

## Endometriose: Tratamento Cirúrgico

*Autoria: Federação Brasileira das Associações de  
Ginecologia e Obstetrícia*

---

**Elaboração Final:** 10 de outubro de 2011

**Participantes:** Tcherniakovsky M, Paramo GL, Ruano JMC,  
Martins LEU, Mieli MPA, Simões R

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:**

A revisão bibliográfica de artigos científicos desta diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (*MeSH terms*): *Endometriosis; Endometrioma; Pelvic Pain; Ovarian Cysts; Drainage; Laser Therapy; Fertilization in Vitro; Laparoscopic Surgery*. Os artigos foram selecionados após avaliação crítica da força de evidência científica por especialistas das Sociedades participantes, sendo utilizadas para as recomendações as publicações de maior força. As recomendações foram elaboradas a partir de discussão com o grupo elaborador. Toda a diretriz foi revisada por grupo especializado, independente, em diretrizes clínicas baseadas em evidências.

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## **OBJETIVO:**

Apresentar as diretrizes fundamentais para o tratamento cirúrgico da endometriose peritoneal e ovariana, considerando o antecedente de dor pélvica crônica e/ou infertilidade ou assintomático.

## **CONFLITO DE INTERESSE:**

Nenhum conflito de interesse declarado.

## INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença crônica inflamatória benigna, estrogênio-dependente, definida como a presença de glândulas e estroma endometrial em locais que não a cavidade uterina, principalmente na cavidade pélvica, peritônio e ovários<sup>1</sup>(D). Acomete cerca de 5% a 10% da população feminina em idade reprodutiva, estando associada a sintomas que impactam negativamente no bem-estar biopsicossocial<sup>1</sup>(D). Em mulheres que se queixam de dor pélvica e/ou infertilidade, a frequência eleva-se, encontrando-se em torno de 35% a 50%<sup>2</sup>(B). O diagnóstico de endometriose é mais frequentemente realizado em mulheres na menacme, sendo, na maioria das vezes, tardio, em virtude da ampla variabilidade de sinais e sintomas, bem como da existência de fatores de confusão com outras doenças. Raramente é encontrada em mulheres na pós-menopausa, exceto nas que fazem terapia hormonal (TH).

Os sítios mais comumente afetados perfazem os órgãos pélvicos e peritônio, apesar de serem descritos comprometimentos em outros sistemas<sup>3</sup>(C). A extensão da doença pode variar desde pequenas lesões a grande comprometimento de órgãos pélvicos, cistos endometrióticos ovarianos (endometriomas) e/ou extensas formações de fibrose e adesões, causando distorções da anatomia dos órgãos pélvicos.

Apesar de ter sido primeiramente descrita em 1860, vários estudos existem a respeito da etiopatogênica, da clínica e do tratamento clínico-medicamentoso da endometriose, entretanto não demonstrando, até o presente momento, consenso a respeito dessa doença.

É neste contexto que o tratamento da endometriose se desenvolve, devendo este ser sempre individualizado, levando-se em consideração o problema clínico em questão, o impacto da doença e o efeito do seu tratamento na qualidade de vida.

### **1. QUAL É O PAPEL DESEMPENHADO PELA VIDEOLAPAROSCOPIA NA SUSPEITA CLÍNICA DE ENDOMETRIOSE?**

O principal sintoma relacionado à endometriose é a dismenorrea, que se distingue da dismenorrea primária por apresentar

caráter progressivo. Além do mais, trata-se de dor refratária ao tratamento medicamentoso habitual. Todavia, vários sinais e sintomas, dentre os quais se apresenta a dor pélvica, são comuns a inúmeras doenças, tais como infecções pélvicas, miomatose uterina, afecções urológicas, gastrointestinais e músculo-esqueléticas. Dessa maneira, o diagnóstico deve ser feito de maneira acurada, considerando-se as diferentes abordagens terapêuticas necessárias para cada doença. Sendo assim, a laparoscopia diagnóstica, técnica cirúrgica minimamente invasiva, surge como ferramenta essencial para o diagnóstico diferencial de doenças intra-abdominais, permitindo a inspeção direta de amplas áreas de superfície de órgãos intra-abdominais, realização de biópsias dirigidas e coleta de aspirados, bem como tornando possível a intervenção terapêutica<sup>4</sup>(A).

