamento cirúrgico baseia-se nos resultados hormonais e no insucesso da estimulação ovariana prévia.⁹ A taxa de ovulação após a ILO é de 92%, e a taxa de gravidez é de 84% entre mulheres sem outras causas de infertilidade. Entre pacientes obesas, essas taxas são menores.¹⁰ A ILO pode evitar ou reduzir a necessidade de gonadotrofinas.²²

Geralmente a videolaparoscopia não é realizada em pacientes com indicação de fertilização *in vitro* (FIV) ou Injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI), já que a condição tubária e outras patologias intra-abdominais não têm maior relevância. Nos casos de presença de hidrossalpinge, patologia que apresenta conseqüências negativas sobre a implantação,²² ou quando a captação dos oócitos via ultra-sonográfica está dificultada devido à localização dos ovários, pode-se lançar mão da videolaparoscopia.¹⁶

Entre as cirurgias voltadas para a fertilidade, a maioria delas pode ser realizada via laparoscópica, sendo os resultados semelhantes aos obtidos pela via laparotômica.¹⁰

- Avaliação de malformações dos genitais internos - tais alterações são freqüentemente causa de infertilidade e/ou abortamento de repetição. É através da videolaparoscopia que se avalia a natureza precisa dessa anormalidade, principalmente a diferenciação entre útero septado e bicorno. Tal procedimento é igualmente importante para confirmar hipoplasia ou agenesia uterina. Além de auxiliar no diagnóstico, também se pode prestar à realização de ressecção de cornos uterinos rudimentares e biópsias gonadais.¹⁸
- Estudo pré-recanalização – atualmente a esterilização tubária é o método mais freqüentemente usado para controle da natalidade no mundo. Por outro lado, verifica-se crescente desejo das pacientes sujeitarem-se à tentativa de reversão da ligadura tubária.²⁴ Para tanto, faz-se necessário rigoroso estudo pré-operatório com o intuito de verificar se o procedimento de reversão da esterilização é exequível.²⁵ Estudos concordam que o sucesso da recanalização é mais freqüente quando a ligadura é realizada com clips ou anéis tubários ou quando existem pelo menos quatro centímetros de tecido tubário sadio pós-reparo. Além disso, o sucesso de uma recanalização dependerá da porção da tuba em que foi realizada a esterilização: se proximal (relacionada a melhores resultados de recanalização) ou distal. A realização da histerossalpingografia seguida pela videolaparoscopia é, então, essencial para se avaliar o estado das tubas antes de se programar uma cirurgia de reconstrução das mesmas.¹⁸

Além das indicações eletivas acima citadas, determinadas situações de urgência podem ter essa via de acesso cirúrgico como opção. O Consenso Brasileiro em Videolaparoscopia Ginecológica ocorrido em 2001 concluiu que a maioria das indicações de urgência é decorrente de dor pélvica aguda. Entre elas cita-se:¹⁸

- Gravidez ectópica - um das primeiras indicações da videolaparoscopia na Ginecologia foi no diagnóstico precoce e tratamento da prenhez ectópica tubária. O tratamento laparoscópico permite desde a cirurgia conservadora (administração intra-tubárica de metotrexato ou a salpingostomia) a procedimentos mais radicais, como a salpingectomia²⁶ para os casos de sangramento persistente, ruptura tubária ou em mulheres que não desejam preservar a sua fertilidade. Em pacientes hemodinamicamente instáveis, a laparotomia imediata deve ser a opção.¹⁰
- Torção anexial – a conduta varia desde a clássica salpingooforectomia até o tratamento conservador com a distorção do anexo quando possível para as pacientes sem prole definida.
- Cisto de ovário hemorrágico roto - nesse caso, o tratamento cirúrgico por via laparoscópica deve ser lembrado quando há persistência ou piora do quadro algico. Ele consiste em ooforoplastia ou cistectomia.
- Perfuração uterina - através da videolaparoscopia se pode realizar o diagnóstico diferencial entre a perfuração uterina e outras causas de dor pélvica aguda. Dependendo do achado videolaparoscópico, pode-se ainda, na mesma ocasião, proceder ao tratamento.

1.3 CONTRA-INDICAÇÕES DA VIDEOLAPAROSCOPIA

As contra-indicações da videolaparoscopia podem ser relativas ou absolutas. Entre as contra-indicações absolutas, temos pacientes com doenças graves,⁹ tais como cardiopatias graves (infarto agudo do miocárdio), instabilidade hemodinâmica, doença

pulmonar obstrutiva crônica, obstrução intestinal (íleo paralítico e mecânico), hérnias abdominais (externa irreductível) e gravidez avançada. Tais contra-indicações justificam-se devido às possíveis repercussões sistêmicas causadas pelo pneumoperitônio.³

São consideradas contra-indicações relativas peritonite, massas abdominais volumosas, extremos de peso, quadros aderenciais importantes, gravidez inicial, hérnias de hiato e/ou diafragmática e doenças sistêmicas controladas. As limitações dependem tanto da experiência da equipe cirúrgica quanto dos recursos técnicos disponíveis para a videolaparoscopia no momento da cirurgia.³

1.4 VANTAGENS E DESVANTAGENS DA VIDEOLAPAROSCOPIA

A videolaparoscopia é uma técnica diagnóstica e terapêutica que vem apresentando uso crescente entre ginecologistas, urologistas e cirurgiões gerais. Tal procedimento apresenta vantagens em relação à cirurgia convencional,²⁷ visto que envolve incisões progressivamente discretas e instrumental mais delicado aumentando a adesão à técnica. Assim, torna-se um procedimento seguro, eficaz e bem tolerado pelas pacientes.²⁶⁻²⁹

São citadas como vantagens: cicatrizes mais discretas,^{13,30,31} menor risco de complicações,³²⁻³⁴ como sangramento,^{35,36,37} reduzido desconforto pós-operatório,³⁶⁻³⁹ rápida deambulação e, conseqüentemente, menor tempo de internação hospitalar,^{35-38,40} o que contribui para o retorno precoce às atividades sociais, físicas e profissionais.^{41,42}

Obviamente, esses fatores são vantajosos desde que o procedimento laparoscópico tenha a eficácia e segurança equivalente à verificada na cirurgia laparotômica.⁴³

Vários autores afirmam que a menor permanência hospitalar e a rápida recuperação estariam associadas à redução dos custos.^{30,40,41} Ressalta-se entretanto que, nos casos que necessitam de conversão para laparotomia, a videolaparoscopia não corresponderia à melhor opção em termo de custos, sendo importante a individualização de cada caso.³⁰

Acredita-se que na cirurgia videolaparoscópica ocorra menor reação tecidual, uma vez que se evita o contato da cavidade abdominal com luvas, compressa e meio ambiente, além do menor número de suturas. Defende-se assim uma freqüência reduzida na formação de lesões aderenciais. Estudo multicêntrico realizado em 1991 mostrou que a via laparoscópica não apresenta benefício substancial em relação à laparotômica quando analisada a formação de aderências.¹⁶

Quanto às desvantagens em relação à cirurgia convencional, deparamo-nos com limitações do método relacionadas ao instrumental, à experiência do cirurgião ou às condições da paciente. Pode-se citar:

- Maior duração cirúrgica - alguns trabalhos concluem que, mesmo em mãos experientes, procedimentos endoscópicos podem requerer maior tempo para a sua realização quando comparado com a abordagem tradicional.^{35,38,41} Estudo prospectivo e randomizado analisando massas ovarianas benignas abordadas laparoscópica e laparotomicamente concluiu não verificar aumento no tempo cirúrgico com a via laparoscópica.³¹

- Maior imprevisibilidade na duração do procedimento - apesar de pelo menos a metade dos procedimentos durarem aproximadamente uma hora, o tempo operatório apresenta larga variação. Estudo analisando 1.000 laparoscopias afirma, com exceção da histerectomia, não haver diferença significativa na duração da maioria das cirurgias laparoscópicas comparadas com a via laparotômica, mas que a variabilidade na duração é significativamente maior na videolaparoscopia.⁵

- Maior custo⁴⁴ - pesquisa comparando a histerectomia vaginal laparoscópica com a abdominal tradicional verificou maiores gastos na via laparoscópica.⁴⁵ Essa afirmação é contestada por estudo, que conclui serem os custos diretos maiores em 1,7% nos casos laparoscópicos, mas que, quando analisados os custos indiretos, esses são menores em mais de 50%, concluindo que os custos totais são 23,1% menores nos casos de histerectomias pela via laparoscópica.³⁹ Entre a bibliografia pesquisada não foi encontrada referências relativas aos custos da videolaparoscopia em outra situação que não a histerectomia.

1.5 COMPLICAÇÕES DA VIDEOLAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

Como em toda cirurgia, a videolaparoscopia cirúrgica traz consigo um risco de complicações.¹¹ Faz-se necessário reconhecer as reais taxas de complicações com o objetivo de avaliar riscos e benefícios do procedimento.⁴⁵

Em estudo envolvendo 29.966 cirurgias laparoscópicas foi observado que a taxa geral de complicações foi de 4,64 por 1.000 laparoscopias e que varia de acordo com a

complexidade do ato cirúrgico. Nas laparoscopias diagnósticas e nas cirúrgicas mais simples, a taxa de complicações é de 1,34/1.000. Nos casos de cirurgia de maior porte e naquelas classificadas como avançadas, a relação é de 6,81/1.000.¹¹ Esses valores são, entretanto, obtidos em centros de referência em laparoscopia, não refletindo necessariamente realidade observada nos serviços de uma forma geral.³⁶

Em análise nacional da taxa de complicações envolvendo 70.607 laparoscopias realizada na Finlândia, verificou-se que a taxa total de complicações varia em torno de 3,6 por 1.000, com frequência de complicações maiores de 1,4 para 1.000. A videolaparoscopia diagnóstica apresentou as menores taxas de complicações (0,6/1.000), seguida pelos procedimentos cirúrgicos de menor porte.⁴⁵ Já as cirurgias laparoscópicas de maior complexidade, como a histerectomia, apresentam as mais altas taxas de complicações, ou seja, cerca de 4% de complicações maiores e 1% de complicações menores em revisão sistemática.³⁸

Uma adequada seleção das pacientes é mandatória para que o procedimento seja seguro.²⁶ Pacientes consideradas de alto risco para complicações são aquelas com passado de múltiplas cirurgias, extensas aderências, miomas volumosos, grandes massas anexiais e endometriose em fundo de saco ou com comprometimento da parede pélvica.⁴⁴ Também são consideradas pacientes de alto risco aquelas com doenças associadas importantes como cardiopatias e doenças pulmonares.

