

Histeroscopia ambulatorial em casos de abortamento consecutivo

CARLOS AUGUSTO BASTOS DE SOUZA¹, CARLA SCHMITZ², VANESSA KREBS GENRO³, ANA MARTINS⁴, CAMILA SCHEFFEL⁴, MARIA LUCIA OPPERMANN⁵, JOÃO SABINO CUNHA FILHO⁶

¹ Pós-doutorado em Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva; Médico-ginecologista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS

² Mestranda em Reprodução Humana; Médica-ginecologista Hospital Pompéia, Caxias do Sul, RS

³ Doutorado em Reprodução Humana; Médica-ginecologista da Clínica Insemine, Porto Alegre, RS

⁴ Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS

⁵ Doutorado em Epidemiologia; Professora da UFRGS, Porto Alegre, RS

⁶ Pós-doutorado em Reprodução Humana; Professor da UFRGS, Porto Alegre, RS

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência de alterações anatômicas uterinas diagnosticadas através da histeroscopia ambulatorial em uma população de pacientes com mais de dois abortamentos consecutivos. Comparar a prevalência de alterações uterinas entre as pacientes com dois abortos em relação as pacientes com três ou mais abortamentos de repetição. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal em 66 pacientes com diagnóstico de dois ou mais abortamentos de repetição. As pacientes foram divididas em dois grupos: Grupo A (até dois abortamentos, 23 pacientes) e Grupo B (três ou mais abortamentos, 43 pacientes), sendo submetidas à histeroscopia diagnóstica ambulatorial em que foram identificadas alterações congênicas e adquiridas da cavidade uterina. **Resultados:** Foram encontradas em 22 (33,3%) pacientes alterações uterinas, sendo em nove casos alterações congênicas [útero arqueado (quatro casos), septo uterino (dois casos) e útero bicorno (um caso)] e em 13 pacientes alterações adquiridas [sinéquia (sete casos), pólipio endometrial (quatro casos) e mioma uterino (dois casos)]. Não houve diferença significativa entre grupos em relação às alterações uterinas adquiridas e congênicas. Foi encontrada uma correlação positiva entre alterações anatômicas na histeroscopia e número de abortamentos ($r = 0,31$; $p = 0,02$). **Conclusão:** As pacientes com mais de dois abortamentos apresentam uma alta prevalência de alterações uterinas diagnosticadas por histeroscopia. No entanto não há diferença na prevalência ou na distribuição das lesões em relação ao número de abortamentos.

Unitermos: Aborto habitual; histeroscopia; doenças uterinas; anormalidades congênicas.

SUMMARY

Office hysteroscopy study in consecutive miscarriage patients

Objective: To assess the prevalence of uterine anatomical abnormalities found by office diagnostic hysteroscopy in a population of patients experiencing more than two consecutive miscarriages and compare the prevalence of uterine abnormalities between patients with two miscarriages and those with three or more consecutive miscarriages. **Methods:** A cross-sectional study of 66 patients with two or more consecutive miscarriages diagnosis was conducted. Patients were divided into two groups: Group A (up to two miscarriages, 23 patients), and Group B (3 miscarriages, 43 patients). They underwent an outpatient diagnostic hysteroscopy study, with either congenital or acquired abnormalities of the uterine cavity being identified. **Results:** Uterine changes were found in 22 (33.3%) patients, with 9 cases of congenital changes [arcuate uterus (4 cases), septate uterus (2 cases), and bicornuate uterus (1 case)], and 13 patients with acquired changes [intrauterine adhesions (7 cases), endometrial polyp (4 cases), and uterine leiomyoma (2 cases)]. No significant differences were found between the groups as regarding both acquired and congenital uterine changes. A positive correlation was found between anatomical changes on hysteroscopy and number of miscarriages ($r = 0.31$; $p = 0.02$). **Conclusion:** Patients with more than two miscarriages have a high prevalence of uterine cavity abnormalities diagnosed by hysteroscopy; however there are no differences in prevalence or distribution of these lesions related to the number of recurrent miscarriages.