Apesar da obtenção de elevada suspeição do diagnóstico de endometriose por meio do acesso à história clínica (pormenorizando as características da dor), exame físico, emprego de exames de imagem e marcadores não-específicos, como o CA-125, o diagnóstico de certeza é obtido apenas pelo exame histopatológico. Dessa forma, a videolaparoscopia surge como padrão-ouro para a identificação de lesões suspeitas de endometriose, possibilitando a realização de biópsias dirigidas e confirmação do diagnóstico anatomopatológico<sup>5</sup>(C). Frequentemente, o diagnóstico de endometriose é realizado apenas por meio da inspeção cirúrgica, tanto por via laparotômica quanto laparoscópica, sem a realização de biópsias, entretanto, em virtude da ampla variabilidade de lesões encontradas nessa doença, pode-se facilmente incorrer em diagnóstico errôneo<sup>6</sup>(B)<sup>7</sup>(C).

O levantamento multicêntrico de registros de cirurgias videolaparoscópicas realizadas em 164 mulheres, sob suspeita clínica de endometriose, identificou que das 264 lesões identificadas e biopsiadas como endometrióticas por meio da visualização laparoscópica, apenas 142 (54%) correspondiam ao diagnóstico histopatológico de endometriose<sup>8</sup>(C).

Estudo prospectivo incluindo mulheres com idade variando dos 20 aos 44 anos, submetidas a videolaparoscopia por queixa de dor pélvica crônica (excluído outros diagnósticos possíveis), identificou 44 casos de endometriose por meio da inspeção visual. Entretanto, à análise histopatológica, seis (13,6%) casos não correspondiam à endometriose<sup>9</sup>(B).

## Recomendação

A videolaparoscopia apresenta-se atualmente como exame padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose, na medida que possibilita, pela visualização direta da lesão suspeita, a realização da biópsia dirigida, confirmando o diagnóstico por meio do exame anatomopatológico. Dessa maneira, tratamento dirigido à endometriose pode ser indicado, não incorrendo em indicações errôneas de tratamentos prolongados e desnecessários (clínicos e/ou cirúrgicos) ou atrasos na indicação do tratamento adequado, quando o diagnóstico é baseado apenas na característica laparoscópica da lesão.

## 2. EM PACIENTES COM HISTÓRIA DE DOR PÉLVICA CRÔNICA É VANTAJOSO INDICARMOS A VIDEOLAPAROSCOPIA?

A endometriose apresenta-se em aproximadamente 70% das mulheres com queixa de dor pélvica crônica, ocorrendo frequentemente

naquelas em idade reprodutiva, ocasionando, por conseguinte, impacto negativo sobre a qualidade de vida<sup>10</sup>(D). Em decorrência das alterações anatômicas ocasionadas pela doença, infertilidade também é observada nos diferentes estádios. A indicação do tratamento cirúrgico em mulheres com endometriose visa à remoção de áreas visíveis da doença, possibilitando a restauração da anatomia por meio da lise de aderências, aliviando dessa maneira sintomas dolorosos.

Em estudo randomizado, mulheres na faixa etária média dos 32 anos (DP= 5,8 anos) e portadoras de sinais e sintomas clínicos sugestivos de endometriose (pacientes com queixa de dismenorrea, dispareunia e anormalidade pélvica ao exame ginecológico) foram submetidas a abordagem cirúrgica por via laparoscópica, sendo realizada excisão de lesões evidentes ou suspeitas para endometriose (grupo randomizado para o tratamento) ou apenas a videolaparoscopia diagnóstica (grupo placebo), visando ao estadiamento da doença. No período de seguimento de seis meses, observou-se, por meio da avaliação da dor com aplicação da escala visual analógica (VAS), significativa melhora nas pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico, isto é, naquelas submetidas a laparoscopia associada à excisão de lesões evidentes ou suspeitas para endometriose, em comparação àquelas submetidas a laparoscopia visando apenas o estadiamento da doença (melhora na sintomatologia dolorosa de 80% *versus* 32%, respectivamente)<sup>11</sup>(A).

Outro estudo prospectivo randomizado, analisando mulheres com sintomas sugestivos de endometriose (dismenorrea, dispareunia e dor pélvica) e submetidas a cirurgia videolaparoscópica com ablação dos focos suspeitos de endometriose e/ou adesiólise ou submetidas a laparoscopia diagnóstica apenas, observou, após

período de seguimento de seis meses, por meio da utilização da VAS, melhora significativa no alívio da dor (62% *versus* 22%, respectivamente)<sup>12</sup>(A).

