

XXX CONGRESSO MÉDICO ACADÊMICO DA UNICAMP

Tratamento Cirúrgico e Medicamentoso para Endometriose Profunda: Repercussões na Qualidade de Vida, Função Sexual e nos Sintomas Álgicos - Análise Comparativa

Campinas, Agosto de 2021

Resumo

Introdução: Endometriose é uma disfunção caracterizada pela presença de tecido endometrial em locais ectópicos. Acomete cerca de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, podendo cursar com sintomas algícos, infertilidade, depressão, ansiedade e disfunção sexual, afetando significativamente a qualidade de vida dessas mulheres. O tratamento pode ser hormonal medicamentoso ou cirúrgico. Muitas vezes ambos os tratamentos são opções terapêuticas válidas. Comparar resultados dos tratamentos a longo prazo pode fornecer dados que auxiliem na decisão da melhor terapêutica a ser indicada. **Objetivo:** Avaliar a melhora dos sintomas algícos, da função sexual, da qualidade de vida, além das complicações, recidivas, do tratamento cirúrgico oferecido a mulheres com endometriose profunda e compará-las com os resultados do tratamento medicamentoso. **Sujeitos e Métodos:** Estudo de coorte prospectiva. Incluídas mulheres com endometriose profunda (EP): 61 submetidas a tratamento cirúrgico e 61 a tratamento exclusivamente medicamentoso há pelo menos 6 meses. Todas responderam a dois questionários para endometriose (EHP-30 e PFDI-20), com avaliação por domínios e escore geral, Escala de Dispareunia de Profundidade (EDP, 0-3) e avaliação dos sintomas algícos pré e pós-tratamento através da Escala Visual Analógica (EVA, 0-10). Os dados foram comparados através do teste de Mann-Whitney (comparação entre grupos), teste de Wilcoxon (escores pré e pós-tratamento) e ANOVA para medidas repetidas (comparar escores entre grupos e entre tempos). **Resultados:** A cirurgia havia sido realizada há 3.3 ± 1.6 anos e o tratamento medicamentoso era utilizado há 3.0 ± 1 anos. Antes do tratamento, DPC, dismenorreia e dispareunia de profundidade eram os sintomas mais intensos nos dois grupos, com EVA respectivamente de 9.48 ± 1.49 , 9.61 ± 1.45 , 7.80 ± 3.26 nas mulheres em que foi indicada cirurgia e EVA respectivamente de 8.57 ± 2.22 , 9.02 ± 1.35 , 7.39 ± 3.40 nas mulheres que receberam prescrição de tratamento medicamentoso. Ambos os tratamentos foram efetivos na redução de todos os sintomas, entretanto o tratamento cirúrgico foi mais efetivo e duradouro no controle da DPC ($p=0.003$), disquezia ($p<0.001$) e dispareunia de profundidade ($p<0.001$) do que o tratamento medicamentoso. Após os tratamentos, as mulheres tratadas cirurgicamente apresentaram menores e, portanto, melhores escores nos domínios dor ($p<0.001$), controle e impotência ($p<0.001$), bem-estar ($p=0.002$), apoio social ($p<0.001$), autoimagem ($p=0.003$), trabalho ($p=0.007$), relação com filhos ($p=0.019$), relação sexual ($p<0.001$), relação com médicos ($p<0.001$) e tratamento ($p<0.001$), além do escore geral no EHP-30, do que as sob tratamento clínico. Mulheres submetidas a tratamento cirúrgico também apresentaram menores valores no inventário de disfunções relacionadas a prolapso de órgãos pélvicos ($p<0.001$), no

inventário de disfunções urinárias ($p=0.027$) e menor score total ($p<0.001$) do PFDI-20.

Conclusões: Tratamento cirúrgico e medicamentoso melhoraram sintomas álgicos relacionados a EP, porém o tratamento cirúrgico apresentou controle melhor e mais duradouro da DPC, disquezia e dispareunia, refletindo em melhora da qualidade de vida, função sexual e relações pessoais e sociais. Estes resultados poderão auxiliar na tomada de decisão quanto ao tratamento a ser oferecido, considerando as queixas das mulheres com EP.

Palavras Chave: endometriose; endometriose profunda; cirurgia; qualidade de vida; dispareunia; dor pélvica; função sexual.

Introdução

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. O implante endometrial gera um processo inflamatório crônico, que pode causar dor pélvica crônica e infertilidade, binômio clássico da doença (1). Estima-se que a endometriose acometa cerca de 5 a 10% das mulheres em idade reprodutiva (2).

A endometriose profunda é considerada a forma mais grave, assim denominada quando há presença de glândulas e estroma endometriais situados além de 5 mm abaixo da superfície peritoneal (3). As lesões profundas são consideradas mais agressivas quando comparadas com as superficiais (4). As lesões que acometem camadas mais profundas de estruturas pélvicas, habitualmente correlacionam-se a sintomas álgicos mais intensos, sendo que a localização e distribuição influenciam diretamente sobre a dor (5).

