

Menopausa

Um Novo Ciclo



184ª Reunião da Sociedade
Portuguesa de Ginecologia
11 e 12 Março 2016
Hotel Vila Galé, Évora

PROGRAMA CIENTÍFICO

ACEDA À VERSÃO DIGITAL





Organização



Presidente
Fernanda Águas

Secção Portuguesa de Menopausa

Presidente
Fernanda Geraldes

Secretário
Cláudio Rebelo

Tesoureira
Ana Casquilho

Palestrantes


Amália Martins ✎ Ana Casquilho ✎ Ana Fatela ✎ António Lanhoso ✎ Carlos Marques
Cláudio Rebelo ✎ Daniel Pereira da Silva ✎ Eunice Capela ✎ Fátima Romão ✎ Fernanda Águas
Fernanda Geraldes ✎ Filipa Osório ✎ Inês Gante ✎ Iuliana Ceausu ✎ João Serra
Joaquim Carvalho ✎ Joaquim Neves ✎ José Anibal Silva ✎ José António Pereira da Silva
José Fonseca Moutinho ✎ Júlio Machado Vaz ✎ Lucinda Calejo
Manuel Neves e Castro ✎ Margarida Barros ✎ Maria João Carvalho ✎ Maria José Janeiro
Mariana Tavares ✎ Mário de Sousa ✎ Mónica Condinho ✎ Paula Mendes
Pedro Vieira Baptista ✎ Rita Martins ✎ Santiago Palacios ✎ Teresa Mascarenhas
Tereza Paula Gomes ✎ Vera Novais



11 Março 6ª Feira

13:30h Abertura do Secretariado

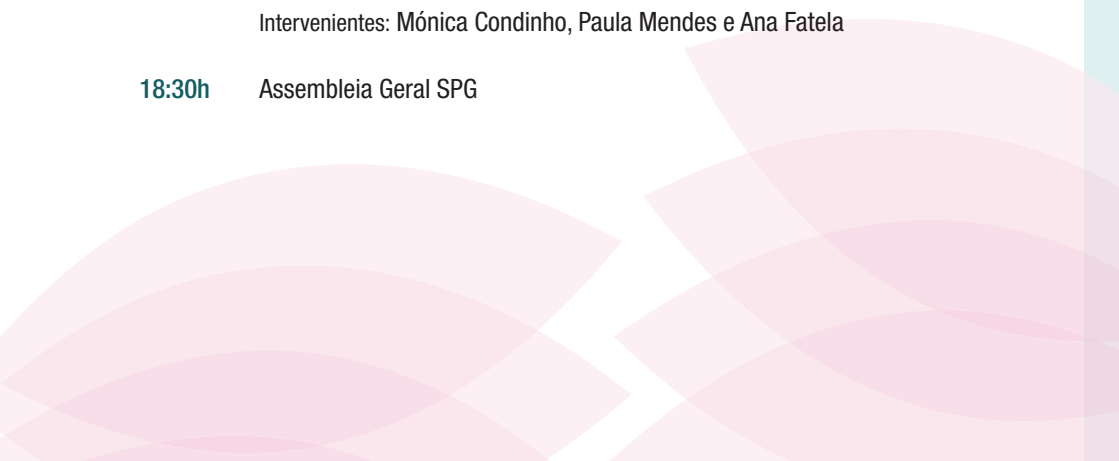
14:30-16:00h **ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA MENOPAUSA**
Moderadores: Fátima Romão e Joaquim Carvalho
Terapêutica Hormonal – Estado da Arte
Cláudio Rebelo
Posição das Sociedades Científicas (NAMS, ACOG, EMAS, RCOBG)
Joaquim Neves
A partir dos 60 anos – Que alternativas
Maria João Carvalho
Comunicação Oral (CO 01)

16:00-17:00h **Simpósio: DÉFICE DE VITAMINA D – EPIDEMIA DOS TEMPOS MODERNOS?** 
Moderador: Daniel Pereira da Silva
Vitamina D – Qual a realidade?
Daniel Pereira da Silva
Molinar: Um Produto de Investigação & Desenvolvimento Tecnimed
João Serra e I&D, Grupo Tecnimed
Discussão

17:00-17:30h *Coffee-Break*

17:30-18:30h **PAINEL: PRÓS E CONTRAS – PAPEL DOS “MEDIA”**
Controvérsias: Suplementação na menopausa
(Leite de soja, Soja, Cálcio, Vitamina D, Colagénio e outros suplementos vitamínicos)
Sim ou não. A todas as mulheres?
Moderadores: Vera Novais e José Anibal Silva
Intervenientes: Mónica Condinho, Paula Mendes e Ana Fatela

18:30h Assembleia Geral SPG





12 Março Sábado

07:30h Abertura do Secretariado

08:00-09:00h **COMUNICAÇÕES ORAIS (CO 05-09)**
Moderadores: Eunice Capela e António Lanhoso

09:00-10:30h **VIVER SAUDÁVEL NA MENOPAUSA**
Moderadores: Mário de Sousa e Teresa Mascarenhas
Quem investigar? Quem Tratar? Pergunte ao FRAX
José António Pereira da Silva
Osteoporose na pós menopausa – O que há de novo no tratamento
Fernanda Galdes
Vitamina D – Muito para além do osso
Daniel Pereira da Silva
Comunicação Oral (CO 02)

10:30-11:00h Conferência: **TSEC – O QUE TRAZ DE NOVO**
Presidente: Fernanda Galdes
Palestrante: Santiago Palacios

11:00-11:30h *Coffee-Break*

11:30-12:00h Conferência: **ESTRATÉGIAS NÃO HORMONAIIS NO TRATAMENTO DOS SINTOMAS VASOMOTORES**
Presidente: Manuel Neves e Castro
Palestrante: Iuliana Ceausu

12:00-13:00h Simpósio: **BENEFÍCIOS CLÍNICOS DO TRATAMENTO MÉDICO E CIRÚRGICO, NAS MULHERES COM MU, NA PERI-MENOPAUSA. QUAL O PERFIL DAS DOENTES?**
Moderadora: Fernanda Galdes
Histerectomia no CHUC, o que mudou em 10 anos (2004-2014)
Inês Gante
Tratamento médico e cirúrgico – Perfil e indicações
Filipa Osório
Apresentação de casos clínico com ESMYA®
Fernanda Águas e Santiago Palacios
Discussão



GEDEON RICHTER
Since 1891



- 13:00-14:00h** Almoço
- 14:00-15:30h** **PERIMENOPAUSA**
Moderadores: Carlos Marques e Maria José Janeiro
Opções contraceptivas na perimenopausa – Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres portuguesas com mais de 40 anos
Ana Casquilho e Rita Martins
Desejo de gravidez – Quais os limites
Lucinda Calejo
Falência ovárica precoce – O que nos diz o consenso da ESHRE
Fernanda Águas
Comunicação Oral (CO 03)
- 15:30-16:00h** Conferência: **MENOPAUSA E LIBIDO “O VIAGRA FEMININO EXISTE?”**
Presidente: Tereza Paula Gomes
Palestrante: Júlio Machado Vaz
- 16:00-16:30h** *Coffee-Break*
- 16:30-18:00h** **SÍNDROME GÊNITO-URINÁRIO – IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**
Moderadoras: Margarida Barros e Amália Martins
Vulva na menopausa – O normal e o patológico
Pedro Vieira Baptista
Atrofia vulvovaginal – Opções terapêuticas (hormonais e não hormonais)
Mariana Tavares
Há lugar para a cosmética genital na pós-menopausa?
José Fonseca Moutinho
Comunicação Oral (CO 04)
- 18:00h** Encerramento e entrega de certificados

CO 01

O MITO DA TERAPÊUTICA HORMONAL APÓS OS 60 ANOS: QUE OPÇÕES? A EXPERIÊNCIA DA MBB

Tânia Ascensão¹; Ana Raquel Neves¹; Rafaela Pires¹; Francisco Ventura¹; Carla Rodrigues¹; Fernanda Geraldês¹; Fernanda Águas²

¹Maternidade Bissaya Barreto – CHUC; ²Directora de Serviço de Ginecologia do CHUC

Introdução: A sintomatologia na pós-menopausa é indicação formal para o uso de terapêutica hormonal (TH). Tem-se preconizado o uso da TH na dose mínima eficaz durante um curto período de tempo até aos 59 anos, devido ao risco associado de cancro da mama, doença cardiovascular (CV) ou eventos tromboembólicos (TE). Em cerca de 42% a sintomatologia persiste \geq 60 anos, mesmo após a descontinuação da TH. Na necessidade de controlar os sintomas, a *North American Menopause Society* defende que é indicado repor a TH em doentes com risco-benefício válido, já que o factor idade não deve per si ser o único critério de suspensão. Para tal, a opção deverá passar no caso da TH combinada pela redução da dose estrogénica, preferencialmente 17B Estradiol, escolha da via transdérmica e pela utilização do progestativo derivado da progesterona natural, dados os benefícios ao nível do sistema CV e mama. O uso de estrogénio isolado quando possível é apontado como mais seguro face à TH combinada.

Objetivos: Caracterizar a TH utilizada em mulheres (♀) sintomáticas \geq 60 anos e avaliação aos 5 anos de *follow-up*.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de ♀ seguidas em consulta de Climatério da MBB \geq 60 anos no ano 2010, tendo sido analisados através da consulta dos processos clínicos os parâmetros: idade, idade da menopausa, TH < 60 anos, sintomatologia \geq 60 anos, factores de risco CV, que TH e duração \geq 60 anos, eventos TE, CV e mama aos 5 anos de *follow-up*.

