

Eficácia na melhora da dor usando a videolaparoscopia no tratamento da dor pélvica crônica de causa ginecológica

Effectiveness in pain relief using laparoscopy in the treatment of chronic pelvic pain of gynecological causes

Jéssica Thaynara Duarte Barros^{1*}, Mayara Sá Skonieczny^{1*}, Beatriz Cristina Milanese² Kristian Madera³

1. Graduanda da 11ª fase de Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).
2. Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São João Batista e Unimed Criciúma. Professora de Ginecologia e Obstetrícia da UNESC.
3. Doutorando em Ciências da Saúde. Professor de Bioestatística do curso de Medicina da UNESC.

Vinculação do artigo

Curso de Medicina – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Endereço para correspondência

Curso de Medicina – Av. Universitária, 1105

Criciúma – SC –Bairro Universitário

CEP – 88806-000

bcm@unesc.net

Fonte de Financiamento: dos próprios autores.

Avaliação da Videolaparoscopia no tratamento da Dor pélvica crônica de origem ginecológica

Resumo

A dor pélvica crônica é definida como a sensação de desconforto, pressão ou dor, associada ou não com ciclo menstrual ou atividade sexual, com duração mínima de 6 meses. Tem prevalência estimada de 3,8% em mulheres e em 60% dos casos tem origem ginecológica, relacionando-se com a ocorrência de endometriose, aderências pélvicas, leiomiomatose uterina e varizes pélvicas. Este estudo teve como finalidade avaliar a melhora da dor pélvica crônica em pacientes que foram submetidos a videolaparoscopia como método diagnóstico/terapêutico. Foi realizado um estudo do tipo observacional, longitudinal, descritivo, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa, obtidos em dois consultórios privados de ginecologia e obstetrícia em Criciúma no período de agosto de 2014 a março de 2015. Foram analisados 31 prontuários com média de idade de 34,74 anos \pm 7,87. A etiologia mais encontrada foi endometriose em 67,7% dos casos, seguida por aderências em 45,2%. Encontramos diminuição significativa da dor em dismenorréia, dispareunia e dor contínua antes e após a videolaparoscopia ($p < 0,001$). Quanto as etiologias, as que tiveram redução significativa nos 3 tipos de dor foram endometriose, tumores pélvicos e aderências. Leiomiomatose teve redução com significância apenas estatística em dismenorréia e contínua. Nossa pesquisa constatou melhora significativa da dor na maioria do pacientes e somando-se o resultado favorável ao impacto negativo da dor pélvica crônica nas vidas das pacientes conclui-se que a videolaparoscopia seria uma ótima opção para tratamento da dor pélvica crônica que não responde ao tratamento clínico.

Palavras-chave: Dor Pélvica crônica. Dismenorréia. Dispareunia. Endometriose.

Videolaparoscopia

Abstract

Chronic pelvic pain is defined as discomfort, pressure or pain, associated or not with menstrual cycle or sexual activity, lasting at least 6 months. It has an estimated prevalence of 3.8% in women and 60% of cases have gynecological origin, relating to the occurrence of endometriosis, pelvic adhesions, uterine and pelvic varicose veins leiomyomatosis. This study was to evaluate the improvement of chronic pelvic pain in patients who underwent laparoscopy as a diagnostic / therapeutic method. A study was conducted observational, longitudinal, descriptive, collecting primary data and quantitative approach, obtained in two private offices of gynecology and obstetrics in Criciúma from August 2014 to March 2015. We analyzed 31 charts averaging age of 34.74 years \pm 7.87. The most frequent etiology was endometriosis in 67.7% of cases, followed by adhesions in 45.2%. We found a significant decrease in pain in dysmenorrhea, dyspareunia and continuous pain before and after laparoscopy ($p < 0.001$). As for the causes, those that had significant reduction in 3 types of pain were endometriosis, pelvic tumors and adhesions. Leiomyomatosis was reduced with significance only in dysmenorrhea and ongoing . Our survey found significant pain relief in most patients and adding to the favorable outcome to the negative impact of chronic pelvic pain in the lives of patients concluded that laparoscopy would be a great option for treating chronic pelvic pain unresponsive to medical treatment.