A endometriose é responsável por múltiplas queixas álgicas, sendo que ciclicamente o sintoma mais comum é a dismenorreia. Além disso, há relatos de disquezia, disúria, dispareunia de profundidade e dor pélvica crônica (5). A dispareunia de profundidade acarreta prejuízos na sexualidade, afetando principalmente a frequência das relações sexuais, satisfação sexual e orgasmo, que conseqüentemente interferem na qualidade de vida destas mulheres e levam a disfunção sexual (6,7,8). Depressão, ansiedade, aumento dos índices de estresse e decréscimo do desempenho no ambiente de trabalho são identificados nestas pacientes. Foi observado que quanto maior o escore de dor causada pela endometriose, pior a qualidade de vida das portadoras da doença (9).

Visto as repercussões e conseqüências causadas na saúde física e psicológica da paciente, o tratamento da endometriose, clínico ou cirúrgico, visa principalmente o controle da dor. Há estudos mostrando que os procedimentos cirúrgicos são mais efetivos no alívio dos

sintomas para tipos específicos de endometriose (10). Vercellini (11) e colaboradores, assim como Ferrero e colaboradores (12), demonstraram que a excisão de focos de endometriose profunda reduz a dor durante a relação sexual e melhora a qualidade da vida sexual. Entretanto, a cirurgia para endometriose profunda requer alto nível técnico e está potencialmente associada a morbidade, além de muitas vezes trazer alívio passageiro e temporário (13).

Por outro lado, o tratamento farmacológico pode falhar em até uma a cada três mulheres tratadas, devido aos efeitos colaterais, interferência com desejo ou excitação ou ainda por mal controle da dor (14,15). Assim, nem sempre o controle da dor se dá de forma aceitável, sendo então necessário o tratamento cirúrgico. Quando indicado, é desejável que todas as lesões identificadas sejam excisadas, pois a excisão completa está correlacionada com redução significativa da dor e melhora da qualidade de vida (16-20).

Como já referido, o tratamento cirúrgico da endometriose profunda não é isento de complicações nem tampouco garantia de controle definitivo da doença, sendo que muitas destas repercussões a longo prazo são ainda pouco investigadas. Estudos mostram que a cirurgia diminui as taxas de dor e recorrência de doença, mas aumentam as taxas de complicações. É importante ressaltar, entretanto, a necessidade de mais avaliações e acompanhamentos a longo prazo para conclusões definitivas (21).

Assim, considerando que ambos os tratamentos, farmacológico e cirúrgico, podem ser efetivos para o controle da dor e que ambos têm índices de falhas e recorrência da dor e da endometriose, o objetivo deste estudo é avaliar o resultado das cirurgias indicadas por endometriose profunda no que se refere a sintomatologia, função sexual e qualidade de vida e comparar com o resultado obtido com o tratamento clínico mantido para outras mulheres.

Objetivos:

O objetivo geral deste estudo foi comparar as repercussões a longo prazo da endometriose profunda entre mulheres tratadas cirurgicamente e mulheres tratadas unicamente com tratamento medicamentoso (clínico).

Especificamente, foram comparados os sintomas algícos (dor pélvica, dismenorria, dispareunia, dor ao evacuar e dor ao urinar) antes do tratamento e após o tratamento nos dois grupos. Além disso, foram avaliadas a qualidade de vida, função sexual, sintomas intestinais e sintomas urinários após a cirurgia, e comparados aos apresentados por mulheres mantidas unicamente em tratamento medicamentoso.

Sujeitos e Métodos:

Desenho e Sujeitos:

Estudo de coorte transversal, no qual foram incluídas 61 mulheres com endometriose profunda, que foram submetidas ao tratamento cirúrgico no período de Janeiro de 2012 até os dias atuais e igual número de mulheres com endometriose profunda em tratamento unicamente medicamentoso.

Métodos:

Após serem orientadas sobre os objetivos da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as pacientes responderam: 1. Ficha clínica de identificação; 2. Avaliação dos sintomas algícos através da Escala Visual Analógica (EVA, pontuação de 0-10, sendo 0 ausência de dor e 10 a pior dor possível); 3. Questionário específico para endometriose, EHP-30, composto por 53 questões que medem o efeito da endometriose em diferentes aspectos da qualidade de vida da mulher; 4. Avaliação da dispareunia através da Escala de Dispareunia de Profundidade (pontuação 0-3); 5. Avaliação de queixas intestinais e urinárias através do Questionário PFDI-20 (Pelvic Floor Disability Index);

O Questionário específico para endometriose (EHP-30), a Escala Visual Analógica, a Escala de Dispareunia de Profundidade, assim como o Questionário PFDI-20 (Pelvic Floor Disability Index), são ferramentas já utilizadas e validadas em nosso país.

