

8^o CONGRESSO PORTUGUÊS DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO



2022

12 a 14
MAIO

Teatro Micaelense
Ponta Delgada - Açores



Aceda à versão digital
do programa



Fotografia: Jorge Feteira



Quarta-feira 11 de maio de 2022

CURSO PRÉ-CONGRESSO

12:00-18:30h

GENUS: CURSO PRÁTICO AVANÇADO EM MEDICINA DA REPRODUÇÃO

Curso prático avançado em Medicina da Reprodução



Quinta-feira 12 de maio de 2022

07:30h

Abertura do Secretariado

08:30-10:00h

O QUE JÁ NÃO DEVERÍAMOS ESTAR A FAZER?

Moderadores: Rui Mendonça e Ana Sousa Ramos

Na clínica

Palestrante: Ricardo Santos (25 min.)

No bloco operatório

Palestrante: Luís Vicente (25 min.)

No laboratório PMA

Palestrante: Sofia Nunes (25 min.)

10:00-10:30h

SESSÃO INAUGURAL

10:30-11:00h

Coffee break

11:00-11:30h

MICROBIOMA GENITAL. IMPLICAÇÕES NA PMA

Moderadora: Sofia Dantas

Palestrante: Joaquin Llácer (25 min.)

11:30-12:15h **ENDOMETRIOMA OVÁRIO E INFERTILIDADE: DA CIRURGIA À CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS E DE TECIDO OVÁRIO**

Moderador: Carlos Calhaz Jorge

Palestrante: Jacques Donnez (30 min.)

Discussão (15 min.)

12:15-13:15h **SIMPÓSIO: QUAL A MELHOR ABORDAGEM, AO LONGO DAS PRINCIPAIS FASES DO TRATAMENTO, EM PMA?**

Moderador: José Teixeira da Silva

Palestrante: Sandro Esteves

MERCK

13:15-15:00h **Almoço**

Patrocínio:



15:00h **Visita à clínica Meka Center**

19:30h **Cocktail de Boas-Vindas**

Oferta:



GOVERNO DOS AÇORES

Sexta-feira  **13 de maio de 2022**

08:00h **Abertura do Secretariado**

08:30-09:00h **ARTcare: APRESENTAÇÃO OFICIAL DO SOFTWARE DA SPMR**

Moderador: Luís Vicente

Palestrante: Ricardo Santos (20 min.)

09:00-10:30h **ENVELHECIMENTO OVÁRIO PREMATURO**

Moderadores: Sérgio Soares e Mariana Martins

A insuficiência ovária subclínica. Etiologia e diagnóstico

Palestrante: Miguel Tuna (20 min.)

O que dizer de um rastreio nacional?

Palestrante: Sofia Dantas (20 min.)

Vitrificação de ovócitos: Vale mesmo a pena parar o relógio biológico?

Palestrante: Ana Cobo (20 min.)

10:30-11:00h **Coffee break**

Patrocínio:



11:00-11:45h **SUPORTE LUTEÍNICO PERSONALIZADO. O FUTURO DA PMA?**

Moderador: José Teixeira da Silva

Palestrante: Peter Humaidan (30 min.)

Discussão (15 min.)

11:45-12:45h

SIMPÓSIO: HCG ACTIVITY IN OE, WHAT MAKES IT DIFFERENT?



Moderador: Pedro Xavier

Palestrantes: Luís Vicente e Nikolaos Polyzos

12:45-14:15h

Almoço

Patrocínio:



14:15-14:45h

EPIGENÉTICA. A DUALIDADE EMBRIÃO-GESTANTE

Moderadora: Margarida Silvestre

Palestrante: Alberto Barros (20 min.)

14:45-16:00h

COMUNICAÇÕES LIVRES

Moderadores: Pedro Sá e Melo e Graça Qental

16:00-17:00h

SIMPÓSIO: PONTOS CRÍTICOS EM PMA. QUE ABORDAGEM?



Presidente: Pedro Xavier

Moderador: Luís Vicente

Poor responders: The type and kind of gonadotropin – Does it matter?

Palestrante: Christophe Blockeel 

Suporte fase lútea – Qual a dose ideal?