Resultados: Das 225 ♀, a idade média foi de 63.4 [60-81], idade média da menopausa de 50.7 [35-59] e 151 (67%) realizaram TH < 60 anos. Destas, 106 (70%) mantiveram SVM: 51% ligeiro e 49% mo-

derado a severo. Em 78 casos (73% das sintomáticas, com idade média da menopausa de 49.9) foi necessária TH \geq 60 anos, com uma duração média de tratamento de 42.6 meses: 41% por SVM ligeiro e 59% moderado a severo. Quanto ao tipo de TH, 13 (16,7%) utilizaram TH com estrogénio isolado e 65 (83,3%) TH combinada; 64 (82%) de baixa/ultrabaixa dosagem, 14(18%) a via transdérmica, 14 (21,5%) TH com progestativo derivado da progesterona natural e 77(99%) contendo 17B Estradiol. Ao fim de 5 anos de *follow-up*, verificaram-se 2 eventos desfavoráveis (2,5%): 1 tumor papilar da mama aos 72 anos e 1 tromboflebite.

Conclusão: Em 70% da amostra houve persistência de SVM, 49% com sintomatologia moderada a severa. Em 73% das ♀ sintomáticas, foi instituída TH. Neste grupo a maioria fez TH combinada, em 82% com baixa ou ultrabaixa dosagem. Ainda assim, verificou-se apenas em 18% o uso da via transdérmica e 21,5% a utilização do progestativo derivado da progesterona natural, o que pode ser justificado pelo leque limitado de opções disponíveis na TH combinada. Nesta amostra, os eventos desfavoráveis ocorreram em 2 casos (2,5%), o que sugere que a TH é segura nesta faixa etária, desde que respeitadas as recomendações à luz da evidência científica actual.

CO 02

HIPOVITAMINOSE D, STATUS PÓS-MENOPAUSA E OSTEOPOROSE: UMA RELAÇÃO INEVITÁVEL?

Ângela Melo¹; Catarina Reis de Carvalho²; Carlos Calhaz-Jorge²; Joaquim Neves²

¹Departamento de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; ²Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa-Norte, EPE

Introdução: A vitamina D, conhecida essencialmente pela ação na qualidade óssea, parece atualmente ter impacto global na saúde da população, estando associada, quando em valores normais, a menor incidência da doença cardiovascular, oncológica e autoimune. Quem deve ser rastreado e quem beneficia de suplementação continuam a ser temas de debate.

Objetivos: Comparar os valores de vitamina D em mulheres pós-menopausa com e sem diagnóstico de osteoporose; com e sem recurso a suplementação.

Material e métodos: Estudo retrospectivo realiza-

do através da recolha de dados dos processos de consulta do ambulatório de ginecologia, realizadas em 2012 e 2013. Definiram-se duas amostras independentes, uma (grupo 1) de mulheres pós-menopáusicas com idade igual ou superior a 60 anos sem osteoporose, e outra (grupo 2) de mulheres com diagnóstico de osteoporose. Análise estatística descritiva e comparativa no que se refere à idade, à idade reprodutiva, ao Índice de Massa Corporal (IMC) e aos valores séricos de vitamina D, aplicando o teste *t-student* e assumindo como valor estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: No grupo 1 foram incluídas 158 mulheres, com idade média de 65 anos, idade reprodutiva média de 37 anos, IMC médio de 30,5 kg/m² e valores séricos médios de vitamina D de 20,6 ng/ml. Neste grupo, 87 (55%) apresentavam défice de vitamina D.

No grupo 2 foram incluídas 82 mulheres, com idade média de 66 anos, idade reprodutiva média de 36 anos, IMC médio de 27,3 kg/m² e valores séricos médios de vitamina D de 28,5 ng/ml. De destacar que 18 destas mulheres apresentavam valores séricos de vitamina D inferiores a 20 ng/ml e 33 estavam sob suplementação com vitamina D isolada ou combinada com cálcio. A comparação dos valores médios de vitamina D entre as mulheres suplementadas e as não suplementadas ou cujo estado de suplementação era desconhecido no grupo 2 não mostrou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,599$).

Apenas o IMC ($p = 0,004$) e os valores séricos de vitamina D ($p < 0,005$) apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

A hipovitaminose D está patente em indivíduos com mais de 60 anos, independentemente do estado de saúde óssea. O rastreio universal dos valores séricos nesta população deve ser ponderado, pois a vitamina D sérica poderá ter importância na saúde global deste grupo etário.

CO 03

INSUFICIÊNCIA OVÁRICA PREMATURA – AVALIAÇÃO ETIOPATOLÓGICA

Ana Sofia Pais; Simone Subtil; Zita Ferraz; Bárbara Moita; Maria João Carvalho; João Paulo Marques; Fernanda Águas
Ginecologia A, Centro Hosp.e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução: A Insuficiência Ovárica Prematura (IOP)

tem uma prevalência de 1% e define-se pela perda da função ovárica antes dos 40 anos. Esta síndrome tem diversas etiologias conhecidas, sendo as principais alterações genéticas, patologia autoimune e iatrogenia. Contudo, a etiopatogenia nas formas não iatrogénicas não está completamente esclarecida. A infertilidade associada ao diagnóstico é um dos aspetos mais problemáticos.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é descrever a abordagem e orientação das mulheres com IOP, procurando conhecer quais as suas principais causas, numa consulta de referência hospitalar.

Material e métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo e descritivo após recolha e análise dos dados clínicos das doentes com IOP (n=135), vigiadas em consulta no Serviço de Ginecologia A do CHUC, entre 2010 e 2015.

Resultados: A idade média de IOP foi 35±5 [17-40] anos. Na população estudada, 29% (n=39) eram nulíparas e 8% (n=11) tinham esterilidade, 6% (n=8) primária. A osteoporose foi diagnosticada em 15% (n=20).

A IOP foi iatrogénica em cerca de metade das doentes (53%, n=71), genética em 10% (n=14), autoimune em 4% (n=6) e idiopática no restante um terço (n=44).

No primeiro grupo (n=71), 76% (n=54) tiveram IOP por remoção cirúrgica dos ovários, metade (n=27) por patologia benigna, predominantemente endometriose (55%, n=15), e a outra metade (n=27) por patologia maligna, maioritariamente carcinoma do ovário (70%, n=19). Após quimioterapia foi constatada IOP em 14% (n=10) e após quimiorradioterapia em 4% (n=3). O tratamento com ciclofosfamida por doença autoimune levou a IOP em 6% (n=4).

A IOP genética (n=14), em 79% (n=11) dos casos associou-se a Síndrome de Turner e em 21% (n=3) a mosaicismo 45X/46XX.

O restante um terço das doentes (n=44) apresentaram IOP idiopática, com idade média de IOP aos 37±4 [20-40] anos. Quanto aos antecedentes pessoais, 11% (n=5) tinham outras doenças da tiroide, 2% (n=1) tuberculose, 9% (n=4) foram submetidas a histerectomia e 5% (n=2) a cirurgia anexial. Nas doentes com IOP idiopática, 18% (n=8) eram nulíparas e 14% (n=6) tinham esterilidade. A pesquisa da pré-mutação

do gene MFR1 foi solicitada em 2 casos.

O tratamento hormonal foi realizado em 80% (n=108) das doentes com IOP, 23% (n=25) com estroprogestativos contínuos, 35% (n=38) com estroprogestativos sequenciais e 36% (n=39) com estrogénios isolados, sendo a via oral predominante (63%, n=68) e o tempo médio de tratamento 7 ± 6 [1-31] anos.

Conclusão: No nosso estudo, a maioria das causas de IOP foi iatrogénica, contudo um terço permanece sem etiologia esclarecida. O diagnóstico precoce é crucial, por causa das consequências imediatas e a longo prazo deste síndrome. A identificação de doentes de risco e sua orientação multidisciplinar é muito importante, devido aos problemas de fertilidade deste grupo de mulheres inseridas numa sociedade em que se assiste ao adiamento da maternidade para as 3ª e 4ª décadas de vida.

CO 04

SÍNDROME GENITO-URINÁRIA DA MENOPAUSA – UM CONCEITO ÚTIL?

Sara Tavares; Joana Lima Silva; Mariana Rei; Joana Xavier; Pedro Baptista; Jorge Beires

Centro Hospitalar de São João

Introdução: A síndrome genito-urinária da menopausa (SGUM) foi criada em 2013, numa tentativa de colmatar falhas e imprecisões associadas aos termos “atrofia vaginal” (AV) e “vaginite atrófica” (VA). Contudo, não foi definido um número de critérios para definir a nova síndrome, nem foi testado o desempenho dos mesmos.

Objetivos: Avaliar, numa população de mulheres pós-menopáusicas, o número de sinais/sintomas de SGUM presentes, bem como qual o desempenho dos mesmos no diagnóstico da condição.

Material e métodos: Avaliação retrospectiva dos processos de 200 mulheres, consecutivas, referenciadas para a consulta de Patologia Vulvar e identificação dos 19 sinais/sintomas de SGUM.

Resultados e conclusões: A idade média das mulheres estudadas foi de $67,1 \pm 10,03$ anos, sendo a da menopausa de $49,1 \pm 5,84$ anos. Estavam a realizar terapêutica hormonal (vaginal ou sistémica) 18,0%. A maioria das doentes foi referenciada dos Centros de Saúde (34,5%). Em 53% dos casos foi colocada uma hipótese de diagnóstico aquando da

referenciação, confirmando-se o mesmo em 77,7% dos casos. O diagnóstico mais frequente foi o de dermatose liquenóide (DL)(56,5%).