O EHP-30 busca mensurar a qualidade de vida das mulheres com endometriose. Ele possui 30 perguntas que compõem o questionário central, que podem ser divididas em 5 domínios: dor, controle e impotência, bem-estar, apoio social e autoimagem. Além disso, o questionário possui mais 6 seções subsequentes que avaliam a relação com o trabalho, com os filhos, a relação sexual, a relação com profissionais médicos, com o tratamento e com a infertilidade. Os valores para cada domínio avaliado são transformados em um score, sendo 0 a melhor e 100 a pior avaliação possível. Já o questionário PFDI-20 é usado para mensurar as disfunções de assoalho pélvico e o quanto elas afetam a qualidade de vida das mulheres. Considerando as divisões em 3 domínios: 6 questões que compõe o inventário de disfunções relacionadas a prolapso de órgãos pélvicos, 8 questões que compõe o inventário de disfunções anais e colorretais e 6 questões que compõe o inventário de disfunções urinárias. As respostas são transformadas em um score de 0 a 100 para cada domínio, sendo que o score total do questionário é equivalente a soma dos scores dos 3 domínios (de 0 a 300). Quanto menor o

valor, melhor a qualidade de vida da paciente. A Escala de dispareunia de profundidade, por sua vez, busca mensurar a dispareunia da mulher sendo 0 ausência de dispareunia, 1 dispareunia leve, que não obriga a interromper a relação sexual, 2 dispareunia moderada e 3 dispareunia intensa, que obriga interromper a relação sexual.

Após o término da coleta, os dados foram digitados em um banco de dados no Excel, sendo registrados e duplamente revisados, afim de reduzir o risco de erros. Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa SPSS.

Metodologia Estatística:

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (grupo, etnia, etc), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, IMC, etc), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas entre os 2 grupos foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparação das variáveis numéricas entre os 2 grupos o teste de Mann-Whitney, devido à ausência de distribuição normal das variáveis. Para comparação dos escores entre pré e pós-tratamento foi usado o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas.

Para comparar os escores entre grupos (controle e estudo) e entre os tempos (avaliação inicial e final) foi utilizada a análise de variância para medidas repetidas (ANOVA for repeated measures), com variáveis transformadas em postos/ranks devido à ausência de distribuição normal.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$

Considerações éticas

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar de maneira voluntária, receberam esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, a possibilidade de desistirem de sua participação no momento em que desejassem sem prejuízo para seu atendimento. Foram orientadas quanto ao sigilo de sua identidade, esclarecendo-se que as informações obtidas com a pesquisa seriam utilizadas somente para os fins da mesma, congressos e publicações em revistas científicas. Após todas as dúvidas esclarecidas, todas assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram seguidas as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional

de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da instituição (CAAE nº 82899317.0.0000.5404)

Resultados

Análise Descritiva Geral

Foram incluídas 122 mulheres com diagnóstico de endometriose profunda, sendo 61 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico (grupo estudo) e 61 mulheres submetidas a tratamento unicamente medicamentoso (grupo controle).

Nas 61 mulheres do grupo estudo, a média da idade foi de 39 anos ($\pm 7,5$). Dessas, a maioria considerava-se de etnia branca (57%), 11,5% consideram-se negras e 31,5% pardas. Com relação a escolaridade, a média de anos de estudo neste grupo foi de 10 anos ($\pm 3,7$). O IMC médio dessas pacientes era de 28,56 ($\pm 5,3$)kg/m². Embora grande parte delas não apresentassem comorbidades (42% delas), a obesidade e a depressão foram referidas respectivamente por 26 e 10% das mulheres. A menarca neste grupo foi referida aos 12 anos ($\pm 1,6$), com início dos sintomas algícos relacionados à endometriose aos 19 anos ($\pm 8,4$). Verificou-se que o tempo médio de dor era de 20 anos ($\pm 9,4$). A maior parte do grupo era de nuligestas (51%).

Considerando que mulheres tratadas cirurgicamente podem receber tratamento medicamentoso posterior, neste grupo mulheres operadas, o tratamento hormonal não era utilizado por 21 mulheres enquanto as outras 40 mulheres mantinham o tratamento hormonal pós operatório, sendo que 15% (6 pacientes) faziam uso de Desogestrel, 45% (n=18) faziam uso de Dienogeste, 7,5% (n=3) faziam uso de contraceptivo oral combinado (COC) em esquema contínuo, 7,5% (n=3) faziam uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito, 15% (n=6) faziam uso de SIU-LNG (sendo que 1 paciente o fazia em combinação com Dienogeste), 2,5% (n=1) utilizava implante subdérmico de etonorgestrel e 7,5% (n=3) haviam feito ooforectomia bilateral e estavam em uso de terapia de reposição hormonal.