Keywords: Chronic Pelvic Pain. Dysmenorrhea. Dyspareunia. Endometriosis.
Videolaparoscopy

Introdução

A dor pélvica crônica (DPC) pode ser definida como a sensação de pressão, desconforto ou dor, com localização na parede abdominal anterior, abaixo da cicatriz umbilical, na pelve, períneo, órgãos genitais ou nádegas, associada ou não a atividade sexual ou ciclo menstrual com duração mínima de 6 meses¹.

Essa afecção tem uma prevalência estimada de 3,8% em mulheres, podendo ser de etiologia gastrointestinal, urinária, osteomuscular ou psicológicas, porém em 60% dos casos a origem é ginecológica, relacionando-se com a ocorrência de endometriose, aderências pélvicas, leiomiomatose uterina e varizes pélvicas².

A falta de um diagnóstico preciso, a dor crônica e o medo quanto a possibilidade de malignidade, geram insatisfação entre as pacientes e podem, inclusive, acarretar outras doenças como as osteomusculares e psiquiátricas^{3,4}.

Nesses pacientes é necessário que seja realizado minucioso exame físico e anamnese, em busca de um direcionamento para diagnóstico preciso. Exames laboratoriais e de imagem em geral são de pouco auxílio, sendo a videolaparoscopia (VL) considerada o padrão ouro na investigação⁵.

Este trabalho tem como objetivo relacionar a melhora da dor utilizando a VL como tratamento, nas diferentes apresentações ginecológicas de DPC, como dismenorréia, dispareunia e cólica contínua, além de relacionar a efetividade deste tratamento com suas causas ginecológicas.

Método

Foi realizado um estudo do tipo observacional e longitudinal, descritivo, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o parecer número 729.618/2012.

Foram incluídos na pesquisa, um total de 31 pacientes com diagnóstico de DPC de dois consultórios particulares de ginecologia, na região de Criciúma-SC, que submeteram-se a VL como método diagnóstico/terapêutico no período entre Agosto de 2014 a março de 2015. Foram

excluídas pacientes em que a VL mostrar achados de causas não ginecológicas; analfabetas; menores de idade; pacientes que não retornaram após o procedimento e que não aceitarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados através de um protocolo padronizado, através do qual foram obtidas, informações demográficas, clínicas (incluindo as avaliações da dor pela EVA) e laboratoriais relacionadas as características da DPC da paciente, estes dados foram obtidos na consulta pré-operatória, durante e após a VL.

Em relação a profissão foram segmentados dois grupos, sendo um de profissão especializada, ou seja aquela que requer ensino superior, e outro de profissão não especializada definida como aquela que não requer ensino superior.

Para mensuração da dor utilizou-se a EVA da dor, a qual foi obtida questionando-se a paciente durante a consulta de preparo para a VL e no seguimento após dois meses de realização da mesma.

O diagnóstico etiológico foi feito relacionando-se os achados clínicos, laboratoriais (recolhidos antes do procedimento), videolaparoscópicos e anatomopatológicos (obtidos após a realização do mesmo).

Para a graduação de endometriose protocolo admitiu-se a endometriose de grau I e II como leve; de grau III como moderada e de grau IV como severa.

As informações obtidas foram organizadas em planilhas do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 onde foram realizadas as análises estatísticas com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e um intervalo de confiança de 95%. As variáveis qualitativas foram expressas em frequência e porcentagens, enquanto que as quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão quando apresentaram distribuição Normal e mediana e amplitude interquartil com correção de Tukey e Hing's quando não aderiram a esse tipo de distribuição. A investigação da distribuição das variáveis quantitativas quanto à Normalidade foi realizada com o teste de Shapiro-Wilk. Para comparação da medida de tendência central da escala EVA antes e após a VL na DPC usou-se o teste T de Wilcoxon. Para comparação da medida de tendência central da escala EVA pré e pós

VL com as variadas etiologias foi usado o teste T de Wilcoxon.

Na análise da variação pré e pós-cirúrgica da média da escala EVA com os graus variados de endometriose e para análise da mesma com as apresentações de DPC, aplicou-se o teste T de Wilcoxon.

Resultados

Foram analisados 31 protocolos de pacientes do sexo feminino submetidas a VL. Sendo que a idade das pacientes variou entre 22 e 57 anos, com média de 34,74 anos \pm 7,87. Quanto a profissão, 58,1% eram de profissão não especializada, e 41,9% era de profissão especializada; em relação ao estado civil, 77,4% dessas mulheres eram casadas ou estavam em uma união estável e 22,6% solteiras.