O número médio de sinais/sintomas de SGUM foi de $3,9 \pm 1,92$. A percentagem de mulheres com ≥ 5 sinais/sintomas foi de 37,5% e de ≥ 4 foi de 54,5%.

Em 5,0% foi colocado entre os diagnósticos principais o de AV/VA, sendo que, nestas, o número médio de sinais/sintomas de SGUM foi de $6,3 \pm 2,32$. Considerando aquelas com DL, o número médio de sinais/sintomas de SGUM foi de $4,6 \pm 1,84$ ($p=0,010$). Naquelas em que não foi realizado nenhum destes diagnósticos, a média foi de $2,8 \pm 1,43$ ($p=0,000$).

Aplicando um critério de ≥ 5 sinais/sintomas, a sensibilidade foi de 90,0%, a especificidade de 65,8%, o valor preditivo positivo de 12,2% e o valor preditivo negativo de 99,2%. Aplicando a mesma ideia a ≥ 6 ou ≥ 7 sinais/sintomas, os valores obtidos foram: 50,0%, 63,7%, 6,8%, 96,0% e 30,0%, 62,6%, 4,0%, 94,4%, respectivamente.

Ainda que nem todos os critérios sejam sistematicamente questionados, pesquisados ou registados, esta análise demonstra que é comum que uma mulher pós-menopáusicas acumule vários deles, sem que a causa das suas queixas seja atribuível a atrofia vaginal.

CO 05

HISTERECTOMIA NA MENOPAUSA – TH E PATOLOGIA UTERINA

Diana Vale; Nuno Maciel; Inês Gante; Maria João Fonseca; Francisco Évora; Tânia Ascensão; Fernanda Galdes; Fernanda Águas

Serviço Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A histerectomia é a cirurgia ginecológica mais frequente e cerca de 30% das mulheres são submetidas a esta intervenção até à sexta década de vida. Um grupo considerável é operado na menopausa pelo que é importante saber qual a patologia que motivou esta opção terapêutica e a sua relação com a TH.

Objetivos: Análise de dados demográficos, idade da menopausa, motivo da cirurgia, estudo histológico e a relação com o uso da TH.

Material e métodos: Estudo retrospectivo comparativo de mulheres em menopausa [grupo 1 - sem TH e grupo 2 - com TH] submetidas a histerectomia em 2014. A análise foi efetuada com o SPSS.

Resultados: Das 168 mulheres submetidas a histerectomia na menopausa, a idade média na altura da intervenção foi de 53.9 (min 41; máx 89). A idade média da menopausa foi de 50.6 anos (min 39; máx 59) e destas 54 (32.1%) estavam a fazer TH previamente à cirurgia. Quanto ao motivo da cirurgia, a patologia miometrial foi a mais frequente em 32.1%, seguida do prolapso urogenital em 30.5%, patologia uterina maligna em 19.6%, patologia endometrial benigna em 11.3%, patologia anexial maligna em 3.7% e patologia anexial benigna em 1.8%. A abordagem cirúrgica foi em 53.0% por laparotomia, 34.5% por via vaginal e 12,5% por laparoscopia. O estudo histológico revelou que a patologia mais frequente foi a miometrial em 34.5%, seguido da patologia uterina maligna em 23.8%, sem alterações em 14.9%, adenomiose em 8.9%, patologia endometrial em 7.1%, patologia cervical (LSIL, HSIL) em 5.4%, patologia ovárica maligna em 3.0%, patologia ovárica benigna em 1.8% e endometriose em 0.6%.

Comparando os grupos G1 (n=114) e G2 (n=54) verificou-se que a patologia miometrial foi em G1 de 31.6% e em G2 de 40.7%; patologia uterina maligna em G1 foi de 27.2% e em G2 de 16.7%; adenomiose foi em G1 de 7.0% e em G2 de 13.0%; patologia endometrial em G1 foi de 7.0% e em G2 de 7.4%; patologia uterina pré-maligna foi em G1 de 5.3% e em G2 de 5.6%; patologia ovárica maligna foi em G1 de 1.8% e em G2 de 5.6%; patologia ovárica benigna foi em G1 de 1.8% e em G2 de 1.6% e endometriose em G1 de 0.9% e em G2 de 0.0%.

Conclusões: Com o aumento da esperança de vida a mulher vive 1/3 da sua vida na menopausa e atendendo ao seu maior protagonismo na sociedade, o investimento na melhoria da qualidade de vida nesta fase é imperativo

Embora a histerectomia seja uma cirurgia mais frequente na idade reprodutora, na pós-menopausa é também uma arma terapêutica utilizada na patologia ginecológica benigna. Esta patologia pode condicionar a atitude do médico e da doente em relação à TH.

Este estudo aponta para que a TH efetuada não parece influenciar o aumento da frequência da patologia endometrial e/ou miometrial.

CO 06

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO E DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS, EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA: UM ESTUDO PROSPETIVO

Gomes da Costa A¹; Goulão-Barros J¹; Mendes de Almeida M²; Neves J¹; Candeias A¹; Calhaz Jorge C¹

¹Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução; ²Serviço de Anatomia Patológica CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM - Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: A persistência do papilomavírus humano (HPV) é a principal causa de cancro cervical e de lesão intraepitelial. As mulheres com genotipagem HPV de alto risco (HPV-AR) negativa têm risco reduzido para neoplasia cervical, comparativamente às mulheres com genotipagem positiva.

Objetivos: Determinação da prevalência do HPV-AR e dos principais fatores de risco numa amostra de conveniência da população portuguesa, na pós-menopausa.

Materiais e métodos: Estudo prospetivo (dezembro 2012 a dezembro 2015) de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos que efetuaram rastreio do cancro do colo do útero. Realizou-se citologia e deteção do HPV para 14 tipos de HPV-AR, considerando em separado o HPV16 e 18 e outros HPV-AR (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, paridade, idade da menarca, idade de início de vida sexual (ivs), número de parceiros sexuais, utilização de contraceptivos hormonais combinados (CHC) e tabagismo.e o tempo passado desde a menopausa?

Resultados e conclusões: Foram incluídas 485 mulheres das quais 33 apresentaram genotipagem HPV-AR positiva (HPV16: 5, HPV 18:1, outros HPV-AR: 31). Neste grupo a idade foi inferior (54 anos vs. 57 anos, p=0,021), o número de parceiros sexuais foi superior (2,5 vs. 1, p=0,003) bem como a frequência de alterações na citologia, (21,2% vs. 0,9%, p<0,001). Os restantes parâmetros avaliados não revelaram significância estatística. Após ajuste para fatores confundentes através de um modelo de regressão logística, verificou-se que o maior número de parceiros sexuais é um fator de risco independente para a prevalência de infeção por HPV-AR [OR

1,3 (95% IC 1,1-1,7)]. As mulheres com genotipagem HPV 16/18 positivo foram avaliadas na consulta de colposcopia, tendo-se diagnosticado um caso de carcinoma pavimento-celular IA1.

Na amostra estudada, 6,8% das mulheres apresentaram infecção por HPV-AR, e destas, 21,2% apresentaram citologia alterada. Nesta faixa etária e na amostra estudada, o número de parceiros sexuais e a idade foram os fatores de risco mais importantes. Estes resultados corroboram dados recentemente publicados que sugerem a importância da inclusão do teste HPV-AR no rastreio do cancro cervical em mulheres entre os 30 e os 65 anos.

CO 07

OS MARCADORES DO METABOLISMO ÓSSEO EM MULHERES COM IDADE SUPERIOR A 75 ANOS

Isabel Barros Pereira; Ana Candeias; Joaquim Neves; Carlos Calhaz-Jorge

Clinica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM - Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: O diagnóstico de osteoporose realiza-se pela determinação da densidade mineral óssea (DMO) que, contudo, é apenas um dos fatores que contribuem para a resistência óssea. A medição de proteínas e péptidos, referidos como marcadores do metabolismo ósseo, libertados na sequência da ação fisiológica dos osteoblastos e osteoclastos, constitui um instrumento útil na avaliação da remodelação óssea. Estes marcadores podem ser categorizados em marcadores de formação óssea como a fosfatase alcalina óssea (FAO), a extensão peptídica aminoterminal do pró-colagénio I (P1NP) e a osteocalcina, e em marcadores de reabsorção como o telopéptido terminal carbono do colagénio I (CTX). Em mulheres mais idosas está demonstrada a associação entre elevação dos níveis dos marcadores ósseos e aumento do risco de fratura. Alguns estudos revelam a possibilidade destes marcadores permitirem a identificação de pacientes com elevada taxa de perda de massa óssea (e assim ter efeito preditivo no risco de fraturas em mulheres com 75 ou mais anos) e na monitorização da eficácia terapêutica.

Objetivo: Avaliar os níveis dos marcadores do metabolismo ósseo numa população de mulheres com

mais de 75 anos sem alteração da DMO.

Métodos: Análise dos marcadores do metabolismo ósseo (P1NP, FAO, osteocalcina e CTX) em mulheres com idade superior a 75 anos vigiadas em consulta de menopausa entre 2007 e 2016.

Resultados: Das 23 mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, 4 foram excluídas por dados incompletos. A média etária foi 79,5±7,4 anos, a menarca ocorreu em média aos 13,2±1,7 anos e a menopausa aos 49,1±7,2. O valor médio de P1NP foi de 39,1±15,8 ng/mL (normal, valores inferiores a 37,1). A FAO apresentou o valor médio de 11,7±6,2 U/L, (valor normal 3,8 a 22). Para a osteocalcina o valor médio foi de 7,8±9,4 ng/mL (valor normal inferior a 7). O valor médio de CTX correspondeu a 0,28±0,12 ng/mL (valor normal, inferior a 0,6).