Das 61 mulheres do o grupo controle tratado unicamente através de tratamento medicamentoso, a média de idade era de 38 anos ($\pm 7,4$). Dessas, 61% consideravam-se brancas, 6% negras e 33% consideravam-se pardas. A média de anos de estudo foi de 11 anos ($\pm 4,2$). O IMC médio era de 29 (± 6) kg/m². Embora 46% não apresentasse comorbidade, as demais referiam alguma doença associada, sendo as mais prevalentes obesidade (41%delas) e depressão (6,5%). A idade média de menarca foi de 12 anos (± 2), a idade média de início da

dor 24 anos ($\pm 9,6$) e o tempo médio de dor 14 anos ($\pm 9,6$). Mais de um terço delas (38%) eram nuligestas e 5% sofreram abortamentos.

Neste grupo de mulheres tratadas unicamente com tratamento medicamentoso, 26% estavam em uso de Desogestrel, 41% estavam em uso de Dienogeste, 10% em uso de COC Contínuo, 11% em uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito, 11% em uso de SIU-LNG (dessas, 3 pacientes o usavam em associação com Dienogeste, 1 o usava em associação com Desogestrel e 3 pacientes faziam uso exclusivo) e 6% faziam uso de Implante subdérmico de etonorgestrel.

Os grupos não diferiram quanto à média de idade ($p=0,92$), escolaridade ($p=0,38$) ou quanto à presença ou não de comorbidades ($p=0,71$)

Análise Comparativa de Sintomatologia Entre os Grupos

Antes do tratamento, dor pélvica crônica, dismenorreia e dispareunia de profundidade eram os sintomas mais intensos nos dois grupos, com EVA respectivamente de 9.48 ± 1.49 , 9.61 ± 1.45 , 7.80 ± 3.26 nas mulheres em que foi indicada cirurgia e EVA respectivamente de 8.57 ± 2.22 , 9.02 ± 1.35 , 7.39 ± 3.40 nas mulheres que receberam prescrição de tratamento medicamentoso. Considerando a resposta aos tratamentos cirúrgicos e hormonal instituídos a mulheres com endometriose profunda, verificou-se que atualmente ambos os grupos apresentam melhora de todas as dores avaliadas, isto é, houve redução dos escores pré para os escores pós-tratamento da dor pélvica crônica, da dismenorreia, dispareunia, disquezia e disúria em ambos os grupos (tabela 1).

Tabela 1. Análise comparativa dos sintomas algícos analisados pela escala visual analógica entre os grupos de mulheres com endometriose profunda que realizaram tratamento cirúrgico (estudo) e mulheres tratadas unicamente com tratamento hormonal (controle)

	Grupo estudo (N=61)			Grupo controle (N=61)		
	Inicial M(DP)	Final M(DP)	P*	Inicial M(DP)	Final M(DP)	P*
Dor Pélvica Crônica	9.48 (1.49)	3.39(3.03)	P<0.001	8.57(2.22)	6.30(3.02)	P<0.001
Dismenorreia	9.61 (1.45)	1.67 (2.86)	P<0.001	9.02 (1.35)	1.54 (3.07)	P<0.001

Dispareunia	8.04 (2.82)	3.26 (2.89)	P<0.001	7.47 (3.21)	5.91 (3.35)	P<0.001
Disquezia	5.43 (4.23)	1.74 (2.61)	P<0.001	4.46 (4.38)	3.21 (3.95)	P=0.012
Disúria	2.46 (3.84)	0.74 (1.84)	P<0.001	1.95 (3.54)	0.82 (2.16)	P<0.001

P*. comparação entre momento inicial e final

* Valor-P referente ao teste de Wilcoxon para comparação das variáveis entre inicial e final.

A dispareunia foi avaliada, em ambos os grupos, considerando as mulheres que mantinham atividade sexual heterossexual no momento, sendo que das 55 pacientes que mantinham relação sexual no grupo controle, 23 referiram escore 3 (dispareunia intensa, que obriga a interromper a relação sexual), 14 referiram escore 2 (dispareunia moderada), 9 referiram escore 1 (dispareunia leve, que não obriga interromper a relação) e 9 referiram ausência de dispareunia. Já no grupo estudo, das 53 pacientes que mantinham relação sexual, apenas 4 referiram escore 3 de dispareunia, 12 referiram escore 2, 15 referiram escore 1 e 22 referiram ausência e dispareunia. Dessa forma, 69% das pacientes tratadas através de cirurgia não apresentavam dispareunia ou apresentavam apenas dispareunia leve (41,5% em ausência total de dispareunia), enquanto 67,27% das pacientes submetidas exclusivamente a tratamento medicamentoso apresentavam dispareunia intensa ou moderada (41,8% com dispareunia intensa).

```

EDP      Grupo
FREQÜENC,
Col. Row, CONTROLE, ESTUDO , Total
-----+-----+-----+
0 ,      9 ,      22 ,      31
  , 16.36 ,  41.51 ,
-----+-----+-----+
1 ,      9 ,      15 ,      24
  , 16.36 ,  28.30 ,
-----+-----+-----+
2 ,     14 ,     12 ,     26
  , 25.45 ,  22.64 ,
-----+-----+-----+
3 ,     23 ,      4 ,     27
  , 41.82 ,   7.55 ,
-----+-----+-----+
Total      55      53      108