Aspecto interessante refere-se ao benefício persistente da realização da videolaparoscopia indicada no tratamento da dor pélvica crônica originária da endometriose. Em estudo de coorte prospectivo, mulheres na faixa etária média de 31 anos e queixas sugestivas de endometriose (dismenorrea, dispareunia e dor pélvica não relacionada à menstruação) foram submetidas a laparoscopia com excisão de focos de endometriose (confirmados por meio de exame histopatológico). Observou-se que, no período de seguimento de cinco anos, as queixas de sintomas dolorosos, avaliadas por meio de VAS, apresentaram-se inferiores, quando comparado ao período anterior à intervenção cirúrgica<sup>13</sup>(B).

## Recomendação

A cirurgia videolaparoscópica, indicada no tratamento da endometriose em pacientes portadoras de dor pélvica visando a exérese de lesões de endometriose, cauterização de focos e adesiólise, demonstra benefício no alívio da dor, em comparação à laparoscopia diagnóstica<sup>14</sup>(A).

## 3. NO CASO DE PACIENTES COM HISTÓRIA DE DOR PÉLVICA CRÔNICA E ENDOMETRIOSE DIAGNOSTICADA POR VIDEOLAPAROSCOPIA, QUAL É A MELHOR ABORDAGEM, CAUTERIZAÇÃO OU EXCIÇÃO DAS LESÕES?

Os achados de lesões sugestivas de endometriose no procedimento de videolaparoscopia dependem muito da experiência do cirurgião, sendo que o diagnóstico baseado apenas na inspeção visual permite elevado número de falsos positivos (mais de 40% dos casos suspeitos).

Para tanto, a obtenção de amostras por meio da realização de biópsias dirigidas, ou mesmo por meio da excisão completa da lesão, presta-se ao mesmo tempo tanto para o estabelecimento correto do diagnóstico como para o tratamento específico da doença em questão, entretanto reconhecendo ser essa técnica mais complexa e associada a maior risco de lesão de estruturas subjacentes. Outra abordagem passível de ser empregada, entretanto não isenta de riscos, é o emprego de procedimentos ablativos, todavia sendo estes incompletos, em virtude do dano térmico que podem causar sobre estruturas adjacentes e de não oferecerem substrato a ser submetido a exame anatomopatológico.

Em estudo prospectivo randomizado, mulheres na faixa etária média dos 28 anos e portadoras de sintomas dolorosos sugestivos de endometriose (dismenorreia, dispareunia de profundidade e/ou dor pélvica cíclica) foram submetidas a laparoscopia, sendo realizada excisão ou ablação de lesão suspeita de endometriose. Após período de 12 meses, não se observou diferença significativa entre os dois tratamentos com relação à queixa de dor, quando esta era analisada por meio da aplicação da VAS<sup>15</sup>(B).

## Recomendação

A realização de cauterização em detrimento à excisão de lesão sugestiva de endometriose, em paciente com queixa de dor pélvica crônica submetida a videolaparoscopia, não demonstra diferença significativa na melhora da dor.

## 4. QUAL É A MELHOR TÉCNICA DE ABORDAGEM DOS ENDOMETRIOMAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA, EXÉRESE DA CÁPSULA (OOFOROPLASTIA) OU DRENAGEM+CAUTERIZAÇÃO?

As formas moderadas de endometriose, que incluem endometriomas unilaterais e/ou pequenos cistos ovarianos bilaterais associados a adesões, podem ser tratadas por meio da videolaparoscopia. Em geral, endometriomas são removidos por meio da excisão da parede do cisto, sendo que evidências consistentes têm demonstrado que a simples aspiração do cisto está relacionada a elevadas taxas de recorrência<sup>16</sup>(B).

Em estudo randomizado, mulheres na faixa etária média dos 28 anos foram submetidas a laparoscopia por endometrioma apresentando à ultrassonografia diâmetro  $\geq 3,0$  cm, sendo realizada cistectomia (exérese da cápsula) ou fenestração associada a coagulação. Após período de seguimento de 24 meses, observou-se que a recorrência dos sintomas de dor e/ou dismenorreia, e a taxa de reintervenção cirúrgica por crescimento do cisto foram significativamente menores mediante realização da cistectomia em comparação à fenestração associada à coagulação (15,8% versus 56,7% e 5,8% versus 22,9% para recorrência de sintomas e reintervenção cirúrgica, respectivamente)<sup>17</sup>(B).

## Recomendação

A exérese da cápsula (ooforoplastia) apresenta-se como melhor técnica para o tratamento do endometrioma, com menor recorrência de sintomas e menor necessidade de reintervenção cirúrgica no período de 24 meses, em comparação à fenestração associada à coagulação.