Em relação as etiologias de DPC encontradas, a mais frequente foi endometriose em 67,7% (n=21) dos casos, seguido de aderências em 45,2% (n=14), tumores pélvicos em 41,9% (n=13) e leiomiomas em 25,8% (n=8), adenomiose em 6,5% (n=2) e hidrossalpinge em 3,2% (n=1).

Os diagnósticos foram obtidos através de achados anatomopatológicos e videolaparoscópicos, sendo considerado para esta análise etiológica, o padrão ouro citado na literatura, considerou-se como diagnóstico definitivo de aderências e endometriose com suas respectivas graduações a visualização dos mesmos na VL. Já para tumores pélvicos, leiomiomas, adenomiose e hidrossalpinge considerou-se o diagnóstico quando esses foram encontrados em análise anatomopatológica. Exceção foi feita a dismenorreia idiopática, a qual foi considerada, na ausência de qualquer achado na VL ou no estudo anatomopatológico.

A avaliação da dor foi realizada através da escala EVA pré VL e após 60 dias do procedimento, é demonstrada na tabela 1, sendo os valores de mediana obtidos respectivamente de, dismenorreia 9,0 (7,5-10) e 2,0(0,0-3,5), dispareunia 7,0 (1,0-9,0) e 0,0 (0,0-2,0) e dor contínua 7,0 (1,5-9,0) e 0,0 (0,0-2,5) significativamente menores após a VL ($p < 0,001$ para as três condições).

Em estudo anatomopatológico foram encontrados redução estatisticamente significativa

da dor em dismenorréia nas seguintes etiologias: endometriose, tumores pélvicos e miomas, já na variável dispareunia foram: endometriose e tumores pélvicos. E por fim, na variável dor contínua mostrou-se com redução estatisticamente significativa em endometriose, tumores pélvicos e leiomiomas (tabela 2).

Na observação videolaparoscópica valores significativos foram encontrados nas três variáveis de dor, dismenorréia, dispareunia e dor contínua, em aderências e endometriose (tabela 3). Quando se classifica a endometriose em seus graus, houve redução estatisticamente significativa da dor em dismenorréia na endometriose leve e grave; já para dispareunia houve redução estatisticamente significativa da dor apenas na endometriose leve; e para dor contínua somente na endometriose grave (tabela 4).

Fazendo-se a análise, através do teste estatístico de H de Kruskal-Wallis, dos resultados de EVA para os graus de endometriose, não se observa correlação entre os mesmos e o nível de melhora da dor (tabela 5).

Discussão

Nosso estudo teve como objetivo avaliar a VL como tratamento da DPC de causa ginecológica e contou com 31 pacientes que se submeteram a VL entre agosto de 2014 e Fevereiro de 2015. Observa-se que em muitas dessas pacientes, mais de uma etiologia foi encontrada. Nota-se a endometriose como etiologia predominante da DPC, seguida de aderência. O que se opõe a revisão sistemática publicada por Howard, em que dismenorréia não idiopática foi detectada em 35% dos pacientes, sendo a causa mais significativa, seguida por endometriose com 33%⁶.

Quanto a etiologia específica endometriose, em um estudo com 142 pacientes diagnosticadas por aparência videolaparoscópica como portadoras de endometriose, 110 foram biopsiadas e somente em 60% houve confirmação histológica⁷, dado este que se assemelha ao encontrado nesta pesquisa em que das 21 pacientes diagnosticadas com a doença por aparência videolaparoscópica, em que todas foram realizadas biópsias, apenas 76% teve o diagnóstico confirmado por anatomopatologia.

Ainda em relação a endometriose em um estudo prospectivo observacional com 254

mulheres realizado na Inglaterra no período de 1998 à 2003, também utilizando VL e avaliação da dor pré e pós procedimento, percebeu-se redução de dor em dismenorréia de 9 pontos na EVA para 3,3, dor pélvica não menstrual de 8 para 3 pontos e dispareunia 7 para sem dor⁸, que corrobora os resultados encontrados em nosso estudo de dismenorréia 9 versus 2 ($P < 0,05$), dor pélvica não menstrual 7 versus 0 ($P < 0,05$) e dispareunia 8 versus 0 ($P < 0,05$).

