

# Hysteroscopic anesthesia: a new method of anesthesia in ambulatory hysteroscopy

## Anestesia histeroscópica: um novo método de anestesia na histeroscopia de ambulatório

Claudia Vinagre\*, João Mairos\*\*, Patricia Di Martino\*\*\*

### Abstract

**Overview and aims:** Ambulatory hysteroscopy is a safe diagnostic and surgical method, but in some cases it can be limited by the pain caused by the procedure. The aim of this study was to demonstrate the efficacy of a new local anesthesia to control pain during diagnostic and surgical hysteroscopy.

**Material and Methods:** This is a retrospective study that analyzed all the hysteroscopies performed between May 2010 and March 2012 at our unit (207 procedures). Anesthesia, using an endoscopic needle, was administered during the procedure only when solicited by the patient. After the procedure, patients were asked to fill out a questionnaire to assess the level of pain felt during the procedure, using a 0-10 pain scale.

**Results:** We considered our end-point the completion of the procedure. During this period only 54 patients required anesthesia. The procedure was only interrupted in 4 cases because of intolerable pain. The intensity of pain was clearly inferior after giving anesthesia.

**Discussion:** This form of anesthesia appears to be effective, allowing the completion of 92,6% of the procedures in this study, which would otherwise be interrupted because of the intolerable pain without the administration of this anesthesia. This technique allows the administration of a smaller amount of anesthesia, therefore reducing the risks and discomfort felt by patients when compared to other forms of local anesthesia.

**Keywords:** hysteroscopy; anesthesia; pain.

### INTRODUÇÃO

A histeroscopia, um procedimento acessível, seguro e eficaz, é a técnica *gold standard* na investigação da patologia intrauterina. A sua vertente cirúrgica tem vindo a ser desenvolvida ao ponto de poder resolver a quase totalidade das situações que tradicionalmente necessitam do recurso ao bloco operatório.

Neste contexto, a histeroscopia realizada em ambulatório e denominada por *office hysteroscopy* ou histeroscopia de consultório, proporciona um método diagnóstico e terapêutico de grande autonomia, seguro e com importante redução de riscos para a doente e de custos associados, diretos e indiretos. A ausência de necessi-

dade de anestesia geral ou loco-regional assim como de recobro, e o regresso imediato às atividades da vida diária, fazem da histeroscopia de consultório uma técnica a considerar como de primeira linha no diagnóstico e tratamento das patologias da cavidade uterina<sup>1</sup>. Contudo, a sua taxa de sucesso é condicionada na maior parte dos casos pela dor associada ao procedimento<sup>2,3</sup>. Fatores relacionados com a doente (paridade, menopausa, motivo do exame) e com a técnica (preparação prévia, meio de distensão utilizado, uso de espéculo e/ou tenáculo, experiência da equipa, etc.) influenciam a sua perceção<sup>4,5,6</sup>.

A literatura descreve várias formas de analgesia e anestesia utilizadas no controlo da dor antes, durante e após o procedimento. Uma metanálise de *Cooper e col* conclui que a anestesia paracervical e intracervical sistemática reduz a dor vivenciada pela doente durante o procedimento, mas o mesmo não acontece com a anestesia transcervical, tópica cervical ou intrauterina<sup>7</sup>. Na

\*Interna do Internato Complementar de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Garcia de Orta

\*\*Diretor do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Forças Armadas

\*\*\*Assistente Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Forças Armadas

maioria dos estudos, no entanto, a significância dos resultados é ténue, não são controlados os fatores relacionados com a doente e não existe evidência que prove a eficácia da anestesia no alívio da dor desencadeada durante uma histeroscopia cirúrgica<sup>8-10</sup>.

Neste artigo é descrito um novo método de anestesia local, com recurso a agulha endoscópica, a que convençionalmente chamamos “anestesia histeroscópica”. O objetivo deste estudo retrospectivo é demonstrar a eficácia deste tipo de anestesia no controlo da dor durante a histeroscopia diagnóstica e cirúrgica, de modo a evitar o recurso ao bloco operatório em regime de internamento e a necessidade de anestesia geral ou loco-regional, e reduzir os custos associados a todo o processo.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo de 207 doentes submetidas a histeroscopia de consultório no Serviço de Ginecologia do Hospital da Força Aérea, entre 19 de Maio de 2010 e 28 de Março de 2012.