Keywords: Abortion, habitual; hysteroscopy; uterine diseases; congenital abnormalities.

Trabalho realizado no Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS

Artigo recebido: 13/02/2011
Aceito para publicação: 03/05/2011

Correspondência para:
Carlos Augusto Bastos de Souza
R. Ramiro Barcelos, 2350/s 1125
Porto Alegre, RS
CEP: 90035-003
souza.cab@gmail.com

Conflito de interesse: Não há.

©2011 Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

Abortamento de repetição é considerado como a ocorrência de três episódios consecutivos de interrupção espontânea da gestação antes das vinte semanas de idade gestacional, ou antes de o feto atingir um peso de 500 g¹⁻². Há uma tendência mais recente de incluir neste diagnóstico pacientes com duas perdas gestacionais espontâneas precoces, principalmente se isto ocorrer após os 35 anos de idade³, a fim de evitar atrasos no reconhecimento da patologia em uma faixa etária mais crítica. No entanto, tal fato pode contribuir para um maior número de exames e procedimentos invasivos nesta população, sem necessariamente ocasionar benefício no manejo do caso³⁻⁵. O abortamento de repetição pode ocorrer devido a um conjunto de fatores, como patologias genéticas, endócrinas, imunológicas, do sistema de coagulação ou devido a fatores anatômicos³. Alterações imunológicas foram encontradas em maior prevalência em pacientes com abortamento de repetição, e a frequência de achados foi similar comparando pacientes com dois em relação àquelas com três ou mais abortamentos⁴.

A prevalência de alterações anatômicas congênitas ou adquiridas em pacientes com abortamento de repetição é alta, variando entre 6,3% e 67%⁶⁻⁷ dependendo do tipo de estudo e da população estudada. Usualmente a avaliação anatômica dessas pacientes é realizada através de histerossalpingografia, ultrassonografia, histeroscopia e laparoscopia, ainda podendo ser utilizados outros exames como a ultrassonografia tridimensional, a histerossonografia e a ressonância magnética⁸⁻¹⁰. As anomalias uterinas congênitas são diagnosticadas de forma correta pela ultrassonografia especialmente quando associada ao uso do recurso tridimensional. Por outro lado, a histeroscopia diagnóstica permite, além do diagnóstico das anomalias congênitas, o diagnóstico das anomalias adquiridas^{8,11}. Recentemente, a redução do custo da histeroscopia associado à redução dos diâmetros das óticas tem permitido a realização de histeroscopia de forma ambulatorial, sem uso de anestesia, com mínimo desconforto e ótima aceitação das pacientes^{10,12-15}. Este estudo foi realizado para avaliar a prevalência de alterações anatômicas uterinas diagnósticas através da histeroscopia em uma população de pacientes com mais de dois abortamentos consecutivos. Procuramos ainda avaliar se há diferença na prevalência de alterações uterinas entre as pacientes com dois abortos em comparação com as com três ou mais abortamentos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010 e avaliadas 74 pacientes com abortamentos consecutivos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram incluídas apenas pacientes com perda consecutivas, e as mesmas foram classificadas de acordo com o número de perdas. Foi considerado como abortamento a ocorrência

de perda gestacional espontânea ocorrida até a idade gestacional de 20 semanas ou com peso fetal abaixo de 500 g^{1,7}. As pacientes foram divididas em dois grupos, de acordo com o número de abortamentos: Grupo A (dois abortamentos, n = 23) e Grupo B (três ou mais abortamentos, n = 43) para fins de comparação^{1,4}. Foram excluídas as pacientes cuja idade gestacional na perda era desconhecida (n = 4), pacientes com diagnóstico de gestação presente (n = 1), cirurgia uterina prévia outra que curetagem ou cesariana (n=1), pacientes que se recusaram a participar do estudo ou pacientes que não toleraram o exame sem o uso de anestesia (n = 2)¹⁶. Os dados demográficos da amostra, como idade, idade da menarca, característica do ciclo, antecedentes obstétricos (paridade, idade gestacional das perdas anteriores), tabagismo e uso de álcool foram coletados no momento da indicação do exame. A Tabela 1 mostra a distribuição dos dados demográficos da amostra.