Palestrante: Susana Fraga

17:00-17:30h

Coffee break

Patrocínio:



17:30-19:00h

CONTROVÉRSIAS A PROPÓSITO DO PGT-A

Moderadores: Alberto Barros e Sofia Nunes

Vai ser mesmo para todos?

Palestrante: Joana Mesquita Guimarães (20 min.)

Estratégias nas más-responderas

Palestrante: Sérgio Soares (20 min.)

Mosaicismos: Que transferências podemos admitir?

Palestrante: Filipa Carvalho (20 min.)

20:30h

Jantar do Congresso

Patrocínio:



Sábado  14 de maio de 2022

08:00h Abertura do Secretariado

08:30-09:00h **Off Side Expert Meeting**

Adenomiose uterina. Da patogénese ao tratamento

Moderador: Pedro Xavier

Palestrante: Jacques Donnez (20 min.)



09:00-09:30h **NÚCLEO DA SPMR PARA INVESTIGAÇÃO EM ESTUDOS MULTICÊNTRICOS. O QUE SE AVANÇOU**

Moderador: Pedro Xavier

Palestrante: Samuel Ribeiro (20 min.)

09:30-10:30h **UTILIDADE CLÍNICA DOS TESTES DE FUNÇÃO ESPERMÁTICA**

Sessão interativa com casos clínicos

Moderador: Pedro Vendeira

Palestrante: Sandro Esteves (30 min.)

10:30-11:00h **Visita aos Pósters**

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

11:30-12:30h **SIMPÓSIO: DESAFIOS DA EOC E OTIMIZAÇÃO DE RESULTADOS**

Moderador: Pedro Xavier

Palestrantes: Annalisa Racca e Samuel Ribeiro



12:30-13:15h **INOVAÇÕES NOS PROTOCOLOS DE ESTIMULAÇÃO OVÁRICA PARA PMA**

Moderador: Samuel Ribeiro

Palestrante: Nikolaos Polyzos (30 min.)

Discussão (15 min.)

13:15-14:30h **Almoço**

14:30-15:00h **ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS SPMR**



Melhor Comunicação Oral

Melhor Póster

15:00-17:00h **Assembleia Geral da SPMR**



Comunicações Orais

CO 1

Eeva TEST: UMA FERRAMENTA PREDITIVA DO DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO

Marta Ramos; Isabel Damião; Sara Oliveira;
Vasco M. Almeida

*Faculdade de Ciências da Universidade do Porto
Centro de Estudos de Infertilidade e Esterilidade*

Um dos fatores essenciais para o sucesso das técnicas de reprodução assistida é a avaliação da qualidade embrionária, uma vez que permite uma correta seleção de embriões para a transferência. O potencial embrionário tem sido tradicionalmente avaliado através de uma observação ao microscópico com o uso de um sistema de classificação baseado na morfologia. No entanto, esta observação permite somente analisar imagens estáticas no tempo, podendo estas não ser inteiramente representativas de todos os acontecimentos celulares ocorridos. Deste modo, surgiu a tecnologia de time-lapse que consiste num sistema de captura de imagens que permite estar associado a *softwares* de classificação de embriões. Em 2013 foi desenvolvido e validado o primeiro software que mede automaticamente os intervalos críticos de divisão celular e classificava os embriões com base no seu potencial de desenvolvimento. O Sistema Eeva *test* fornece uma avaliação automatizada dos parâmetros de qualidade embrionária recorrendo às propriedades preditivas da morfocinética

associadas à análise morfológica, indicando qual o embrião com maior potencial de desenvolvimento e implantação ao 5º dia, tendo em conta a cinética de clivagem até ao 3º dia.

Este trabalho teve como objetivo validar a utilização do Eeva *test* como um modelo preditivo do potencial embrionário até à fase de blastocisto e de seleção dos melhores embriões com vista a uma maior taxa de implantação e gravidez.