```

TESTE QUI-QUADRADO: X2=20.45; GL=3; P<0.001

Tabela 2. Comparação dos escores de dispareunia de profundidade entre os grupos de mulheres com endometriose profunda tratadas cirurgicamente (estudo) e tratadas unicamente com tratamento medicamentoso hormonal (controle)

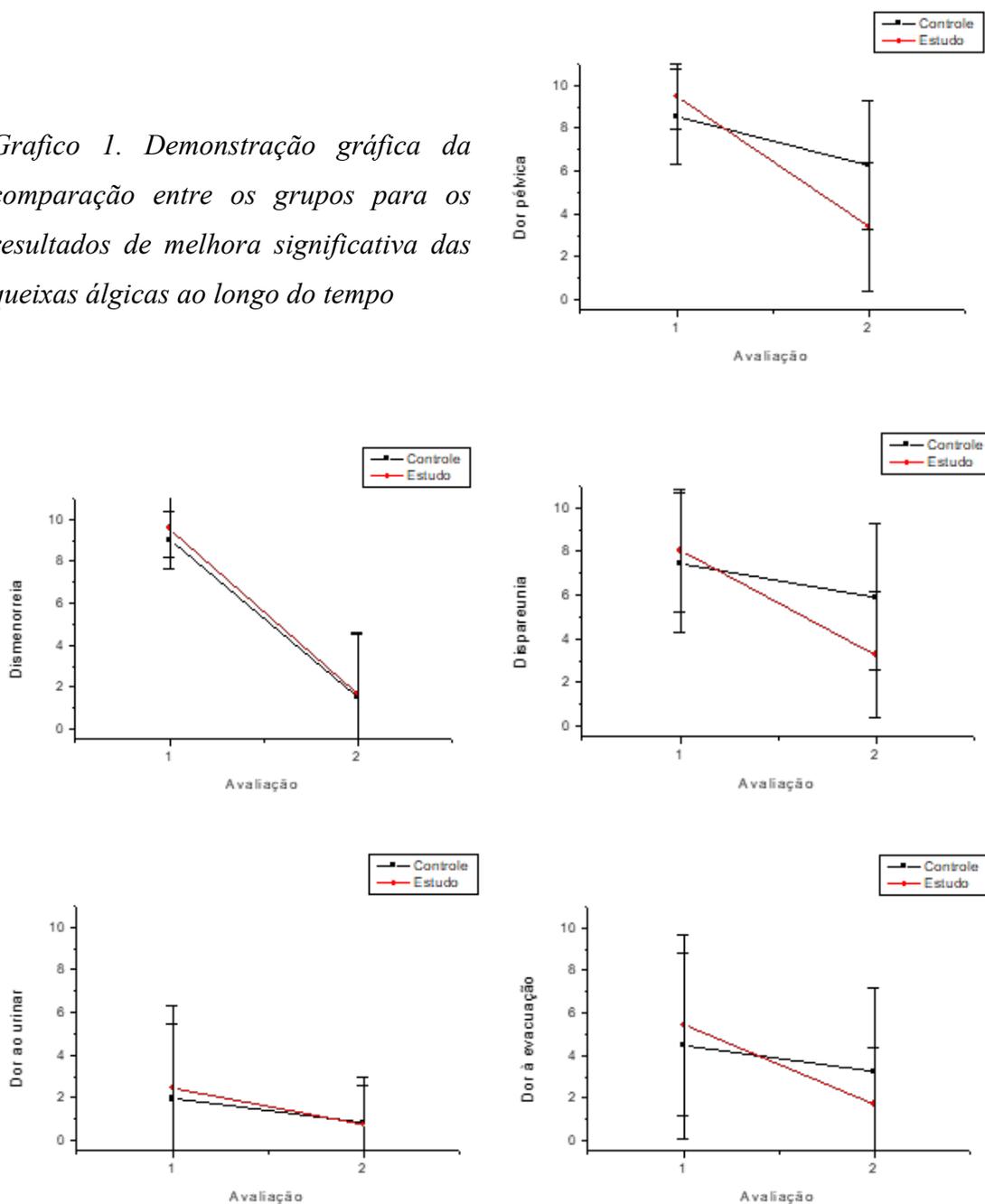
Considerando a análise comparativa e longitudinal entre os grupos e tempos, os resultados obtidos estão inseridos na tabela 3 e os resultados significativos são ainda demonstrados em gráficos

Tabela 3. Resultados obtidos através da análise das ANOVAs para medidas repetidas para comparação das variáveis numéricas entre os 2 grupos e entre os 2 tempos.