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO

As pacientes foram submetidas à histeroscopia diagnóstica na fase folicular do ciclo menstrual (dias 3-15) e todos os procedimentos foram realizados por ginecologistas experientes (CAS, JSCEF). O examinador não conhecia a indicação do exame quando de sua realização. Foi calculado um índice κ entre os examinadores, não sendo encontrada uma diferença significativa ($p = 0.83$). Brevemente, o procedimento foi realizado com uma ótica de 2,6 mm com 30° de ângulo de visão (Karl Storz Endoscopy®, Alemanha). Foi utilizado soro fisiológico como meio de distensão com uma pressão de 20 a 50 mmHg. A histeroscopia foi realizada de maneira ambulatorial, sem o uso de anestesia ou profilaxia antibiótica e sendo evitada a apreensão do colo com pinça de Pozzi¹⁷⁻¹⁸. Caso a paciente não tolerasse o procedimento, este era suspenso, remarcado com sedação anestésica e a paciente era excluída do estudo.

CLASSIFICAÇÕES DOS ACHADOS

As alterações encontradas na histeroscopia foram subdivididas em alterações congênitas ou adquiridas. As alterações congênitas foram classificadas em útero arqueado, útero didelfo, útero bicorno, útero unicornio e septo uterino. As alterações adquiridas encontradas receberam os seguintes diagnósticos: pólipo uterino, mioma, sinéquias uterinas, endometrite e hiperplasia^{8,17}.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS 13 (Estados Unidos). Os dados contínuos foram descritos como mediana e intervalo interquartil. Foram utilizados os testes de Mann-Whitney, qui-quadrado ou teste exato de Fischer para comparar os grupos. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para correlacionar as variáveis (número de abortamentos e achados na histeroscopia). Para realizar tal correlação foi realizada uma

Tabela 1 – Distribuição dos dados demográficos da amostra (mediana, intervalo interquartil)

	Dois abortamentos (n = 23)	Três ou mais abortamentos (n = 43)	Total (n = 66)	p
Idade (anos)	35 (19,7-35,7)	32,7 (29-35)	34 (31-39)	0,64 ^a
Idade da menarca (anos)	12,5 (12-16)	11,1 (11-13)	12 (11-13)	0,16 ^a
Cor				0,49 ^b
Branca	17 (74,0)	36 (83,7)	53 (80,3)	
Preta	3 (13,0)	5 (11,6)	8 (12,1)	
Parda	3 (13,0)	2 (4,7)	5 (7,6)	
Ciclos regulares	18 (78,3)	38 (88,4)	56 (84,8)	0,27 ^b
Gestações	2 (2,0-3,0)	3 (3,0-4,0)	3 (3-4)	0,0001 ^a
Partos	0,5 (0,5-1,0)	0,5 (0,5-1,0)	0,5 (0,5-1)	0,86 ^a
Cesáreas	0,1 (0,1-0,5)	0,2 (0,1-0,5)	0,1 (0,1-0,5)	0,17 ^a
Aborto	2 (2,0-2,0)	3 (3,0-4,0)	3,0 (2,0-3,2)	0,0001 ^a
IG dos abortamentos (sem)	11 (9,0-12,0)	11 (9,5-13)	11 (9,0-12,0)	0,7 ^a
Peso (kg)	55 (53,5-64,7)	60 (56,5-64,7)	60 (55,0-67,5)	0,43 ^a
Altura (m)	1,57 (1,56-1,68)	1,61 (1,57-1,65)	1,58 (1,57-1,65)	0,41 ^a
IMC (kg/m ²)	22,6 (20,1-24,2)	23,04 (22,3-23,9)	23,1 (22,3-26,4)	0,83 ^a
Tabagismo	18 (78,3)	38 (88,4)	12 (18,2)	0,27 ^b
Uso de álcool	5 (21,7)	7 (16,3)	2 (3,0)	0,7 ^b