Foram seguidos e analisados 738 embriões de um total de 131 ciclos. Cada embrião foi classificado ao 3º e 5º dias segundo os critérios de Istambul e avaliado pelo sistema Eeva *test*. Observou-se que a relação entre a qualidade dos embriões ao 3º e 5º dia, segundo os critérios morfológicos, a relação entre a classificação do Eeva e a de 3º dia e a classificação do Eeva e a de 5º dia apresentam todas elas significância na sua interação. A relação entre a qualidade embrionária e a taxa de gravidez também foi estudada verificando-se uma proximidade à significância da avaliação da qualidade ao 3º dia e a taxa de gravidez e um efeito significativo na taxa de gravidez quando os embriões apresentam elevada qualidade segundo os critérios de Istambul ao 5º dia e segundo o Eeva. Concluímos assim que o Eeva *test* é um *software* altamente informativo que possibilita a avaliação de embriões segundo o seu potencial de desenvolvimento, permitindo assim selecionar os de melhor qualidade e com maior potencial de implantação.

CO 2

QUAL O PAPEL DA CIRURGIA PÉLVICA MINIMAMENTE INVASIVA NA SUSPEITA DE FATOR TUBÁRIO DE INFERTILIDADE?

Inês Tlemçani¹; Carolina Smet²; Catarina Policiano^{1,3}; Isabel Pereira^{1,3}; Sandra Sousa^{1,3}; Joaquim Nunes^{1,3}; Carlos Calhaz-Jorge^{1,3}; Giedre Lopes¹; Marta Carvalho¹; Fernanda Leal¹; Ana Aguiar^{1,3}

¹Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ²Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O fator tubário contribui para aproximadamente 25% dos casos de infertilidade. A salpingostomia e a salpingoplastia são uma alternativa cirúrgica nas mulheres que desejam concepção em ciclo espontâneo, apesar do risco de gravidez ectópica poder atingir os 10%. Não está determinada na literatura qual a taxa de gravidez em ciclo espontâneo ou com recurso a estimulação ovárica com ou sem inseminação intrauterina (IIU) nas mulheres que realizam este tipo de cirurgia pélvica laparoscópica. Em mulheres com hidrossalpinge são menores as taxas de sucesso nas técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), sendo recomendada, salpingectomia se confirmada intra-operatoriamente.

Objetivos: Avaliar a taxa de gravidez sem recurso a técnicas de PMA de segunda-linha em mulheres submetidas a cirurgia pélvica laparoscópica com lise de aderências pélvicas envolvendo pelo menos um dos anexos e/ou intervenção tubária.

Material e métodos: Análise retrospectiva de todas as mulheres seguidas em consulta de Apoio à Fertilidade do Hospital de Santa Maria/CHULN, com fator tubário identificado, submetidas a cirurgia por via laparoscópica com intervenção sobre a/s trompa/s e/ou lise de aderências entre 2014 e 2019. Considerou-se

como desfecho primário a avaliação da taxa de gravidez em ciclo espontâneo ou com recurso a IIU.

Resultados e conclusões: Foram incluídas 114 mulheres com uma mediana de idade de 34 anos (IQR 30-27). O tipo de intervenção cirúrgica efetuado foi lise de aderências isolada (n = 45), salpingoplastia uni ou bilateral (n = 34), salpingectomia unilateral (n = 17) e bilateral (n = 18).

No final da cirurgia 22% (25/114) das mulheres tinham fator tubário bilateral, confirmado por prova de cromotubação com azul de metileno ou decorrente da realização de salpingectomia bilateral, no contexto de hidrossalpinge. Excluindo essas 25 doentes, a taxa global de gravidez foi 31,5% (n = 28/89), sendo 25,8% (n = 23/89) em ciclo espontâneo e 5,6% (5/89) com recurso a IIU. A taxa de gravidez ectópica foi de 1,1% (2/89).

Estes resultados reforçam a importância da cirurgia pélvica minimamente invasiva no aumento da probabilidade de gravidez em ciclo espontâneo em doentes seleccionadas, obviando tempos de espera e necessidade de recurso a técnicas de PMA de segunda linha em cerca de um terço desta população.