Conclusões: O menor risco de fratura nesta população de mulheres com DMO normal é reforçado pela não diminuição dos marcadores de formação óssea e por o marcador de reabsorção óssea não se encontrar aumentado.

CO 08

MENOPAUSA CIRÚRGICA EM MULHERES SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA POR PATOLOGIA GINECOLÓGICA BENIGNA

Inês Coutinho¹; Inês Gante²; Ana Sofia Pais¹; Diana Vale²; Maria João Carvalho¹; Francisco Falcão¹; Fernanda Águas^{1,2}

¹Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A menopausa cirúrgica em idades precoces está associada a riscos cardiovasculares, osteoporose, disfunção cognitiva, sexual e eutímica. Assim, em mulheres pré-menopausa de baixo risco para carcinoma do ovário, advoga-se uma atitude cirúrgica conservadora em relação aos ovários. No entanto, a ooforectomia bilateral é realizada em cerca de 40% das mulheres submetidas a histerectomia por patologia ginecológica benigna.

Objetivos: Avaliar a atitude cirúrgica em relação à conservação dos ovários e determinar os fatores e variáveis associados à remoção de ovários histologicamente normais aquando da realização de histerectomias por patologia ginecológica benigna em mulheres pré-menopáusicas.

Material e métodos: Estudo retrospectivo baseado na consulta dos processos clínicos das mulheres pré-menopáusicas, com idade inferior a 51 anos e submetidas a histerectomia por patologia ginecológica benigna entre 2013 e 2014, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Foram considerados dois grupos: as submetidas a ooforectomia bilateral (A) *versus* conservação dos ovários (B) e realizada uma análise descritiva e comparativa de variáveis demográficas, clínicas e histológicas entre ambos. Análise estatística em SPSS®, versão 20.

Resultados: Foram realizadas 370 histerectomias por patologia ginecológica benigna em mulheres com idade inferior a 51 anos. A média de idades foi de $44,8 \pm 3,8$ [31-50] anos. A ooforectomia bilateral foi realizada em 38,4% ($n(A) = 142$), sendo que 70,4% ($n=100$) apresentavam ovários histologicamente normais. A patologia ovárica benigna foi encontrada em 29,6% ($n=42$) dos casos e não se verificaram casos de carcinoma do ovário incidental. Constatou-se uma diferença significativa na média de idades entre os dois grupos, com idades mais avançadas no grupo A (46,1 *versus* 43,9 anos) ($p < 0,001$).

Não se constataram diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito à paridade, IMC, antecedentes de Diabetes Mellitus ou doença cardiovascular.

A via de abordagem mostrou diferenças significativas comparando o grupo A *versus* o B ($p < 0,001$). A realização de ooforectomia foi mais associada a uma abordagem laparotómica (80%) em oposição à via vaginal (2,1%). A utilização da via laparoscópica não modificou a atitude perante a conservação de anexos.

Verificaram-se diferenças entre os grupos no que diz respeito à indicação cirúrgica ($p < 0,001$). A endometriose foi significativamente associada com a remoção dos ovários (9% *versus* 0,5%).

Conclusões: A ooforectomia bilateral foi realizada em cerca de um terço das mulheres pré-menopáusicas submetidas a histerectomia por patologia ginecológica benigna. A idade próxima da prevista para a menopausa, a abordagem laparotómica e a endometriose foram fatores associados com a remoção dos ovários no decurso da histerectomia.

CO 09

DERMATOSES LIQUENÓIDES E DOR SEXUAL: O PAPEL DA MENOPAUSA

Joana Lima-Silva; Sara Tavares; Joana Xavier, Carla Peixoto; Pedro Vieira-Baptista; Jorge Beires

Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar de São João

Introdução: As dermatoses liquenóides (DL) vulvares (líquen escleroso [LE] e líquen plano [LP]) são condições inflamatórias crónicas, que se manifestam mais frequentemente na pós-menopausa. Podem condicionar alterações anatómicas e sintomatologia crónica, com comprometimento da função sexual, nomeadamente pela presença de dispareunia.

Objetivos: avaliar o papel da menopausa nas queixas de dor sexual, nas mulheres com diagnóstico de DL vulvar.

Material e métodos: estudo retrospectivo, caso-controlo; incluídas 510 mulheres com DL (casos) e 267 mulheres sem esse diagnóstico (grupo de controlo [GC]). Foram excluídas mulheres com idade inferior a 18 anos, com diagnóstico de carcinoma vulvar na avaliação inicial e sem informação acerca da actividade sexual.

Resultados e conclusões: Dos 510 casos de DL, foram incluídos no estudo 453 (LE 75,7% [343] e LP 24,3% [110]). A idade média foi de $60,5 \pm 14,83$ anos (18-94), sendo que 60,3% (273/453) referiam actividade sexual e, destas, 55,5% (151/272) dispareunia. Estavam na pós-menopausa 78,5% (354/451) e 36,8% (131/356) faziam terapêutica hormonal (TH).

No GC, a idade média foi de $40,1 \pm 10,80$ anos (18-74), sendo que 92,9% (248/267) referiam actividade sexual e, destas, 9,4% (25/267) dispareunia; 16,5% (44/267) eram pós-menopáusicas, com 7,1% (3/42) sob TH.

Não foi encontrada diferença na frequência de actividade sexual (59,5% [204/343] vs 62,7% [69/110], $p=0,577$) ou dispareunia (53,2 [108/203] vs 62,3% [43/69], $p=0,209$) entre os casos de LE e LP.

No grupo das DL, a actividade sexual foi significativamente inferior nas mulheres pós-menopáusicas (52,0% [184/354] vs 90,7% [88/97], $p=0,000$). Pelo contrário, a frequência de dispareunia foi significativamente superior (63,4% [116/183] vs 38,6% [34/88], $p=0,000$). No GC, ainda que a actividade sexual tenha sido significativamente inferior nas pós-

menopáusicas (81,6% [36/44] vs 95,1% [212/223], $p=0,005$), não foi encontrada diferença na frequência de dispareunia entre os dois grupos (4,5% [2/44] vs 10,3% [23/223] nas pré-menopáusicas, $p=0,393$). Assim, a menopausa foi identificada como factor de risco para dispareunia nas mulheres com DL, com um RR de 1,6 (95% IC 1,23-2,18), mas não nos controlos.

Independentemente do estado hormonal, a frequência de dispareunia foi significativamente superior no grupo das DL, com um RR de 5,9 (95% IC 4,02-8,74).

A probabilidade de actividade sexual é superior nas

mulheres com DL pós-menopáusicas sob TH (RR 1,37 [95% IC 1,13-1,67]), embora não tenha sido encontrada qualquer associação com a dispareunia. Em conclusão, a menopausa parece condicionar menor frequência de actividade sexual e constitui um factor de risco para dispareunia nas mulheres com DL. A terapêutica hormonal está associada à manutenção de actividade sexual, embora sem impacto na dor sexual, nesta população.

A dispareunia é significativamente mais comum em mulheres com DL, independentemente do estado hormonal.



Posters

P 01 (RETIRADO PELO AUTOR)

P 02

MARCADORES DO METABOLISMO ÓSSEO NO TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE COM ÁCIDO ZOLEDRÓNICO

Isabel Barros Pereira; Ana Candeias;
Joaquim Neves Carlos Calhaz-Jorge

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria,
Centro Académico de Medicina de Lisboa

Introdução: O ácido zoledrónico (ZOL) é atualmente o bisfosfonatos nitrogenado mais potente, apresentando uma forte ação inibidora dos osteoclastos. A administração anual por via endovenosa num período de 3 anos, associou-se a aumento da densidade mineral óssea, diminuição do risco de fratura, da taxa de remodelação óssea e dos marcadores do metabolismo ósseo. Consideram-se marcadores de formação óssea a fosfatase alcalina óssea (FAO), a extensão peptídica aminoterminal do pró-colagénio I (P1NP) e a osteocalcina, e marcadores de reabsorção o telopeptído terminal carbono do colagénio I (CTX). Estudos anteriores estabeleceram a potencial utilidade destes marcadores na avaliação da remodelação óssea e na monitorização da eficácia terapêutica.

Objetivo: Avaliar a variação dos marcadores do metabolismo ósseo numa população de mulheres com

osteoporose tratadas com ácido zoledrónico.

Métodos: Análise comparativa dos marcadores do metabolismo ósseo (P1NP, FAO, osteocalcina e CTX) em mulheres com osteoporose (*T-score* do colo do fémur e/ou coluna lombar $\leq 2,5$) tratadas com ácido zoledrónico, vigiadas em consulta de menopausa entre 2007 e 2016. Foi realizada a avaliação basal dos marcadores, 12, 24 e 36 meses após início da terapêutica e um ano após a 3ª administração (48 meses). A análise estatística baseou-se nos testes ANOVA e *t-Student* considerando estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Das 50 mulheres que cumpriam os critérios de inclusão, 2 foram excluídas por dados incompletos. A média etária foi $69,4 \pm 8,4$ anos, a menarca ocorreu em média aos $13 \pm 2,4$ anos e a menopausa aos $46 \pm 5,4$. Verificaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas: FAO basal/FAO aos 36 meses e osteocalcina basal/osteocalcina aos 24 meses.

Conclusões: Nesta população de mulheres na pós-menopausa com fragilidade óssea e critérios de osteoporose, após terapêutica com ácido zoledrónico verificou-se uma elevação dos marcadores de formação óssea e uma diminuição do marcador de reabsorção. A dimensão da amostra poderá ter con-

dicionado a obtenção de resultados estatisticamente significativos.