## 5. EM PACIENTES COM INFERTILIDADE É VANTAJOSO INDICARMOS A VIDEOLAPAROSCOPIA?

A endometriose está fortemente associada à infertilidade, sendo que entre 20% e 60% das mulheres inférteis são afligidas por essa doença<sup>18</sup>(C).

A infertilidade associada à endometriose tem sido atribuída a alguns mecanismos, tais como obstrução mecânica em virtude da distorção anatômica anexial, interferência com o desenvolvimento do oócito e a reduzida receptividade do endométrio. Dessa forma, o tratamento cirúrgico visando ao restabelecimento da anatomia apresenta-se como excelente opção na correção da infertilidade associada à endometriose.

A literatura médica é vasta e controversa a respeito de quando devemos indicar a videolaparoscopia em casos de infertilidade, mas recentes trabalhos demonstram que existem benefícios ao se indicar a laparoscopia no tratamento da subfertilidade associada à endometriose, possibilitando aumento na taxa de gravidez futura<sup>19</sup>(A).

Em estudo prospectivo, mulheres com média etária de 32 anos e evidência clínica e ultrassonográfica de endometriose profunda foram submetidas à fertilização *in vitro* (FIV) ou injeção intracitoplasmática de espermatozoide (FIV/ICSI) ou a laparoscopia indicada para tratamento das lesões endometrióticas identificáveis, previamente à realização da FIV/ICSI (tempo médio entre os procedimentos de 3 a 18 meses). Observou-se que as pacientes previamente submetidas a laparoscopia com tratamento das lesões identificáveis apresentaram significativas taxas de implantação em comparação àquelas submetidas à FIV/ICSI apenas (32,1% *versus* 19%, respectivamente)<sup>20</sup>(B). O mesmo pode ser observado com relação às taxas de gestação obtidas (41% *versus* 24%)<sup>20</sup>(B).

## Recomendação

A indicação da videolaparoscopia com excisão de lesões endometrióticas identificáveis melhora significativamente as taxas de implantação em mulheres que posteriormente foram

submetidas a FIV ou ICSI.

## 6. A SECÇÃO DOS LIGAMENTOS UTEROSSACROS, TÉCNICA CONHECIDA COMO LUNA (LAPAROSCOPIC UTEROSACRAL NERVE ABLATION), MELHORA A DOR PÉLVICA CRÔNICA EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE?

A dor pélvica crônica representa uma condição heterogênea de causas muitas vezes desconhecidas. Na comunidade, mais de 60% das mulheres com queixa de dor pélvica crônica não apresentam diagnóstico específico, sendo que mais de 20% não se submeteram a qualquer procedimento diagnóstico. O fator mais comumente associado à dor pélvica de caráter crônico refere-se à síndrome do intestino irritável, entretanto, em centros terciários onde a realização da videolaparoscopia é factível, as entidades patológicas associadas à dor pélvica crônica são representadas pela endometriose (33%), bridas (24%) e, em 35% das vezes, sem doença identificável<sup>21</sup>(D). Processos patológicos, tais como aderências ou mesmo a endometriose, podem não se correlacionar com o sítio ou a intensidade da dor, sendo esta discrepância parcialmente explicada pela complexidade da neurofisiologia sensorial visceral. Dessa maneira, varias abordagens específicas para o tratamento da dor pélvica crônica têm sido descritas, como psicoterapia, tratamento medicamentoso, procedimentos cirúrgicos como a neurectomia pré-sacral ou a histerectomia, com ou sem ooforectomia bilateral, entretanto demonstrando muitas vezes resultados insatisfatórios, bem como elevada incidência de eventos adversos.

O simples procedimento de ablação de importante via carreadora de impulsos sensoriais aferentes apresenta-se como tratamento potencialmente benéfico para pacientes portadoras de dor pélvica crônica. Surge, assim, a técnica conhecida por LUNA, que

envolve a transecção do ligamento uterossacro próximo a sua inserção na cérvix uterina, possibilitando, dessa maneira, a interrupção das fibras aferentes sensoriais do plexo de Lee-Frankenhauser<sup>22,23</sup>(C).