CO 3

O QUE NOS DIZEM OS GÂMETAS? – O PAPEL DO EMBRIOLOGISTA NA DECISÃO DA TÉCNICA DE FERTILIZAÇÃO

Lia Costa; Ilda Pires; Madalena Cabral; Fátima Silva; Marta Osório; Sueli Pinelo; Helena Serra; António Barbosa; Eduarda Felgueira
Unidade de Medicina da Reprodução Dra. Ingeborg Chaves, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho EPE

Introdução: Desde 1992 que, para além da fertilização *in vitro* convencional (FIV), é possível realizar microinjeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI), permitindo dar res-

posta a casos de infertilidade por fator masculino grave ou falha de fertilização em ciclo FIV anterior. A avaliação do casal é feita em consulta sendo que, por regra, o ciclo é programado e agendado com indicação da técnica a utilizar. Porém, no dia da punção, é frequente a qualidade dos gâmetas ser diferente da expectável. Uma avaliação cuidada da amostra seminal e complexos *cumulus-ovócito* (CCOs) poderá questionar e sugerir a alteração da técnica inicialmente proposta.

Objetivos: Neste trabalho pretende-se avaliar os resultados de ciclos cuja técnica foi alterada no dia da punção folicular (FIV para ICSI/ICSI para FIV) e ciclos mistos (FIV + ICSI). Desta forma, espera-se também compreender as situações em que se justifica a eleição de FIV e/ou ICSI.

Material e métodos: Foram incluídos ciclos FIV/ICSI realizados entre Fevereiro de 2018 e Março de 2022. Analisaram-se dados relativos à punção, fertilização, desenvolvimento embrionário, transferência e implantação. Excluíram-se os ciclos com gâmetas doados, serodiscordantes e com uso de gâmetas criopreservados.

Resultados e conclusões: De acordo com a avaliação da amostra seminal e CCOs, história clínica do casal e após discutido entre os embriologistas e equipa clínica: i) 20 ciclos previamente referenciados para FIV foram convertidos em ICSI; ii) 63 ciclos ICSI foram convertidos em FIV; iii) foi realizada técnica mista (FIV+ICSI) em 56 ciclos.

Os resultados sugerem que, apesar de aumentar o risco de falha de fertilização, os ciclos ICSI convertidos em FIV resultaram em melhores taxas de implantação e gravidez, comparando com os casos em que se realizou ICSI em ciclo anterior. Por outro lado, a realização de ICSI, em ciclos programados para FIV, preveniu falhas de fertilização (0%). Por sua vez, os ciclos mistos mostraram que 80% dos

ciclos referenciados para ICSI obtiveram embriões em FIV; e que 38% dos ciclos referenciados para FIV resultaram em falha de fertilização em FIV (83% com fertilização em ICSI). Estes dados mostram que “ouvir os gâmetas” e que a flexibilidade na adaptação da técnica de fertilização, avaliada individualmente, permitem uma otimização dos resultados. Este estudo reforça a importância da multidisciplinaridade das equipas de PMA, inclusive a participação do embriologista na decisão da técnica de fertilização.

CO 4

IMPACTO DAS VIAGENS AÉREAS NOS DESFECHOS APÓS TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES

Mariana Ormonde; Mariana Teves; Sara Dias Leite; Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Andrea Pereira; Rui Mendonça

*Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada
MEKA Center*

Introdução: Na Região Autónoma dos Açores, muitas mulheres viajam de avião entre a ilha de residência e a ilha de São Miguel, para realização de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Após transferência de embriões (TE), a fresco ou criopreservados, as doentes viajam de avião rumo ao domicílio no próprio dia. Atualmente, a técnica de transferência é reconhecida como fator determinante no sucesso do tratamento. No entanto, até à data, outros fatores como o repouso, a evicção sexual ou de atividade física não pareceram interferir com os desfechos após TE. Apesar da escassa literatura, não existe contraindicação a viagens de avião após TE nem existe evidência de piores desfechos em PMA após as mesmas.

Objetivos: Avaliar a associação entre as viagens aéreas no dia da TE e a taxa de gravidez clínica e de nados-vivos após a transferência.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise descritiva e bivariada. Foram colhidos dados dos processos eletrônicos de doentes submetidas a tratamentos de PMA nos Açores entre julho de 2017 e março de 2021.