P 03

ACUIDADE DA HISTEROSCOPIA EM METRORRAGIA PÓS-MENOPAUSA SOB TERAPÊUTICA HORMONAL

Rita Medeiros; Zita Ferraz; Maria João Carvalho; Teresa Rebelo; Luís Almeida e Sousa; Francisco Falcão; Fernanda Águas

Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Introdução: A histeroscopia diagnóstica permite a visualização de lesões da cavidade uterina, no entanto alguns achados macroscópicos podem deixar dúvidas diagnósticas e o estudo histológico é fundamental para a exclusão de patologia maligna ou pré-maligna. A influência hormonal no padrão histeroscópico pode acentuar as dúvidas diagnósticas.

Objetivo: Avaliação dos resultados histeroscópicos em mulheres com metrorragia pós-menopausa (MPM) sob terapêutica hormonal (TH) e comparação da acuidade diagnóstica em MPM sem TH.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos das doentes submetidas a histeroscopia (HSC) diagnóstica por MPM no Serviço de Ginecologia A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra entre Junho de 2004 e Dezembro de 2015. Para efeitos deste estudo foram considerados dois grupos: grupo A - mulheres sem TH e grupo B - mulheres a fazer TH.

Resultados: No referido período foram realizadas 1631 HSC por MPM, 7,6% (n=123) das quais em mulheres sob TH. Nas mulheres sob TH, a HSC revelou pólipos em 55,3%, cavidade normal em 26%, miomas submucosos em 8,9%, espessamento endometrial em 6,5% e achados suspeitos de carcinoma em 3,3% dos casos. Os achados histeroscópicos revelaram diferenças comparando os grupos ($p < 0,001$), sendo mais frequente no grupo B a presença de espessamento endometrial (3,1% vs 6,5%) bem como de miomas submucosos (2,9% vs 8,9%). Por outro lado a suspeita de carcinoma foi mais associada ao grupo A (18,5% vs 3,3%). Os diagnósticos histológicos também apresentaram diferenças entre os grupos ($p < 0,001$), o diagnóstico de pólipos e mioma submucoso foi mais frequente no grupo B (59% vs 74,6% e 3,4% vs 10,4%, respetivamente) e

o carcinoma no grupo A (27,2% vs 1,5%). A incidência de hiperplasia endometrial não apresentou diferenças entre os grupos. Considerando o diagnóstico de patologia endometrial e comparando o grupo sem TH *versus* com TH, a histeroscopia apresentou uma sensibilidade de 95% vs 98%, uma especificidade de 64% vs 100%, um valor preditivo positivo (VPP) de 98% vs 100% e um valor preditivo negativo (VPN) de 43% vs 71%.

Conclusões: As mulheres com MPM sob terapêutica hormonal apresentaram maioritariamente cavidade endometrial com deformações, nomeadamente pólipos, o que justifica a investigação diagnóstica. O carcinoma do endométrio ocorreu sobretudo em mulheres com MPM que não faziam TH. O diagnóstico histeroscópico teve uma boa performance na predição de patologia endometrial, mesmo no grupo sob terapêutica hormonal.

P 04

UMA NOVA FÓRMULA E UMA FORMULAÇÃO ORIGINAL PARA UMA VELHA DOENÇA

Rita Palmeira de Oliveira^{1,2,3}; Ana Palmeira de Oliveira^{1,3}; José Martinez-de-Oliveira^{1,2};

¹*Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior*; ²*Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE*;

³*LabFit – Health Products Research and Development*

Introdução As vulvopatias atróficas ocorrem com particular afinidade na mulher após a menopausa. Dentre elas com carácter específico se define o líquen escleroso, caracterizado por um adelgaçamento epidérmico e uma esclerose dérmica superficial, com graus variáveis de inflamação. Os sintomas que mais o caracterizam são o prurido e o ardor.

Os extractos de plantas são fontes primárias de tratamento medicamentoso a vários níveis e em particular nas formulações destinadas a aplicação cutânea. O óleo essencial de *Helichrysum italicum* tem um promissor papel na modulação do factor terreno das dermatoses epidermoatróficas, constituindo as ceras naturais excipientes de elevada emoliência, tolerabilidade e aceitabilidade.

Objetivos: Objetivar o potencial efeito reversor da sintomatologia associada às dermatoses vulvares atrofiantes dum lápis contendo óleo essencial de *H. italicum* incorporado numa formulação emoliente.

Material e métodos: relato dos dois primeiros

casos do ensaio clínico aberto (prova de conceito) do lápis composto de óleo essencial de *H.italicum* numa base emoliente, desenvolvido para aplicação vulvar. Serão apresentados os dados do protocolo utilizado em duas situações características, numa avaliação proposta de curta duração. As participantes do ensaio clínico avaliaram a sintomatologia pelo preenchimento de um diário com uma Escala Visual Analógica de 100-mm de alívio do prurido e outra relativa ao ardor vulvar. A Opinião Global de Mudança da paciente e do clínico foi obtida através de um questionário preenchido no final do período de tratamento.

Resultados e conclusões: Em ambos os casos clínicos, ainda que se não observem alterações objetivas de fundo, os sinais devidos à agressão cutânea consequente à coceira desapareceram e é objetiva a redução sintomatológica associada à doença. Nenhuma das participantes reportou efeitos secundários, os quais, porém, como sucede com a maioria dos produtos de origem vegetal, incorrem no risco de resposta de intolerância de gravidade variável.

P 05 ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DAS MASSAS ANEXIAIS NA MENOPAUSA

Nuno Maciel; Francisco Évora; Carla Rodrigues; Fernanda Geraldês; Fernanda Águas

Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As vantagens da abordagem laparoscópica são bem conhecidas e incluem menor morbilidade peroperatória e uma recuperação mais rápida. Quando o índice de suspeita de malignidade é baixo, a cirurgia minimamente invasiva deverá ser a primeira opção na abordagem cirúrgica de uma massa anexial na menopausa. O estadiamento e tratamento do cancro do ovário em estadios iniciais por laparoscopia ainda está sob investigação e a sua aplicação restrita a alguns centros diferenciados. Uma avaliação pré-operatória detalhada, considerando a história clínica e os resultados dos exames complementares, são essenciais para a correcta conduta e orientação de cada caso.

Objetivos: Caracterizar as doentes menopáusicas com patologia anexial operada por via laparoscópica e correlacionar o seu estudo pré-operatório com o

anatomo-patológico.

Material e métodos: Estudo descritivo retrospectivo de 28 pacientes menopáusicas com patologia anexial, submetidas a cirurgia laparoscópica no Serviço de Ginecologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre Agosto de 2011 e Novembro de 2015.

Resultados: A idade média foi de 60,5 anos e o IMC médio de 26,8. Todas as mulheres tinham paridade ≥ 1 . 35,8% das mulheres tinham cirurgias pélvicas prévias. A idade média da menopausa foi de 49,3 anos, sendo que apenas 25% efetuaram terapêutica hormonal de substituição. 85,8% das mulheres estavam assintomáticas na altura do diagnóstico e as manifestações clínicas mais frequentes foram a dor pélvica (7,1%) e o hirsutismo (7,1%). O diagnóstico imagiológico foi exclusivamente ecográfico em 82,1%, com uso concomitante de Doppler em 14,3%. A TAC e a RMN foram pedidas em 3,6% e 14,4%, respetivamente. O marcador Ca125 foi negativo nos 26 casos em que foi pedido.

Quanto ao tipo de cirurgia, a anexectomia/ooforectomia unilateral foi efectuada em 10,7%, a anexectomia/ooforectomia bilateral em 39,3% e a histerectomia total+anexectomia bilateral (LAVH ou HTL) em 50%. O motivo mais frequente para a histerectomia concomitante foi o prolapso de órgãos pélvicos (50%). A nível histopatológico, os achados mais frequentes foram o cistadenoma seroso, em 35,7% dos casos, e o cistadenofibroma (17,9%). Foram diagnosticados dois tumores serosos borderline (7,1%).

Nenhum subtipo histológico foi mais incidente no grupo de mulheres que fez terapêutica hormonal. O tempo médio de *follow-up* foi de 14 meses.

Conclusão: Na nossa casuística, a maioria das mulheres estudadas eram assintomáticas e o diagnóstico assentou na avaliação ecográfica, complementada com outros exames numa minoria dos casos. O cistadenoma seroso foi o diagnóstico histológico mais frequente, o que está de acordo com o descrito pela literatura científica. Não foi encontrada uma relação entre o subtipo histológico encontrado e a terapêutica hormonal prévia. De uma forma geral, verificou-se uma boa correlação entre a investigação diagnóstica pré-operatória e os resultados histológicos, sendo que a abordagem laparoscópica poderá revelar-se como preferencial

na cirurgia da patologia anexial na menopausa.

P 06

INSUFICIÊNCIA OVÁRICA PRECOZE: UMA APRESENTAÇÃO POUCO FREQUENTE

Ana Raquel Neves; Tânia Ascensão; Fernanda Águas;
Fernanda Geraldês

*Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra*

Introdução: Insuficiência ovárica precoce (IOP) define-se como um perfil de hipergonadismo hipogonadotrófico com início antes dos 40 anos. A sua incidência varia entre 1:250 aos 35 anos e 1:100 aos 40 anos. Clinicamente, caracteriza-se por um quadro de sintomatologia vasomotora associado a oligo ou amenorreia. A sua etiologia é variada, compreendendo causas genéticas, iatrogénicas, endócrinas e auto-imunes. No entanto, em muitos casos, trata-se de uma situação idiopática.