Na literatura há divergências quanto a distribuição dos graus de endometriose, em um estudo envolvendo 44 pacientes submetidas a videolaparoscopia, em Campinas de 1987 a 1989, que foram diagnosticadas com endometriose, Petta reportou que 50% estavam no estágio I de endometriose, 12,5% no estágio II (leve=62,5%), 25% no estágio III(moderada) e 12,5% no estágio IV(severa)⁹. Uma pesquisa com 209 mulheres Chapron et al. encontrou no estágio I de endometriose 13,5% das pacientes, no estágio II 38,1% (leve=51,6%), 24,2 % no estágio III(moderada) e 24,2% no estágio IV(severa)¹⁰. Apesar de não haver uniformidade entre os estudos, nesta pesquisa os dados encontrados foram semelhantes ao estudo Chapron et al., com resultados de endometriose leve em 42,9%, moderada 19% e grave 38,1%.

No mesmo estudo inglês, citado anteriormente, realizado com 254 mulheres, não foi encontrada associação entre o grau de endometriose e dor, além do que mulheres com doença classificada como mínima pela videolaparoscopia relataram queixas algícas intensas e incapacitante⁸, assim como em nossa pesquisa. Em outro estudo realizado em São Paulo com 130 mulheres no ano de 2008, também não se encontrou correspondência entre a dor pélvica e estágio de endometriose¹¹.

Resultados esses que podem ser explicados pelo fato de que a nocicepção na endometriose relaciona-se mais estreitamente com localização e os padrões de inervação dos implantes endometrióticos e não simplesmente com sua extensão, dados esse sugeridos por pesquisas recentes em animais¹².

Em relação a segunda etiologia mais frequente deste estudo, aderências, um estudo multicêntrico prospectivo realizado com 100 mulheres, alocadas aleatoriamente durante a VL para realização de adesiólise ou apenas acompanhamento, mostrou através da escala EVA pré e após o procedimento (diferença de 3 pontos), que ambos os grupos relataram melhora da dor e

aumento significativo na qualidade de vida, porém não houve diferença entre os grupos¹³. Já o estudo realizado por Peters et al mostrou que apenas pacientes com dor pélvica crônica e aderências severa envolvendo o trato gastrointestinal, se beneficiaram da adesiólise¹⁴. Em nosso estudo melhora foi evidenciada nos 3 tipos de dor estudados. Uma das hipóteses para tal divergência advém do fato que após o tratamento a maioria das aderências se refaz^{15,16}, e como nossa pesquisa se deu apenas 2 meses após a adesiólise há a possibilidade que com o passar dos meses a dor recrudesça e o resultados se tornem menos significativos.

Nossa pesquisa foi composta predominantemente por mulheres em idade reprodutiva, casadas ou em união estável e que não cursaram nível superior. E através dos dados obtidos nessa amostra podemos inferir, que a VL melhorou significativamente a dor e a qualidade de vida das pacientes com DPC nos 3 tipos de dores estudados. No entanto, devido ao tamanho limitado a amostra foi possível encontrar correlação positiva com significado estatístico em todas as etiologias ginecológicas citadas anteriormente. Melhora global da dor com relevância epidemiológica foi obtida apenas em endometriose, tumores pélvicos e aderências.

Possíveis vieses também ocorreram devido ao fato de que para um diagnóstico/tratamento de algumas patologias seria necessária a realização de histeroscopia e/ou biópsia.

O que pode ser inferido por exemplo para adenomiose que não apresentou melhora significativa da dor através da VL, pois este não é o método padrão-ouro para diagnóstico e tratamento dessa afecção, sendo a melhor terapêutica histerectomia total abdominal¹⁷.

Outro viés que pode ser citado devido a amostra limitada, é o fato de que as etiologias encontradas foram divergentes da literatura, é possível que tal disparidade deva-se a um resultado característico dessa população. Durante a coleta verificou-se que grande parte das pacientes as quais foram indicadas a VL, não aceitavam o procedimento como alternativa de tratamento, adiavam ou desistiam do mesmo.

No entanto apesar das limitações impostas devido ao impacto epidemiológico, econômicos, sociais e conjugais que interferem negativamente na qualidade de vidas dessas pacientes. Recomendamos que seja realizada a VL no manejo correto da DPC. Recomenda-se

que pesquisas futuras continuem sendo realizadas e preferencialmente com maior tempo de seguimento e maior amostra a fim de evitar os vieses já descritos.