No que se refere à mortalidade, estudos relatam taxas variando entre três e oito casos para 100.000 procedimentos laparoscópicos, equivalendo ao observado na via laparotômica (3,2/1000).¹¹

Segundo estudo multicêntrico, cerca de 34% a 50% das complicações ocorrem durante as punções (posicionamento da agulha de Veress, criação de pneumoperitônio e colocação dos trocartes), etapa importante da cirurgia.¹¹ A fase de instalação é de grande importância, e não deve ser considerada trivial em nenhuma circunstância.⁴⁶

Entre as principais complicações durante a punção, podem ser mencionadas as seguintes:^{3,45,47}

- Enfisema subcutâneo – geralmente é causado pela insuflação de ar por agulha de Veress ou trocarce mal posicionados difundindo-se o gás na parede abdominal. O sinal característico é a crepitação obtida pela palpação na parede, distensão abdominal assimétrica e timpanismo hepático ausente. O gás é rapidamente absorvido e, na maioria das vezes, a conduta é expectante.
- Insuflação pré-peritonial – presença de gás ao nível do espaço pré-peritonial. Decorre de falha do mecanismo de proteção da agulha de Veress, acionado antes de penetrar no peritônio.
- Embolia gasosa - complicação rara (1/65.000), cuja causa mais comum é a injeção de gás diretamente no vaso com velocidade de fluxo superior a 150ml/min. Cursa com hipotensão e cianose e, em caso de embolia maciça, origina colapso cardiovascular. É indicada a suspensão imediata da insuflação, colocação da paciente na posição de Trendelenburg e oxigenação a 100% e se necessário, massagem cardíaca.

- Traumatismo dos vasos da parede abdominal - habitualmente não leva a consequência importante, mas pode gerá-la caso haja formação de grande hematoma ou necrose de parede por falta de irrigação.
- Traumatismo dos vasos do retroperitônio - corresponde ao mais grave trauma vascular na videolaparoscopia podendo acometer artérias aorta, ilíacas e mesentérica. Estudos reportam incidência de 0.1 casos por 1.000 laparoscopias.⁴⁵ Ocorre quando o pneumoperitônio não está adequadamente instalado ou quando o trocarte encontra-se com o corte do seu mandril gasto, o que exige maior pressão para penetração através da parede abdominal. Geralmente necessita, para o reparo vascular, de conversão imediata para laparotomia.
- Outros danos vasculares - qualquer órgão intra-peritoneal pode ser traumatizado resultando em dano nos seus vasos sanguíneos. É relatada perfuração de vasos de mesentério, cólon, sigmóide e do epíplon. A hemorragia pode provir também de vasos uterinos ou ovarianos e, eventualmente, de varicosidades no ligamento largo.
- Complicações gastrointestinais – a mais observada é a perfuração que corresponde a um dos mais sérios acidentes. A causa da lesão, principalmente de alças intestinais, é a presença de aderências de operações prévias. A frequência de lesões intestinais é de 0,7 para 1.000.
- Complicações do trato urinário - ocorrem quando a bexiga está cheia ou nos casos de cirurgias anteriores em que a bexiga se encontra fixa alterando sua anatomia. O

tratamento consiste na sutura e permanência do cateter urinário por dez dias. A frequência de lesão uretral e vesical da ordem de 0,3/1.000 cada.

Além das complicações relacionadas à punção, há também as que ocorrem no momento operatório. Geralmente são secundárias ao uso do eletrocautério. O dano elétrico é a lesão mais séria em função do comprometimento do tecido aquém e além da queimadura. Com o uso da corrente bipolar, verificou-se uma diminuição na frequência dessa complicação. As principais lesões são: queimadura de pele, queimadura de intestino, bexiga e ureter. As lesões provocadas por danos térmicos elétricos, quando não detectadas na vigência da cirurgia, apresentam alta morbidade.³

Uma metanálise baseada em 27 estudos prospectivos e randomizados, publicada em 2002 e envolvendo 3.611 casos comparando o risco de complicações entre a cirurgia laparotômica e laparoscópica concluiu que a última não é considerada de risco para a paciente que apresenta afecção ginecológica benigna.³²

Por fim, vale ressaltar que sempre existe a possibilidade de conversão para laparotomia. Estudo realizado em 1999, analisando 1000 laparoscopias, descreveu que os motivos de conversão da via cirúrgica de laparoscópica para laparotômica são: aderências abdominais importantes, sangramento excessivo, lesão intestinal ou urinária e dificuldade na retirada da peça cirúrgica.⁵ A frequência de conversão por algumas pesquisas gira em torno de 7%.^{48, 49} A conversão para a laparotomia deve ser entendida como alternativa tática para evitar complicações²² e, excepcionalmente, secundárias a elas.

O desenvolvimento dessa nova técnica estimula o desejo de melhor conhecer a realidade em relação às características cirúrgicas laparoscópicas e a evolução ao longo do tempo em um serviço de referência, já que não foram encontradas pesquisas realizadas no Nordeste sobre o tema em uma instituição com o perfil do IMIP.

Sabendo-se que a compreensão do procedimento é o primeiro passo para o seu aperfeiçoamento, objetivamos estudar as principais indicações, achados cirúrgicos, procedimentos realizados e complicações intra-operatórias. A melhor caracterização do perfil da intervenção permite rever práticas locais para melhor assistência e ensino, estruturar ações para aperfeiçoar seu desempenho e traçar medidas preventivas mais eficazes a partir do conhecimento das complicações mais freqüentes.

OBJETIVOS

1.6 OBJETIVO GERAL

Estudar as características das videolaparoscopias ginecológicas diagnósticas e cirúrgicas realizadas no IMIP no período de 2000 a 2004.

1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica (diagnóstica ou cirúrgica) no período de 2000 a 2004:

1. Caracterizar a paciente de acordo com a faixa etária no momento do procedimento.
2. Descrever os tipos de videolaparoscopias, as indicações cirúrgicas e achados laparoscópicos e relacioná-las com a faixa etária das pacientes.
3. Comparar as indicações cirúrgicas com os achados laparoscópicos.
4. Verificar os tipos de procedimentos realizados nos casos de videolaparoscopia cirúrgica.
5. Descrever as complicações cirúrgicas intra-operatórias e avaliar a necessidade de conversão para a laparotomia.

MÉTODOS

1.8 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Instituto Materno-Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP, Recife – PE, onde são realizadas em média 200 cirurgias ginecológicas por mês. Atualmente, o IMIP é credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência para Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O Centro de Atenção à Mulher (CAM) do IMIP dispõe, além de outros serviços, de um Centro de Diagnóstico, onde desde 1994 é realizada a endoscopia ginecológica. A laparoscopia nesse serviço, devido à grande demanda cirúrgica, atende, preferencialmente, os casos de pacientes com infertilidade e dor pélvica crônica, sendo as demais indicações drenadas, quando possível, para a via convencional.

O equipamento utilizado é representado por fonte de luz Olympus CLV-S30, microcâmera Olympus OTV- S6 e insuflador Olympus UHI-2.

A equipe cirúrgica foi composta por médico do *staff* com título de especialista em videolaparoscopia e residentes em Tocoginecologia no segundo e terceiro anos do programa.

1.9 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo compreendeu todas as videolaparoscopias ginecológicas realizadas no Centro Diagnóstico do CAM - IMIP entre janeiro de 2000 e dezembro 2004.

1.10 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população foi composta por mulheres atendidas no CAM-IMIP através do sistema único de saúde (SUS), oriundas da região metropolitana do Recife, como também de cidades do interior do Estado e mesmo de outros estados do Nordeste, que tiveram indicação de estudo e/ou tratamento laparoscópico. A amostra foi representada por todas as pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica diagnóstica ou cirúrgica no CAM-IMIP no referido período, perfazendo um total de 462 casos.

1.11 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo de base hospitalar do tipo série de casos.

1.12 VARIÁVEIS DE ANÁLISE

1.12.1 Variáveis Biológicas

➤ Idade

1.12.2 Hipóteses diagnósticas pré-operatórias

- Infertilidade
- Dor pélvica crônica
- Endometriose
- Tumores pélvicos
- Gravidez ectópica
- Miomas uterinos
- Malformação genital
- Doença inflamatória pélvica
- Estudo para recanalização tubária

1.12.3 Achados laparoscópicos

- Aderências pélvicas
- Endometriose
- Obstrução tubária
- Alteração ovariana
- Ovário policístico
- Cisto paratubário
- Varizes pélvicas
- Doença inflamatória pélvica
- Alteração tubária
- Gravidez ectópica
- Mioma uterino
- Malformação uterina
- Amputação tubária

- Trompa(s) adequada(s) para recanalização
- Trompas inadequadas para recanalização
- Exame normal

1.12.4 Procedimentos realizados

- Biópsia
- Adesiólise
- Tratamento de endometriose
- Miomectomia
- Histerectomia
- Ligadura tubária bilateral
- Salpingectomia
- Salpingoplastia
- Ooforectomia
- Ooforoplastia
- Exérese de cistos paratubário
- Secção dos ligamentos útero-sacros
- Colpo-suspensão
- Reanastomose tubária
- Linfadenectomia
- Indução laparoscópica da ovulação

1.12.5 Complicações intra-operatórias

- Enfisema subcutâneo
- Insuflação pré-peritoneal

- Embolia gasosa
- Queimadura de pele
- Lesão de vasos da parede na punção
- Lesão de vasos do retroperitônio na punção
- Lesão gastrointestinal
- Lesão ureterovesical
- Perfuração uterina
- Complicações anestésicas