^a Mann-Whitney, ^b Quiquadrado.
IG, idade gestacional.

transformação da variável categórica (achado na histeroscopia) em uma variável quantitativa. Foi considerado significativo um $p < 0,05$. O estudo foi aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESULTADOS

Encontramos que 22 (33,3%) das pacientes da amostra apresentaram alterações da cavidade uterina, sendo nove congênitas e 13 adquiridas. Avaliando as alterações congênitas da cavidade uterina foram encontrados os seguintes diagnósticos: útero arqueado ($n = 4$), útero bicornio ($n = 3$) e septo uterino ($n = 2$). Considerando as alterações adquiridas, os diagnósticos mais frequentes foram: sinéquias uterinas ($n = 7$), pólipos ($n = 4$), mioma ($n = 2$) (Tabela 2).

Ao compararmos os grupos com dois episódios de abortamento em relação ao com três ou mais, encontramos que as características da amostra apresentaram distribuição similar entre os grupos. Em relação aos achados da histeroscopia, encontramos que as alterações congênitas e as alterações adquiridas não apresentaram diferença significativa entre os grupos (Tabela 2). As alterações da histeroscopia em pacientes do Grupo A não foram diferentes das alterações do grupo B (10 contra 12, respectivamente $p = 0,2$, qui-quadrado). Ao correlacionarmos o número de abortos com os achados histeroscópicos foi encontrado coeficiente de correlação de $r = 0,31$ ($p = 0,02$ - Spearman) a correlação do número de abortamentos com o número de pacientes apresentando sinéquias foi de $r = 0,11$ ($p = 0,39$ - Spearman).

DISCUSSÃO

Demonstramos em nosso trabalho que abortamentos consecutivos estão associados com alterações da cavidade uterina com cerca de um terço da amostra apresentando alterações congênitas e adquiridas na avaliação histeroscópica. Mais ainda, demonstramos que as alterações distribuem-se de maneira igual em pacientes com dois abortamentos em relação às pacientes com três ou mais abortamentos de repetição.

Estudos têm procurado avaliar se a tradicional definição de abortamento de repetição considerando três episódios consecutivos deve ser revista. No entanto, os achados até o momento ainda são incipientes¹⁻⁵. Nosso estudo está em concordância com estudos anteriores que demonstraram que apesar de haver alta incidência de alterações anatômicas na população de pacientes com abortamento de repetição^{1,3,19}, não há uma diferença na incidência dos achados entre as pacientes com dois abortamentos em relação às aquelas com três ou mais¹⁻². Jaslow *et al.*⁴, avaliando uma ampla série de casos de abortamento de repetição, demonstraram que as alterações imunológicas distribuíam-se de maneira semelhante independente do número de abortamentos. Este conjunto de achados permite discutir que a avaliação de pacientes com abortamento de repetição possa ser revista procurando identificar as pacientes de maneira mais precoce e particularizada.

A histeroscopia tem-se mostrado nos últimos anos uma excelente arma diagnóstica e terapêutica em ginecologia^{2,15,21}. Encontramos alta prevalência de alterações

Tabela 2 – Distribuição dos achados histeroscópicos entre os grupos (mediana, intervalo interquartil)

	Dois abortamentos (n = 23)	Três ou mais abortamentos (n = 43)	Total (n = 66)	P
Histeroscopia				
Normal (referência)	13 (56,6)	31 (72,1)	44(66,7)	
Alterações congênicas	4 (17,3)	5 (11,6)	9(13,6)	0,44 ^c
Alterações adquiridas	6 (26,1)	7 (16,2)	13(19,7)	0,32 ^c
Tipo de alteração histeroscópica				
Útero arqueado	1 (4,3)	3 (7,0)	4 (6,1)	0,9 ^a
Útero bicornio	2 (8,7)	1(2,3)	3 (4,5)	0,23 ^a
Septo uterino	1 (4,3)	1(2,3)	2 (3,0)	0,52 ^a
Pólipo	2 (8,7)	2 (4,7)	4(6,1)	0,57 ^a
Mioma	2 (8,7)	0 (0)	2(3,0)	0,11 ^a
Sinéquia	2 (8,7)	5 (11,6)	7(10,6)	0,9 ^a