Caso clínico: Doente de 28 anos, referenciada à Consulta de Ginecologia Endócrina por amenorreia secundária com 8 meses de evolução, após suspensão de contraceção hormonal combinada, associada a sintomatologia vasomotora moderada. Menarca aos 13 anos, com ciclos irregulares, associados a dismenorreia intensa até aos 17 anos, altura em que iniciou contraceção hormonal combinada com hemorragias de privação regulares, duração de 4 dias e resolução da dismenorreia. Nuligesta, com vida sexual activa desde os 18 anos. Dos antecedentes pessoais salienta-se intolerância à lactose e Doença de Behçet, medicada com corticoide e colchicina. Sem história familiar de menopausa precoce. Ao exame objetivo salienta-se apenas atrofia vulvovaginal. Da investigação etiológica, destaca-se: doseamentos hormonais compatíveis com perfil hipergonadotrófico e hipogonádico, o cariótipo do sangue periférico revelou mosaicismo 45X/46XX e a pesquisa de pré-mutação do gene FMR 1 foi negativa. Ecografia transvaginal revelou útero bicórneo e ovários sem actividade folicular. Após prova progesterónica negativa, iniciou terapêutica hormonal contínua com 2mg de 17 β estradiol em associação com 1 mg de acetato de noretisterona e aplicação vaginal de estriol. Uma vez que a doente pretendia engravidar, foi orientada para a Consulta de Esterilidade.

Conclusão: A IOP está presente em menos de 10%

das mulheres com irregularidades menstruais. No entanto, o seu impacto psicológico/emocional são inestimáveis, quer do ponto de vista da fertilidade quer da própria feminilidade. Acresce ainda a morbidade óssea, cardiovascular e endócrina que muito beneficia do diagnóstico precoce desta patologia. Os antecedentes pessoais de doença de Behçet da doente poderiam fazer pensar numa etiologia auto-imune. No entanto, e apesar anomalias cromosómicas serem responsáveis por uma pequena percentagem dos casos de IOP após puberdade normal, este caso ilustra a importância de uma investigação etiológica exaustiva desta entidade.

P 07

RASTREIO INICIAL DE OSTEOPOROSE NAS MULHERES PORTUGUESAS PÓS-MENOPAUSA – A PRIMEIRA OSTEODENSITOMETRIA

C. Reis Carvalho¹; A. Fonseca¹; A. Melo²; J. Neves¹;
C. Calhaz Jorge¹

*¹Departamento de Obstetria e Ginecologia, Centro Hospitalar
Lisboa Norte – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade
de Medicina da Universidade de Lisboa; ²Departamento de Obstetria e
Ginecologia, Centro Hospitalar de Tondela Viseu, Viseu*

Introdução: A osteoporose é uma doença óssea muito prevalente no sexo feminino, podendo afetar a qualidade ou a quantidade de massa óssea. Apesar de se admitir a influência genética como determinante, a idade, antecedentes ginecológicos e obstétricos são também fatores de risco. Seguindo as recomendações internacionais, o rastreio da osteoporose deve iniciar-se aos 65 anos de forma sistemática, ou em idade inferior, se existirem fatores de risco.

Objetivo: Avaliar a frequência e características as alterações na primeira osteodensitometria de rastreio em mulheres > 65 anos e os fatores de risco classicamente associados a estas alterações.

Material e métodos: Estudo retrospectivo incluindo mulheres seguidas na consulta de pós-menopausa de um hospital terciário entre Janeiro e Dezembro de 2015, realizado através da consulta de registos médicos. Avaliou-se o resultado da osteodensitometria inicial para rastreio de osteoporose e realizou-se análise estatística descritiva e comparativa no que se refere à idade, idade da menopausa e fatores de risco

como índice de Massa Corporal (IMC), hábitos tabágicos, alterações tiroideas, Diabetes Mellitus, doença renal, doenças oncológicas e recurso à corticoterapia. Aplicou-se o teste de qui-quadrado assumindo como valor estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Dos 146 processos consultados, excluíram-se vários por falta de dados obtendo-se uma amostra final de 69 mulheres. Nestas, a idade média foi de 69 anos (± 5 anos), a idade da menopausa 49 (± 7 anos) e a duração média do pós-menopausa foi de 20 anos (± 9 anos). A maioria ($n = 54$) apresentava IMC acima do normal. Encontraram-se baixas incidências de história familiar de osteoporose, história pessoal de fraturas patológicas e hábitos tabágicos e diabetes mellitus. Várias apresentaram doenças oncológicas ($n = 12$). Aproximadamente um terço tinha doença tiroideia ($n = 26$), na maior parte dos casos hipotireoidismo, medicadas apenas em 9 casos. No que diz respeito ao rastreio através da osteodensitometria, na grande maioria dos casos encontraram-se alterações ($n = 50$). Estas alterações ocorreram principalmente ao nível do *t-score* no colo do fémur onde 38 tinham valores compatíveis com osteopenia e 8 com osteoporose. Quando se compara a presença de fatores de risco no grupo com e sem alterações na osteodensitometria não se encontram diferenças significativas.

Conclusão: Apesar do número da amostra, verificou-se que a maioria das mulheres em pós-menopausa com 65 anos ou mais apresentava alterações da densidade mineral óssea, corroborando a sugestão de, por rotina, solicitar a avaliação da densidade mineral óssea neste grupo etário. O diagnóstico de fragilidade óssea foi realizado essencialmente com base nos valores no colo do fémur, sendo estes mais significativos em termos de predição de risco fraturário. Os dados não revelaram interferência significativa em relação aos fatores de risco estudados.

P 08 OSTEOPOROSE – CASUÍSTICA DE 2 ANOS

Diana Vale; Ana Codorniz; Fernanda Geraldès; Fernanda Águas
Serviço Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: Cerca de 30% das mulheres portuguesas sofrem de osteoporose pós-menopausa. Sabe-se

que a perda de massa óssea é consequência do hipoposterogenismo e ocorre de uma forma acelerada em cerca de 2% por ano na menopausa inicial.

A decisão de tratar a osteoporose deve ser baseada no cálculo da probabilidade de fratura através do *FRAX* e não apenas no valor da densidade mineral óssea (DEXA).

Objetivos: Analisar a apresentação clínica, diagnóstico e tratamento das mulheres com osteoporose pós menopausa.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de doentes com osteoporose diagnosticadas na consulta entre 1/1/2014 a 31/12/2015. A análise estatística foi efetuada com SPSS 21.

Resultados: Num total de 66 mulheres, a idade média atual é de 62 anos (min 44; máx 86) e destas 22 casos (33.3%) existe antecedente de carcinoma da mama, 10.6% ($n = 7$) patologia da tiróide e um caso de fratura de Colles prévia. Sem registo de corticoterapia, nem antecedentes parentais de fraturas e apenas um caso de hábitos tabágicos.

A idade média aquando do diagnóstico de osteoporose foi de 57.8 anos (min 43; máx 84) e o peso médio foi de 59 kg (min 41; máx 85). A idade média da menopausa foi de 48.2 anos (min 32; máx 56) e destas 53% ($n = 35$) estavam sob TH na altura do diagnóstico da osteoporose. Relativamente ao tratamento em 61.1% ($n = 41$) a opção terapêutica foi os bifosfonatos, em 16.7% ($n = 11$) bifosfonatos seguidos de ranelato de estrôncio, em 13.6% ($n = 9$) com TH, em 3% ($n = 2$) com raloxifeno, 1.5% ($n = 1$) raloxifeno seguido de bifosfonatos, 1.5% ($n = 1$) raloxifeno seguido de ranelato de estrôncio e 1.5% ($n = 1$) com ranelato de estrôncio. A duração média do tratamento foi de 48.2 meses (min 2; máx 168). A suplementação com cálcio e vitamina D foi feita em 83.3% ($n = 55$) dos casos.

Quanto ao *follow-up*, em 14 casos não houve perda de massa óssea adicional, em 6 casos constatou-se uma melhoria e em 16 casos houve agravamento. Em 30 casos a reavaliação não foi possível por diagnóstico recente.

Não se verificou nenhuma fratura no período do estudo.

Conclusões: A osteoporose surgiu neste grupo aproximadamente 10 anos após a menopausa e apenas

53% faziam TH o que realça a importância da abordagem terapêutica na menopausa ser instituída precocemente quer quando a opção for TH ou fármacos com ação apenas a nível do osso. O aporte de cálcio e vitamina D são recomendados bem como a implementação de medidas não farmacológicas.

Neste grupo, a opção para tratamento da osteoporose foi na grande maioria os bifosfonatos e a suplementação de cálcio e vitamina D esteve presente em 83,3%. No *follow-up* possível apenas em 36 casos, em 14 não houve perda de massa óssea adicional registando-se em 6 melhoria e em 16 agravamento. Em doenças crónicas como é o caso, a adesão à terapêutica sempre difícil de avaliar é um fator que condiciona a eficácia do tratamento.

P 09

SÍNDROME GENITO-URINÁRIA DA MENOPAUSA – INQUÉRITO AOS GINECOLOGISTAS PORTUGUESES

Pedro Vieira-Baptista¹; Sara Tavares¹; Joana Lima-Silva¹; Ana Raquel Neves²; Fernanda Gerales²; Fernanda Águas²

¹Centro Hospitalar de São João; ²Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A síndrome genito-urinária da menopausa (SGUM) foi criada em 2013, tendo o conceito vindo a ser difundido desde 2014. Apesar da falta de estudos e de validação, tem ganhado crescente terreno na literatura médica.