Em estudo prospectivo randomizado multicêntrico, mulheres na faixa etária média dos 30 anos e com queixa de dor pélvica crônica (dismenorreia, dispareunia e dor pélvica acíclica) por período superior a seis meses e diagnosticadas como portadoras de endometriose leve visibilizada à videolaparoscopia foram submetidas ou não à ablação laparoscópica dos ligamentos uterossacos. Após período de seguimento de aproximadamente 69 meses e utilizando-se da VAS para análise da dor, observou-se não haver diferença significativa entre pacientes submetidas ou não à ablação dos ligamentos uterossacos para a dismenorreia, dispareunia

e dor pélvica acíclica (-0,09 cm com IC95%: -0,49 a 0,30 cm; 0,18 cm com IC95%: -0,22 a 0,62 cm e -0,11 cm com IC95%: -0,50 a 0,29 cm, respectivamente)<sup>24</sup>(A).

Entretanto, ao se analisar mulheres portadoras de dor pélvica crônica e ausência de endometriose, submetidas a LUNA, redução significativa na queixa de dismenorreia é observada após período de seguimento de 12 meses<sup>25</sup>(A).

## Recomendação

A realização da secção dos ligamentos uterossacos em mulheres com queixa de dor pélvica crônica associada à endometriose não demonstra resultados positivos com relação à melhora do quadro de dor, dismenorreia e dispareunia.



## REFERÊNCIAS

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789-99.
2. Sensky TE, Liu DT. Endometriosis: associations with menorrhagia, infertility and oral contraceptives. *Int J Gynaecol Obstet* 1980;17:573-6.
3. Elbek O, Börekçi S, Dikensoy E, Kibar Y, Bayram H, Bakir K, et al. Catamenial hemoptysis. *Tuberk Toraks* 2008;56:87-91.
4. Richardson WS, Stefanidis D, Chang L, Earle DB, Fanelli RD. The role of diagnostic laparoscopy for chronic abdominal conditions: an evidence-based review. *Surg Endosc* 2009;23:2073-7.
5. Martin DC, Hubert GD, Vander Zwaag R, el-Zeky FA. Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril* 1989;51:63-7.
6. Jansen RP, Russell P. Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:1154-9.
7. Martin DC, Khare VK, Parker LS. Clear and opaque vesicles: endometriosis, psammoma bodies, endosalpingiosis or cancer? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994;1(4 Part 2):S21.
8. Mettler L, Schollmeyer T, Lehmann-Willenbrock E, Schüppler U, Schmutzler A, Shukla D, et al. Accuracy of laparoscopic diagnosis of endometriosis. *JSLs* 2003;7:15-8.
9. Stratton P, Winkel C, Premkumar A, Chow C, Wilson J, Hearn-Stokes R, et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging, and histopathologic examination for the detection of endometriosis. *Fertil Steril* 2003;79:1078-85.
10. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril* 2008;90(5 Suppl):S260-9.
11. Abbott JA, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril* 2004;82:878-84.
12. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. 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.
13. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003;18:1922-7.
14. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Koninckx PR, Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD001300.
15. Healey M, Ang WC, Cheng C. Surgical treatment of endometriosis: a prospective

- randomized double-blinded trial comparing excision and ablation. *Fertil Steril* 2010;94:2536-40.
16. Marana R, Caruana P, Muzii L, Catalano GF, Mancuso S. Operative laparoscopy for ovarian cysts. Excision vs. aspiration. *J Reprod Med* 1996;41:435-8.
17. Alborzi S, Momtahan M, Parsanezhad ME, Dehbashi S, Zolghadri J, Alborzi S. A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. *Fertil Steril* 2004;82:1633-7.
18. Strathy JH, Molgaard CA, Coulam CB, Melton LJ 3<sup>rd</sup>. Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile women. *Fertil Steril* 1982;38:667-72.
19. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Farquhar C, Koninckx PR, Olive D. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD001398.
20. Bianchi PH, Pereira RM, Zanatta A, Alegratti JR, Motta EL, Serafini PC. Extensive excision of deep infiltrative endometriosis before in vitro fertilization significantly improves pregnancy rates. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:174-80.
21. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetl and Gynecol Surg* 1993;48:357-87.
22. Latthe PM, Powell RJ, Daniels J, Hills RK, Gray R, Gupta JK, et al. Variation in practice of laparoscopic uterosacral nerve ablation: a European survey. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:547-51.
23. Doyle JB. Paracervical uterine denervation by transection of the cervical plexus for the relief of dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1955;70:1-16.
24. Daniels J, Gray R, Hills RK, Latthe P, Buckley L, Gupta J, et al. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302:955-61.
25. Johnson NP, Farquhar CM, Crossley S, Yu Y, Van Peperstraten AM, Sprecher M, et al. A double-blind randomised controlled trial of laparoscopic uterine nerve ablation for women with chronic pelvic pain. *BJOG* 2004;111:950-9.