^a Teste Fischer.

anatômicas adquiridas, especialmente de sinéquias uterinas, o que provavelmente está associado ao fato de estas pacientes usualmente serem submetidas a procedimentos de esvaziamento uterino. É conhecido que a curetagem uterina pode provocar sinéquias uterinas²⁰⁻²¹. Apesar de o procedimento de aspiração manual intrauterina estar cada vez mais prevalente em nosso meio, grande número de pacientes ainda é submetido a procedimentos de curetagem uterina convencional²⁰. Em nosso estudo, a correlação entre alterações na histeroscopia e número de abortamentos esteve presente ($r = 0,31$). Sendo assim, podemos supor que a associação entre alterações anatômicas e o aumento da incidência de abortamentos está presente. Infelizmente, a correlação não esteve mantida para os casos de sinéquia ($r = 0,11$).

Nosso estudo possui vários pontos que devem ser ressaltados. Conseguimos apresentar uma série homogênea de casos de abortamento de repetição. A coleta de dados foi realizada de forma adequada, com controle sobre a metodologia empregada para a realização dos exames e variabilidade inter-examinadores. Como nosso serviço é um centro de referência em endoscopia, sendo realizados exames por várias indicações, os examinadores não conheciam a indicação do exame no momento de sua realização. No entanto, os antecedentes obstétricos e cirúrgicos da paciente eram perguntados na realização do exame, impedindo o cegamento total do examinador.

Apesar dos cuidados dedicados à metodologia, nosso estudo possui limitações. É possível supor que a incidência de casos de abortamento de repetição, assim como de achados alterados na histeroscopia, seja mais elevada que a encontrada na comunidade. Além disso, a facilidade de acesso à endoscopia pode ter permitido um diagnóstico mais precoce de anomalias uterinas que seriam diagnosticadas mais tardiamente ou não diagnosticadas. Outro ponto que chama atenção em nosso estudo foi um maior número de

pacientes com mais de três abortamentos em relação ao grupo com apenas dois abortamentos¹⁶. Em nossa amostra não possuímos os dados de histerossalpingografia das pacientes. A histerossalpingografia é um exame acessível, não invasivo e barato, que apresenta correlação com achados de exames como a ultrassonografia e a histeroscopia muitas vezes adequada. No entanto, a histerossalpingografia possui como desvantagens um alto índice de falsos positivos e negativos, além de ser um exame associado com maior dor para a maior parte das pacientes²²⁻²³.

CONCLUSÃO

Os casos de abortamento de repetição apresentam uma prevalência aumentada de alterações uterinas adquiridas e congênicas diagnosticadas através da histeroscopia diagnóstica ambulatorial. Este exame demonstrou ser aplicável e de fácil execução nesta população. As alterações da cavidade uterina estiveram presentes já a partir de dois abortamentos. Desta forma o início da investigação anatômica de casos de abortamento de repetição mais precocemente pode ser uma conduta adequada para essas pacientes. Estudos prospectivos e com maior número de pacientes são importantes para definir uma mudança de conduta em pacientes com abortamento de repetição.

REFERÊNCIAS

- Weiss A, Shalev E, Romano S. Hysteroscopy may be justified after two miscarriages. *Hum Reprod* 2005;20(9):2628-31.
- Dendrinou S, Grigoriou O, Sakkas EG, Makrakis E, Creatsas G. Hysteroscopy in the evaluation of habitual abortions. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13(2):198-200.
- Li TC, Makris M, Tomsu M, Tuckerman E, Laird S. Recurrent miscarriage: aetiology, management and prognosis. *Hum Reprod Update* 2002;8(5):463-81.
- Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril* 2010;93(4):1234-43.
- Stephenson MD. Management of recurrent early pregnancy loss. *J Reprod Med* 2006;51(4):303-10.