Precedendo todas as histeroscopias foi efetuada uma consulta de preparação na qual foi avaliada a necessidade de tratamento de eventuais infeções vaginais e dada seletivamente indicação para administração prévia de contraceptivos orais, estrogénios locais e/ou misoprostol intravaginal e/ou oral. No dia do procedimento as utentes foram ainda medicadas previamente com butilescopolamina 10mg via retal e diazepam 10mg *per os*.

Os procedimentos foram realizados por profissionais com experiência ou em formação nesta técnica. Em 100% dos casos foi efetuada a abordagem por vaginoscopia, sem recurso a espéculo ou a tenáculo.

Foi sempre utilizado, como meio de distensão, soro fisiológico a 0,9% aquecido a 37°C. A pressão de soro utilizada foi individualizada caso a caso, mediante regulação nas válvulas de entrada e de saída do histeroscópio, variando de acordo com as características da cavidade uterina, a tolerância da doente em cada momento e as exigências técnicas da situação, entre o máximo de 120mmHg e o mínimo de 0mmHg. Em 199 (96,1%) situações foram utilizados histeroscópios rígidos de 5mm com ópticas de 30° (Bettocchi Karl Storz<sup>®</sup>) e em 8 (3,9%) histeroscópios de 3mm (Alphascope<sup>®</sup>). Na histeroscopia cirúrgica recorreu-se a pinças e tesouras mecânicas, eletrodos de eletrocirurgia bipolar (tipo Twizzle da Versapoint<sup>®</sup>), consoante as necessidades cirúrgicas identificadas no momento. Na la-

queação tubária por histeroscopia foram aplicados implantes da marca Essure<sup>®</sup>.

Durante a histeroscopia, foi disponibilizada anestesia local com lidocaína a 1%, por via endoscópica, sempre que solicitada. Este novo método recorre ao uso de uma agulha endoscópica de calibre 22Ga, 5Fr de diâmetro, 35cm de comprimento e ponta com 8mm (Cook<sup>®</sup> Williams Cystoscopic Injection Needle) que se introduz na bainha de entrada dos instrumentos cirúrgicos, permitindo a injeção localizada de anestésico, em pontos algícos específicos detetados durante a realização do exame, de acordo com a necessidade individual verificada.

Imediatamente após a histeroscopia foi apresentado às doentes um inquérito para determinação da intensidade da dor associada ao procedimento, utilizando uma escala numérica de 0 a 10, em que “0” corresponderia à ausência de dor e “10” à dor mais intensa já experimentada pela doente. Foram também questionadas acerca da preferência em realizar o mesmo procedimento sob anestesia geral. Na análise estatística foi utilizado o teste *t-Student* para amostras emparelhadas ( $<0,05$ ).

## RESULTADOS

Neste serviço e durante o período referido foram realizadas 207 histeroscopias, 59 diagnósticas e 148 cirúrgicas. O Quadro I mostra a distribuição por tipo de procedimento.

Não foi possível a entrada na cavidade endometrial em 4 situações (2 por intolerância e 2 por ausência de orifício cervical externo visível) e 6 não foram concluídas, tendo sido necessário o envio para o bloco operatório. Em 7 casos registaram-se reações adversas (reação vagal e dor pélvica intensa).

As doentes tinham idades compreendidas entre 14

**QUADRO I: DISTRIBUIÇÃO DAS HISTEROSCOPIAS POR TIPO DE PROCEDIMENTO**

<b>Diagnósticas</b>	59
<b>Cirúrgicas</b>	148
Polipectomia	119
Miomectomia	15
Laqueação de trompas	15
Lise de aderências	1

**QUADRO II: DISTRIBUIÇÃO DAS HISTEROSCOPIAS POR IDADE, PARIDADE E MENOPAUSA DAS UTENTES**

Idade (anos)		Paridade		Menopausa	
Máx.	91	0 parto vaginal	49 (24%)	Pré	95 (46%)
Mín.	14	≥1 parto vaginal	158 (76%)	Pós	112 (54%)
Média	54				

a 91 anos (média 54 anos). Destas, 95 eram pré-menopáusicas e 112 pós-menopáusicas. Em relação à paridade, 49 eram nulíparas ou nunca tinham tido um parto vaginal e 158 tinham pelo menos um parto vaginal (Quadro II).