Agradecimentos

É fundamental que se destaque que este trabalho não seria possível sem o apoio e paciência das duas profissionais que realizaram a intervenção realizada neste estudo, Dra. Beatriz Cristina Milanese e Dra. Mariana Scheidt. Agradecemos também a todas as pacientes que aceitaram contribuir em nossa pesquisa e se prontificaram a responder as questões que lhes foram impostas.

A Unesc que nos serviu de meio para realização de nossa pesquisa também expressamos nossa gratidão.

E em especial, gostaríamos de agradecer, aquele que consideramos nosso maior incentivador, o Professor Kristian Madeira, que atendeu prontamente a todas as nossas solicitações com muita paciência, dedicação e carinho.

À nossos familiares e amigos que nos deram suporte e compreensão neste período de tanto estresse e ocupação.

Referências

- 1.Oppermann MLR, Souza CAB, Genro VK, Caran JZ, Filho JSLC. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Dor pélvica Crônica. In: Freitas F(org). Rotinas em Ginecologia. 6.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011: 96-112.
- 2.Nogueira AA, Reis FJC, Neto OBP, Botelho BG, Souza RC. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. Revista Brasileira ginecologia e obstetrícia. Rio de Janeiro, 2006; 28(12): 733-740.
3. Alebtekin H. Prevalence of chronic pelvic pain among woman: an updated review.Pain Physician Journal, 2014; 17: 141-147.

4. Schor E, Safe GMS, Sato H. Dor pélvica crônica. In: Crispi CP, Oliveira FMM, Junior JCD. In: _____(org.) Tratado de endoscopia ginecologica: cirurgia minimamente invasiva. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2012: 213-220.
5. Bruno RV, Oliveira LA, Villafana G, Botelho BG, Souza RC. Atualização na abordagem da Dor Pélvica Crônica. *Femina*, Rio de Janeiro 2007; 35(1): 29-33.
6. Howard FM, The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, New York, 2000; 14(13): 467-494.
7. Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: Histology and clinical significance. *Fertility and Sterility*. 1990; 53: 978.
8. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow- -up. *HumReprod*. 2003 ;18(9):1922-7.
9. Petta CA, Paiva LHSC, Pinto Neto AM, Fonseca E, Lane E. O uso da laparoscopia na dor pélvica crônica. [The use of laparoscopy in women with pelvic chronic pain]. *J Bras Ginecol*. 1990;100(3/4):85-7.
10. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Bréart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod*. 2003;18(4):760-6.
11. Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012 Jan;34(1):11-5.
12. Berkley KJ, Dmitrieva N, Curtis KS, Papka RE. Innervation of ectopic endometrium in a rat model of endometriosis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2004;101: 11094–8

13. Swank DJ, SCG, Hop WCJ, et al: Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet*. 2003; 361:1247-1251.
14. Peters AAW, Trimbos-Kemper GCM, Admiraal C, Trimbos JB, Hermans J. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J ObstetGynaecol* 1992; 99: 59-62.
15. IAS, Internacional Adhesions Society. 2015. [acesso em 15/05/2015]. Disponível em: <http://www.adhesions.org/editorial.htm>.
16. Kavic SM, Kavic SM. Adhesions and Adhesiolysis: The Role of Laparoscopy. *JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2002;6(2):99-109.
17. Bergeron C, Amant F, Ferenczy A. Pathology and physiopathology of adenomyosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20(4): 511-521.

Tabela 1. Escala Visual da Dor

	EVA (escore), mediana (AIQ)		Valor – p
	Antes	Depois	
Dismenorréia	9,0 (7,5 – 10,0)	2,0 (0,0 – 3,5)	< 0,001
Dispareunia	7,0 (1,0 – 9,0)	0,0 (0,0 – 2,0)	< 0,001
Contínua	7,0 (1,5 – 9,0)	0,0 (0,0 – 2,5)	< 0,001

EVA = Escala Visual Analógica; AIQ = Amplitude Interquartil.