Resultados: No período estudado foram realizados 980 tratamentos de PMA com TE a fresco (59.1%; n=579) ou de embriões criopreservados (40.9%; n=401), num total de 524 mulheres, com idade média de 35.6 ± 5.4 anos. Destas, 77.2% (n = 757) eram nulíparas. Ainda, 16.8% (n = 165) tinham história de um aborto espontâneo e 5.7% (n = 56) de dois ou mais abortos. Do total, 30.7% (n = 300) viajaram de avião no dia do procedimento e 69.3% (n = 678) permaneceram na ilha de São Miguel. Entre os grupos não se verificou diferença estatisticamente significativa em termos de idade (35.8 ± 4.5 vs 35.5 ± 5.8 anos; $p = 0.357$) ou tempo de infertilidade (45.8 ± 26.6 vs 44.6 ± 30.1 meses; $p = 0.537$). A taxa de gravidez clínica foi de 33.7% (n = 101) no grupo de mulheres que viajou e de 37.8% (n = 256) nas que não viajaram, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa ($p = 0.249$). O mesmo se verificou com a taxa de nascidos vivos, que foi de 19.0% (n = 57) no grupo que viajou e de 21.5% (n = 146) nas restantes ($p = 0.393$).

Assim, de acordo com a população estudada, parece ser seguro afirmar que as doentes deslocadas podem viajar de avião no dia da TE, sem prejuízo para o desfecho do tratamento. Sendo que, na população açoriana, os custos indiretos associados à deslocação, alojamento e absentismo laboral não são desprezíveis, a possibilidade deste regresso ao domicílio no próprio dia é impactante.

CO 5

EFEITO ADITIVO DE COMBINAÇÕES DE POLIMORFISMOS DO GENE FSHR NA RESPOSTA OVÁRICA À ESTIMULAÇÃO

Ana Raquel Neves¹; Sandra García Martínez¹; Lan N. Vuong²; Christophe Blockeel³; Claudia Spits⁴; Tuong M. Ho²; Herman Tournaye³; Nikolaos P. Polyzos¹

¹Dexeus University Hospital; ²IVFMD and HOPE Research Center, My Duc Hospital, Ho Chi Minh City; ³Brussels IVF, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel); ⁴Research Group Reproduction and Genetics, Vrije Universiteit Brussel

Introdução: Apesar do valor indiscutível dos marcadores de reserva ovárica, muitas doentes apresentam uma resposta inesperadamente baixa à terapêutica. Estudos prévios sugeriram uma associação entre polimorfismos (SNPs) do gene do receptor da FSH (FSHR) e a resposta ovárica. O nosso grupo demonstrou que a presença de SNPs do FSHR tem um impacto estatisticamente significativo na resposta ovárica à estimulação, mas com relevância clínica mínima em doentes com reserva ovárica normal.

Objetivo: Analisar o efeito de combinações de SNPs do FSHR na prevalência de hiporesposta (<10 ovócitos), número de ovócitos recuperados, *follicle output rate* (FORT) e *follicle-to-oocyte index* (FOI).

Material e métodos: Estudo prospetivo multicêntrico com 368 pacientes do Vietnam, Bélgica e Espanha, entre 11/2016-06/2019. As doentes foram submetidas a estimulação ovárica com dose fixa de rFSH 150IU/dia, com antagonista GnRH, e foram genotipadas para 3 FSHR SNPs (rs6165, rs6166, rs1394205). A associação entre combinações de SNPs e as variáveis foi avaliada com modelos ajustados para idade, AMH, duração da estimulação e continente.

Resultados e conclusões: Relativamente à combinação rs6165/rs6166, doentes AA/AA

(n = 45) apresentaram um aumento significativo do FOI (104.24 ± 69.02 vs 82.62 ± 37.40 , EMD 20.04 [4.51;35.56]), enquanto o genótipo AG/AG (n = 151) apresentou maior proporção de hiporresposta (33% vs. 24%, adjOR 1.77 [1.08;2.90]) e FOI inferior (79.12 ± 38.81 vs 89.17 ± 44.72 , EMD -11.72[-20.89;-2.55]). Na combinação rs6165/rs1394205, o genótipo AG/AG (n = 78) associou-se a menor número de ovócitos e FOI (12.53 ± 5.81 vs 14.39 ± 7.24 , EMD -1.99[-3.57;-0.42] e 76.42 ± 35.91 vs 87.43 ± 44.06 , EMD -12.07 [-23.09;-1.05], respectivamente).