A histeroscopia foi bem tolerada em 176 (85%) casos, tendo sido referida apenas dor ligeira (de 0 a 4) a moderada (de 5 a 7) durante a realização da técnica. O grau de dor referido foi considerado intenso (de 8 a 10) em apenas 26 (13%) doentes (Figura 1). Finalmente, 182 (88%) mulheres submetidas à técnica optariam por repetir o procedimento sem recurso a anestesia geral, o que revelou um excelente grau de satisfação com esta técnica. Em 5 situações não foi respondido o inquérito sobre a intensidade da dor durante o procedimento e o desejo de anestesia geral.

Recorreu-se à administração de anestesia histeroscópica quando solicitada individualmente no decurso da histeroscopia em 54 doentes, com o intuito de possibilitar a conclusão do procedimento, o que só não foi possível em 4 (7,4%) casos, por manutenção da intolerância das doentes. Contudo, em 20 (37,0%) situações a doentes optariam por anestesia geral se fosse necessário repetir o procedimento.

A Figura 2 descreve a distribuição da intensidade da dor atribuída antes e após a anestesia histeroscópica em todos os procedimento efetuados. O Quadro III mostra a distribuição do nível de dor de acordo com o tipo

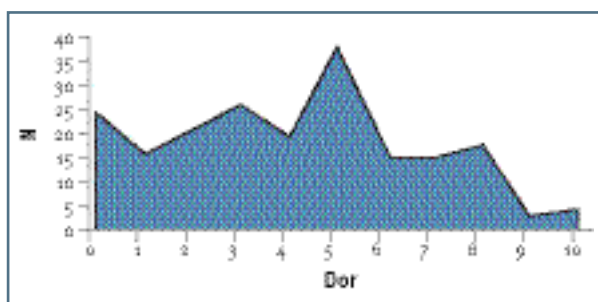
de procedimento e histeroscópio utilizado.

De uma forma geral, a intensidade de dor referida foi significativamente inferior após a administração de anestesia histeroscópica (IC95% 0,85-2,11,  $p=0,0001$ ). Esta diferença foi estatisticamente significativa apenas nos grupos da histeroscopia cirúrgica (IC95% 0,91-2,37;  $p<0,0001$ ) e com utilização de histeroscópio de 5mm (IC95% 0,89-2,19;  $p<0,0001$ ), o que pode ser justificado pelo facto da amostragem na histeroscopia diagnóstica ( $p=0,109$ ) e com recurso a histeroscópio de 3mm ter sido reduzida.

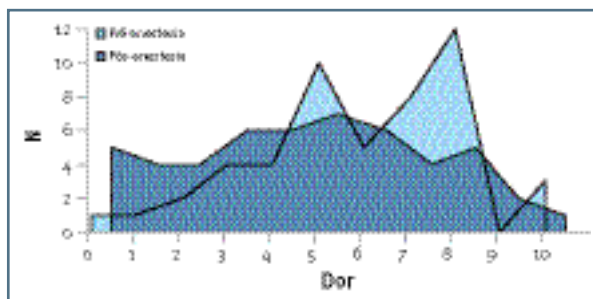
## DISCUSSÃO

Esta anestesia revelou-se desta forma eficaz, tendo possibilitado a conclusão do procedimento em 92,6% dos casos e apresentando-se como alternativa à anestesia paracervical, a qual implicaria a interrupção do exame e o uso de espéculo e eventualmente de tenáculo, com o conseqüente desconforto associado. Este grupo revelou uma boa satisfação com o método, optando 73,0% destas doentes por repetir o procedimento sem recurso a anestesia geral.