Objetivos: Avaliar o conhecimento, concordância, preocupações e posição dos médicos internos e especialistas de Ginecologia e Obstetria (GO) portugueses, relativamente à SGUM.

Material e métodos: Foi enviado um inquérito *on-line* a GO portugueses (todos os sócios da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, contactos pessoais e divulgação em grupos específicos das redes sociais).

Resultados e conclusões: Foram obtidas 118 respostas, sendo que 66,1% (78/118) foram de especialistas e as restantes de internos.

Do total, 83,9% (99/118) referiram estar familiarizados com o conceito de SGUM, não havendo diferenças entre internos e especialistas (85,0% [34/40] vs. 83,3% [65/78], $p=1,000$). Da mesma forma, entre os especialistas, não se verificou diferença consoante as áreas a que se dedicam preferencialmente: Ginecologia 87,9% (29/33), Obstetria 86,7% (13/15) e ambas 76,7% (23/30), $p=0,530$.

A maioria (66,7% [66/99]) usa habitualmente a designação de atrofia vaginal/ vaginite atrófica; SGUM é utilizado por 6,1% (6/99) e os restantes usam ambos os conceitos (27,3% [27/99]).

Classificando a concordância (“0” discordância total até “10” concordância total) com os pressupostos usados para a criação da SGUM, obteve-se: “vaginite implica infecção ou inflamação, o que nem sempre se verifica” 8,1±2,57; “sinais e sintomas urinários tendem a ser desvalorizados” 6,4±2,96; “atrofia tem uma conotação negativa” 4,7±3,46 e “termo vagina é mal aceite” 3,4±3,41.

Foi considerado por 37,9% (36/95) que o conceito de SGUM pode levar ao subdiagnóstico/não diagnóstico de disfunções sexuais, por 32,6% (31/95) de patologia vulvar e por 23,7% (23/97) de patologia urinária.

Globalmente, 77,8% (77/99) concordam com o conceito de SGUM, não havendo diferença estatisticamente significativa entre especialistas e internos (80,0% [52/65] vs. 73,5% [25/34], $p=0,459$); 75,4% (46/61) consideram que é a designação que vão usar no futuro (internos 57,9% [11/19] vs. especialistas 83,3% [35/42], $p=0,053$).

Em conclusão, a maioria dos GO portugueses conhece, concorda e pretende vir a usar o conceito de SGUM no futuro, ainda que não concordando totalmente com os pressupostos que estão na sua génese.

P 10

SERÁ CORRETO PRECONIZAR DATA FIM PARA O RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO?

Fernanda Santos; Ana Claudia Rodrigues; Sofia Pereira; Vera Veiga; Carlota Cavazza; José Dias; Gonçalo Moura Ramos

Centro Hospitalar de Leiria- Hospital Santo André E.P.E.

Introdução: A evolução motivada pelo aumento da esperança média de vida e por mudanças comportamentais tem colocado desafios crescentes aos sistemas de saúde.

Neste âmbito dá-se destaque ao cancro do colo do útero, o terceiro mais comum na mulher. Apresenta atualmente uma incidência estável após um decréscimo inicial acentuado, decorrente da implementação de medidas de rastreio populacional. A idade média ao diagnóstico é de 49 anos, no entanto, mais de 20 % são identificados após os 65 anos. As ida-

des rastreáveis são variáveis entre países e têm, por base, exclusivamente, modelos matemáticos e opiniões de peritos. Em Portugal, o rastreio incide entre os 25 e os 65 anos e, em países como a Austrália e Japão, o fim é adiado para os 70 anos.

Objetivo: Avaliar a adaptação científica do limite da idade rastreável do cancro do colo do útero.

Material e métodos: Revisão de tema, usando como motores de busca “Pubmed” e “Medline”, seleccionando estudos clínicos de coorte, meta-análises e revisões da literatura e utilizando como palavras-chave: “rastreio cancro do colo do útero” e “mulher idosa”.

Resultados e conclusões: Rositch et al apresentaram um estudo estatisticamente sólido, onde avaliaram a incidência de cancro do colo do útero adaptando os resultados às variáveis de confundimento – histerectomia total (HT), idade, raça e residência. As estatísticas previamente publicadas não excluíam do denominador mulheres submetidas a HT, substituindo, desta forma, o valor apresentado. Assim sendo, o grupo verificou que o risco oncológico aumenta de forma proporcional até ao estrato etário dos 65-69 anos e diminui ligeiramente doravante. É no grupo dos 65-69 anos onde o acréscimo do risco é maior, sendo 83% superior. A emancipação da mulher, a precocidade da coitarca, o tabagismo, o maior número de parceiros e uma certa imunossenescência poderam estar na base do segundo pico de incidência do HPV (após os 54 anos). Assim sendo, as atuais revolucionárias dos anos 60 apresentaram maior risco de desenvolver cancro do colo do útero que as antigas sexagenárias.

Sherman S. et al concluíram que terminar o rastreio numa idade onde apenas metade das mulheres que irão morrer da doença foram rastreadas, é claramente inapropriado e incorreto.

Por fim, destaca-se a recente proposta de rastreio em mulheres idosas, apresentada pela professora Joelle Desreux. Esta propôs três grupos estratificados pelo risco oncológico e individualiza medidas e idade fim de rastreio. Salientou a importância do impacto da vacinação e da implementação de métodos de rastreio mais eficazes, como a pesquisa da expressão citológica da p16INK4a.

Concluindo, é urgente reavaliar a implementação de medidas de rastreio em idades mais avançadas, pois

só assim estaremos a fornecer cuidados de excelência e a obter ganhos significativos no âmbito da medicina preventiva.

P 11

HIPERANDROGENISMO NA MENOPAUSA – DOIS CASOS CLÍNICOS

Diana Vale¹; João Fraga²; Fernanda Galdes¹;
Teresa Simões Oliveira²; Fernanda Águas¹

¹Serviço Ginecologia B, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; ²Serviço Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: Os ovários na menopausa mantêm alguma produção hormonal nomeadamente androgénios. Enquanto que em relação aos estrogénios a redução é mais evidente com os androgénios há um declínio gradual da sua secreção podendo provocar alguns sinais clínicos ligeiros de hiperandrogenismo. No entanto quando essas manifestações se tornam severas associadas a virilização, a hipótese de um tumor secretor de androgénios deve ser investigada.

Objetivo: Apresentar dois casos clínicos.

Métodos: Consulta do processo clínico.

Caso clínico 1: Doente de 66 anos referenciada por hirsutismo, voz grave, alopecia, aumento da libido e metrorragias. Como patologia associada apresentava obesidade, dislipidémia, hipertensão e depressão. Ao exame objetivo: IMC de 34,7, masculinização da voz, alopecia, pilosidade da face, tronco e membros e hipertrofia do clitóris. O estudo analítico revelou testosterona total de 225ng/dL e Estradiol de 60,3 pg/mL com restantes parâmetros normais. A ecografia revelou ovários aumentados, estroma denso, presença de folículos e espessamento endometrial de 12 mm que demonstrou tratar-se de pólipos endometrial. Perante a ausência de tumor ovárico ou suprarrenal identificável, mas com ovários aumentados optou-se pela realização de histerectomia total com anexectomia bilateral. O estudo histológico confirmou diagnóstico de hipertecose ovárica bilateral. Seis meses após a cirurgia, verificou-se normalização sérica da testosterona total, redução do hirsutismo, melhoria da alopecia mantendo-se a masculinização da voz e hipertrofia do clitóris.

Caso clínico 2: Doente de 67 anos orientada por aumento da pilosidade a nível da face, tronco e

membros. Ao exame objetivo: hipertrofia do clitóris e restantes parâmetros normais. O estudo analítico revelou testosterona total de 242 ng/dL, livre 8,28 ng/dL, androstenediona > 10, Estradiol de 32,9 pg/mL, com SDHEA, Cortisol e Ca 125 normais. A ecografia revelou anexos normais e espessamento endometrial heterogêneo que demonstrou tratar-se de pólipos endometriais. O estudo da suprarrenal foi negativo pelo que foi proposto histerectomia e anexectomia bilateral. O estudo histológico revelou tumor de células de *Leydig* do ovário. Três meses após a cirurgia apresentava normalização dos androgénios e marcada redução do hirsutismo mantendo-se hipertrofia do clitóris.

Conclusão: O hiperandrogenismo na menopausa deve ser valorizado e perante virilização há que investigar a fonte produtora de androgénios. A avaliação imagiológica e laboratorial são fundamentais para o diagnóstico diferencial entre patologia orgânica ou funcional (ovárica ou supra-renal).

A aposta na suspeita clínica, no diagnóstico correto e na abordagem terapêutica adequada desta entidade clínica condiciona uma franca melhoria na qualidade de vida destas mulheres.

P 12

FACTORES QUE INFLUENCIAM A ESCOLHA DA VIA VAGINAL PARA A REALIZAÇÃO DA HISTERECTOMIA EM PATOLOGIA GINECOLÓGICA BENIGNA

Ana Rita Félix; Sara Morgado Nunes; José Alberto Moutinho

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior Serviço de Obstetria e Ginecologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, Hospital da Covilhã

Introdução: A histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas mais efetuada no mundo. No entanto, apesar da histerectomia por via vaginal ser considerada a abordagem preferencial, a via de abordagem abdominal (laparotómica ou laparoscópica) continua a ser a praticada pela maioria dos médicos. A seleção dos critérios para a escolha da via vaginal continua controversa, mas com interesse cada vez mais atual.