1.12.6 Conversão para a laparotomia

1.13 DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS

- Idade – variável numérica contínua medida em anos completos. Categorizada para fins de análise em faixas etárias com intervalos de cinco anos.
- Infertilidade – incapacidade de um casal engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de contracepção referido pela mulher.²⁰ Exceção nesta definição os casos de infertilidade devido à ligadura tubária bilateral prévia cujas pacientes desejam recanalização. Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Dor Pélvica Crônica – definida como sendo dor pélvica sem causa ou explicação definida com duração de seis meses ou mais sem relação com a gravidez.⁵⁰ Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Endometriose – definida pela presença de tecido endometrial ectópico, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina. O diagnóstico laparoscópico é dado a partir do achado de lesões escuras, amarelo-pardacentas, placas esbranquiçadas, lesões polipóides ou vesículas avermelhadas, aderências pélvicas, falhas, petéquias ou hipervascularização peritoniais.³ Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Tumores pélvicos – massas pélvicas como nódulos ou cistos, benignos ou malignos de origem anexial (cisto paraovariano, hidrossalpinge, cisto dermóide, cisto ovariano não funcional, nódulo ovariano excetuando-se endometriose e prenhez ectópica). Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Prenhez Ectópica – implantação do ovo fertilizado fora da cavidade uterina, sendo a localização tubária a mais freqüente.⁵¹ Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Miomas Uterinos – tumores benignos, formados por fibras musculares lisas associadas a tecido conjuntivo fibroso em quantidade variável.³ À videolaparoscopia apresentam-se como nodulações de localização subserosa. Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Malformação Genital – anomalias que traduzem graus variáveis de deformidade, capazes de obstaculizar a funcionalidade do órgão e que resultam quase sempre de uma parada de desenvolvimento embriológico.³ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Doença Inflamatória Pélvica – inflamação do trato genital superior, determinando endometrite, ooforite e, nos casos mais graves, peritonite pélvica e abscesso tubo-ovariano.³ Laparoscopicamente evidencia-se sinais de inflamação aguda podendo cursar com abscesso íntegro ou roto, como também suas seqüelas crônicas como oclusão tubária e aderências inclusive perihepáticas. Neste estudo foi considerada como indicação a hipótese estabelecida pelo médico que assistiu a paciente. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Estudo para recanalização tubária – avaliação da presença e das características das trompas de maneira a permitir ou não recanalização posterior. Pode ser diagnosticada amputação tubária, trompas adequadas e inadequadas para recanalização. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Aderência Pélvica – tecido fibroso neoformado, ligando dois órgãos ou tecidos normalmente separados. Geralmente decorrente de agressão peritoneal como inflamação pélvica.¹⁸ Foram consideradas, no atual estudo, desde a presença de aderência fina avascular até o bloqueio pélvico também denominada pelve congelada caracterizado por múltiplas traves densas com comprometimento da anatomia local. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Obstrução Tubária – impossibilidade de passagem tubária de corante uni ou bilateralmente o que pode ser descrito como cromotubagem negativa.³ Foram definidas como obstrução tubária não apenas situações onde se verificava a presença de granuloma de laqueadura tubária, mas igualmente foram considerados os casos de fimbriectomias ou salpingectomias e obstruções secundária às doenças inflamatórias. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Alteração Ovariana – presença de cisto ovariano (coleção líquida no ovário quando excluída origem funcional), tumor, corpo lúteo sangrante, ovário em fita ou ausência do ovário. Excluem-se casos de endometriose ovariana. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Ovário Policístico – ovário de tamanho aumentado, mais arredondado, caracterizado pela presença de microcistos (0,5 a 0,8cm) na sua periferia.³ decorrente de estado de anovulação e hiperandrogenismo¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Cisto Paratubário – definido como a presença de formações de remanescentes embriológicos dos tubos mesonéfricos e ductos do mesovário e mesossalpinge. São encontrados nas bordas do ligamento largo e trompas.³ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Varizes Pélvicas – definido como presença de dilatação dos vasos da pelve. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Alteração Tubária – presença de dilatações, piossalpinge, mal-formações, fístula e hidrossalpinge.³ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Malformação Uterina – alteração na formação do útero classificada como agenesia/hipoplasia uterina até útero unicorno, didelfo, bicorno, septado e arqueado.³ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Amputação Tubária – ausência total (salpingectomia) ou parcial distal (fimbriectomia) da trompa. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Trompa(s) adequada(s) para recanalização – presença, em pelo menos um dos lados, de cotos tubários (proximal e distal) considerados adequados para recanalização, pelo laparoscopista. Caso não tenha sido explicitada condição favorável, considerou-se adequado o coto proximal com comprimento igual ou superior a um centímetro e coto distal homolateral com comprimento igual ou superior a quatro centímetros e ausentes dilatações consideradas limitadoras já que a tuba deve ter, após reparo, pelo menos

quatro centímetros de comprimento e fimbrias intactas.¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Trompas inadequadas para recanalização – presença de cotos tubários considerados inadequados para recanalização, pelo laparoscopista. Caso não tenha sido explicitada a condição desfavorável considerou-se inadequado o coto proximal com comprimento inferior a um centímetro e/ou coto distal homolateral ausente (salpingectomia/fimbriectomia) ou com comprimento inferior a quatro centímetros; a presença de dilatação tubária considerada limitadora também enquadrou a trompa como inadequada, considerando que a tuba deve ter, após reparo, pelo menos quatro centímetros de comprimento e fimbrias intactas.¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Exame Laparoscópico Normal – exame que não evidenciou alterações anatômicas nos órgãos da pelve. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Biópsia – retirada de fragmento de tecido ou órgão para estudo histopatológico. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Adesiólise – procedimento cirúrgico caracterizado pela lise, destruição das aderências. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Tratamento de Endometriose – procedimento cirúrgico caracterizado pela cauterização de focos de endometriose, punção e exérese de endometriomas e/ou retirada de sua

cápsula, visa remover áreas visíveis da doença e restaurar a anatomia.¹⁷ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Miomectomia – procedimento cirúrgico que corresponde a exérese dos miomas, mantendo-se o útero. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Histerectomia – procedimento cirúrgico que visa à retirada do útero. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Ligadura tubária bilateral – também denominada esterilização tubária corresponde à oclusão tubária com a finalidade de prevenir a gravidez. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Salpingectomia – procedimento cirúrgico que consiste na retirada uni ou bilateral das trompas. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Salpingoplastia – procedimento cirúrgico que visa a recuperar a integridade anatômica e funcional das tubas podendo ser sucedida pela realização de cromotubagem para confirmar a permeabilidade tubária. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Ooforectomia - procedimento cirúrgico que consiste na retirada uni ou bilateral dos ovários. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Ooforoplastia. – procedimento cirúrgico que visa ao tratamento de processo ovariano mantendo sua integridade anatômica e funcional, incluindo cistectomia, punção ovariana de cistos não funcionais e drenagem de abscessos ovarianos. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Exérese de cistos paraovarianos - procedimento cirúrgico que visa à retirada dos cistos paraovarianos. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Secção dos ligamentos útero-sacros – secção da parte avascular dos ligamentos útero-sacros por meio de eletrocoagulação ou laser visando atingir o feixe nervoso responsável por parte da inervação uterina. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Colpo-suspensão – cirurgia que visa ao posicionamento adequado de estruturas pélvicas. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Reanastomose tubária – procedimento cirúrgico que visa à restauração da permeabilidade tubária. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Linfadenectomia – retirada de linfonodos intra-abdominais. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Indução laparoscópica da Ovulação – consiste na cauterização do estroma dos ovários em quatro a 10 pontos e visa estimular a ovulação.¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Enfisema subcutâneo – complicação relacionada à punção abdominal decorrente da injeção de gás no tecido celular subcutâneo devido ao mau posicionamento da agulha de Veress na laparoscopia. O sinal característico é a crepitação obtida pela palpação na parede abdominal.¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Insuflação pré-peritoneal – complicação relacionada à punção abdominal decorrente da injeção de gás no espaço retro-peritoneal devido ao mau posicionamento da agulha de Veress na laparoscopia.¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Embolia gasosa – complicação relacionada à punção abdominal decorrente da injeção de gás diretamente no vaso com velocidade de fluxo superior a 150ml/min. Evidencia-se arritmia cardíaca, queda da pressão arterial, cianose e alterações na capnometria e no eletrocardiograma.¹⁸ Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Queimadura de pele – lesão de pele provocada por corrente elétrica em cirurgia laparoscópica. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Lesão de vasos da parede abdominal na punção – lesão de vasos sanguíneos da parede abdominal provocada pela punção. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Lesão de vasos do retroperitônio na punção – lesão de vasos sanguíneos do retroperitônio provocada pela punção. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Lesão gastrointestinal – perfuração por ocasião de punção ou queimadura pelo uso de eletrocautério acometendo estômago ou intestino. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Lesão ureterovesical – perfuração por ocasião de punção ou queimadura pelo uso de eletrocautério acometendo bexiga ou ureteres. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Perfuração Uterina – perfuração do útero por ocasião de sua manipulação, podendo ser decorrente de histeroscopia concomitante. Variável categórica dicotômica: sim ou não.

- Complicações Anestésicas – disritmias (bradicardia ou taquicardia), alterações da pressão arterial (hipo ou hipertensão).³

- Conversão para a laparotomia – necessidade de mudança da cirurgia laparoscópica para cirurgia laparotômica devido à situação emergencial (complicações anestésicas, sangramento excessivo, lesão intestinal ou urinária) ou limitação da técnica (dificuldade técnica propriamente dita, impossibilidade na retirada da peça cirúrgica devido ao tamanho ou a achados compatíveis com patologia maligna, pelve bloqueada por aderências múltiplas e presença de abscesso peritoneal). Variável categórica dicotômica: sim ou não.

1.14 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Todos os relatórios das videolaparoscopias diagnósticas e cirúrgicas realizadas no Centro Diagnóstico do CAM-IMIP possuem duas vias, arquivadas no prontuário da paciente (1^a. via) e em arquivo, no próprio setor (2^a. via) (ANEXO 1)

A coleta dos dados, realizada pela própria pesquisadora, consistiu de duas fases:

1. Obtenção das segundas vias arquivadas no Centro Diagnóstico do CAM-IMIP e no bloco cirúrgico.
2. Preenchimento do formulário pré-estabelecido (APÊNDICE 1) a partir dos dados obtidos dos relatórios cirúrgicos. Esses relatórios contemplam todas as variáveis de análise coletadas pela pesquisadora.

Ressalta-se que foi considerado como diagnóstico pré-operatório aquele citado no relatório, sendo este decorrente do julgamento do médico que acompanhava o caso a nível ambulatorial.

Foram revisados todos os relatórios cirúrgicos das videolaparoscopias diagnósticas e cirúrgicas realizadas no IMIP entre 2000 a 2004. Consideraram-se os exames separadamente no caso em que a mesma paciente tivesse se submetido ao procedimento inicialmente com objetivo diagnóstico e, em um segundo momento, à videolaparoscopia cirúrgica; procedeu-se igualmente nos casos em que houve necessidade de *second look*.

1.15 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DE DADOS

1.15.1 Processamento dos Dados

Após o preenchimento, os formulários foram revisados pela pesquisadora responsável e, em seguida, digitados em banco de dados específico criado no Epi Info 3.3.2. A digitação foi realizada duas vezes e por pessoas diferentes. Encontrando-se eventuais problemas com os formulários durante a digitação, novas consultas à fonte de informação (relatório cirúrgico) foram feitas de forma a completar todas as informações necessárias. Ao final da digitação, compararam-se os bancos de dados e corrigiram-se eventuais incorreções a partir da consulta aos formulários. O banco de dados definitivo foi ainda submetido a testes de consistência, obtendo-se listagem das variáveis, e só então utilizado para análise estatística.

1.15.2 Análise dos Dados

Para análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico Epi Info 3.3.2. Criaram-se tabelas utilizando medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão para as variáveis quantitativas e distribuição de frequência para as variáveis categóricas. Foram comparados os diagnósticos pré e pós-operatórios em tabela de contingência, utilizando-se o teste de McNemar. Para comparação da faixa etária de acordo com o prognóstico em termos de recanalização tubária, utilizou-se o teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5,0%.

1.16 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo obedeceu aos princípios da Declaração de Helsinque, emendada em Hong-Kong, e à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP sob o número 415/2004 (ANEXO 2). Adquiriu-se consentimento institucional (APÊNDICE 2) e solicitou-se ao CEP dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 3).

RESULTADOS

Caracterização da paciente de acordo com sua faixa etária no momento do procedimento.