Variáveis*	Comparação entre Grupos (Controle e Estudo)	Comparação entre Avaliações (Pré e Pós)	Interação Grupos vs Tempos
Dor pélvica (n=122)	$E(1,120)=3.13; P=0.079$	$E(1,120)=242.62; P<0.001^a$	$E(1,120)=43.89; P<0.001^a$
Dismenorreia (n=122)	$E(1,120)=6.69; P=0.011^b$	$E(1,120)=531.38; P<0.001^b$	$E(1,120)=2.78; P=0.098$
Dispareunia (n=108)	$E(1,106)=3.41; P=0.067$	$E(1,106)=136.00; P<0.001^c$	$E(1,106)=27.52; P<0.001^c$
Dor à evacuação (n=122)	$E(1,120)=0.04; P=0.839$	$E(1,120)=41.93; P<0.001^d$	$E(1,120)=9.19; P=0.003^d$
Dor ao urinar (n=122)	$E(1,120)=0.71; P=0.402$	$E(1,120)=15.50; P<0.001^e$	$E(1,120)=0.11; P=0.739$

* Variáveis transformadas em postos (*ranks*) nas análises devido à ausência de distribuição Normal.

Grafico 1. Demonstração gráfica da comparação entre os grupos para os resultados de melhora significativa das queixas álgicas ao longo do tempo



Com relação à melhora da sintomatologia álgica ao longo do tempo e na comparação entre os grupos de tratamento, verificou-se diferença significativa para os seguintes parâmetros:

- Dor pélvica, com maiores valores para esse sintoma no início do tratamento no grupo tratado cirurgicamente e maiores valores após o tratamento no grupo controle, tratado exclusivamente com medicamento, além de maior redução entre dor pélvica pré e pós-tratamento no grupo estudo. O efeito significativo no tempo pode ser visto também através das inclinações dos gráficos, ou seja, maiores valores no grupo de estudo no início e no grupo controle no final, com redução entre inicial e final em ambos os grupos, porém maior redução no grupo de estudo ($p < 0.001$)
- Dispareunia, com maiores valores pós tratamento no grupo controle e maior redução entre dispareunia pré e pós-tratamento no grupo estudo ($p < 0.001$)
- Dor à evacuação, com maiores valores pós tratamento no grupo controle e maior redução entre dor ao evacuar pré e pós-tratamento no grupo estudo ($p = 0.003$)
- Dismenorreia, com maiores valores iniciais no grupo estudo e redução entre valores pré e pós-tratamento em ambos os grupos, porém sem diferença entre eles ao longo do tempo ($p = 0.098$)
- Dor ao urinar, sem diferença entre os grupos no momento inicial, com redução entre valores pré e pós-tratamento em ambos os grupos, sem diferença entre eles ($p = 0.739$).

Análise Comparativa dos Questionários EHP-30 e PFDI-20

Tabela 4. Análise comparativa através dos questionários EHP-30 e PFDI-20 para as mulheres com endometriose profunda já tratadas com cirurgia ou tratadas com tratamento medicamentoso exclusivo

Grupo	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX	VALOR-P*
CONTROLE	Dor	61	39.98	31.46	0.00	6.82	38.64	65.91	100.00	P<0.001
	Controlimpot	61	45.08	33.13	0.00	12.50	41.67	75.00	100.00	P<0.001
	bemestar	61	45.01	28.08	0.00	25.00	45.83	70.83	100.00	P=0.002
	apsocial	61	43.95	31.62	0.00	18.75	43.75	68.75	100.00	P<0.001
	autoimag	61	37.02	34.71	0.00	0.00	33.33	75.00	100.00	P=0.003
	escoregeral	61	42.21	27.89	0.00	18.86	41.33	68.56	93.18	P<0.001
	trabalho	38	26.45	26.99	0.00	0.00	22.50	50.00	75.00	P=0.007
	relfilhos	38	21.71	31.26	0.00	0.00	0.00	50.00	100.00	P=0.019
	relsexual	55	51.27	33.23	0.00	25.00	60.00	80.00	100.00	P<0.001
	profmed	61	17.42	24.42	0.00	0.00	0.00	31.25	100.00	P<0.001
	tratam	61	41.80	31.27	0.00	16.67	41.67	66.67	100.00	P<0.001
	infertil	53	31.37	36.68	0.00	0.00	0.00	56.25	100.00	P=0.740
	POFDI6	61	23.70	15.67	0.00	12.50	20.83	33.33	66.67	P<0.001