Tabela 2. Achados Anatomopatológicos

	EVA (escore), mediana (AIQ)		Valor – p
	Antes	Depois	
Adenomiose (n=2)			
Dismenorréia	9,0 (9,0 – 9,0)	0,0 (0,0 – 0,0)	0,157
Dispareunia	4,0 (0,0 – 8,0)	1,0 (0,0 – 2,0)	0,317
Contínua	8,5 (7,0 – 10,0)	0,5 (0,0 – 1,0)	0,180
Endometriose (n=16)			
Dismenorréia	9,0 (3,0 – 10,0)	2,0 (0,0 – 7,0)	0,001
Dispareunia	6,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 3,0)	0,003
Contínua	5,5 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 8,0)	0,012
Tumores pélvicos (n=13)			
Dismenorréia	9,0 (0,0 – 10,0)	2,0 (0,0 – 8,0)	0,002
Dispareunia	6,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 8,0)	0,005
Contínua	7,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 7,0)	0,005
Mioma (n=8)			
Dismenorréia	8,5 (4,0 – 9,0)	0,0 (0,0 – 8,0)	0,026
Dispareunia	5,0 (0,0 – 8,0)	0,5 (0,0 – 9,0)	0,078
Contínua	7,0 (3,0 – 10,0)	0,5 (0,0 – 8,0)	0,020
Hidrossalpinge (n=1)			
Dismenorréia	9,0 (---)	0,0 (---)	-
Dispareunia	0,0 (---)	0,0 (---)	-
Contínua	3,0 (---)	0,0 (---)	-
Dismenorréia (n=1) idiopática			
Dismenorréia	10,0 (---)	5,0 (---)	-
Dispareunia	10,0 (---)	5,0 (---)	-
Contínua	5,0 (---)	5,0 (---)	-

EVA = Escala Visual Analógica; AIQ = Amplitude Interquartil.

Tabela 3. Achados videolaparoscópicos

	EVA (escore), mediana (AIQ)		Valor – p
	Antes	Depois	
Aderências (n=14)			
Dismenorréia	9,5 (0,0 – 10,0)	1,5 (0,0 – 6,0)	0,002
Dispareunia	8,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 3,0)	0,005
Contínua	7,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 6,0)	0,005
Endometriose (n=21)			
Dismenorréia	9,0 (3,0 – 10,0)	2,0 (0,0 – 8,0)	< 0,001
Dispareunia	8,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 8,0)	0,001
Contínua	7,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 8,0)	0,002

EVA = Escala Visual Analógica; AIQ = Amplitude Interquartil.

Tabela 4. Grau de Endometriose

	EVA (escore), mediana (AIQ)		Valor – p
	Antes	Depois	
Leve (n=9)			
Dismenorréia	9,0 (3,0 – 10,0)	1,0 (0,0 - 6,0)	0,018
Dispareunia	8,0 (0,0 – 9,0)	0,0 (0,0 – 3,0)	0,028
Contínua	5,0 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 5,0)	0,066
Moderada (n=4)			
Dismenorréia	8,5 (7,0 – 10,0)	2,0 (0,0 – 2,0)	0,066
Dispareunia	6,5 (0,0 – 10,0)	0,0 (0,0 – 3,0)	0,102
Contínua	0,0 (0,0 – 8,0)	0,0 (0,0 – 3,0)	0,317
Grave (n=8)			
Dismenorréia	10,0 (3,0 – 10,0)	2,0 (0,0 – 8,0)	0,011
Dispareunia	8,5 (0,0 – 10,0)	2,0 (0,0 – 8,0)	0,270
Contínua	8,0 (0,0- 10,0)	2,0 (0,0 - 8,0)	0,018

EVA = Escala Visual Analógica; AIQ = Amplitude Interquartil.

Tabela 5. Relação da dor com o grau de endometriose

	Endometriose			valor -p
	Leve	Moderado	Grave	
Dismenorréia				
Antes	9,0(3,0-10,0)	8,5(7,0-10,0)	10,0(3,0-10,0)	0,815
Depois	1,0(0,0-6,0)	2,0(0,0-2,0)	2,0(0,0-8,0)	0,552
Dispareunia				
Antes	8,0(0,0-9,0)	6,5(0,0-10,0)	8,5(0,0-10,0)	0,454
Depois	0,0(0,0-3,0)	0,0(0,0-3,0)	2,0(0,0-8,0)	0,321
Contínua				
Antes	5,0(0,0-10,0)	0,0(0,0-8,0)	8,0(0,0-10,0)	0,153
Depois	0,0(0,0-5,0)	0,0(0,0-3,0)	2,0(0,0-8,0)	0,114