Foram analisados 462 relatórios durante o período do estudo. Em 451 dos casos, havia registro da idade. A idade das pacientes variou de 12 a 74 anos, sendo a faixa etária mais freqüente entre 30-34 anos, seguido de 25-29 anos. A média foi de 30,6 anos (DP = 6,1). Apenas 4,7% eram adolescentes (12-19anos), sendo a idade média entre as adolescentes de 16,9 anos. Pacientes com idade igual ou superior a 40 anos corresponderam a 3,8% do total como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1. Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Faixa etária | N | % |
|---------------------|-------------|--------------|
| 12-19 | 21 | 4,7 |
| 20-24 | 47 | 10,4 |
| 25-29 | 105 | 23,3 |
| 30-34 | 164 | 36,4 |
| 35-39 | 97 | 21,5 |
| ≥ 40 | 17 | 3,8 |
| Total | 451* | 100,0 |

*Em 11 formulários não se encontrava descrita a idade da paciente
X = 30,6

Tipos de laparoscopias, indicações cirúrgicas e achados laparoscópicos e sua relação com a faixa etária das pacientes.

Considerando-se o tipo de procedimento, verificou-se que 44,8% das videolaparoscopias tinham como objetivo apenas complementação diagnóstica, 9,7% finalidade exclusivamente terapêutica e 45,5% procedimentos classificados como diagnóstico-cirúrgico. (Tabela 2)

Tabela 2. Frequência dos tipos de videolaparoscopia realizados em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Tipo de videolaparoscopia | N | % |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Apenas Diagnóstica | 207 | 44,8 |
| Diagnóstico-Cirúrgica | 210 | 45,5 |
| Apenas Cirúrgica | 45 | 9,7 |
| Total | 462 | 100,0 |

A tabela 3 demonstra as indicações cirúrgicas. Verificou-se na pesquisa que 45% das indicações foram devidas à pesquisa de infertilidade, seguida por estudo para recanalização tubária (18,8%), perfazendo um total de 63,8% casos indicados devido desejo reprodutivo.

Tabela 3. Frequência das indicações cirúrgicas das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Indicações cirúrgicas * | N | %[†] |
|-----------------------------------|----------|----------------------|
| Infertilidade | 208 | 45,0 |
| Estudo para Recanalização Tubária | 87 | 18,8 |
| Dor Pélvica Crônica | 73 | 15,8 |
| Endometriose | 53 | 11,5 |
| Tumores Pélvicos | 38 | 8,2 |
| Malformação Genital | 20 | 4,3 |
| Prenhez Ectópica | 11 | 2,4 |
| Doença Inflamatória Pélvica | 9 | 1,9 |
| Miomas Uterinos | 8 | 1,7 |
| Outras indicações | 12 | 2,6 |

[†] Base = 462

* Cada paciente pode apresentar mais de uma indicação cirúrgica.

Analisando-se a faixa etária segundo indicação cirúrgica, encontrou-se que, nos casos de indicação por infertilidade e de estudo para recanalização tubária, a principal faixa etária foi entre 30 e 34 anos (37,5% e 46,0% respectivamente), sendo a idade mínima entre as pacientes que desejavam estudo pré-recanalização de 24 anos, máxima 40 anos e média de 31,7 anos. Ressalta-se que tais indicações ocorreram em 10,8% e 4,6%, respectivamente, em pacientes com idade inferior aos 25 anos. As pacientes submetidas à cirurgia devido à dor pélvica crônica também apresentavam, como faixa etária principal, entre 35 e 39 anos (30,4%), tendo como idade mínima 18 anos, máxima de 47 anos e média de 31,5 anos. As pacientes que apresentavam endometriose distribuíram-se principalmente entre 25 e 34 anos (58,8%), tendo como idade mínima 12 anos, máxima de 43, e média de 31,3 anos. (Tabela 4)

Tabela 4. Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica segundo indicações cirúrgicas. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Faixa etária | Indicações | | | | | | | | | |
|--------------|---------------|-------|------|-------|-------|-------|--------------|-------|--------|-------|
| | Infertilidade | | EPR* | | DPC** | | Endometriose | | Outras | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 12-19 | 3 | 1,5 | - | - | 3 | 4,4 | 1 | 2,0 | 16 | 16,8 |
| 20-24 | 19 | 9,3 | 4 | 4,6 | 8 | 11,6 | 4 | 7,8 | 18 | 18,9 |
| 25-29 | 56 | 27,3 | 21 | 24,1 | 13 | 18,8 | 15 | 29,4 | 15 | 15,8 |
| 30-34 | 77 | 37,5 | 40 | 46,0 | 19 | 27,5 | 15 | 29,4 | 26 | 27,4 |
| 35-39 | 43 | 21 | 21 | 24,1 | 21 | 30,4 | 12 | 23,6 | 15 | 15,8 |
| ≥ 40 | 7 | 3,4 | 1 | 1,2 | 5 | 7,3 | 4 | 7,8 | 5 | 5,3 |
| Total | 205 | 100,0 | 87 | 100,0 | 69 | 100,0 | 51 | 100,0 | 95 | 100,0 |

* EPR = Estudo pré-recanalização

**DPC = Dor pélvica Crônica

Descrição dos achados laparoscópicos e relação com a faixa etária.

Como demonstrado na tabela abaixo, os principais achados laparoscópicos foram aderências pélvicas, correspondendo a 60,4% dos casos, seguindo-se a obstrução tubária em 46,8% dos casos. Lesões de endometriose foram observadas em 28,8% dos casos. Classificou-se 3,9% das laparoscopias como normais.

Tabela 5. Frequência dos principais achados laparoscópicos em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Achados Laparoscópicos * | N | %[†] |
|--|----------|----------------------|
| Aderências Pélvicas | 279 | 60,4 |
| Obstrução Tubária ** | 216 | 46,8 |
| Endometriose | 133 | 28,8 |
| Alteração Tubária*** | 88 | 19,0 |
| Doença Inflamatória Pélvica | 77 | 16,7 |
| Mioma Uterino **** | 74 | 16,0 |
| Alteração Ovariana | 66 | 14,3 |
| Cisto Paratubário | 56 | 12,1 |
| Trompas Inadequadas para Recanalização | 48 | 10,4 |
| Trompa Adequada para Recanalização | 39 | 8,4 |
| Varizes Pélvicas | 21 | 4,5 |
| Malformação Uterina | 19 | 4,1 |
| Exame Normal | 18 | 3,9 |
| Prenhez Ectópica | 9 | 1,9 |
| Ovários Policísticos | 6 | 1,3 |
| Outros Achados | 10 | 2,2 |

[†] Base = 462

* Cada paciente pode ter apresentado mais de um achado laparoscópico.

** uni ou bilateral

*** exceto obstrução tubária

**** com componente subseroso

As pacientes com achado laparoscópico compatível com aderências, obstrução tubária e endometriose distribuíam-se principalmente entre 30 e 34 anos de idade (38,9%, 37,9% e 34,9% respectivamente), com média de 30,7 anos nos casos de aderências, 31,3 anos nas pacientes com obstrução tubária e de 31,4 anos nos casos de endometriose. A idade mínima da paciente com achado compatível com endometriose foi de 13 anos. Ressalta-se que 7,9% das pacientes que apresentavam obstrução tubária tinham idade igual ou inferior a 25 anos, sendo 15 anos a idade mínima encontrada. (Tabela 6)

Tabela 6. Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica segundo os principais achados laparoscópicos. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Faixa etária | Achados laparoscópicos | | | | | |
|--------------|------------------------|-------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | Aderências | | Obstrução Tubária | | Endometriose | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 12-19 | 13 | 4,8 | 2 | 0,9 | 2 | 1,5 |
| 20-24 | 25 | 9,3 | 15 | 7,0 | 12 | 9,3 |
| 25-29 | 62 | 23,0 | 57 | 26,6 | 31 | 24,0 |
| 30-34 | 105 | 38,8 | 81 | 37,9 | 45 | 34,9 |
| 35-39 | 54 | 20,0 | 51 | 23,8 | 34 | 26,4 |
| ≥ 40 | 11 | 4,1 | 8 | 3,8 | 5 | 3,9 |
| Total | 270 | 100,0 | 214 | 100,0 | 129 | 100,0 |

Comparação das indicações cirúrgicas com os achados laparoscópicos.

Na tabela 7, analisaram-se especificamente os achados laparoscópicos dos casos cuja indicação cirúrgica foi infertilidade. Verificou-se que o diagnóstico de aderências foi realizado em 60,6% das ocasiões, seguido por 40,9% com diagnóstico de obstrução tubária. A endometriose foi diagnosticada em 36,1% e alterações tubárias, excetuando-se obstrução em 24,0%. Em 5,8% dos exames, não foram verificadas alterações.

Tabela 7. Frequência dos principais achados laparoscópicos das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica devido infertilidade. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Achados Laparoscópicos | N | %[†] |
|-------------------------------|----------|----------------------|
| Aderências Pélvicas | 126 | 60,6 |
| Obstrução Tubária * | 85 | 40,9 |
| Endometriose | 75 | 36,1 |
| Alteração Tubária ** | 50 | 24,0 |
| Mioma Uterino *** | 46 | 22,1 |
| Doença Inflamatória Pélvica | 38 | 18,3 |
| Cisto Paratubário | 30 | 14,4 |
| Alteração Ovariana | 29 | 13,9 |
| Exame Normal | 12 | 5,8 |
| Varizes Pélvicas | 10 | 4,8 |
| Malformação Uterina | 6 | 2,9 |
| Ovários Policísticos | 3 | 1,4 |
| Outros Achados | 4 | 1,9 |

[†] Base = 208

* uni ou bilateral ** exceto obstrução tubária *** com componente subseroso

Quando se investigou dor pélvica crônica (tabela 8), os principais achados foram aderências (64,4%) e endometriose (39,7%). Ressalta-se que 2,7% das pacientes com queixa de dor pélvica apresentaram exame laparoscópico normal.

Tabela 8. Frequência dos principais achados laparoscópicos das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica devido à dor pélvica crônica a esclarecer. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Achados Laparoscópicos | N | %[†] |
|-------------------------------|----------|----------------------|
| Aderências Pélvicas | 47 | 64,4 |
| Endometriose | 29 | 39,7 |
| Obstrução Tubária * | 25 | 34,2 |
| Alteração Ovariana | 14 | 19,2 |
| Mioma Uterino ** | 11 | 15,1 |
| Varizes Pélvicas | 10 | 13,7 |
| Cisto Paratubário | 7 | 9,6 |
| Doença Inflamatória Pélvica | 7 | 9,6 |
| Alteração tubária *** | 7 | 9,6 |
| Outros Achados | 4 | 5,5 |
| Exame Normal | 2 | 2,7 |

[†] Base = 73

* uni ou bilateral

** com componente subseroso

*** exceto obstrução tubária

Segunda a tabela 9, a proporção de hipótese diagnóstica pré-operatória de endometriose revelou-se significativamente menor que a proporção de achado compatível com endometriose durante a videolaparoscopia ($p < 0,001$).