	CRAD8	61	23.00	21.24	0.00	0.00	18.75	37.50	75.00	P=0.085
	UDI6	61	25.34	25.00	0.00	4.17	16.67	37.50	91.67	P=0.027
	FFDItotal	61	72.05	49.92	0.00	29.17	62.50	109.38	185.42	P<0.001
ESTUDO	Dor	61	16.06	21.34	0.00	0.00	2.27	25.00	81.82	
	Controlimpot	61	21.31	24.92	0.00	0.00	12.50	37.50	79.17	
	bemestar	61	28.35	25.09	0.00	0.00	33.33	50.00	75.00	
	apsocial	61	24.18	25.09	0.00	0.00	12.50	43.75	81.25	
	autoinag	61	18.58	25.52	0.00	0.00	0.00	25.00	75.00	
	escoregeral	61	21.70	21.61	0.00	0.00	18.79	37.99	78.45	
	trabalho	46	13.26	23.93	0.00	0.00	0.00	15.00	85.00	
	relfilhos	31	5.65	14.38	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	
	relsexual	53	29.06	27.05	0.00	0.00	20.00	50.00	85.00	
	profmed	61	4.20	10.32	0.00	0.00	0.00	0.00	43.75	
	tratam	61	14.07	20.33	0.00	0.00	0.00	33.33	75.00	
	infertil	48	25.39	30.60	0.00	0.00	12.50	53.13	100.00	
	POFDI6	61	12.98	14.91	0.00	0.00	8.33	20.83	66.67	
	CRAD8	61	15.32	16.97	0.00	0.00	12.50	18.75	68.75	
	UDI6	61	15.64	18.77	0.00	0.00	8.33	25.00	87.50	
	FFDItotal	61	43.94	42.51	0.00	14.58	33.33	66.67	200.00	

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre 2 grupos.

Os resultados do questionário EHP-30 mostram que as mulheres do grupo estudo apresentaram menores valores para todos os cinco domínios do questionário central (dor, controle e impotência, bem-estar, apoio social e autoimagem) (tabela 4), indicando que o tratamento cirúrgico se associou a menor sintomatologia dolorosa e menor comprometimento de todos os aspectos avaliados do que no grupo de mulheres que recebeu apenas tratamento medicamentoso.

Além disso, o questionário possui mais 6 seções subsequentes que avaliam a relação com o trabalho, com os filhos, a relação sexual, a relação com profissionais médicos, com o tratamento e com a infertilidade. Esses domínios podem ou não ser respondidos pelas mulheres, que decidem sobre a presença e relevância deles em sua vida. Verificou-se que no grupo de mulheres tratadas cirurgicamente obteve-se menores valores para a avaliação da relação com o trabalho, filhos, profissionais médicos, tratamento e relação sexual, significando menor comprometimento destas relações (valores estatísticos estão na Tabela 4).

Já o questionário PFDI-20, usado para mensurar as disfunções de assoalho pélvico e o quanto elas afetam a qualidade de vida das mulheres, apontou menores valores para as mulheres do grupo estudo em relação ao inventário de disfunções relacionadas a prolapso de órgãos pélvicos e ao inventário de disfunções urinárias, o que indica menor presença destas disfunções neste grupo. Além disso, as mulheres desse grupo também apresentaram menor score total do questionário, indicando menor repercussão de disfunções do assoalho pélvico sobre sua qualidade de vida. (Tabela 4)

Discussão e Conclusão

A endometriose é uma doença crônica que cursa com sintomas algícos por tempo prolongado e com repercussão sobre diferentes aspectos da vida das mulheres. Os tratamentos disponíveis, seja cirúrgico ou medicamentoso, nem sempre são eficazes para o completo controle da dor. Há dúvidas sobre o melhor tratamento, em especial considerando que não há cura previsível da doença, que o tratamento medicamentoso está indicado para melhorar sintomas algícos, mas não remove lesões e que o tratamento cirúrgico não evita o risco de recorrência da doença, além de poder ser associado a complicações cirúrgicas.

Embora ambos os tratamentos terem se mostrado efetivos na redução das diferentes queixas algícas relacionadas à endometriose, nossos resultados também mostraram que mulheres que foram submetidas a tratamento cirúrgico, ainda que precisem ser mantidas com tratamento hormonal posterior pelo risco de recorrência, apresentam melhor controle da dor pélvica crônica, da dispareunia de profundidade e da dor à evacuação a longo prazo. Mesmo na situação em que tais queixas persistiram, ainda eram de menor intensidade ou menor escore do que nas mulheres tratadas unicamente com tratamento hormonal. Um dos sintomas algícos de difícil controle é a dispareunia de profundidade, com comprometimento da função sexual (7). Também com relação às queixas que influenciam na função sexual, as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico apresentaram em sua maioria ausência total de dispareunia ou dispareunia leve após receberem este tratamento, enquanto a maioria das mulheres submetidas a tratamento unicamente medicamentoso ainda apresentavam dispareunia moderada ou intensa.