Finalmente, na combinação rs6166/rs1394205, enquanto pacientes AA/GG (n = 49) apresentaram menor prevalência de hiporresposta (16.3% vs 29.5%, adjOR 0.42 [0.19;0.97]), maior número de ovócitos (16.78 ± 7.71 vs 13.56 ± 6.79 , EMD 3.45 [1.57;5.34]) e um FOI significativamente superior (101.01 ± 52.07 vs 82.60 ± 40.52 , EMD 17.57 [4.41;30.73]), pacientes AG/AA (n = 16) apresentaram maior prevalência de hiporresposta (56.3% vs 26.4%, adjOR 6.30 [1.88-21.08]) e um FOI significativamente inferior (62.31 ± 29.06 vs 86.26 ± 42.94 , EMD -23.51[-45.04;-1.97]).

Concluindo, combinações de SNPs do FSHR têm um impacto estatisticamente significativo na resposta ovárica à estimulação. No entanto, apenas o genótipo AA/AG rs6166/rs1394205 parece clinicamente significativo, melhorando a resposta ovárica.

CO 6

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA AVALIAÇÃO EMBRIONÁRIA: A MÁQUINA VENCE O HOMEM?

Inês Couceiro; Juliana Machado-Simões; Sofia Rodrigues; Bruno Barauna; Elisson Sousa; Inês Cerdeira; Daniel Cohen; Daniella Gilboa; Ron Maor; Maya Shapiro; Daniel Seidman; Vladimiro Silva; Isabel Torgal
Ferticentro - Centro de Estudos de Fertilidade, Coimbra, Portugal IVF Research Department, AiVF Ltd., Tel Aviv, Israel

Introdução: O uso da tecnologia de *Video Time-Lapse* trouxe novos dados sobre o desenvolvimento embrionário que são complexos e difíceis de interpretar. A subjetividade do olho humano e a contínua necessidade de aumentar a eficácia dos laboratórios de PMA modernos levou à criação de sistemas de classificação embrionária baseados em inteligência artificial (IA), cuja comparabilidade com a avaliação humana está ainda por demonstrar. **Objetivos:** Comparar retrospectivamente a avaliação feita por dois sistemas informatizados (KIDScore e AiVF) com a classificação morfológica tradicional. Foi analisada a capacidade dos sistemas serem os embriões em função do respetivo potencial de implantação.

Material e métodos: A avaliação morfológica foi feita segundo os critérios ASEBIR. O *KidScore* D5 (KD5) é uma ferramenta de avaliação embrionária semi-automatizada disponível no sistema *EmbryoScope (Vitrolife)*, que atribui aos embriões uma pontuação entre 0 e 9,9 em função de parâmetros morfocinéticos inseridos pelo operador. O AiVF Score é um sistema automático de IA desenvolvido através de um sistema de rede neural complexa, que avalia o desenvolvimento embrionário sem intervenção de embriologistas. Fornece um *score* contínuo de 0 a 100, em função do potencial de cada embrião.

Este estudo incluiu 1693 embriões, de 213 pacientes. 753 embriões foram avaliados segundo os 3 sistemas, tendo sido transferidos ou criopreservados. A avaliação das taxas de implantação foi feita usando 624 embriões.

Resultados e conclusões: Tanto o KD5 como o AiVF demonstraram uma boa correlação com a classificação morfológica atribuída pelos embriologistas. Para embriões classe A, a pontuação média atribuída pelo AiVF foi de 88 (SD: 18); para embriões B de 77 (SD: 19); embriões C de 52 (SD: 21) e embriões do tipo D foi 27 (SD: 8). Já o KD5 deu uma pontuação média de 8,33 (SD: 1,04) para embriões A; 6,07 (SD: 1,14) para embriões B; 3,28 (SD: 1,03) para embriões C e 2,37 (SD: 0,96) para embriões D. Embriões com AiVF acima de 70 têm uma probabilidade 3,75 vezes maior de serem considerados de boa qualidade (A/B), o que parece sugerir que a adoção de um sistema totalmente automatizado pode produzir resultados não inferiores.