Ao ser administrada numa pequena percentagem de casos e com utilização de menor quantidade de anestésico, o uso pontual da anestesia histeroscópica, em contraposição ao uso sistemático de anestesia paracer-



**FIGURA 1.** Distribuição das utentes por intensidade de dor



**FIGURA 2.** Distribuição das utentes por intensidade de dor antes e após anestesia histeroscópica

**QUADRO III: DISTRIBUIÇÃO DO NÍVEL DE DOR NAS UTENTES EM QUE FOI UTILIZADA ANESTESIA HISTEROSCÓPICA DE ACORDO COM O TIPO DE PROCEDIMENTO E HISTEROSCÓPIO UTILIZADO**

<b>Utilização de anestesia histeroscópica</b>				<b>54</b>	
	<i>Diagnósticas</i>		<i>16</i>	<i>Cirúrgicas</i>	<i>38</i>
Não concluídas			2		2
	<b>Antes</b>	<b>Após</b>		<b>Antes</b>	<b>Após</b>
Dor ligeira (0-4)	4	7		8	18
Dor moderada (5-6)	3	3		12	10
Dor intensa (7-10)	7	4		16	8
Dor média	5,57	4,50		6,03	4,39
Diferença média	1,07			1,64	
	<i>Histeroscópio 3mm</i>		<i>2</i>	<i>Histeroscópio 5mm</i>	<i>52</i>
Diagnósticas			2		12
Cirúrgica			0		36
Não concluídas			0		4
	<b>Antes</b>	<b>Após</b>		<b>Antes</b>	<b>Após</b>
Dor ligeira (0-4)	2	2		10	23
Dor moderada (5-6)	0	0		15	13
Dor intensa (7-10)	0	0		23	12
Dor média	0,5	0,5		6,13	4,58
Diferença média	-			1,54	

vical, permitiu também redução significativa de custos e de riscos. Em procedimentos que implicaram maior profundidade, como as miomectomias, a anestesia intracavitária possibilitou o controlo eficaz da dor, obviando o recurso a ressectoscopia no bloco operatório sob anestesia geral ou loco-regional.

O uso desta agulha não implica a interrupção da histeroscopia ou o uso de espéculo, evitando o consequente desconforto para a doente e a formação de coágulos que eventualmente demoram e dificultam a continuação do procedimento. É de referir, no entanto, que não foi analisada a influência da utilização deste tipo de anestesia na duração do procedimento.

Concluindo, a anestesia histeroscópica permite a anestesia intracavitária, endocervical e útero-sagrada, sob visualização histeroscópica. Neste estudo mostrou ser uma alternativa segura, eficaz e confortável, sendo por isso a nossa primeira escolha quando se impõe o uso de anestesia.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Siristatidis C, Chrelias C, Salamalekis G, Kassanos C. Office hysteroscopy: current trends and potential applications: a critical review. *Arch Gynecol Obstet.* 2010; 282: 383-388.
2. Bettocchi S, Ceci O, Venere R, Pansini MV, Pellegrino AV, Marelllo F, Nappi L. Advanced operative office hysteroscopy with

out anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr Bipolar electrode. *Hum Repro.* 2002; 17 (9): 2435-2438.

3. Litta P, Cosmic E, Saccardi C, Esposito C, Rui R, Ambrosini G. Outpatient operative polypectomy using a 5 mm-hysteroscope without anaesthesia and/or analgesia: advantages and limits. *Europ J Obste Gynec Repro Biol.* 2008; 139:210-214.

4. Fraguera D, Diniz Q, Depes DB, Pereira AMG, David SD, Lippi UG et al. Avaliação da dor em histeroscopia ambulatorial: comparação entre duas técnicas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(1): 26-32.

5. Gupta JK, Clark TJ, More S, Pattison H. Patient anxiety and experiences associated with an outpatient one-stop see and treat hysteroscopy clinic. *Surg Endosc.* 2004;18: 1099-1104.

6. Sharma M, Taylor A, Sardo AS, Buck L, Mastrogamvrakis G, Kosmas I e col. Outpatient hysteroscopy: traditional versus the no-touch technique. *Int J Obst and Gynaec.* 2005; 112: 963-967.

7. Cooper NAM, Khan KS, Clark TJ. Local anaesthesia for pain control during outpatient hysteroscopy: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2010; 340: c1130

8. O'Flynn H, Murphy LL, Ahmad G, Watson AJS. Pain relief in outpatient hysteroscopy: a survey of current UK clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 154: 9-15.

9. Munro MG, Brooks PG. Use of local anaesthesia for office diagnostic and operative hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17(6):709-18.

10. Skensved H. Treatment of symptomatic submucous fibroids in a true office setting: enucleation of fibroids in focal anaesthesia - a report on 401 cases. *ESGE Congress.* 2009; 28-30 October.