Estes nossos resultados ainda são importantes por esta análise ao longo do tempo. A literatura mostra como a recidiva dos sintomas é frequente (22). Assim, apesar dos dois grupos terem apresentado melhora significativa dos diferentes sintomas algícos, a manutenção deste benefício ao longo do tempo, isto é, ter dor de menor intensidade, refletiu-se em menor comprometimento de qualidade de vida, com menor repercussão sobre suas relações com o trabalho, com os filhos, com profissionais médicos, com o tratamento, com a relação sexual e com menores disfunções do assoalho pélvico.

Conclusão: mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico apresentaram melhores resultados e mais mantidos ao longo do tempo em relação à redução da dor pélvica crônica, dispareunia e disquezia em comparação as mulheres submetidas ao tratamento exclusivamente medicamentoso, além de melhora em diferentes aspectos da qualidade de vida.

Bibliografia

- (1) Giudice, LC. Clinical practice. Endometriosis. *N. Engl. J. Med.* 362, 2389–2398 (2010).
- (2) Mira TA, Giraldo PC, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Effectiveness of complementary pain treatment for women with deep endometriosis through Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS): randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Nov;194:1-6.
- (3) Urbanetz AA. *Ginecologia e obstetrícia: Febrasgo para médico residente. Primeira edição.* 2016
- (4) Abrão MS, Neme RM, Averbach M. Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2003. 40(3), 192-197.
- (5) Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Rogni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril.* 2005;83(3):573-9.
- (6) Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* 2011;8(2):497-503.
- (7) Montanari G, Di Donato N, Benfenati A, Giovanardi G, Zannoni L, Vicenzi C et al. Women with deep infiltrating endometriosis: sexual satisfaction, desire, orgasm, and pelvic problem interference with sex. *J Sex Med.* 2013;10(6):1559-66.
- (8) Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *J Sex Med.* 2014;11(1):140-5.
- (9) Jia SZ, Leng JH, Shi JH et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of Ovarian Research*, v.5, n.29, p. 1-9, 2012.
- (10) Vercellini P, Somigliana E, Consonni D et al. Surgical versus medical treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia: I. Effect on pain during intercourse and patient satisfaction. *Human Reproduction.* 2012; 27(12):3450-9.
- (11) Vercellini P, Pietropaolo G, De Giorgi O, Daguati R, Pasin R, Crosignani PG. Reproductive performance in infertile women with rectovaginal endometriosis: is surgery worthwhile? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1303–1310.
- (12) Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. *Hum Reprod* 2007; 22(4):1142-1148.

- (13) Kondo W, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, Botchorishvili R, Pouly J, Mage G, Canis M. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG* 2011;118:292–298.
- (14) Remorgida V, Abbamonte LH, Ragni N, Fulcheri E, Ferrero S. Letrozole and desogestrel-only contraceptive pill for the treatment of stage IV endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007;47(3):222-5.
- (15) Remorgida V1, Abbamonte HL, Ragni N, Fulcheri E, Ferrero S. Letrozole and norethisterone acetate in rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril.* 2007;88(3):724-6.
- (16) Darai E, Ackerman G, Bazot M, Rouzier R, Dubernard G. Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications. *Surg Endosc.* 2007;21:1572-7.
- (17) Dubernard G, Piketty M, Rouzier R, Houry S, Bazot M, Darai E. Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod.* 2006;21:1243–7.
- (18) Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG.* 2000;107:44–54.
- (19) Seracchioli R, Poggioli G, Pierangeli F, Manuzzi L, Gualerzi B, Savelli L, et al. Surgical outcome and long-term follow up after laparoscopic rectosigmoid resection in women with deep infiltrating endometriosis. *BJOG.* 2007;114:889–95.
- (20) Setälä M, Savolainen H, Kössi J, Ranta T, Mäkinen J. Deeply infiltrating disease in surgically treated endometriosis patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 May;90(5):468-72.
- (21) Stepniewska A, Pomini P, Guerriero M, Scoiscia M, Ruffo G, Minelli L. Colorrectal endometriosis: benefits of long-term follow-up in patients Who underwent laparoscopic surgery. *Fertility and Sterility.* 2010;93(7).
- (22) Singh S, Gude K, Perdeaux E, Gattrell W, Becker C. Surgical Outcomes in Patients With Endometriosis: A Systematic Review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(7):881-888.