As pontuações dos embriões que resultaram em gravidez (AiVF 83 e KD5 7,03) são superiores às dos restantes (AiVF 73 e KD5 5,97). As classificações atribuídas pelos sistemas automatizados relacionam-se com a classificação embrionária manual e com a probabilidade de implantação.

CO 7

A METFORMINA AUMENTA A FERTILIDADE NUM MODELO DE MURGANHO COM ENDOMETRIOSE

Ana Catarina Neto^{1,2}; Adriana Rodrigues^{1,2}; Maria Botelho¹; Sofia Lamas³; Alexandra Gouveia^{1,2,4}; Henrique Almeida^{1,2,5}; Delminda Neves^{1,2}

¹Faculty of Medicine, Biomedicine-Experimental Biology Unit, Porto, Portugal; ²Instituto de Investigação e Inovação em Saúde - I3S, Ageing and Stress, Porto, Portugal; ³Instituto de Investigação e Inovação em Saúde - I3S, Animal Facility, Porto, Portugal; ⁴Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação-Universidade do Porto, n, Porto, Portugal; ⁵Hospital CUF-Porto, Obstetrics and Gynaecology, Porto, Portugal

A endometriose é uma doença inflamatória caracterizada pelo crescimento de endométrio ectópico, o que provoca dor e infertilidade. Os tratamentos hormonais, primeira linha de tratamento da endometriose, têm de ser interrompidos pelas mulheres aquando da tentativa de gravidez. Novos fármacos que preservem a fertilidade são, assim, de extrema importância para o tratamento da endometriose. Os modelos de roedores com endometriose apresentam também diminuição de fertilidade, sendo importantes, tanto para elucidar a fisiopatologia da doença, como para testar novas terapêuticas.

Para além de diminuir a glicemia, a metformina diminui a secreção de estrogénio, a inflamação, a oxidação e o tamanho de implantes endometriais no rato. A sua utilização é segura, antes e durante a gravidez, sendo utilizada no tratamento da diabetes gestacional.

Murganhos B6CBA/F1 foram divididas aleatoriamente em grupos: E-Endometriose (n = 20); S-Sham (n = 12); EM-Endometriose com metformina (n = 20); SM-Sham com metformina (n = 20). A endometriose foi induzida cirurgicamente por transplante heterólogo de endométrio de uma dadora. Os implantes foram confirmados e monitorizados por ecogra-

fia. A metformina foi administrada oralmente (50mg/kg/dia) durante 3 meses aos Grupos EM e SM. Metade dos murganhos de cada grupo foram acasalados para o estudo da fertilidade, determinada pelo número médio de fetos em cada grupo.

A caracterização histológica do endométrio eutópico e ectópico foi realizada por H&E e tricrómio de Masson e as proteínas PCNA e CYP17A1, marcadores de proliferação celular e secreção de estrogénio, foram pesquisadas por imunofluorescência.

Não houve diferenças biométricas entre os murganhos nos diferentes grupos. A taxa de fertilidade diminuiu 30% no grupo E, sendo revertida pelo tratamento com metformina (EM). O tecido ectópico nos grupos E e EM mostrou características endometriais. A camada ectópica de endométrio mostrou-se mais fina no grupo EM, comparando com o grupo E. A marcação de PCNA e CYP17a observou-se no endométrio ectópico e ectópico, em aparente menor número no tecido ectópico do grupo EM. Em suma, a metformina parece ter um papel favorável no aumento da fertilidade e no controlo da proliferação celular e da produção de estrogénio do endométrio ectópico. Desta forma, a metformina poderá constituir uma abordagem farmacológica válida para melhorar a infertilidade associada à endometriose.