Objetivos: Com base na experiência de 6 anos do serviço de Obstetria e ginecologia (SOG) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), o objetivo do presente estudo foi encontrar fatores que condicionaram a escolha da via vaginal para a histerectomia por patologia ginecológica benigna, e definir linhas

de orientação para a sua escolha.

Material e métodos: Foram selecionadas todas as doentes submetidas a histerectomia por patologia ginecológica benigna entre 2008 e 2013. Foi elaborado um estudo transversal e retrospectivo com uma componente descritiva e analítica. Para o estudo, foram consultados os processos clínicos das doentes para avaliação dos seguintes parâmetros: a idade e a presença de comorbilidades à realização da cirurgia, hemoglobinémia e hematócrito pré-operatório, motivo da histerectomia, a via de abordagem cirúrgica, complicações cirúrgicas peri e pós-operatórias; e do estudo anátomo-patológico das peças operatórias, o volume do útero, a presença de leiomiomas uterinos bem como o seu número e localização, e a presença de patologia anexial.

Resultados: De janeiro de 2008 a dezembro de 2013, foram efetuadas 841 histerectomias por patologia ginecológica benigna. Destas, apenas 777 foram incluídas no estudo, e 59 foram excluídas por registos clínicos insuficientes e 5 excluídas por doença da coagulação. A via vaginal foi escolhida em 402 (51,7%) doentes e a via abdominal em 375 (48,3%). A média de idade das doentes incluídas no estudo foi de 53,67 anos. O principal motivo da histerectomia foi leiomioma uterino em 426 (54,8%) dos casos, seguido de Prolapso Urogenital em 206 (26,5%). O estudo anátomo-patológico das peças operatórias revelou presença de leiomiomas em 537 (69,10%) doentes. As complicações cirúrgicas relacionadas com a histerectomia foram verificadas em 94 (12%) pacientes, sendo a infeção pós-operatória a mais frequente em 30 (3,8%) casos. Em 5 (0,6%) casos houve necessidade de conversão da cirurgia vaginal para cirurgia abdominal. Há registo 1 caso de morte intraoperatória, por choque cardiogénico, em doente submetida a histerectomia por via abdominal; 1 caso de Tromboembolia Pulmonar no pós-operatório, em doente submetida a histerectomia vaginal; 13 reinternamentos, dos quais 5 após histerectomia por via abdominal; 17 casos de transfusão de glóbulos vermelhos peri-operatórias, sendo 9 em doentes submetidas a histerectomia por via abdominal. Metade das mulheres, 201 (50%), que foram submetidas a histerectomia por via vaginal não apresentavam prolapso urogenital. Na globalidade, os casos em que foi selecionada a via vaginal para a realização da his-

terectomia corresponderam aos grupos etários mais idosos (> 50 anos: 61,90%) e às doentes com útero de menor dimensão (apenas 13,8% das doentes tinham útero com mais de 350g, mas em 33,30% dos casos, o maior mioma apresentava mais de 5 cm).

Conclusões: A via de abordagem vaginal foi a via mais escolhida para a realização de histerectomia para patologia ginecológica benigna. A histerectomia vaginal foi a técnica de eleição escolhida para a correção do prolapso urogenital mas, também para tratamentos de outras patologias ginecológicas como o leiomioma uterino em que se mostrou adequada mesmo na presença de úteros volumosos e miomas de grandes dimensões, com baixa taxa de complicações sendo estas semelhantes às duas vias de abordagem.

P 13

CONTRACEÇÃO NA PERIMENOPAUSA – QUAL A POSIÇÃO DOS LARC?

Inês Gante¹; Fernanda Geraldês²; Teresa Bombas³; Fernanda Águas⁴

Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contraceção - ¹Interna de Ginecologia/Obstetrícia do CHUC; ²Assistente Graduada de Ginecologia do CHUC/Presidente da Secção de Menopausa da SPG; ³Assistente de Obstetrícia de CHUC/Presidente da SPDC; ⁴Assistente Graduada Sénior de Ginecologia do CHUC/Presidente da SPG

Introdução: A perimenopausa cursa com uma taxa de fertilidade reduzida, porém não nula, pelo que é fundamental assegurar uma contraceção eficaz, tendo em consideração os benefícios e riscos de cada um dos métodos contraceptivos e os fatores de risco individuais. Até aos 50 anos, não existe nenhum método contraindicado apenas pelo fator idade. Nos últimos anos, os contraceptivos reversíveis de longa duração (*Long-Acting Reversible Contraception? LARC*), como os dispositivos/sistemas intrauterinos (DIU/SIU) e os implantes subcutâneos, têm-se afirmado como 1ª linha pela elevada eficácia e segurança.

Objetivo: Avaliar as práticas contraceptivas na perimenopausa.

Material e métodos: Estudo comparativo relativo às práticas contraceptivas das mulheres com idade entre os 40 e os 49 anos *versus* idade inferior a 40 anos. Como amostra, foram usados os dados de um estudo epidemiológico, transversal, representativo

da população do sexo feminino, em Portugal, com idade entre os 15 e os 49 anos, realizado através da aplicação de um inquérito anónimo, entre dezembro de 2014 e março de 2015. Análise dos dados foi efetuada com o STATA 13.1.

Resultados: 31,1% (n=1244) das mulheres que responderam ao inquérito tinham entre 40 e 49 anos. Nesta faixa etária, 91,8% (n=1140) tinha atividade sexual [*versus* 75,7% (n=2086), p<0,001] e 92,8% (n=1154) não eram nulíparas [*versus* 38,0% (n=1048), p<0,001]. Apenas 23,0% (n=289) tinha como escolaridade o ensino superior [*versus* 35,4% (n=976), p<0,001] e 5% (n=62) teve acesso a informação sobre sexualidade e/ou aulas de educação sexual [*versus* 45% (n=1241), p<0,001]. No entanto, 74,8% (n=931) teve consulta de planeamento familiar ou ginecologia no ano precedente (*versus* 53,2% (n=1467), p<0,001). De realçar que 84,1% (n=1045) das mulheres com 40-49 anos estava a usar contraceção [*versus* 75,6% (n=2083), p<0,001]. Destas, 30,6% (n=320) optaram por LARC [*versus* 9,9% (n=207), p<0,001]: 4,3% (n=45) por implante subcutâneo e 26,3% (n=275) por DIU/SIU. Através da análise por regressão logística ajustada, verificou-se que, na faixa etária 40-49 anos, os fatores associados à opção por DIU/SIU foram uma maior idade (ORa 1,27; IC95% 1,20-1,34) e paridade (ORa 4,92; IC95% 1,48-16,39); o fator associado à opção por implante subcutâneo foi um maior nível de escolaridade (ensino superior) (ORa 3,15; IC95% 1,71-5,81). Verificou-se que, nesta faixa etária, o uso de LARC se associou a um impacto positivo na vida sexual por reduzir o receio de gravidez indesejada [43,4% (n=139) das utilizadoras de LARC refere ?Nunca? à questão ?O facto de poder engravidar influencia a sua vida sexual?? *versus* 27,3% (n=198) nos outros métodos, p<0,001].

Conclusão: Na perimenopausa, a opção por LARC é frequente, sendo tanto maior quanto maior a idade, maior a paridade e o maior nível de escolaridade. Por reduzir o risco de gravidez indesejada, os LARC tem um impacto positivo na vida sexual.

P 14

OSTEOPOROSE NA PRÉ-MENOPAUSA

Joana Moreira Barros; Rita Campos; Cláudio Rebelo;
Pedro Tiago Silva

ULSMatosinhos, Hospital Pedro Hispano

Introdução: A osteoporose na pré-menopausa é um diagnóstico incomum, cuja escassez de estudos torna a abordagem um desafio.

Objetivos: Revisão acerca da definição, etiologia, abordagem diagnóstica e terapêutica da Osteoporose na pré-menopausa.

Material e métodos: É efetuada uma revisão bibliográfica acerca do tema, tendo sido usadas as palavras-chave OSTEOPOROSE, MULHER, PRÉ-MENOPAUSA, e utilizados os motores de busca: *PubMed* e *Cochrane*.

Resultados e conclusões: Não existe consenso na definição de osteoporose na pré-menopausa, pelo que o diagnóstico deve ser efetuado cuidadosamente, assente numa anamnese detalhada com ênfase na investigação de causas de perda de massa óssea, e não baseado apenas em parâmetros densitométricos.

Na maioria dos casos de osteoporose na pré-menopausa podem ser encontradas causas secundárias, sendo as mais comuns o uso excessivo de glicocorticóides, a anorexia nervosa/distúrbios alimentares, a doença celíaca e as situações de hipoestrogenismo. Os restantes casos são classificados como Osteoporose Idiopática, que constitui um distúrbio heterogêneo, para o qual contribuem anomalias na microestrutura do osso com consequente enfraquecimento do mesmo.

As opções terapêuticas são limitadas pelo escasso número de estudos neste grupo de doentes, ao que acresce a não aplicabilidade do índice *FRAX* na pré-menopausa, na a estimativa do risco de fratura.

Sempre que possível, a identificação e tratamento da causa subjacente deve ser o objetivo. Mulheres sem causa identificada para uma densidade mineral óssea reduzida e sem antecedentes de fratura de trauma de baixo impacto devem adotar medidas de estilo de vida saudável, suplementação de cálcio e vitamina D e manter vigilância clínica. A terapia farmacológica, embora raramente indicada nas mulheres pré-menopáusicas, pode justificar-se naquelas

com causas persistentes ou crónicas de perda de massa óssea ou nas que apresentaram ou continuam a apresentar fraturas de baixo impacto.



Organização



Major Sponsor



Sponsors



Secretariado



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt