

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM
ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA**

Autor: Luciano Machado de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. João Sabino Lahorgue Cunha Filho

Co-Orientador: Profa. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves

Dissertação de Mestrado

Porto Alegre, 2006

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM
ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA**

Autor: Luciano Machado de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. João Sabino Lahorgue Cunha Filho

Co-Orientador: Profa. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves

**Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Faculdade de Medicina para obtenção do título de Mestre em Medicina**

Porto Alegre, 2006

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João Sabino L. Cunha Filho, idealizador do estudo, pelo dinamismo, qualidade profissional e excelente trabalho que desenvolve no ensino e na pesquisa. Além da amizade que nos acompanha;

Profa. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves, pelo estímulo à pesquisa e confiança inestimável de sempre;

Dr. Carlos Augusto Bastos de Souza, pela amizade verdadeira;

Dra. Luciana Fabian Guedes da Luz e João Guedes da Luz da Cunha, pelo apoio e amizade;

Dra. Cristina Glitz, pelo apoio técnico;

Dr. João M. Rizzo e Dr. Marcos S. Bicca da Silveira, colegas da Clínica de Dor do Hospital Moinhos de Vento, pela amizade;

Acadêmica Virgínia Rosa, pelo apoio e amizade;

Funcionários do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo carinho e colaboração.

Aos meus pais, Paulo e Maracy, pelo amor, exemplo e apoio incondicionais.

Ao meu irmão Marcelo e a Anne, pelo carinho e amizade em todas as horas.

E obrigado, SENHOR.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	6
1. Introdução.....	7
2. Revisão bibliográfica	9
2.1. Dor pélvica crônica em ginecologia.....	9
2.1.1. Definição.....	9
2.1.2. Epidemiologia.....	9
2.1.3. Causas.....	10
2.1.4. Impacto sócio-econômico.....	11
2.2. Dor pélvica crônica e endometriose.....	12
2.3. Qualidade de vida e dor pélvica crônica.....	15
2.4. Transtornos emocionais e dor pélvica crônica.....	16
3. Objetivos.....	19
4. Referências bibliográficas.....	20
5. <i>Anxiet, Depression and Quality of Life in Patients with Endometriosis and Pelvic Pain</i>	26
6. Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes com Endometriose e Dor Pélvica.....	48
7. Conclusões.....	69
8. Perspectivas.....	70
9. Anexos.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

QV: qualidade de vida

DPC: dor pélvica crônica

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*

(Organização Mundial de Saúde Qualidade de Vida)

OMS: Organização Mundial de Saúde

WHOQOL-bref: versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS

BDI : *Beck Depression Inventory* (Inventário de Depressão de Beck)

EVA: escala visual-analógica de dor

1. Introdução

As condições clínicas que acarretam sofrimento intermitente ou contínuo, na vida das pessoas, promovem um reflexo negativo do ponto de vista existencial. Elas produzem um estresse físico e emocional, ampliam a morbidade pré-existente ou originam novos quadros patológicos; fazendo cair a qualidade de vida e transformando o cotidiano da população afetada.

Avaliando a população feminina com relação à endometriose e à dor pélvica crônica (DPC), busca-se um maior conhecimento da sua interrelação e do seu efeito sobre o estado de depressão e ansiedade, além da qualidade de vida desta.

Dor crônica é reconhecida como uma queixa comum na população geral(1). Entretanto, há uma carência de informação epidemiológica sobre as diferentes condições dolorosas. Um tipo importante de dor crônica que tem sido sistematicamente ignorado é a DPC em mulheres.

A dor pélvica crônica é um importante problema de saúde, podendo corresponder a um significativo número de consultas ambulatoriais ao médico ginecologista. Perfazendo 10% das consultas, além de ser responsável por aproximadamente 40% das laparoscopias e 10 a 15% das histerectomias (4).

A maior causa de dor pélvica em mulheres, com idade reprodutiva, é representada pela endometriose (5). Afetando não apenas a saúde física, mas também emocional de muitas mulheres, tendo uma prevalência de 5 a 10% de mulheres nesta fase em alguns países (6,7).

A dor pode ser o principal sintoma de endometriose e estaria relacionado

com a localização dos implantes endometrióticos. Se localizados no trato reprodutivo feminino, os sintomas incluem dismenorréia, dor pélvica e abdominal baixa, dispareunia, irregularidade menstrual e dor lombar (8,10).

O alcance da dor é influenciado primariamente pela localização e profundidade do implante de endometriose. Sendo os implantes profundos em áreas altamente inervadas, mais consistentemente associados à dor (11).

Outra particularidade importante nesta associação, é que mulheres com endometriose têm mais queixas de dor severa e maior disfunção social do que aquelas com dor de origem inexplicada (12).

Na literatura, a dor pélvica é caracterizada exclusivamente como aguda (últimos dois ou três meses) ou exclusivamente como crônica (persistente por seis meses ou mais) (8).

O estudo e o manejo da DPC são uma fonte de frustração para médicos e pacientes. Sua abordagem está centrada em áreas maiores para a origem desta dor, que são: ginecológica, psicológica, miofascial, músculo-esquelética, urológica e gastrointestinal (9).

2. Revisão bibliográfica

2.1. Dor pélvica crônica em ginecologia

2.1.1. Definição

A dor pélvica crônica pode ser definida como dor no abdome inferior, não relacionada à gestação, por pelo menos 6 (seis) meses de duração. Podendo ocorrer exclusivamente no período menstrual (dismenorréia) ou com o intercurso sexual (dispareunia) (13).

2.1.2. Epidemiologia

A DPC é um problema considerável em saúde. É a razão de 10 a 25% de todas as consultas ambulatoriais ao médico ginecologista, sendo responsável por 25 a 40% das laparoscopias e 10 a 15% das histerectomias (4,14).

Taxas de gestações, partos, abortos, distribuição racial e nível educacional médio são similares entre mulheres com DPC e controles sem dor (15).

No Reino Unido, evidenciou-se um grande peso da DPC sobre a demanda do sistema de cuidado primário. Tendo uma prevalência anual, em mulheres com idade de 15 a 73 anos, de 38/1000; taxa comparável a da asma (37/1000) e dor nas costas (41/1000) (16).

Já, a frequência de DPC nos Estados Unidos da América (EUA) é de 15% da

população feminina adulta (2).

E, num estudo de mulheres em idade fértil, em unidades de cuidados primários, a prevalência de dor pélvica foi de 39% (17).

2.1.3. Causas

A abordagem do paciente com DPC deve levar em consideração as suas principais causas, que são: ginecológica, psicológica, músculo-esquelética, urológica, gastrointestinal e sócio ambiental (9).

Os principais diagnósticos ginecológicos, que podem ser feitos com o emprego de laparoscopia, incluem endometriose, doença inflamatória pélvica e aderências. A observação de endometriose e aderências pélvicas em 15-20% de mulheres assintomáticas submetidas à esterilização laparoscópica, nos leva a crer que nem sempre a dor está relacionada causalmente a estas patologias (13).

A causa gastrointestinal mais comum de DPC é a síndrome do cólon irritável (18). Já, entre as possíveis causas genitourinárias estão a cistite intersticial e a síndrome uretral (19).

Os fatores músculo-esqueléticos envolvidos na origem de DPC, mais comumente observados, são as síndromes dolorosas miofasciais abdominais. As quais são compostas por áreas bem localizadas de hiperpatia pericicatriciais de cirurgias prévias, referidas como pontos-gatilhos (*trigger points*), cuja prevalência varia de 30 a 70% em mulheres com DPC (20). Também neste grupo, destaca-se a síndrome do elevador do ânus, que é relativamente comum

e supervalorizada como causa de dor pélvica em homens e mulheres. Ela é referida por 2 a 3% das mulheres encaminhadas para investigação por DPC (21).

Morbidade psicológica é comum nos quadros de dor crônica. Não sendo surpresa, altas taxas de diagnósticos psicológicos entre mulheres com DPC, atingindo aproximadamente 50-60% destas. Os principais diagnósticos relacionados são: depressão, ansiedade e distúrbios somatoformes. Na maioria dos casos, é difícil encontrar com clareza o evento primário e então, esta relação entre dor e distúrbios emocionais é analisada como um "ciclo vicioso" em que cada fator reforça os demais (14).

Entre os vários fatores sócio-ambientais relacionados à dor crônica sem causa orgânica, a história de abuso sexual e físico é o mais amplamente estudado. Vários trabalhos têm documentado altas taxas de abuso sexual e físico, na infância e na vida adulta de mulheres com DPC, quando comparadas com populações sem dor(22-24).

2.1.4. Impacto sócio-econômico

Pacientes com DPC, geralmente, são tratados em regime ambulatorial e requerem uma variedade de profissionais da área da saúde para otimizar sua condição.

A hospitalização está relacionada ao grau de complexidade do tratamento para controle da dor e a severidade do caso. Métodos invasivos (cirúrgicos ou anestésicos) para esta finalidade, normalmente requerem tratamento intra-

hospitalar.

Nos Estados Unidos da América (EUA), os custos médicos diretos, estimados para consultas ambulatoriais por esta queixa, são de aproximadamente 881 milhões de dólares/ano (2). Já no Reino Unido, o manejo destas pacientes, custa 158 milhões de libras/ano ao *National Health Service* (25).

A paciente e sua família devem ter um bom entendimento sobre a natureza multifatorial da dor crônica, necessitando de um manejo multidisciplinar.

Muitas vezes, pacientes com DPC exibem um comportamento doloroso exagerado ou sensações que parecem ser histéricas ou não anatômicas ou não fisiológicas e o profissional responsável deve adotar passos conservadores apropriados. Assim, evitando repetir procedimentos invasivos e dispendiosos na avaliação diagnóstica do quadro clínico.

2.2. Dor pélvica crônica e endometriose

A existência de uma relação entre dor pélvica crônica e endometriose é amplamente aceita pelos ginecologistas (26). Porém, a natureza desta relação permanece pouco entendida. A endometriose é detectada em 2-50% de casos durante laparoscopia, em mulheres assintomáticas (27-28).

Endometriose é uma desordem ginecológica comumente caracterizada pela presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora da cavidade uterina (29-31), usualmente na cavidade peritoneal (11).

Existem várias teorias para explicar os mecanismos do desenvolvimento

desta doença. Todavia, a teoria da menstruação retrógrada foi a mais aceita (11,29), chegando a ocorrer em 76% a 90% das mulheres acometidas por esta desordem (29).

Fatores adicionais importantes na patogênese incluem anormalidades imunológicas, desordens endometriais e disfunção peritoneal (11).

Alguns estudos demonstram a correlação entre endometriose e dor pélvica. No estudo de Porpora et al (1999), a severidade da DPC foi correlacionada com endometriose profunda nos ligamentos uterossacrais e extensão de aderências pélvicas. O escore total de dor foi significativamente correlacionado com endometriose profunda nos ligamentos uterossacrais e extensão de aderências peritoneais. Entretanto, não houve correlação significativa entre estágio de endometriose (Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, 1985); presença e tamanho de endometriomas ovarianos; extensão, tipo e localização de lesões peritoneais e escores de dor.

Hurd et al (33) sugerem 3 critérios para atribuir DPC à endometriose:

a) dor pélvica cíclica, pois endometriose é uma doença hormonalmente responsiva; b) endometriose deve ter diagnóstico cirúrgico para evitar diagnósticos superestimados; c) tratamento clínico ou cirúrgico da endometriose deve resultar no alívio da dor.

Um estudo que investigou o perfil psicológico de mulheres com dor pélvica crônica, proveniente de endometriose e de outras causas, concluiu que pacientes com endometriose obtiveram maiores alterações psicológicas (introversão e escores de ansiedade) em comparação com as pacientes com dor pélvica de origem diferente. Os grupos demonstraram os mesmos índices

de dor (12).

Estudos têm examinado a associação entre DPC e qualidade de vida ou produtividade, mas esta relação não está clara. Em um dos estudos, os autores acharam 56% das mulheres com DPC, que responderam questões sobre qualidade de vida, com interferência moderada ou extrema no humor. Quando as respostas de qualidade de vida foram comparadas com grupos de outros diagnósticos, o grupo de endometriose reportou a maior interferência sobre as atividades devido à dor, sofrimento e alto escore de dor durante ou após a relação sexual (2).

Dor é, provavelmente, o principal sintoma de endometriose. Vários tipos de dor são associados com essa doença: dismenorréia, dispareunia profunda, bem como dor pélvica não associada ao intercurso ou à menstruação (8,10).

Mecanismos causadores de dor pélvica em endometriose podem geralmente ser divididos de acordo com a localização e com o estímulo doloroso, o qual pode ser de origem somática ou visceral (10).

Numerosas avaliações, entretanto, não conseguem identificar uma correlação entre escores de dor, tipos de dor e vários aspectos da anatomia e bioquímica dos implantes endometriais (34,39,40). Por outro lado, existem correlações entre severidade de dor e a profundidade da infiltração no peritônio ou órgãos pélvicos. Bem como, as citocinas pró-inflamatórias, prostaglandinas e outras substâncias liberadas pelos implantes ou outros tecidos no fluido peritoneal (35).

A porcentagem de pacientes referindo dor é maior em mulheres com implantes profundamente infiltrados em áreas altamente innervadas (tais como a

região uterossacral) do que em mulheres com outros tipos de implantes (36).

Algumas investigações têm encontrado fibras nervosas mais próximas dos implantes endometriais em mulheres com dor pélvica do que em mulheres assintomáticas (37). Estes estudos implicam o sistema nervoso nos vários tipos de dor de endometriose; o que é corroborado por resultados recentes de um modelo de endometriose em rato (38).

A sensibilização do sistema nervoso central está diretamente relacionada com a duração da dor. A hipersensibilidade generalizada tem sido demonstrada precocemente em mulheres com condições dolorosas viscerais, como a endometriose (5).

2.3. Qualidade de vida e dor pélvica crônica

Qualidade de vida (QV) foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (41).

O fenômeno doloroso tem uma clara influência negativa sobre a QV das pessoas em geral. Nas mulheres, a dor pélvica tem um grau maior de influência do que outros tipos de dor. Essa evidência já foi demonstrada, revelando a associação de quanto mais dor, menor é a QV (42).

O estímulo nociceptivo crônico leva a estados de sensibilização do sistema nervoso central, acarretando uma hipersensibilidade generalizada. O estado de hiperalgesia (percepção dolorosa de estímulo não doloroso) generalizada

correlaciona-se com prejuízo de alguns parâmetros de qualidade de vida. A intensidade aumentada dos sintomas dolorosos futuros, provocada pelos mecanismos de neuroplasticidade, está associada com diminuição da QV (43).

Um estudo em nosso meio, que avaliou QV em uma amostra de mulheres portadoras de endometriose, não encontrou correlação entre esta e a intensidade de dor, uso de medicamentos e/ou viver com um parceiro (44).

Há um interesse mundial em avaliar a QV relacionada à dor pélvica crônica, através de instrumentos específicos que gerem uma avaliação mais objetiva de pacientes e sua condição de saúde. Para isto, os instrumentos usados devem conter validade clínica e propriedades psicométricas adequadas (45).

No Brasil contamos com um instrumento curto, que demanda pouco tempo para preenchimento e que detém características psicométricas satisfatórias para a avaliação de QV na população em geral. É a versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref) (46).

2.4. Transtornos emocionais e dor pélvica crônica

Considera-se que a DPC causa prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica; uma vez que restringe e modifica o convívio diário da paciente com suas rotinas até então estabelecidas. Porém, acredita-se que o distúrbio psicológico pode estar presente de forma isolada ou concomitante em até 60% dos casos, sendo mais comuns os sintomas de

depressão e ansiedade (47).

Assim, o humor ficando comprometido pode interferir na interpretação e no relato da dor. Havendo um prejuízo importante na avaliação do fenômeno doloroso das pacientes (48).

As associações bem estabelecidas entre dor crônica, depressão e distúrbios de comportamento predizem mais psicopatologia entre portadoras de DPC do que em mulheres assintomáticas (49). Há uma taxa significativamente maior de depressão em pacientes com DPC do que em controles normais (50).

Depressão e ansiedade são os dois diagnósticos psicológicos mais comuns em pacientes com DPC; com taxas de prevalência variando entre 25 a 50% e 10 a 20% respectivamente (14).

Na população feminina em geral, a depressão é um transtorno emocional de grande importância médico-social. Sua prevalência é bastante variável conforme os autores; mas, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a mesma varia de 5 a 9% entre as mulheres. Ainda hoje, não há evidência da relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (51).

Tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização e, assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica (52). Mesmo sendo bastante comum a associação entre depressão e pacientes com dor crônica, esta relação continua controversa na atualidade.

Estudos na década de 90, na Europa, demonstraram não haver diferença na morbidade psiquiátrica entre mulheres com DPC, com e sem alterações

estruturais. Alguns demonstraram taxas expressivas de videolaparoscopias negativas (sem alteração estrutural) nestas pacientes (42,50).

Já, uma taxa elevada de ansiedade relacionada ao sintoma foi encontrada em portadoras de DPC (31%) quando comparadas a mulheres com dismenorréia (7%) (13).

Em resumo, a dor pélvica crônica associada a endometriose pode levar a uma grande disfunção social. Além das opções limitadas de tratamento, a infertilidade associada e um provável atraso no diagnóstico pode levar a sentimentos de frustração e isolamento. Apesar de um provável efeito negativo sobre parâmetros psicológicos e sociais, o impacto da endometriose sobre a qualidade de vida das pacientes não tem sido substancialmente pesquisado.

Embora alguns estudos tenham tentado avaliar o impacto da endometriose e dor pélvica na qualidade de vida e até um escore específico para avaliar a qualidade de vida em mulheres com endometriose já foi proposto, nenhum estudo teve o cuidado de avaliar o impacto da ansiedade, depressão e do estado cognitivo destas pacientes.

A literatura apresenta dados que evidenciam a correlação entre endometriose e dor pélvica. Mas, não sabendo o impacto da endometriose, *per se*, na qualidade de vida e na apresentação de sintomas de depressão e ansiedade em nosso meio, realizamos a presente investigação.

A originalidade da nossa iniciativa baseia-se na construção de um estudo transversal em que a endometriose é o fator em estudo e o desfecho é a qualidade de vida (através da avaliação pelo WHOQOL-bref). Tendo o controle para as variáveis de ansiedade, depressão e do estado cognitivo.

3. OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com endometriose e dor pélvica crônica.

SECUNDÁRIOS:

1. Analisar a intensidade de dor, pela escala visual-analógica, em mulheres com e sem endometriose e dor pélvica crônica.

2. Comparar os escores da Escala de Hamilton para ansiedade em mulheres com e sem endometriose e dor pélvica crônica.

3. Comparar os escores do Inventário de Depressão de Beck em mulheres com e sem endometriose e dor pélvica crônica.

4. Referências bibliográficas

- (1) Elliot AM, Smith BH, Penny K, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248-1252.
- (2) Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 321-327.
- (3) Swanton A, Reginald P. Medical management of chronic pelvic pain: the evidence. In: *Reviews in gynecological practice*. Vol 4 Issue 1 march 2004. Pg. 65 - 70.
- (4) Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56(12): 757-64.
- (5) Bajaj P, Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L. Endometriosis is associated with central sensitization - a psychophysical controlled study. *J Pain* 2003; 4(7):372-80.
- (6) Frackiewicz EJ: Endometriosis: Na overview of the disease and its treatment. *J Am Pharm Assoc (wash)* 2000; 40:645-657.
- (7) Denny, Elaine. Women's experience of endometriose. *J. Adv Nurs* 2004 Jun; 46(6): 641-8. School of healt and police studies, University of central England, Birmingham, U.K.
- (8) Zandt, SV. Pelvic pain in women. In: *Clinician Reviews*, sept,2000.
- (9) Carter JE. A systematic history for the patient with chronic pelvic pain. *J S L S* 1999; 3 (4): 245-52.

- (10) Shaw, RW. Endometriosis - Current Understanding and Management; 1995.
- (11) Olive, David L.; Pritts, Elizabeth A. Drug Therapy : Treatment of Endometriosis. N E J M 2001; Vol . 345(4), pg. 266-275.
- (12) Low WY, Edelman RJ, Sutton C., A Psychological Profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. J Psychosom Res 1993; 37 (2) : 111-6.
- (13) Zondervan KT, Yudkin PI, Vessey Mp et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract 2001; 51(468): 541-7.
- (14) Reiter RC. Evidence-based management of chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 1998; 41(2): 422-35.
- (15) Reiter RC, Gambone JC. Demographical and historical variables in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1990; 75: 428-32.
- (16) Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Prevalence and incidence in primary care of chronic pelvic pain in women: evidence from a national general practice database. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 1149-1155.
- (17) Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. Obstet Gynecol 1996; 87 (1): 55-8.
- (18) Rapkin AJ, Mayer EA. Gastroenterologic causes of chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am 1993; 20: 663-683.
- (19) Summitt RLJ. Urogynecologic causes of chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am 1993; 20: 685-698.

- (20) Reiter RC, Gambone JC. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991; 36: 253-259.
- (21) Grant SR, Salvati EP, Rubin RJ. Levator syndrome: An analysis of 316 cases. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 161-163.
- (22) Walling MK, Reiter RC, et al. Abuse history and chronic pain in women. I: Prevalences of sexual and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 193-199.
- (23) Toomey TC, Seville JL, Mann D, Abasian SW, Grant JR. Relationship of sexual and physical abuse to pain description, coping, psychological distress, and health-care utilization in a chronic pain sample. *Clin J Pain* 1995; 11: 307-15.
- (24) Moore J, Kennedy SH. Causes of chronic pelvic pain. *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 389-402.
- (25) Davis L, Ganger KF, Drummond M, Saunders D, Beard RW. The economic burden of intractable gynaecological pain. *J Obstet Gynecol* 1992; 12(2): 54-56.
- (26) Vercellini P. Endometriosis: what a pain it is. *Semin Reprod Endocrinol* 1997; 15, 251-261.
- (27) Balasch J, Creus M, Fabregues F, Carmona F, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum Reprod* 1996; 11, 387-391.
- (28) Moen MH, Stokstad T. A long-term follow-up study of women with asymptomatic endometriosis diagnosed incidentally at sterilization. *Fertil Steril* 2002; 78, 773-776.

- (29) Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin Am* 2003 Mar;30 (1):41-61.
- (30) Kitawaki J, Kado N, Ishihara H, Koshiba H, Kitaoka Y, Honjo H. Endometriosis: the pathophysiology as an estrogen-dependent disease. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2002 Dec;83 (1-5):149-55.
- (31) Calhaz CJ, Mol BW, Nunes J, Costa PA. Clinical predictive factors for endometriosis in a portuguese infertile population. *Hum.Reproduction Advance* Access published 2004; page 1 of 6.
- (32) Porpora MG; Koninckx PR; Piazzè J; Natili M; Colagrande S; Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6(4).
- (33) Hurd WW. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1998; 92(6).
- (34) Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic pain. *Hum Reprod* 2001; 16(12), 2668-2671.
- (35) Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004; 364, 1789-1799.
- (36) Anaf V, Simon P, Nakadi E, Fayt I, Simonart T et al. Hyperalgesia, nerve growth factor expression in deep adenomyotic nodules, peritoneal and ovarian endometriosis. *Hum Reprod* 2002; 17(7), 1895-1900.
- (37) Tulandi T, Felemban A, Chen MF. Nerve fibers and histopathology of endometriosis-harboring peritoneum. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8(1), 95-98.
- (38) Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The Pains of Endometriosis. *Science*

2005 ; 308: 1587-1589.

(39) Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril* 1996; 65 (2): 299-304.

(40) Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod* 2001; 16(12): 2668-71.

(41) The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag 1994; p 41-60.

(42) Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, et al. Quality of life, pain, and psychological well-being in women suffering from gynecological disorders. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9(8): 897-903.

(43) Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *Europ J Pain* 2005; 9: 267-275.

(44) Marques a, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004; 49(2): 115-20.

(45) Neelakantan D, Omojole F, Clark TJ, et al. Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24(8): 851-858.

(46) Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da

- qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública 2000; 34(2): 178-83.
- (47) Almeida FM. A prática invasiva na dor pélvica. *Femina* 2001; 29: 149-50.
- (48) Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ, organizador. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Ed. Summus; 1999; p. 31-46.
- (49) Merskey H. Psychiatry and chronic pain. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 329-336.
- (50) Hodgkiss AD, Watson JP. Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1994; 38(1): 3-9.
- (51) DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- (52) Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986; 27: 327-37.

ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS AND CHRONIC PELVIC PAIN

Oliveira LM¹, Passos EP¹, Freitas FM¹, Chaves MLF², Rosa V¹, Glitz CL¹, Cunha-Filho JS¹

¹ Human Reproduction Center, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS, Porto Alegre, Brazil.

² Service of Neurology, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS, Porto Alegre, Brazil.

To whom correspondence should be addressed

Human Reproduction Center

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Luciano Machado de Oliveira, MD

Rua Ramiro Barcelos, 2350/1135

90035-003 - Porto Alegre - RS - Brazil

E-mail: luciano.oliveira@hmv.org.br

Abstract

Introduction: Endometriosis is a prevalent disease in young women that is usually associated with chronic pelvic pain. Those patients may present some degree of social-economic and behavioral maladjustment. The aim of the present study is to investigate the effect of endometriosis in quality of life, anxiety and depression symptoms in patients suffering chronic pelvic pain.

Material and Methods: We performed a cross-sectional study with 32 patients with endometriosis and chronic pelvic pain compared to 22 women with pelvic pain of unknown etiology. Patients were analyzed according the WHOQOL-bref questionnaire for quality of life, Beck Depression Inventory for depression and Hamilton anxiety rating scale. The visual analogue scale for pain was utilized for pain measurement. We excluded cognitive disorder using the Mini-mental state examination in the beginning of this research protocol.

Results: Patients were compared in terms of clinical, demographic and obstetric characteristics. Moreover, there is not difference comparing the mini mental stage, depression, anxiety and quality of life between both groups of patients. In addition, comparing the scores from the visual analogical pain scale between patients with pelvic pain and with endometriosis (5.9 ± 2.7) and no-endometriosis (5.7 ± 3.3) there is not statistical difference.

Conclusions: Patients with endometriosis and chronic pelvic pain did not differ, in terms of quality of life and anxiety-depression symptoms, than those without endometriosis and chronic pelvic pain. This study clearly demonstrated that endometriosis, *per se*, did not affect the quality of life or anxiety-

depression symptoms.

Key words: endometriosis, chronic pelvic pain, depression, anxiety, and quality of life.

Introduction

Endometriosis is a benign disease that mainly affect female in the reproductive age. This disease could be accidentally found, however, usually is associated with sub-fertility or pelvic pain.

The epidemiological evidence relating endometriosis and chronic pelvic pain is extremely controversial for ovarian (endometriomas) sort of endometriosis (1). On the other hand, the body of evidence connecting superficial and deep infiltrating endometriosis (DIE) is very soundness (1, 2). Recently, a well-written paper tried to elucidate the physiopathology of pelvic pain in DIE (2), showing the nerve involvement in this kind of disorder.

Although the physiopathology of pelvic pain in patients with superficial (peritoneal) endometriosis remains somewhat speculative, it is well documented in several clinical trials that the treatment of these patients decrease the associated symptoms (3-5).

Pelvic pain is an extremely devastating disease in terms of quality of life and socio-economic impact. Several papers with different methods related the association between this condition and the impact in the female activities (6-8).

Obviously, if some patients with endometriosis suffer from pelvic pain we could expect that these patients will have their lives affected also. This is relatively true comparing the psychosocial factors of patients with endometriosis and unexplained pelvic pain (9). In addition, the proper treatment for endometriosis increases the quality of life and improves the social behaviour in this population (10).

Some authors developed a well-structured questionnaire specific for endometriosis (11-12) and emphasise that this is the correct method of measurement of quality of life in endometriotic patients. Nevertheless, a specific questionnaire has some disadvantages, mainly: it is valid only for the tested population; and could not be suitable for external comparisons (patients with chronic pelvic pain without endometriosis).

The literature is absolutely sparse in terms of anxiety, depression and even the effect of endometriosis, *per se*, on the quality of life. We have some evidence that pelvic pain affect quality of life, but any kind of disease will affect, in some way, the quality of life.

The aim of the present study is to evaluate the effect of endometriosis on quality of live, anxiety and depression in patients suffering chronic pelvic pain.

Material and Methods

Design

We performed a cross-sectional study with those patients complaining from chronic pelvic pain.

Patients

Fifty-four patients were included in our study protocol. Group 1 (endometriosis) was formed by 32 patients and group 2 (control-group) was formed by 22 patients seeking medical help for chronic pelvic pain in whose endometriosis was not diagnosed. The study was approved by the Ethical Committee of Hospital de Clinicas de Porto Alegre, IRB equivalent and informed consent was obtained from all patients.

Study protocol

All included patients were first interviewed to an experienced physician in order to exclude a cognitive impairment using the Mini Mental State Examination (MMSE) as described below. After that, a blinded investigator (OLM) supervised all questionnaires of pain intensity (Visual Analogue Scale), anxiety, depression and quality of life (WHOQOL-bref). Only after this screening anamnesis the patients were submitted to laparoscopy for pelvic pain investigation.

Chronic Pelvic Pain

We defined chronic pelvic pain as an intermittent or continuous pain in the pelvic area that lasts for at least 6 months, excluding dysmenorrhea and deep

dyspareunia.

Laparoscopy

All patients underwent laparoscopy for investigation of pelvic pain; the procedure was always performed by the same investigator (CLG). Endometriosis staging was performed according to the classification of The American Society for Reproductive Medicine (12).

Mini Mental State Examination

The Mini Mental State Examination (MMSE) is a widely used method for assessing cognitive mental status. The evaluation of cognitive functioning is important in clinical settings because of the recognized high prevalence of cognitive impairment in medical patients. As a clinical instrument, the MMSE has been used to detect impairment, follow the course of an illness, and monitor response to treatment. The MMSE has also been used as a research tool to screen for cognitive disorders in epidemiological studies and follow cognitive changes in clinical trials. It assesses orientation, attention, immediate and short-term recall, language, and the ability to follow simple verbal and written commands. Furthermore, it provides a total score that places the individual on a scale of cognitive function (13). We have the following MMSE scores: inferior cutoff of normality: 21, mild intellectual deterioration: 21-15, moderate intellectual deterioration: 14-5, severe intellectual deterioration < 4.

Visual analogue scale

The Visual analogue scale (VAS) was used to measure the mean pain intensity over the last three days (average of rest and activity). The 10-cm

scale was marked with "0" (no pain) and "10" (worst imaginable pain), and the patients were instructed how to use the scale.

Quality of life questionnaire (WHOQOL-bref)

Brazilian Version of the Brief Questionnaire of the World Health Organization on Quality of Life

The WHOQOL-bref was recently derived from the 100-item parent WHOQOL-100 as a generic and multidimensional instrument for the assessment of quality of life. It is a brief 26-item questionnaire, including 2 items for general quality of life and health status and another 24 items categorized into 4 domains (physical, psychological, social, and environmental). The item scores range from 1 to 5, with the higher score indicating the better quality of life on the corresponding item. The score for each domain ranges from 4 to 20, which is obtained by multiplying the average score of all items in this domain by the same factor of 4 (14).

Anxiety evaluation

The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

This was developed by Hamilton and then made into a structured form that is widely used in the evaluation of anxiety levels and changes in severity. The reliability and validity of its Brazilian version has been confirmed. It includes 14 items examining both physical and psychological symptoms (14).

The variability of all scores is between 0-56, and the cutoff level for generalized depression is > 15 .

Depression assessment

Beck Depression Inventory (BDI)

The revised BDI is a 21-item self-assessment scale for eliciting severity of depression. Items score from 0 to 3. Reliability of internal consistency is good for mixed diagnoses as well as single and recurrent episode major depression (15). The recommended cutoff is a BDI score superior than 20.

Statistics

The two-tailed student t test was used to analyze continuous data, whereas qui-square or Fisher's exact test were used for categorical data. P -value < 0.05 was considered statistically significant.

The power calculation before this study protocol required the inclusion of 40 patients for a $P\beta=80\%$.

We utilized for sample size calculation the primary outcome (WHOQOL-bref score). Considering a mean score of 60, with a difference to be detected of 20 and standard deviation=20, we needed a total of 30 patients to get a $P\beta = 80\%$.

Results

Clinical, demographic and obstetric characteristics were shown in table 1. Patients from both groups were comparables ($P>0.05$).

There was not difference comparing the mini mental stage, depression and anxiety scales between both groups of patients (table 2), moreover, comparing the scores from the visual analogical pain scale between patients with chronic pelvic pain and with endometriosis (5.9 ± 2.7) and no-endometriosis (5.7 ± 3.3) there was not statistical difference (figure 1).

The percentage of patients with normal Beck's scale scores (17/32 and 8/22, endometriosis and control group, respectively) was similar between the studied subjects ($P=0.379$). In addition, the diagnosis of depression was not different between the groups, according to the Beck's criteria (8 out of 32 in the endometriosis group and 4 out of 22 in the control group, $P=0.762$).

There was a very impressive number of patients from both groups with the diagnosis of anxiety (Hamilton scale), 25 out of 32 and 21 out of 22, endometriosis and control group, respectively. However this difference was not statistically significant ($P=0.152$).

Comparing the quality of life scale (WHOQOL- bref) in terms of physical, psychological, social and environmental parameters the groups were comparables without any statistical difference, as demonstrated in figure 2.

Moreover, analyzing the association between endometriosis stage, pain intensity and quality of life, we did not found any significant difference (data not shown).

After that, we analyzed our results to perform a power calculation using our data. Considering the quality of life score with a larger difference between both groups (psychological), our $P\beta$ was 80%, if the difference between the groups was 10, the $P\beta$ would be 93%, and would be 100% if the difference was 20.

Discussion

We demonstrated that quality of life is not affected by endometriosis, *per se*. The main soundness of our research is the fact that we are studying the effect of endometriosis in some social-behavioral aspects and not the consequence of pelvic pain. It was well showed that patients with chronic pelvic pain have a decrease in their quality of life and, consequently, in their social adjustment and an increase of psychiatric morbidity (4,6).

Others found that hormonal endometriosis treatment improves factors of importance for quality of life, such as sleep disturbances and anxiety-depression symptoms (17). This result was confirmed in another research that included patients with endometriosis and pelvic pain who were treated by radical resection (9). Another group of investigators (18) studied only patients with endometriosis and chronic pelvic pain. They demonstrated a poor quality of life score and this finding was not associated with the intensity of pain, use of medication or the fact of live with partner.

Jones et al (6) in a systematic review demonstrated that mental health was the worst area of health-related quality of life that was affected by chronic pelvic pain, whereas the least affected area was physical functioning. In addition, when pelvic pain is a primary symptom of the condition (ie, endometriosis), there appears to be a greater negative impact on health-related quality of life compared with those conditions in which pelvic pain is not a symptom.

It is very impressive the high prevalence of anxiety and depression

symptoms that we found in both groups of our sample. However, this is an expected and consistent finding because we included only patients suffering from chronic pelvic pain. Moreover, it is very important to stress that our main objective is to investigate the role of endometriosis besides the pelvic pain as a determinant factor for quality of life and behavior.

We decided did not utilize a specific instrument to measure quality of life in patients with endometriosis because this would be a significant measurement bias in the moment that we included patients without endometriosis in our study. Our results are in agreement with the results from Peveler et al (6) that did not show any difference in terms of mood symptoms or personality characteristics comparing patients with endometriosis and unexplained pelvic pain. Conversely, we only included patients after exclusion of some cognitive disorder using the mini-mental score and we utilized also the Hamilton anxiety questionnaire.