Tabela 9. Comparação das proporções da hipótese diagnóstica pré-operatória e diagnóstico pós-operatório de endometriose em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Diagnóstico pré-operatório de endometriose | Diagnóstico pós-operatório de endometriose | | |
|---|---|----------------------|------------------------|
| | Sim N (%) | Não N (%) | Total N (%) |
| Sim | 33 | 20 | 53 (11,4) |
| Não | 100 | 309 | 409 (88,5) |
| Total | 133 (28,8) | 329 (71,2) | 462(100,0) |

Teste de McNemar: $p < 0,001$

Tal diferença também foi verificada nos casos de mioma uterino ente menores que as proporções de achados compatíveis com endometriose e mioma. ($p < 0,001$). (Tabela 10)

Tabela 10. Comparação das proporções da hipótese diagnóstica pré-operatória e diagnóstico pós-operatório de mioma uterino em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Diagnóstico pré-operatório de mioma uterino | Diagnóstico pós-operatório de mioma uterino | | |
|--|--|----------------------|------------------------|
| | Sim N (%) | Não N (%) | Total N (%) |
| Sim | 7 | 1 | 8 (1,7) |
| Não | 67 | 387 | 454 (98,3) |
| Total | 74 (16,0) | 388 (84,0) | 462 (100,0) |

Teste de McNemar: $p < 0,001$

Em relação aos casos de gravidez ectópica, a diferença entre a proporção de hipóteses diagnósticas pré-operatórias não foi estatisticamente significativa em relação à proporção de achados compatíveis com gravidez ectópica durante a videolaparoscopia ($p = 0,500$). (Tabela 11)

Tabela 11. Comparação das proporções da hipótese diagnóstica pré-operatória e diagnóstico pós-operatório de gravidez ectópica em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Diagnóstico pré-operatório de gravidez ectópica | Diagnóstico pós-operatório de Gravidez ectópica | | |
|--|--|----------------------|------------------------|
| | Sim N (%) | Não N (%) | Total N (%) |
| Sim | 9 | 2 | 11 (2,4) |
| Não | - | 451 | 451 (97,6) |
| Total | 9 (1,9) | 453 (98,1) | 462 (100,0) |

Teste de McNemar: $p = 0,500$

Ao serem estudados exclusivamente os casos cuja indicação cirúrgica foi a pesquisa para a viabilidade de recanalização tubária futura, verificou-se que em 55,2% dos casos ambas as trompas foram consideradas inadequadas para tentativa de recanalização. Dos 48 casos de trompas consideradas inadequadas para recanalização, 52,1% foram assim classificadas devido a diagnóstico de amputação tubária (fimbriectomia ou salpingectomia). As pacientes com tal achado distribuíam-se principalmente na faixa etária dos 30 aos 34 anos (52,0%). (Figura 1)

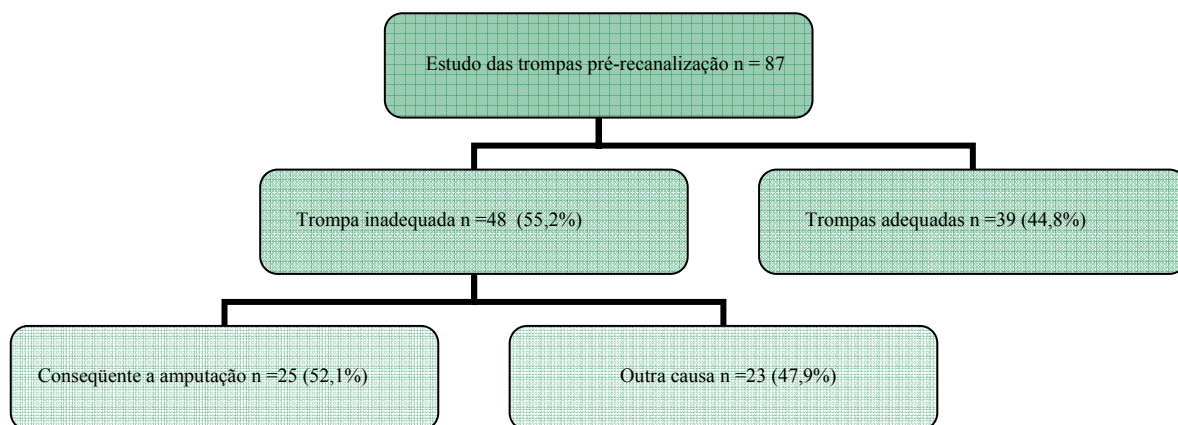


Figura 1. Frequência de pacientes submetidas à videolaparoscopia segundo condição tubária para posterior recanalização. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

Quando analisadas as faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia segundo condição tubária (Tabela 12), concluiu-se que houve predomínio de pacientes entre 30 e 34 anos. As medianas, idades mínima e máxima encontradas, mostraram-se muito próximas quando analisados os grupos com trompas consideradas adequadas e inadequadas. Não foi estatisticamente significativa a diferença observada entre as distribuições da faixa etária do grupo de mulheres com prognóstico favorável e do grupo daquelas com prognóstico desfavorável.

Tabela 12. Frequência das faixas etárias das pacientes com o diagnóstico de trompas adequadas ou não para recanalização tubária por ocasião da videolaparoscopia. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Faixa etária | Trompas Adequadas | | | | | |
|--------------|-------------------|-------|-----|------|-------|-------|
| | Sim | | Não | | Total | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 20-24 | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 4 | 100,0 |
| 25-29 | 11 | 52,4 | 10 | 47,6 | 21 | 100,0 |
| 30-34 | 15 | 37,5 | 25 | 62,5 | 40 | 100,0 |
| 35-39 | 9 | 42,9 | 12 | 57,1 | 21 | 100,0 |
| 40-44 | 1 | 100,0 | - | - | 1 | 100,0 |
| Total | 39 | 44,8 | 48 | 55,2 | 87 | 100,0 |

Teste exato de Fisher: $p = 0,411$

Procedimentos realizados nos casos de videolaparoscopias cirúrgicas.

Entre as 255 videolaparoscopias terapêuticas, realizou-se a adesiólise em 67,4% dos casos. Dos 133 casos com achados sugestivos de endometriose, procedeu-se ao tratamento na ocasião da cirurgia em apenas 57 casos (42,85%). A salpingostomia foi o quarto procedimento terapêutico mais realizado, representando 15,6%. (Tabela 13)

Tabela 13. Frequência dos procedimentos realizados nos casos de videolaparoscopia cirúrgica em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Procedimentos * | N | %[†] |
|-----------------------------------|----------|----------------------|
| Adesiólise | 172 | 67,4 |
| Biópsia | 100 | 39,2 |
| Tratamento de endometriose | 57 | 22,3 |
| Salpingoplastia | 40 | 15,6 |
| Procedimento ovariano | 34 | 13,3 |
| Exérese de cistos para-tubários | 21 | 8,2 |
| Salpingectomia | 14 | 5,4 |
| Ligadura tubária bilateral | 4 | 1,5 |
| Indução laparoscópica da ovulação | 4 | 1,5 |
| Miomectomia | 2 | 0,7 |
| Secção dos ligamentos útero-sacro | 1 | 0,3 |

[†] Base = 255

* Em cada paciente pode ter sido realizado mais de um procedimento.

Nos 40 casos de salpingoplastia, procedeu-se à cromotubagem imediata em 22 casos (55,0%) das ocasiões. Nesses, em 17 (77,3%), verificou-se resultado de permeabilidade comprovada. (Figura 2)

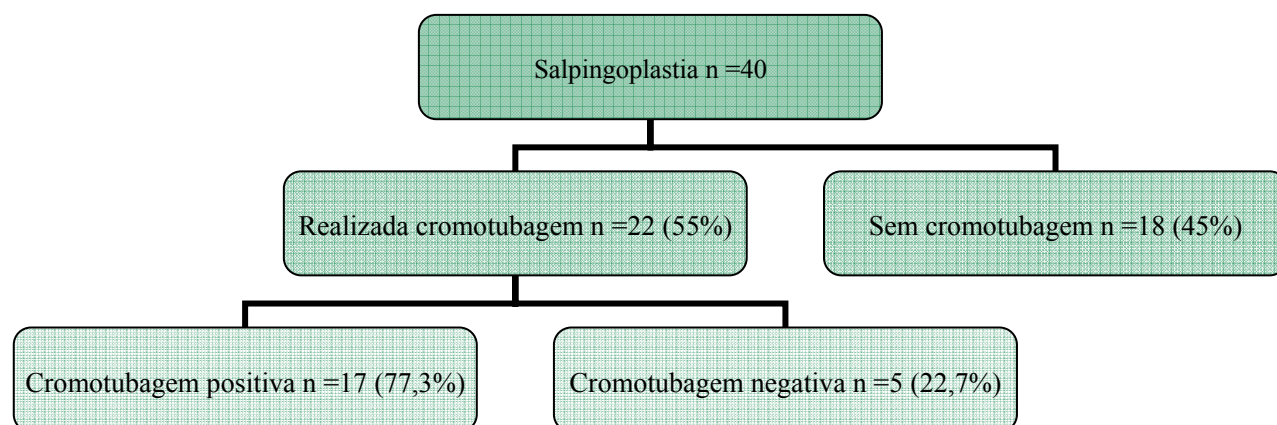


Figura 2. Frequência dos casos de salpingoplastia segundo realização de cromotubagem e permeabilidade tubária imediata em pacientes submetidas à videolaparoscopia cirúrgica. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

Complicações cirúrgicas intra-operatórias e causas de conversão para a laparotomia.

A taxa global de complicações foi de 3,7%. As complicações intra-operatórias mais descritas (Tabela 14) foram aquelas consideradas indiretas por não estarem relacionadas com os tempos cirúrgicos das laparoscopias. Verificou-se igual proporção de complicações anestésicas e perfuração uterina (1,3% do total das laparoscopias). Entre as complicações anestésicas foram citadas taquicardia sinusal persistente, dificuldade na intubação, broncoespasmo e bradicardia acentuada.

Complicações relacionadas com a punção e o preparo do pneumoperitônio (enfisema subcutâneo, insuflação pré-peritoneal e lesão de vasos do retroperitônio na punção) ocorreram em 1,0% dos procedimentos. Complicações maiores como lesões urinárias ou gastrointestinais não foram verificadas.

Tabela 14. Frequência dos casos de complicações cirúrgicas intra-operatórias em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológicas. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Complicações intra-operatórias | N | %[†] | %^{††} |
|--|-----------|----------------------|-----------------------|
| Complicações anestésicas | 6 | 1,3 | 35,3 |
| Perfuração uterina | 6 | 1,3 | 35,3 |
| Enfisema subcutâneo | 3 | 0,6 | 17,6 |
| Insuflação pré-peritoneal | 1 | 0,2 | 5,9 |
| Lesão de vasos do retroperitônio na punção | 1 | 0,2 | 5,9 |
| Total | 17 | 3,7 | 100,0 |

[†] Base = total de procedimentos (462)

^{††} Base = total de complicações (17)

Trinta e um casos (6,7%) foram convertidos para laparotomia. A indicação de laparotomia por limitação representada por tamanho da peça, pelve bloqueada, abscesso peritoneal e dificuldade técnica esteve presente em 87,1% dos casos. Os demais casos (12,9%) decorreram de situação emergencial (sangramento excessivo). (Tabela 15)

Tabela 15. Frequência de pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica, de acordo com a necessidade de conversão para laparotomia. CAM-IMIP, Recife, 2000-2004.

| Necessidade de conversão para laparotomia | N | %[†] | %^{††} |
|--|-----------|----------------------|-----------------------|
| Tamanho da peça | 10 | 2,2 | 32,3 |
| Pelve bloqueada | 9 | 1,9 | 29,0 |
| Sangramento excessivo | 4 | 0,9 | 12,9 |
| Dificuldade técnica | 6 | 1,3 | 19,4 |
| Abscesso peritoneal | 2 | 0,4 | 6,4 |
| Total | 31 | 6,7 | 100,0 |

[†] Base = total de pacientes (462)

^{††} Base = total de conversões (31)

DISCUSSÃO

Verifica-se que a faixa etária das pacientes, o tipo e as indicações cirúrgicas, achados laparoscópicos, procedimentos realizados e até as complicações intra-operatórias apresentam-se de forma bastante variada na literatura em decorrência das características de cada serviço.^{48,61}

Tipos de videolaparoscopias.