6. Stephenson MD. Frequency of factors associated with habitual abortion in 197 couples. *Fertil Steril* 1996;66(1):24-9.
7. Tulppala M, Palosuo T, Ramsay T, Miettinen A, Salonen R, Ylikorkkela O. A prospective study of 63 couples with a history of recurrent spontaneous abortion: contributing factors and outcome of subsequent pregnancies. *Hum Reprod* 1993;8(5):764-70.
8. Raga F, Bauset C, Remohi J, Bonilla-Musoles F, Simon C, Pellicer A. Reproductive impact of congenital Mullerian anomalies. *Hum Reprod* 1997;12(10):2277-81.
9. Propst AM, Hill JA, 3rd. Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2000;18(4):341-50.
10. El-Mazny A, Abou-Salem N, El-Sherbiny W, Saber W. Outpatient hysteroscopy: a routine investigation before assisted reproductive techniques? *Fertil Steril* 2011;95(1):272-6.
11. Salim R, Regan L, Woelfer B, Backos M, Jurkovic D. A comparative study of the morphology of congenital uterine anomalies in women with and without a history of recurrent first trimester miscarriage. *Hum Reprod* 2003;18(1):162-6.
12. Cooper NA, Smith P, Khan KS, Clark TJ. A systematic review of the effect of the distension medium on pain during outpatient hysteroscopy. *Fertil Steril* 2010.
13. Koskas M, Mergui JL, Yazbeck C, Uzan S, Nizard J. Office hysteroscopy for infertility: a series of 557 consecutive cases. *Obstet Gynecol Int* 2010;2010:168096.
14. Lasmar RB, Dias R, Barrozo PR, Oliveira MA, Coutinho Eda S, Rosa DB. Prevalence of hysteroscopic findings and histologic diagnoses in patients with abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* 2008;89(6):1803-7.
15. Yela DA, Ravacci SH, Monteiro IM, Pereira KC, Gabiatti JR. Comparative study of transvaginal sonography and outpatient hysteroscopy for detection of pathologic endometrial lesions in postmenopausal women. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55(5):553-6.
16. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008;61(4):344-9.
17. Fatemi HM, Kasius JC, Timmermans A, van Disseldorp J, Fauser BC, Devroey P *et al*. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. *Hum Reprod* 2010;25(8):1959-65.
18. Kasius JC, Broekmans FJ, Fauser BC, Devroey P, Fatemi HM. Antibiotic prophylaxis for hysteroscopy evaluation of the uterine cavity. *Fertil Steril* 2011;95(2):792-4.
19. Portuondo JA, Camara MM, Echanojauregui AD, Calonge J. Mullerian abnormalities in fertile women and recurrent aborters. *J Reprod Med* 1986;31(7):616-9.
20. Salzani A, Yela DA, Gabiatti JR, Bedone AJ, Monteiro IM. Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage. *São Paulo Med J* 2007;125(5):261-4.
21. Traina EM R, Moron AF, Albuquerque Neto LC, Matheus ED. Acurácia diagnóstica da histerossalpingografia e da ultra-sonografia para avaliação de doenças da cavidade uterina em pacientes com abortamento recorrente. *RBGO* 2004;26(7):7.
22. Siristatidis C, Chrelias C, Salamalekis G, Kassanos D. Office hysteroscopy: current trends and potential applications: a critical review. *Arch Gynecol Obstet* 2010;282(4):383-8.
23. Almeida I, Souza C, Reginatto F, Cunha Filho JS, Facin A, Freitas F *et al*. Hysterosonosalingography and hysterosalpingography in the diagnosis of tubal patency in infertility patients. *Rev Assoc Med Bras* 2000;46(4):342-5.