Another important aspect of our sample was the fact that the visual analogical scale of pain was similar between the groups. This finding controls an important bias if some group of patients presented a higher visual analogical scale of pain. Laursen et al (6) showed that patients with chronic pelvic pain can present some degree of hyperalgesia and an impairment of some quality of life parameters. Furthermore, these researchers verified that an increment in pelvic pain intensity was associated with the deterioration of quality of life.

The association between pelvic pain and endometriosis is disputed in the literature (1) for the deep infiltrating endometriosis we have some evidence and even a well explained physiopathology for pelvic pain (2), on the other hand,

there is no evidence linking endometriosis and pelvic pain in patients with endometriomas (1,2) or associating the stage of endometriosis, according to the revised American Fertility Society classification (12), with chronic pelvic pain.

In addition, the most important evidence suggesting a connection between superficial or peritoneal endometriosis and chronic pelvic pain is the fact that the hormonal treatment for endometriosis is really effective for pelvic pain (2-4).

Both studied and control groups did not differ in terms of obstetric outcomes or years of formal education. We analyzed also these obstetric and educational data to exclude and control a possible confounding bias which could change our results.

Utilizing the same questionnaire for quality of life, some investigators found that there were significant correlations of HRQOL with pain intensity, disability scale, and disability days in patients with low back pain (21). This result shows the impact of pain on quality of life and the importance of its intensity as a determinant factor.

The study and knowledge of chronic pelvic pain and its consequences in terms of social-economic and behavioral aspects is fundamental, because the higher prevalence of this disease and the age of affected population (young women). The utilization of a well documented and valid instrument to measure these psycho-social aspects is essential, however it is absolutely necessary to validate and make a specific questionnaire for chronic pelvic pain that includes all related aspects of this disease.

In conclusion, we clearly demonstrated that endometriosis, *per se*, did not affect the quality of life or anxiety-depression symptoms. Moreover, there is an increase of these former symptoms in patients with endometriosis and chronic pelvic pain which demands a multi-professional approach emphasizing not only the hormonal or surgical treatment, but all social-behavior aspects of each patient.

Table 1 - Clinical, demographic and obstetric characteristics. Data are shown as mean \pm standard deviation.

	Study group (with endometriosis) n=32	Control group (without endometriosis) n=22	Statistics <i>(P)</i>
Age (years)	33.9 \pm 8.2	39.2 \pm 8.0	0.022
Time of formal education (years)	8.3 \pm 3.4	8.8 \pm 3.6	0.616
Parity	63%	83%	0.198
Vaginal labor	40%	56%	0.379
c-section	33%	33%	0.768
Abortion	23%	33%	0.616

Table 2 - Mini mental, depression (Beck's scale) and anxiety (Hamilton score).

Data are shown as mean \pm standard deviation.

	Study group (with endometriosis) n=32	Control group (without endometriosis) n=22	Statistics <i>(P)</i>
MINI MENTAL	25.6 \pm 3.2	25.0 \pm 4.0	0.571
Beck scale	15.4 \pm 8.3	17.5 \pm 8.2	0.371
HAMILTON	27.1 \pm 11.9	30.2 \pm 11.4	0.344

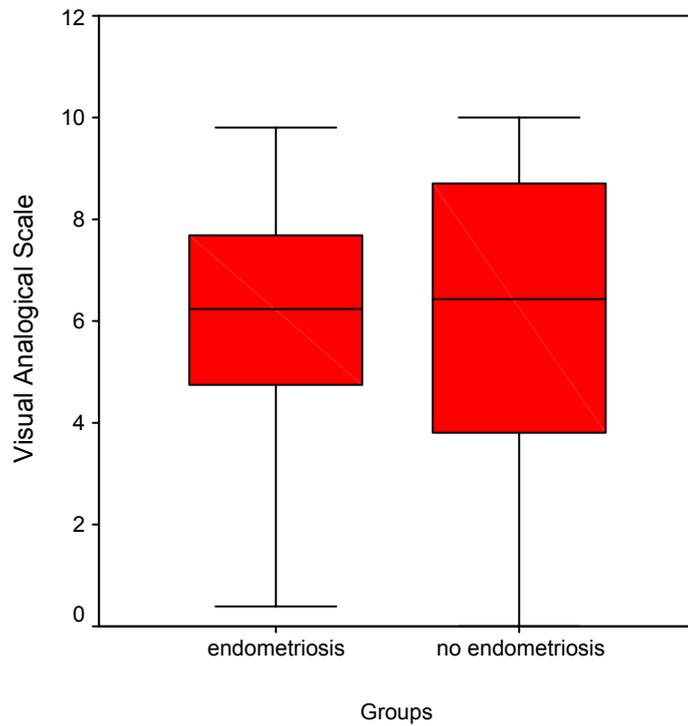


Figure 1 - Visual analogical scale measurements between both groups ($P=0.851$). Summary plot based on the median, quartiles, and extreme values. The box represents the interquartile range which contains the 50% of values. The whiskers are lines that extend from the box to the highest and lowest values, excluding outliers. A line across the box indicates the median.

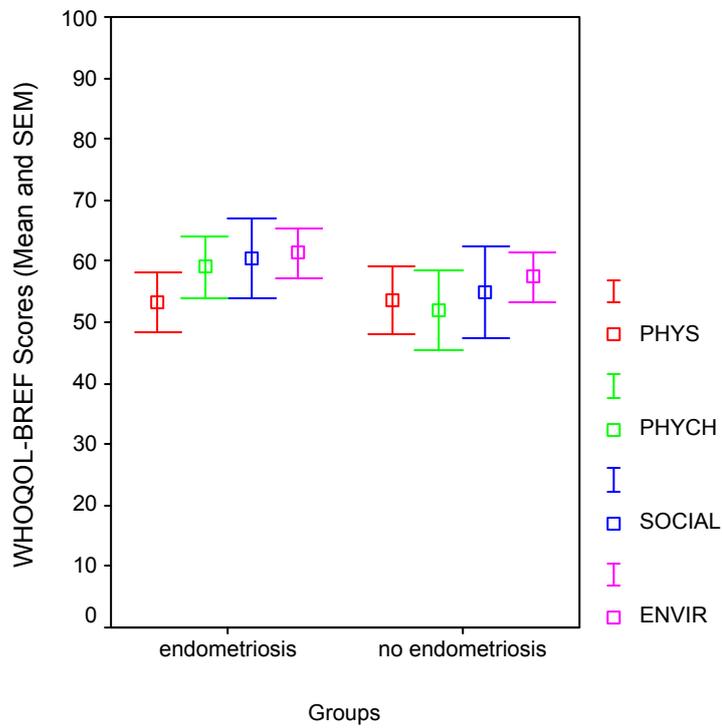


Figure 2 - WHOQOL-bref scale comparison between endometriotic and no-endometriotic patients with pelvic pain ($P>0.05$). The squares represent the mean and the lines the standard error of mean (SEM).

References

- (1) Fauconnier A, Chapron C .Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. Hum Reprod Update 2005 Nov-Dec; 11(6):595-606.
- (2) Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. Science 2005 Jun 10; 308(5728):1587-9.
- (3) Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P and Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. Fertil Steril 2004; 82:878-884.
- (4) Dlugi AM, Miller JD and Knittle J. Lupron depot (leuprolide acetate for depot suspension) in the treatment of endometriosis: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Lupron Study Group. Fertil Steril 1990; 54:419-427
- (5) Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N and Haines P. (1994) Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. Fertil Steril 1994; 62:696-700.
- (6) Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. Eur J Pain 2005 Jun; 9(3):267-75.
- (7) Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 Aug; 187(2):501-11.
- (8) Hodgkiss AD, Sufraz R, Watson JP. Psychiatric morbidity and illness

behaviour in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1994 Jan; 38(1):3-9. Erratum in: *J Psychosom Res* 1994 Feb;38(2):167.

(9) Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1996 Mar; 40(3):305-15.

(10) Ford J, English J, Miles WA, Giannopoulos T. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG* 2004 Apr; 111(4):353-6.

(11) Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res* 2004 Apr; 13(3):705-13.

(12) The American Fertility Society. Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis. *Fertil. Steril* 1985; 43:351-2.

(13) Chaves MLF, Ilha D, Maia ALG, Motta E, Lehmen R, Oliveira LM.

Diagnosing dementia and normal aging: clinical relevance of brain ratios and cognitive performance in a Brazilian sample. *Brazilian J Med Biol Res* 1999; 32: 1133-1143.

(14) Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-83.

(15) Valença AM, Nardi AE, Mezzasalma MA, et al. Therapeutic response to benzodiazepine in panic disorder subtypes. *Sao Paulo Med J* 2003; 121(2): 77-80.

(16) Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín* 1996; 25:245-50.

- (17) Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol* 2001 Aug; 98(2):258-64.
- (18) Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Jul; 80(7):628-37.
- (19) Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004 Feb; 49(2):115-20.
- (20) Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F and Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril* 1996; 65:299-304.
- (21) Horng YS, Hwang YH, Wu HC, Liang HW, Mhe YJ, Twu FC, Wang JD. Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. *Spine* 2005; 30(5):551-5.

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA

Oliveira LM¹, Passos EP¹, Freitas FM¹, Chaves MLF², Rosa V¹, Glitz CL¹, Cunha-Filho JS¹

¹ Centro de Reprodução Humana, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

² Serviço de Neurologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Para quem as correspondências devem ser enviadas.

Centro de Reprodução Humana

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Luciano Machado de Oliveira

Rua Ramiro Barcelos, 2350/1135

90035-003 - Porto Alegre - RS - Brasil

E-mail: luciano.oliveira@hmv.org.br

Resumo

Introdução: Endometriose é uma doença prevalente em mulheres jovens, geralmente associada com dor pélvica crônica. Estas pacientes podem apresentar algum grau de desajuste sócio-econômico e comportamental. O objetivo do presente estudo é investigar o efeito da endometriose na qualidade de vida, e nos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes sofrendo de dor pélvica crônica.

Material e métodos: Realizamos um estudo transversal, com 32 pacientes com endometriose e dor pélvica crônica comparadas a 22 mulheres com dor pélvica de etiologia desconhecida. As pacientes foram avaliadas através do questionário WHOQOL-bref para qualidade de vida, Inventário de Depressão de Beck para depressão e Escala de Hamilton para ansiedade. A escala visual-analógica de dor foi utilizada para medir a intensidade da dor. Excluímos distúrbios cognitivos através do uso do Exame do Estado Mental (Mini-Mental State) no começo do protocolo de pesquisa.

Resultados: Pacientes foram comparadas em termos de características clínicas, demográficas e obstétricas, apenas havendo diferença entre os grupos quanto à média de idade. Não houve diferença quando comparados: o estado cognitivo, depressão e ansiedade entre ambos os grupos de pacientes. Também, quando comparados os escores da escala visual-analógica de dor entre pacientes com dor pélvica e endometriose ($5,9 \pm 2,7$) e sem endometriose ($5,7 \pm 3,3$) não houve diferença estatística.

Conclusões: As pacientes com endometriose e dor pélvica crônica não

diferiram, em termos de qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão, daquelas sem endometriose e também com dor pélvica crônica. Este estudo demonstrou claramente que a endometriose, por si só, não afetou a qualidade de vida ou os sintomas de ansiedade e depressão da amostra.

Descritores: endometriose, dor pélvica, depressão, ansiedade, qualidade de vida.

Introdução

Endometriose é uma doença benigna que afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva. Esta doença pode ser descoberta acidentalmente, entretanto, usualmente é associada com diminuição da fertilidade ou dor pélvica.

A evidência epidemiológica relacionando endometriose e dor pélvica é extremamente controversa para o tipo ovariano de endometriose (endometrioma) (1). Por outro lado, a evidência principal relacionando endometriose com infiltração superficial e endometriose com infiltração profunda (DIE: *deep infiltrating endometriosis*) é bastante vigorosa (1,2). Recentemente, um artigo tentou elucidar a fisiopatologia da dor pélvica na DIE (2), mostrando o envolvimento nervoso neste tipo de desordem.

Embora a fisiopatologia da dor pélvica em pacientes com endometriose superficial (peritoneal) permaneça de alguma forma especulativa, é bem documentado em diversos ensaios clínicos que o tratamento destes pacientes diminui os sintomas associados (3,4).

Dor pélvica é uma doença extremamente devastante em termos de qualidade de vida e impacto sócio-econômico. Diversos estudos com diferentes métodos relataram a associação entre essa condição e o impacto nas atividades femininas (5-7).

Obviamente, se algumas pacientes com endometriose sofrem de dor pélvica, podemos esperar que essas pacientes também terão suas vidas

afetadas. Isto é relativamente verdadeiro comparando-se fatores psicossociais de pacientes com endometriose e dor pélvica inexplicada (8,9). Além disso, o tratamento correto para endometriose aumenta a qualidade de vida e melhora o comportamento social dessa população (9).

Alguns autores desenvolveram um questionário específico bem estruturado para endometriose (10-11) e enfatizaram que este é o método correto para avaliar-se a qualidade de vida nas pacientes com endometriose. Contudo, um questionário específico tem algumas desvantagens: é válido somente para a população testada e pode não ser apropriado para comparações externas, como outros tipos de dor pélvica.

As referências bibliográficas são bastante escassas quanto a relatos de ansiedade, depressão e até dos efeitos da endometriose na qualidade de vida. Temos algumas evidências que dor pélvica afeta qualidade de vida, mas qualquer tipo de patologia dolorosa também terá este efeito.

O objetivo do presente estudo é avaliar os efeitos da endometriose na qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes sofrendo de dor pélvica crônica.

Material e Métodos

Delineamento

Realizamos um estudo transversal com pacientes que queixavam-se de dor pélvica crônica.

Pacientes

Cinquenta e quatro (54) pacientes foram incluídas em nosso protocolo de estudo, obedecendo o conceito de dor pélvica crônica. E, tendo como fatores de exclusão: déficit cognitivo moderado a grave (MMSE<15) e uso de medicamentos analgésicos opióides ou antidepressivos ou ansiolíticos. Grupo 1 (endometriose) formado por 32 pacientes com diagnóstico confirmado através de videolaparoscopia e grupo 2 (grupo controle) formado por 22 pacientes que procuraram auxílio médico devido a dor pélvica e nas quais endometriose não foi diagnosticada. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e o consentimento informado foi obtido de todas as pacientes. Duas pacientes foram excluídas pelo uso de antidepressivos. Não houve abandono do estudo por nenhuma das participantes, até a sua conclusão.

Protocolo de Estudo

Todas as pacientes incluídas foram primeiramente entrevistadas por um avaliador treinado a fim de excluir um déficit cognitivo usando o exame do estado mental (*Mini Mental State Examination* - MMSE) como descrito abaixo. A seguir, os questionários para avaliação da intensidade dolorosa (Escala Visual-Analógica), qualidade de vida, depressão e ansiedade foram aplicados pelo mesmo avaliador. Apenas, após esta triagem, as pacientes foram submetidas à

laparoscopia para investigação da dor pélvica.

Dor Pélvica Crônica

Definimos dor pélvica crônica como uma dor intermitente ou contínua na área pélvica que dura pelo menos 6 meses, excluindo dismenorréia e dispareunia.

Laparoscopia

Todas as pacientes foram submetidas à laparoscopia para investigação da dor pélvica; o procedimento foi realizado sempre pelo mesmo examinador (CLG). O estágio da endometriose foi estabelecido de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (12).

Exame do Estado Mental

Mini-Mental State Examination (MMSE)

MMSE é um método largamente utilizado para avaliar o estado mental cognitivo. O estabelecimento da função cognitiva é importante na avaliação clínica devido a reconhecida alta prevalência de déficit cognitivo nos pacientes em geral. Como instrumento clínico, o MMSE tem sido usado para detectar o curso da doença e monitorar a resposta ao tratamento. O MMSE tem sido usado também como ferramenta de pesquisa para triagem de desordens cognitivas em estudos epidemiológicos e acompanhar mudanças cognitivas em ensaios clínicos. Ele avalia orientação, atenção, memória imediata e de curta duração, linguagem e habilidade de seguir simples comandos verbais e escritos. Além disso, permite um escore total que coloca o indivíduo numa escala de função cognitiva (13).

Segundo os escores da avaliação pelo MMSE, temos:

Limite inferior normal: MMSE=21

Deterioração intelectual leve: $21 > \text{MMSE} \geq 15$

Deterioração intelectual moderada: $15 > \text{MMSE} \geq 5$

Deterioração intelectual grave: $\text{MMSE} < 5$

Escala Visual- Analógica (EVA) de Dor

Foi usada para medir a intensidade média da dor nos últimos três dias (média de repouso e atividade). Uma escala de 10 cm sinalizada com "0" (sem dor) e "10" (a dor mais intensa), e os pacientes foram instruídos como usa-la. Por ser um instrumento simples para a avaliação quantitativa da dor, é de uso freqüente em estudos que têm que mensurar fenômenos dolorosos.

Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)

Versão brasileira do questionário da Organização Mundial da Saúde em Qualidade de Vida. O WHOQOL- bref foi recentemente obtido dos 100 itens do WHOQOL-100 como instrumento genérico e multidimensional para avaliação da qualidade de vida. Sendo a versão abreviada, é um questionário de 26 itens, incluindo 2 itens gerais de qualidade de vida e estado de saúde e outros 24 itens categorizados em 4 domínios (físico, psicológico, social e ambiental). O escore de cada item estende-se de 1 a 5, com o escore mais alto indicando a melhor qualidade de vida do correspondente item. O escore varia de 4 a 20, o qual é obtido multiplicando o escore médio de todos os itens no domínio pelo mesmo fator 4 (14).

Avaliação da Ansiedade

Escala Hamilton de Avaliação da Ansiedade (HARS)

Foi desenvolvida por Hamilton e feita numa forma estruturada que é largamente utilizada na avaliação dos níveis de ansiedade e mudanças na severidade dos sintomas. Inclui 14 itens avaliando sintomas físicos e psicológicos (15).

Os escores variam de 0 a 56, sendo o ponto de corte para ansiedade generalizada valor >15.

Avaliação da Depressão

Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI)

O revisado BDI é uma escala de auto-avaliação contendo 21 itens para graduar a severidade da depressão. O escore de itens varia de 0 até 3. A confiança de consistência interna é adequada para diagnósticos mistos assim como para episódios de depressão maior simples ou recorrente (16).

O ponto de corte recomendado para depressão é o escore total do BDI >20.

Estatística

O teste t de *Student* foi usado para analisar dados contínuos, enquanto o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher foi usado para categorizar os dados. O valor de $P < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

O cálculo da amostra antes deste protocolo de estudo requereu a inclusão de 40 pacientes para um $P\beta = 80\%$.

Utilizamos para o cálculo do tamanho amostral o desfecho primário, qualidade de vida, considerando a média de 60 com desvio padrão de 10 e uma diferença a ser detectada de 20. Neste caso, precisaríamos de um N total de 30 pacientes.

Resultados

As características clínicas, demográficas e obstétricas da amostra são apresentadas na tabela 1. As pacientes de ambos os grupos são comparáveis na grande maioria destas características ($P > 0.05$), exceto na média de idade ($P = 0,022$).

Não há diferença comparando a avaliação cognitiva, depressão e ansiedade entre ambos os grupos de pacientes (tabela 2), além do mais, comparando os escores da escala visual analógica de dor entre os pacientes com dor pélvica e endometriose (5.9 ± 2.7) e não endometriose (5.7 ± 3.3) não há diferença estatística (figura 1).

A porcentagem das pacientes com escore da escala de *Beck* abaixo do ponto de corte para depressão (17/32 e 8/22, endometriose e grupo controle, respectivamente) foi similar entre os grupos estudados ($P = 0.379$). Além disso, o diagnóstico de depressão não foi diferente entre os grupos, de acordo com os critérios de Beck (8 de 32 no grupo de endometriose e 4 de 22 no grupo controle, $P = 0.762$).

Há um número considerável de pacientes de ambos os grupos com diagnóstico de ansiedade (através da escala de Hamilton), 25 de 32 e 21 de 22, endometriose e grupo controle, respectivamente. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($P = 0.152$).

Comparando o questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref) em termos de parâmetros físico, psicológico, social e ambiental, os grupos são comparáveis sem diferença estatística, como demonstrado na figura 2.

A análise dos estágios no grupo de endometriose demonstrou uma

distribuição de:

Estágio I (endometriose mínima): 17 pacientes

Estágio II (endometriose leve): 5 pacientes

Estágio III (endometriose moderada): 6 pacientes

Estágio IV (endometriose grave): 4 pacientes

Analisando a associação entre estes estágios de endometriose, a intensidade da dor e a qualidade de vida, não encontramos diferença significativa (Tabela 3 - anexa).

Realizando o poder ($P\beta$) com nossos resultados, considerando a maior diferença sendo o WHOQOL-bref para avaliação psicológica, temos o $P\beta$ de 80%. Se a diferença entre os grupos fosse de 10, o poder seria de 93%. E, como inicialmente calculado, de 20, nosso $P\beta$ atingiria 100%.

Discussão

Neste estudo demonstramos que a qualidade de vida não é afetada por endometriose, por si só. O principal destaque de nossa pesquisa é o fato de que estamos estudando os efeitos da endometriose em alguns aspectos do comportamento social e não as conseqüências da dor pélvica.

Ambos os grupos estudados não diferiram em termos de desfechos obstétricos ou anos de educação formal. Nós também analisamos esses dados para excluir e controlar um possível viés de confusão, o que poderia modificar nossos resultados.

Na literatura, a diferença de idade entre amostras que mantêm as demais

características demográficas similares não interfere nos índices de qualidade de vida na comparação destas. Por isso, a diferença da média de idade entre os grupos ($P=0,022$) não determina alteração nos resultados obtidos.

Já foi bem demonstrado que pacientes com dor pélvica crônica têm uma diminuição em sua qualidade de vida e, conseqüentemente, em suas adaptações sociais, e um aumento na morbidade (4,6).

Outros encontraram que o tratamento hormonal para endometriose melhora fatores de importância para a qualidade de vida, como distúrbios do sono e sintomas de ansiedade e depressão (17). Esse resultado é confirmado numa outra pesquisa que incluiu pacientes com endometriose e dor pélvica que foram tratados com ressecção radical (9). Outro grupo de investigadores que estudou apenas pacientes com endometriose e dor pélvica, demonstrou um escore precário de qualidade de vida e este achado não foi associado com intensidade da dor, uso de medicação ou o fato de viver com um parceiro(18).

Jones et al (2002) numa revisão sistemática demonstraram que saúde mental foi a pior área de qualidade de vida relacionada à dor pélvica crônica. Enquanto a última área afetada foi o funcionamento físico. Além disso, quando a dor pélvica é o primeiro sintoma de endometriose, parece ter um impacto muito negativo na qualidade de vida comparada com aquelas condições em que dor pélvica não é o sintoma predominante.

É notável a alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão que encontramos em ambos os grupos de nossa amostra. No entanto, é um achado esperado e consistente porque incluímos apenas pacientes que sofriam de dor pélvica crônica. Além disso, é muito importante reforçar que nosso objetivo

principal é investigar o papel da endometriose, além da dor pélvica, como um fator determinante de qualidade de vida e comportamento.

Decidimos não utilizar um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pacientes com endometriose, porque seria um viés de avaliação significativo no momento em que incluímos pacientes sem endometriose em nosso estudo. Nossos resultados estão de acordo com os resultados de Peveler et al (1996), que não demonstraram qualquer diferença em termos de alteração de humor ou características de personalidade comparando pacientes com dor pélvica e endometriose e dor pélvica inexplicável.

Um outro aspecto importante da nossa amostra foi o fato de que os escores da escala visual-analógica de dor foram similares entre os grupos. Esses achados controlam uma tendência de que algum grupo de pacientes apresentasse maior intensidade dolorosa. Laursen et al (2005) mostrou que pacientes com dor pélvica crônica podem apresentar algum grau de hiperalgesia e um prejuízo em alguns parâmetros da qualidade de vida. Além disso, esses pesquisadores verificaram que um aumento na intensidade da dor pélvica está associado com deterioração da qualidade de vida.

A associação entre dor pélvica e endometriose é debatida na literatura. Para endometriose infiltrativa profunda nós temos evidência e até uma boa explicação fisiopatológica para dor pélvica, por outro lado, não há evidência associando endometriose e dor pélvica em pacientes com endometriomas (1,2) ou, associando o estágio da endometriose, de acordo com a Classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (1985).

Além disso, a evidência mais importante sugerindo conexão entre

endometriose superficial ou peritoneal e dor pélvica crônica é o fato de que o tratamento hormonal para endometriose é realmente efetivo para dor pélvica (3-4).

Utilizando o mesmo questionário de qualidade de vida, alguns investigadores encontraram correlações significantes da qualidade de vida com intensidade da dor, escala de incapacidade e dados de incapacidade em pacientes com dor lombar (21). Esses resultados mostram o impacto da dor na qualidade de vida e a importância da sua intensidade como fator determinante.

O estudo e o conhecimento da dor pélvica crônica e suas conseqüências em termos de aspectos sócio-econômicos e comportamentais são fundamentais, devido a alta prevalência dessa doença e a idade da população afetada (mulheres jovens). A utilização de um instrumento válido e bem documentado para medir esses aspectos psicossociais é essencial, sendo necessário um questionário específico para dor pélvica que inclua todos os aspectos e etiologias relacionados a essa doença, o que não fica restrito à endometriose.

Em conclusão, nós demonstramos que a endometriose, por si só, não afeta a qualidade de vida ou sintomas como ansiedade e depressão da amostra estudada. Além disso, há um aumento desses sintomas em pacientes com endometriose e dor pélvica crônica que exigem uma atuação multiprofissional, enfatizando não só o tratamento hormonal ou cirúrgico, mas todos os aspectos sociais e comportamentais de cada paciente.

Tabela 1- Características clínicas, demográficas e obstétricas. Dados são mostrados como a média \pm desvio padrão.

	Grupo de estudo (com endometriose) n=32	Grupo controle (sem endometriose) n=22	<i>Estatística</i> <i>(P)</i>
Idade (anos)	33.9 \pm 8.2	39.2 \pm 8.0	0.022
Tempo de educação formal (anos)	8.3 \pm 3.4	8.8 \pm 3.6	0.616
Paridade	63%	83%	0.198
Parto vaginal	40%	56%	0.379
Cesárea	33%	33%	0.768
Abortos	23%	33%	0.616

Tabela 2 - Mini-Mental, depressão (inventário de *Beck*) e ansiedade (escala de *Hamilton*).

Dados são mostrados como média \pm desvio padrão.