No IMIP, por se tratar de uma instituição onde se optou por priorizar as pacientes do setor de reprodução humana, devido à importância de uma intervenção menos invasiva nesses casos, observou-se que 44,8% das laparoscopias tiveram objetivo apenas diagnóstico e 9,7%, finalidade apenas terapêutica. Como exposto a seguir, quase 20,0% das videolaparoscopias foram indicadas para estudo da condição tubária em pacientes com desejo de recanalização, tendo essas cirurgias finalidade essencialmente diagnóstica. A união dos objetivos diagnóstico e cirúrgico ocorreu em quase metade dos procedimentos o que confirma a possibilidade de tratamento cirúrgico imediato por ocasião de videolaparoscopia inicialmente diagnóstica.

Idade das pacientes no momento do procedimento.

A grande maioria das pacientes encontrava-se na faixa etária de 25-39 anos em especial entre 30-34 anos, com média de 30,6 anos, justificado pelo fato da videolaparoscopia ser um procedimento amplamente indicado nos casos de patologias benignas e particularmente na pesquisa da infertilidade, o que é predominante nas pacientes mais jovens.^{4,25,48,61}

O presente estudo encontrou frequência de laparoscopias realizadas em adolescentes condizente com a literatura.⁵² Das 462 cirurgias realizadas, 451 tinham registro de idade e dessas, 21 foram em menores de 19 anos (4,7%). A idade média foi de 16,9 anos nesse grupo. Recentes avanços na técnica e nos instrumentais têm permitido a incorporação de tal procedimento entre as pacientes mais novas, assumindo um espaço importante, com frequência que oscila entre 1,7% e 5,0% de todas as laparoscopias realizadas quando avaliadas em diferentes séries.⁵²

Indicações cirúrgicas.

Mais da metade das pacientes submetidas à videolaparoscopia teve como indicação quadro de infertilidade ou necessidade de avaliação da condição tubária para recanalização, o que reflete o importante espaço da reprodução humana neste serviço.

Em relação à indicação da videolaparoscopia para pesquisa de infertilidade, estudo publicado em 2002 concluiu que o procedimento pode ser omitido nos casos de casais com infertilidade sem causa aparente desde que apresentem histerossalpingografia (HSG) normal e ausência de história compatível com enfermidade tubária. Em tais casos, sugere-se o tratamento com ciclos de indução de ovulação e técnicas de reprodução assistida. Sugere também que a videolaparoscopia, tendo como única indicação a adesiólise e a ablação de lesões de endometriose mínima ou leve, seria reservada para os casos em que procedimentos mais complexos não são disponíveis facilmente.⁵⁵ No IMIP, até 2004, ano em que se encerrou a coleta dos dados, ainda não se dispunha de técnicas de reprodução assistida mais elaboradas.

Por outro lado, estudo de revisão bibliográfica publicada em 2004, avaliando o papel da videolaparoscopia diagnóstica na investigação da infertilidade feminina concluiu que tal procedimento deve ser realizado como parte final da pesquisa do casal infértil. Também deve preceder o tratamento de fertilização assistida e a cirurgia para a reanastomose tubária.¹⁶

Ressalta-se que 10,8% das pacientes cuja indicação foi quadro de infertilidade apresentaram idade inferior aos 25 anos, correspondendo ao grupo de jovens, segundo classificação do IBGE.⁵⁶

A indicação da videolaparoscopia com o objetivo de estudar a condição tubária para sua recanalização ocorreu em 18,8% dos casos. Sabe-se que apesar da esterilização tubária ser descrita como o método anticoncepcional mais comumente utilizado em todo o mundo³⁴ algumas mulheres se arrependem de tal decisão,⁵⁷ sendo verificada taxa de desejo de reversão em 3,0% a 5,0% dos casos.²⁴ Essas pacientes têm duas opções de tratamentos: a FIV ou a reanastomose tubária. A viabilidade da realização da reanastomose deve ser avaliada, entretanto, a partir da pesquisa da condição tubária através da histerossalpingografia e da videolaparoscopia, já que, em alguns casos, o tipo de esterilização realizada contra-indica a tentativa cirúrgica.⁵⁷

No Brasil é permitida a esterilização voluntária, sendo recomendado que esta mulheres tenham idade superior a vinte e cinco anos.⁵⁸ No presente estudo, as pacientes submetidas à cirurgia laparoscópica com o objetivo de avaliar a condição tubária para posterior recanalização distribuíram-se principalmente entre 30 e 34 anos. Verificou-se, entretanto, que 4,6% delas tinham idade menor ou igual a 25 anos por ocasião da cirurgia. Dessa forma, há indícios que sugerem ser ainda mais relevante o número de pacientes que realizaram a ligadura tubária bilateral em idade inferior à recomendada, já que não foram contabilizadas as que não conseguiram ter acesso a um serviço de saúde especializado com também as que, mesmo conseguindo, apresentaram achados da histerossalpingografia que

contra-indicaram a cirurgia. O intervalo entre a primeira consulta e a realização do procedimento cirúrgico laparoscópico, também não foi contabilizado. Estudo com o objetivo de melhor avaliar o perfil dessas pacientes, incluindo a idade por ocasião da esterilização, encontra-se em andamento neste serviço.

A terceira indicação mais freqüente foi a queixa de dor pélvica crônica. O diagnóstico definitivo da sua etiologia, quando de origem ginecológica, é feito a partir da visão direta da cavidade abdominal, e a via laparoscópica é tida como a preferencial.³ Em tais casos, as pacientes distribuíram-se em faixa etária mais elevada (35-39 anos). Há indícios de que a queixa de dor pélvica seja pouco valorizada em pacientes jovens, o que é comprovado pelo atraso no diagnóstico de quadros como, por exemplo, o de endometriose.⁵⁹ Há a tendência de se indicar procedimentos mais invasivos para a pesquisa da dor pélvica apenas em pacientes com idades mais avançadas, como observado neste estudo.

A Ginecologia foi a primeira especialidade que incorporou a técnica endoscópica entre crianças e adolescentes, sendo amplo o conjunto de indicações.^{53,54} No presente estudo, as indicação mais freqüentemente encontradas nesse grupo foram a pesquisa de tumor pélvico, de malformação genital e de infertilidade.

Achados laparoscópicos.

Quando se analisou a frequência dos achados laparoscópicos, verificou-se que as aderências foram descritas em mais da metade das 462 laparoscopias realizadas. Trabalho descritivo similar, envolvendo 263 laparoscopias identificou frequência de aderências pélvicas em 25,6% dos casos.⁴ O valor elevado descrito no presente estudo possivelmente se deveu ao fato de não ter sido excluído nenhum tipo de aderência, considerando-se desde aderências leves a bloqueios pélvicos.

A presença de obstrução tubária, uni ou bilateral, foi o segundo achado laparoscópico mais freqüente. Isso se justifica pelo fato de grande número de pacientes se submeter ao procedimento devido ao quadro de infertilidade ou desejo de recanalização tubária, característica deste serviço, como já referido.

Achado compatível com endometriose ocorreu em 28,8% das videolaparoscopias, e esse percentual está de acordo com literatura pesquisada.^{3,4} A principal faixa etária nesse grupo foi de 30 a 34 anos, com média de 31,3 anos e idade mínima de 13 anos, o que sugere a possibilidade de tal doença ocorrer em pacientes ainda muito jovens e o possível subdiagnóstico em muitas delas.

Verifica-se ainda que os achados laparoscópicos variam consideravelmente em pacientes com idade inferior a 20 anos de acordo com a população estudada. No presente

estudo, os achados mais observados foram aderências e doença inflamatória pélvica. Chama atenção a presença de DIP, o que sugere início precoce da atividade sexual.⁵⁴

Aproximadamente 4,0% dos procedimentos não evidenciaram qualquer alteração na cavidade, sendo os achados considerados normais. Tal valor mostra-se inferior ao descrito em outras publicações, que classificam o exame como normal em aproximadamente 10% dos casos.⁴ Supõe-se que a diferença deva-se ao fato de alterações como cistos paratubários, aderências leves, miomas subserosos discretos e cistos ovarianos pequenos terem sido descritos nos relatórios cirúrgicos.

Comparação entre as indicações cirúrgicas e os achados laparoscópicos.

Entre os 208 casos de pacientes operadas com o objetivo de esclarecimento do quadro de infertilidade, verificou-se a presença de possíveis seqüelas de DIPA (aderências e obstrução tubária) na maioria delas. A literatura descreve ser a prevalência de aderências nesse grupo de pacientes em torno de 20,0% a 42,0%,^{4,16} o presente estudo revelou frequência de 60,6%. O valor mais elevado observado nesse estudo deveu-se ao fato de terem sido consideradas inclusive aderências leves. O segundo achado mais verificado foi a obstrução tubária (40,9%), seguida de endometriose (36,1%), condizente com a literatura que afirma que um terço das pacientes com quadro de infertilidade apresenta endometriose.^{22,59} Quase 6% dos exames realizados entre as pacientes não apresentaram qualquer tipo de alterações.

Em relação à queixa de dor pélvica, os principais achados laparoscópicos foram aderências com valor superior à literatura³ e endometriose com frequência compatível com a literatura.⁵⁹ Dessas pacientes, apenas 2,7% apresentaram exame considerado totalmente normal.

A importância da videolaparoscopia para o diagnóstico da endometriose reside no fato de que o diagnóstico pós-operatório mostrou-se consideravelmente superior ao número de diagnósticos pré-operatórios (133 e 53 casos respectivamente). Assim, compreende-se o fato da proporção de hipóteses diagnósticas pré-operatórias e de achados laparoscópicos compatíveis com endometriose apresentar diferença estatisticamente significativa. Uma

possível explicação para essa diferença pode ser o fato de indicações como a infertilidade e a dor pélvica crônica terem sido registradas em detrimento da hipótese de endometriose no pré-operatório. Outra explicação seria a possibilidade de que a hipótese de endometriose não tenha sido aventada no pré-operatório, o que corresponde aos casos de pacientes assintomáticas.

Por outro lado, avaliando-se os casos de miomas, observou-se que oito pacientes tiveram mioma como indicação da cirurgia, mas em 74 casos, essa tumoração foi citada como achado laparoscópico. Isso não significa o desconhecimento prévio da sua presença, já que o exame ultra-sonográfico, rotineiramente solicitado no pré-operatório, apresenta-se como exame consagrado de alta sensibilidade e especificidade para tal diagnóstico.¹⁹ Verifica-se que poucas videolaparoscopias foram realizadas com a finalidade de pesquisa ou tratamento de mioma. Assim, compreende-se a diferença estatisticamente significativa verificada quando se analisou a associação entre o diagnóstico pré-operatório e o achado laparoscópico de mioma uterino.

Embora a laparoscopia seja considerada o método padrão no diagnóstico da prenhez ectópica, preconiza-se a confirmação diagnóstica não cirúrgica desta alteração¹⁸ já que atualmente, dispõe-se de métodos não invasivos com alta sensibilidade como dos testes de gravidez séricos (β -hCG) e de alta resolução como o exame ultra-sonográfico.²⁶ Assim, compreende-se o fato da proporção de hipóteses diagnósticas pré-operatórias e de achados laparoscópicos compatíveis com essa doença não apresentar diferença estatisticamente significativa.

Entre as pacientes que se submeteram a videolaparoscopia com o objetivo de determinar a condição tubária para possível recanalização da laqueadura, a metade apresentou trompas consideradas inadequadas. Verificou-se ainda relevante número de casos de amputação tubária o que reflete a pouca preocupação com a possibilidade de arrependimento posterior por ocasião da realização da esterilização. A adoção de técnicas de ligadura tubária menos agressivas torna-se conduta importante uma vez que os procedimentos de reprodução assistida como a FIV são pouco disponíveis. Ressalta-se que o aconselhamento prévio à realização da esterilização deve ser mandatório, de maneira a conscientizar as pacientes do caráter definitivo do procedimento. Outro aspecto importante é a necessidade da oferta adequada de métodos anticoncepcionais reversíveis mais eficazes, o que poderia diminuir o número de pacientes que desejam a reversão da esterilização.

Procedimentos cirúrgicos realizados.

Entre os procedimentos realizados, os de menor complexidade, como adesiólise (devido à grande frequência de aderências) e biópsias, foram os mais frequentes, seguidos pelo tratamento da endometriose e pela salpingoplastia.

A salpingoplastia é uma alternativa razoável para determinadas pacientes que não querem ou não têm acesso à FIV.¹⁰ Estudos comprovaram que a taxa de gravidez após salpingoplastia laparoscópica varia entre 28,0% e 35,0% e esses são semelhantes aos obtidos através da microcirurgia.^{22,42} No presente trabalho, apesar da pequena amostra, verificou-se permeabilidade tubária imediata à salpingoplastia em grande parte dos casos que foram seguidos por cromotubagem. Sugere-se a realização de estudos prospectivos para melhor avaliar o real sucesso da técnica no que se refere às gestações futuras neste serviço.

Com o aprimoramento das técnicas de FIV, obtendo-se taxas de gestação de 25,0% a 50,0% por tentativa, coloca-se em dúvida se existe ainda espaço para a correção cirúrgica de alterações tubárias em serviços onde procedimentos de reprodução assistida são oferecidos. O custo elevado e a indisponibilidade na rede pública, associados ao risco de gestações múltiplas e à eventual necessidade de repetição da técnica quando a paciente desejar outro filho, são fatores que devem ser considerados antes da indicação da FIV. Tal observação deve ser feita principalmente nos casos de pacientes jovens, sem presença de nenhum outro fator de infertilidade no casal ou na vigência de hidrossalpinge leve ou moderada.^{22,42}

Complicações cirúrgicas intra-operatórias e conversão para a laparotomia.

Importantes pesquisas multicêntricas, com um grande número de pacientes em cada série, concluíram que o risco médio de complicações na cirurgia laparoscópica ginecológica é estimado em 3,2 a 4,0 por 1.000 procedimentos.^{11,32,47} O atual estudo, no entanto, verificou complicações intra-operatórias em 3,7% dos procedimentos. O encontro de uma taxa de complicação dez vezes maior deve-se ao fato de que apenas grandes complicações, como embolia gasosa, lesão de grandes vasos, lesões gastrointestinais e urinárias serem habitualmente descritas na literatura.²⁹ A presente pesquisa incluiu complicações menores como enfisema subcutâneo, insuflação pré-peritoneal e perfuração uterina o que justifica a diferença encontrada.

Considerando-se exclusivamente as complicações maiores, observou-se nesse estudo apenas um caso, sendo ele de lesão de grandes vasos. A frequência de complicações recalculada passou a ser de aproximadamente 0,2% (uma para 462 procedimentos). O baixo valor encontrado possivelmente deve-se ao fato da metade dos procedimentos realizados ter finalidade exclusivamente diagnóstica. Vale ressaltar que o número total de laparoscopias desse estudo pode também não ter sido suficiente para demonstrar complicações mais raras.

Embora pouco descritas em estudos sobre laparoscopia, as complicações anestésicas têm sido observadas na literatura com frequência que varia de 0,016% a 0,75%.²⁹ No presente estudo, ocorreram seis casos de complicações anestésicas, correspondendo a uma frequência de 1,3% em relação ao total das laparoscopias realizadas. A diferença entre os

valores encontrados e o da literatura possivelmente decorre do maior detalhamento das intercorrências tendo em vista que a pesquisa foi realizada em um hospital-escola, onde inclusive complicações sem grandes repercussões como taquicardia sinusal, dificuldade na intubação e bradicardia são registradas.

A grande maioria das publicações disponíveis relata baixas taxas de complicações entre cirurgiões experientes.^{7,31} De fato, há indicações de que o risco de complicação seja inversamente proporcional à habilidade do cirurgião^{11,53,61} Considerando-se que as taxas de complicações também são operador-dependentes, faz-se necessário determinar tais valores entre médicos com graus diferentes de experiência.^{7, 31} Para que haja uso adequado e disseminado dessa técnica, é necessário oferecê-la no programa de pós-graduação das instituições de ensino superior, preparando o cirurgião ginecológico para a prática responsável e de qualidade da videolaparoscopia.⁶²

Vale destacar que a mortalidade relacionada à cirurgia videolaparoscópica foi nula no presente estudo. A literatura descreve taxa de mortalidade extremamente baixa.⁴⁵

Realizou-se conversão para laparotomia em 6,7% dos casos, concordando com a frequência descrita em algumas pesquisas que gira em torno de 7,0%.^{48,49} A maioria dos casos se deveu à situação de limitação como tamanho da peça, pelve bloqueada, abscesso peritonal ou dificuldade técnica. Assim, a conversão para a laparotomia não foi secundária às complicações.

Considerações finais.

Os resultados da pesquisa em questão apresentam validade interna, considerando-se as características do serviço em relação ao atendimento de casais inférteis.

Ressalta-se que o atual estudo é o pioneiro sobre este tema na instituição e no Nordeste. Por ser descritivo, serve de base para pesquisas subseqüentes. Atualmente, encontram-se em andamento dois projetos utilizando as informações aqui expostas. O primeiro com o objetivo de melhor caracterizar as pacientes cuja indicação laparoscópica foi o estudo para recanalização tubária e o segundo analisando a concordância entre os achados laparoscópicos e o diagnóstico histopatológico de endometriose.

Permanece a necessidade de confirmação de tais achados por se tratar de estudo retrospectivo baseado em informações obtidas a partir de relatórios preenchidos pelos residentes ao término das cirurgias. Sugere-se estudo prospectivo analisado por observador único e tendo, como instrumento, formulário com maior número de variáveis. A adição de variáveis demográficas determinaria uma melhor caracterização das pacientes, ao passo que informações referentes ao risco de complicações e de conversão para a via laparotômica enriqueceriam a pesquisa. Dados sobre condições pós-operatórias também seriam válidos.

A incorporação de nova tecnologia acompanhada pelo devido treinamento está ampliando o grupo de patologias passíveis de intervenção laparoscópica, constituindo um novo desafio e, conseqüentemente, um novo recurso no arsenal cirúrgico na Ginecologia.⁴⁸

CONCLUSÕES

A idade das pacientes variou entre 12 e 74, sendo a faixa etária dos 30 aos 34 anos e média de 30,6 anos as mais frequentes.

Em relação ao tipo da videolaparoscopia, quase a metade dos casos tinha finalidade exclusivamente diagnóstica. A outra metade tinha objetivo diagnóstico-cirúrgico e uma minoria, indicação exclusivamente cirúrgica.

As principais indicações da videolaparoscopia relacionaram-se a situações envolvendo a infertilidade.

Os achados mais observados foram aderências, seguidos por obstrução tubária e endometriose.

Entre os procedimentos realizados, os de menor complexidade, como adesiólise e biópsias foram os mais frequentes, seguidos pelo tratamento da endometriose e pela salpingoplastia.

Houve alta taxa de complicações intra-operatórias, sendo as principais complicações as anestésicas e a perfuração uterina. Entretanto, apenas um caso classificado como complicação maior (lesão de vaso do retroperitônio) foi registrado.

Houve necessidade de conversão para laparotomia em quase 7% dos casos. A maioria decorrente do tamanho da peça, pelve bloqueada, abscesso peritonial e da dificuldade técnica.

Concluimos que o presente estudo, pioneiro nesse tema na instituição, revelou que a laparoscopia é preferencialmente indicada nos casos relacionados à dificuldade reprodutiva já que esta técnica, por ser considerada minimamente invasiva, é especialmente vantajosa para esse grupo de pacientes.

A disponibilidade da cirurgia laparoscópica para pacientes com essa característica deve-se ao fato da instituição ser considerada como de referência para o tratamento da infertilidade, sendo única no Nordeste na oferta de tratamentos mais complexos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro CS, Vanni DBS, Santos NC, Pinotti JA. Treinamento em videolaparoscopia ginecológica. *Femina* 2002; 30(8): 529-31.
2. Endoscopia [on line] 2005. Disponível em URL: [Http://pt.wikipedia.org/wiki/Endoscopia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Endoscopia) [2005 Ago 22]
3. Crispi CP, Oliveira FMM, Errico G, Júnior JCD. Tratado de videoendoscopia ginecológica. São Paulo: Atheneu; 2003.
4. Martinato H, Maillard JL, Andrezza AL, Grossi FCT, Pellenz C, Piazza L. Videolaparoscopia ginecológica: experiência de dois anos. *Revista Científica da Associação Médica de Caxias do Sul* 1994; 3 (2): 205-9.
5. Shushan A, Mohamed H, Magos AL. How long does laparoscopic surgery really take? Lessons learned from 1000 operative laparoscopies. *Human Reproduction* 1999; 14 (1): 39-43.
6. Hewitt GD, Brown RT. Dolor pelviano crónico en la adolescente. [on line] 2000. Disponível em URL: [Http://latina.obgyn.net/sp/articles/Junio00/cpp-adol_tfp.htm](http://latina.obgyn.net/sp/articles/Junio00/cpp-adol_tfp.htm) [2005 Ago 17]

7. Rock JA, Warshaw JR. The history and future of operative laparoscopy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 170 (1): 7-11.
8. Shushan A, Mohamed H, Magos AL. A case-control study to compare the variability of operating time in laparoscopic and open surgery. *Human Reproduction* 1999; 14 (6): 1467-1469.
9. Adamyan LV. Minimally invasive surgery in gynecologic practice. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003; 82: 347-55.
10. Tulandi T. Modern surgical approaches to female reproductive tract. *Human Reproduction* 1996; 2 (5): 419-27.
11. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, Dubuisson JB. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29.966 cases. *Human Reproduction* 1998; 13 (4): 867-72.
12. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD000387.
13. Adamson GD, Pasta DJ. Surgical treatment of endometriosis-associated infertility: meta-analysis compared with survival analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171 (6): 1488-505.

14. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2004; 25: 123-33.
15. Horowitz IR. What's new in gynecology and obstetrics. *Journal of the American College of Surgeons*; 197 (4): 612-19.
16. Saavedra J. Papel de la laparoscopia diagnóstica en la evaluación de la infertilidad femenina. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2004; 55 (1): 71-82.
17. Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD001300.
18. Donadio N, Albuquerque Neto LC. *Consenso Brasileiro em Videolaparoscopia Ginecológica*. São Paulo: Febrasgo; 2001.
19. Bozzini N, Borsari R, Donadio N, Guedes RC, Messina ML, Bonduki C, Aoki T, Baracat EC. *Miomatose Uterina*. [on line] 2002. Disponível em URL: [Http://www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br) [2005 Ago 22]
20. World Health Organization. *Infertility: a tabulation of available data as prevalence of primary and secondary infertility*. Geneva: WHO; 1991.

21. Mol BWJ, Collins JA, Burrows EA, Veen F, Bossuyt PMM. Comparison of hysterosalpingography and laparoscopy in predicting fertility outcome. *Human Reproduction* 1999; 14 (5): 1237-42.
22. Farquhar C, Lilford RJ, Marjoribanks J, Vandekerckhove P. Laparoscopic “drilling” by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001122.
23. Durruty VG, Vera PC, Macaya PR, Bianchi M, Manzur A. Resultados de la salpingoneostomia laparoscopica en infertilidad por hidrossalpinx. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2002; 67 (6): 488-93.
24. Barjot PJ, Marie G, Von Theobald P. Laparoscopic tubal anastomosis and reversal of sterilization. *Human Reproduction* 1999; 14 (5): 1222-25.
25. Izzo, VM, Souza AZ, Mattos AB, Santos NC, Maluf M, Perin PM, Salvatore CA. Importância da laparoscopia em ginecologia: análise de 522 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* 1984; 7 (3): 325-35.
26. Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD000324.

27. Barros MB, Lozano FS, Qeral L. Vascular injuries during gynecological laparoscopy – the vascular surgeon’s advice. *São Paulo Medical Journal* 2005; 123 (1): 38-41.
28. Mais V, Ajossa S, Guerriero S, Mascia M, Solla E, Melis GB. Laparoscopic versus abdominal myomectomy: a prospective, randomized trial to evaluate benefits in early outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 174 (2): 654-8.
29. Carvajal Moreno AR, Miranda Venegas CS. Complicaciones en cirugía laparoscopica ginecologica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2000; 65 (5): 362-70.
30. Foulk RA, Steiger RM. Operative management of ectopic pregnancy: a cost analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 175 (1): 90-6.
31. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1997; 177 (1):109-14.
32. Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, Bréart G, Dubuisson JB. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign

- gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. *Human Reproduction* 2002; 17 (5): 1334-42.
33. Medeiros LR, Fachel JMG, Garry R, Stein AT, Furness S. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumours. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD004751.
34. Kulier R, Boulvain M, Walker D, De Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD001328.
35. Jonhson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD003677.
36. Perino A, Cucinella G, Venezia R, Castelli A, Cittadini E. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: an assessment of the learning curve in a prospective randomized study. *Human Reproduction* 1999; 14 (12): 2996-99.
37. Serachioli R, Rossi S, Govoni F, Rossi E, Venturoli S, Bulletti C, Flamigni C. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy. *Human Reproduction* 2000; 15 (12): 2663-68.

38. Meikle SF, Nugent EW, Orleans M. Complications and recovery from laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89: 304-11.
39. Ellström M, Ferraz-Nunes J, Hahlin M, Olsson JH. A randomized trial with a cost-consequence analysis after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 91 (4): 30-3.
40. Pittaway DE, Takacs P, Bauguess P. Laparoscopic adnexectomy: a comparison with laparotomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171 (2): 385-91.
41. Summitt RL, Stovall TG, Steege JF, Lipscomb GH. A multicenter randomized comparison of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in abdominal hysterectomy candidates. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 92 (3): 321-6.
42. Ribeiro SC, Silva AA, Izzo CR, Santos NC, Izzo VM, Pinotti JA. Tratamento cirúrgico conservador da hidrossalpinge: laparoscopia ou microcirurgia? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2001; 23 (10): 627-31.
43. Mais V, Ajossa S, Piras B, Marongiu D, Guerriero S, Melis GB. Treatment of nonendometriotic benign adnexal cysts: a randomized comparison of laparoscopy and laparotomy. *Obstetrics and Gynecology* 1995; 86:770-4.

44. Hopkins MP. The myths of laparoscopic surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000; 183 (1): 1-5.
45. Harkki-Sirén P, Kurki T. A nationwide analysis of laparoscopic complications. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89 (1): 109-12.
46. Chapron C, Pierre F, Harchaoui Y, Lacroix S, Béguin S, Querleu D, Lansac J, Dubuisson JB. Gastrointestinal injuries during gynaecological laparoscopy. *Human Reproduction* 1999; 14 (2): 333-337.
47. Harkki-Sirén P, Sjöberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: a follow-up finnish study. *Obstetrics and Gynecology* 1999; 94: 94-8.
48. Novelli JE, Rebón PF, Paul L, Partamióñ JJ, Vázquez, Fasce J. Laparoscopia em Ginecología. 20 años de experiencia hospitalaria. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires* 1997; 28 (155): 184-98.
49. Chi DS, Abu-Rustum NR, Sonoda Y, Awtrey C, Hummer A, Venkatraman ES, Franklin CC, Hamilton F, Gemignani ML, Barakat RR. Ten-year experience with laparoscopy on a gynecologic oncology service: analysis of risk factors for complications and conversion to laparotomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 191: 1138-45.

50. Zonderan KT, Yudkin PL, Vessey Jenkinson CP, DH, Kennedy SH. Chronic pelvic pain in the community – symptoms, investigations and diagnoses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001; 184: 1149-55.
51. Irvine LM, Setchell ME. Declining incidence of ectopic pregnancy in UK city health district between 1990 and 1999. *Human Reproduction* 2001; 16 (10): 2230-34.
52. Araya M, Díaz H, FuentesL. Cirugía laparoscópica ginecológica em adolescentes. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil e de la Adolescência* 2002; 9:27.
53. Diaz EA, Pascual RD, Vallejo FJD. Utilidad de la laparoscopia em la infancia. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Astúrias, Cantabria, Castilla y Leon* 2001; 41 (176): 144-52.
54. Mondragón AL, Viáfara GA, Vinueza B. Laparoscopia ginecológica em adolescentes em tres instituciones em Cali, 1998-2003. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2004; 55 (4): 315-320.
55. Fatum M, Laufer N, Simon A. Investigation of the infertile couple. Should diagnostic laparoscopy be performed after normal hysterosalpingography in treating infertility suspected to be of unknown origin? *Human Reproduction* 2002; 17 (1): 1-3.

56. IBGE – População jovem no Brasil [on line] 1999 Disponível em URL:
Http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/populacao_jovem_brasil/
[2005 Set 14]
57. Sitko D, Commenges-Ducos M, Roland P, Papaxanthos-Roche A, Horovitz J, Dally D. IVF following impossible or failed surgical reversal of tubal sterilization. *Human Reproduction* 2001; 16 (4): 683-85.
58. Casa Civil – Subchefia de assuntos jurídicos [on line] 1996 Disponível em URL:
<Http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao.nsf> [2005 Ago 22]
59. Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2002; 48 (3): 217-21
60. Chapron C, Devroey P, Dubuisson JB, Pouly JL, Vercellini P. ESHRE guidelines of training, accreditation and monitoring in gynaecological endoscopy. *Human Reproduction* 1997; 12 (4): 867-68.
61. Smith DC, Donohue LR, Waszak SJ. A hospital review of advanced gynecologic endoscopic procedures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 170 (6): 1635-42.

62. Barrozo SG, Rangel M, Barrozo RPM, Lasmar RB, Oliveira MAP, Dias R. Uma proposta para ensino de videolaparoscopia ginecológica em nível de pós-graduação. *Femina* 2005; 33 (6): 423-27.

III. ACHADOS LAPAROSCÓPICOS**(pode marcar mais de uma opção)**

- | | |
|--|---|
| Aderências pélvicas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Endometriose | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Obstrução tubária | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Alteração ovariana | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Ovários policísticos | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Cisto paratubário | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Varizes pélvicas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Doença inflamatória pélvica | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Alteração tubária | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Prenhez ectópica | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Mioma uterino | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Malformação uterina | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Trompa(s) adequada(s) para recanalização | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Trompas inadequadas para recanalização | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Amputação tubária | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Exame normal | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Outro | Qual: _____ |

IV. PROCEDIMENTOS REALIZADOS**(pode marcar mais de uma opção)**

- | | |
|----------------------------------|---|
| Biópsia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Adesiólise | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Tratamento de endometriose | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Miomectomia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Histerectomia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Procedimento ovariano | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Ligadura tubária bilateral | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Salpingectomia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Salpingoplastia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Ooforectomia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Exérese de cistos paratubários | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Secção dos ligamento útero-sacro | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Colposuspensão | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Reanastomose tubária | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Linfadenectomia | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| ILO | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Outro | Qual: _____ |
| Não preenchido | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

V. COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS

Complicações 1. Sim 2. Não (Se não tem, pule para a questão VII.)

Qual complicação?

- | | |
|--|---|
| Enfisema subcutâneo | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Insuflação pré-peritoneal | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Embolia gasosa | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Queimadura de pele | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Lesão de vasos da parede na punção | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Lesão de vasos do retroperitônio na punção | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Lesão gastrointestinal | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Lesão ureterovesical | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Complicações anestésicas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Perfuração uterina | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Outra | Qual: _____ |
| Não preenchido | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

VI. Necessidade de conversão para a laparotomia: 1. Sim 2. Não

- | | |
|-----------------------|---|
| Sangramento excessivo | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Lesão intestinal | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Lesão urinária | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Tamanho da peça | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Patologias malignas | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Pelves bloqueada | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Abscesso peritoneal | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Dificuldade técnica | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |
| Outra | Qual: _____ |
| Não preenchido | 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não |

APÊNDICE – 2: CONSENTIMENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

**APÊNDICE – 3: DISPENSA DO TEMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO**

ANEXO – 1: RELATÓRIO CIRÚRGICO

ANEXO – 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)