	Grupo de estudo (com endometriose) n=32	Grupo controle (sem endometriose) n=22	<i>Estatística</i> <i>(P)</i>
MINI-MENTAL	25.6 \pm 3.2	25.0 \pm 4.0	0.571
BECK	15.4 \pm 8.3	17.5 \pm 8.2	0.371
HAMILTON	27.1 \pm 11.9	30.2 \pm 11.4	0.344

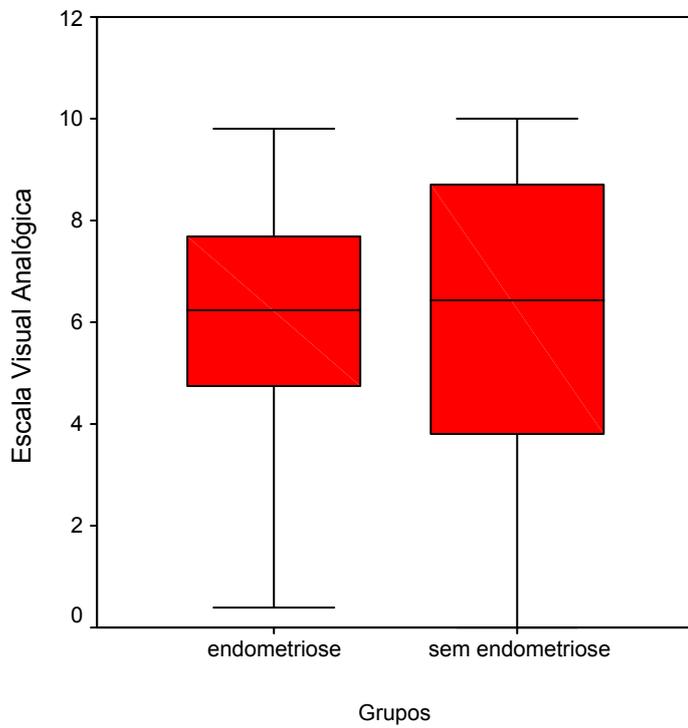


Figura 1 – Comparação de escores da Escala Visual-Analógica de dor entre ambos os grupos ($P=0.851$). Gráfico resumido com base na média, quartis, e valores máximos. A caixa representa variação interquartis que contem 50% dos valores. Os *whiskers* são as linhas verticais que se estendem da caixa até os valores mais alto e mais baixo. A linha que atravessa a caixa indica a média.

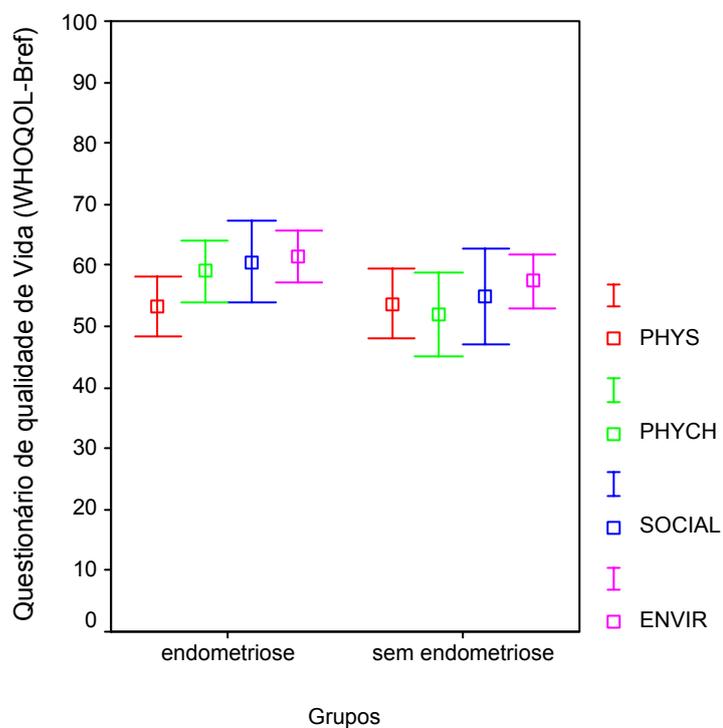


Figura 2 – Comparação dos resultados do questionário WHOQOL-bref entre pacientes endometrióticas e não-endometrióticas com dor pélvica ($P>0.05$). Os quadrados representam a média e as linhas, o erro padrão da média (standard error of mean - SEM).

Referências

- (1) Fauconnier A, Chapron C .Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. Hum Reprod Update 2005 Nov-Dec; 11(6):595-606.
- (2) Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. Science 2005 Jun 10; 308(5728):1587-9.
- (3) Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P and Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. Fertil Steril 2004; 82:878-884.
- (4) Dlugi AM, Miller JD and Knittle J. Lupron depot (leuprolide acetate for depot suspension) in the treatment of endometriosis: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Lupron Study Group. Fertil Steril 1990; 54:419-427
- (5) Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N and Haines P. (1994) Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. Fertil Steril 1994; 62:696-700.
- (6) Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. Eur J Pain 2005 Jun; 9(3):267-75.
- (7) Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002 Aug; 187(2):501-11.
- (8) Hodgkiss AD, Sufraz R, Watson JP. Psychiatric morbidity and illness

behaviour in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1994 Jan; 38(1):3-9. Erratum in: *J Psychosom Res* 1994 Feb;38(2):167.

(9) Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1996 Mar; 40(3):305-15.

(10) Ford J, English J, Miles WA, Giannopoulos T. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG* 2004 Apr; 111(4):353-6.

(11) Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res* 2004 Apr; 13(3):705-13.

(12) The American Fertility Society. Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis. *Fertil. Steril* 1985; 43:351-2.

(13) Chaves MLF, Ilha D, Maia ALG, Motta E, Lehmen R, Oliveira LM.

Diagnosing dementia and normal aging: clinical relevance of brain ratios and cognitive performance in a Brazilian sample. *Brazilian J Med Biol Res* 1999; 32: 1133-1143.

(14) Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-83.

(15) Valença AM, Nardi AE, Mezzasalma MA, et al. Therapeutic response to benzodiazepine in panic disorder subtypes. *Sao Paulo Med J* 2003; 121(2): 77-80.

(16) Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades

- psicométricas da versão em português. Rev Psiquiatr Clín 1996; 25:245-50.
- (17) Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. Obstet Gynecol 2001 Aug; 98(2):258-64.
- (18) Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand 2001 Jul; 80(7):628-37.
- (19) Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. J Reprod Med 2004 Feb; 49(2):115-20.
- (20) Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F and Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. Fertil Steril 1996; 65:299-304.
- (21) Horng YS, Hwang YH, Wu HC, Liang HW, Mhe YJ, Twu FC, Wang JD. Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. Spine 2005; 30(5):551-5.

7. Conclusões

A qualidade de vida das pacientes com dor pélvica crônica, não foi afetada de forma significativa pela presença de endometriose concomitante, quando comparada com mulheres que apresentavam dor de outra etiologia.

A avaliação quantitativa da dor, através da escala visual-analógica, não demonstrou variação significativa na intensidade do sintoma referido, quando comparados os grupos estudados com e sem endometriose.

Os escores da Escala de Hamilton para sintomas de ansiedade, embora com uma prevalência aumentada, não foram diferentes, na comparação entre os grupos estudados.

Assim como na avaliação de ansiedade, notamos uma prevalência elevada de depressão na amostra estudada. Possivelmente, relacionada ao sofrimento crônico ao qual está submetida. Mas, também não foi encontrada diferença significativa nos escores do Inventário de Beck nos grupos de pacientes com dor pélvica crônica, apresentando ou não endometriose.

8. Perspectivas

Após a revisão dos temas abordados neste estudo e a avaliação do contexto global de impacto sobre a vida das pacientes com dor pélvica crônica com ou sem endometriose; nota-se uma carência de instrumentos válidos para análise das diversas características envolvidas nestes quadros.

O manejo ideal de pacientes com DPC deve ser feito através de uma abordagem interdisciplinar, visando um acompanhamento mais efetivo de pacientes que apresentam uma prevalência bastante alta de sintomas de ansiedade e depressão. E, que possuem um quadro clínico de etiologia bem variada, a esclarecer.

Existe a necessidade de registros epidemiológicos mais efetivos, para otimizar o estudo destas condições patológicas em nosso meio.

9. ANEXOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO
AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAR DE UM PROJETO DE PESQUISA**

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-bref

**EXAME DO ESTADO MENTAL
MINI-MENTAL STATE EXAMINATION**

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDADE

ESCALA VISUAL-ANALÓGICA DE DOR

CLASSIFICAÇÃO DO ESTÁGIO DA ENDOMETRIOSE (32 PACIENTES)

TABELA 3

Tabela 3. Comparação dos escores de avaliação cognitiva, depressão, ansiedade, escala visual-analógica de dor e qualidade de vida em pacientes com endometriose com diferentes estágios, teste de ANOVA.

	Estatística (<i>P</i>)
MINI MENTAL	0,868
Beck	0,476
Hamilton	0,948
EVA	0,422
WHOQOL-bref	
Físico	0,934
Psicológico	0,884
Social	0,421
Ambiental	0,383