CO 8

CASO CLÍNICO: CRIAÇÃO DE EMBRIÃO HLA-COMPATÍVEL PARA TRATAMENTO DE CRIANÇA COM ANEMIA DE DIAMOND-BLACKFAN

Paula Ruivo Manso; Fabiana Ramos; Cláudia Zennaro; Vladimiro Silva
Ferticentro, Centro de Estudos de Fertilidade, Coimbra

Introdução: A Anemia de *Diamond-Blackfan* (ADB) é uma doença grave e autossómica dominante. Caracteriza-se pela redução de pre-

cursores eritróides na medula óssea, anemia macrocítica grave e reticulocitopenia, acompanhados de alterações físicas diversas e de impacto variável. Uma das terapias mais efetivas (e muitas vezes a única), especialmente em crianças, é o transplante de células hematopoiéticas de dador HLA compatível.

Apresentamos o caso de um casal jovem (mulher de 25 anos, homem de 32), saudável e não consanguíneo, cuja filha de 3 anos havia tido o diagnóstico de ADB - variante patogénica c.97G>A (p.Asp33Asn) do exão 2 do gene RPS26. O estudo familiar revelou tratar-se de uma mutação de novo. De modo a tentar encontrar um dador compatível em tempo útil, foi pedida ao CNPMA autorização para realização de PGT-HLA, que foi concedida.

Objetivos: Obtenção de embrião HLA-compatível com criança com ADB.

Material e métodos: O caso foi discutido com o casal e com as equipas de hemato-oncologia e genética, tendo sido explicada a probabilidade de cerca de 20% de obtenção de um embrião HLA compatível.

Após estudo indirecto da região HLA por PCR foram feitas 2 estimulações: a primeira com 10 ovócitos, todos vitrificados, a segunda com 23 ovócitos. Da ICSI de 33 ovócitos, obtiveram-se 13 blastocistos, todos biopsados. Destes, 2 eram HLA-compatíveis, mas apenas um euplóide. Da sua transferência não resultou gravidez. Realizou-se uma terceira e quarta estimulações ováricas, que resultaram na recuperação de 23 e 33 ovócitos, respectivamente. Dos 56 ovócitos microinjectados, obtiveram-se 14 blastocistos. Destes, 3 eram HLA-compatíveis e euplóides.

Foram realizados estudos sobre a janela de implantação e microbioma uterino, despiste de endometrite crónica, rastreio de trombofilias e fatores imunitários associados a falhas de implantação.

Corrigida a janela de implantação, transferiu-

-se um embrião euplóide e HLA compatível, que originou o nascimento de uma criança saudável do sexo masculino. A colheita de sangue do seu cordão umbilical permitiu a transfusão curativa da irmã.

Resultado e conclusões: A probabilidade de sucesso é baixa e depende muito da reserva ovárica e controlo das variáveis possíveis. Este caso serve, contudo de inspiração e de esperança para outros casais em circunstâncias idênticas.

CO 9

O EFEITO COMBINADO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E DA IDADE NOS DESFECHOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Filipa Rafael¹; Maria Dias Rodrigues²; Jose Bellver^{3,4,5}; Nicolas Garrido⁴; Juan A Garcia-Velasco⁶; Sérgio Soares⁷; Samuel Santos-Ribeiro^{2,7}

¹Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal;

³Departamento de Reprodução Humana, IVI-RMA Valencia, Valencia, Espanha; ⁴Fundação IVI, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, Espanha;

⁵Departamento de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Valencia,, Valencia, Espanha ⁶IVI-RMA Madrid, Madrid, Espanha;

⁷IVI-RMA Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: O excesso de peso e a idade avançada são achados comuns nos doentes com infertilidade, originando o dilema de adiar o tratamento de procriação medicamente assistida (para promover primeiro a perda de peso) ou iniciar imediatamente o tratamento (evitando assim o maior envelhecimento). Apesar do conhecido impacto destes dois fatores sobre a fecundidade, estudos que avaliam seu efeito combinado sobre as taxas de parto de nados vivos ainda são escassos e contraditórios.

Objetivo: Avaliar o efeito combinado do índice de massa corporal (IMC) e da idade nos desfechos de reprodução assistida.

Métodos: Este estudo de coorte retrospectivo incluiu casais submetidos ao seu primeiro ciclo de FIV/ICSI com óocitos autólogos e as subsequentes transferências de embriões, entre janeiro de 2013 e fevereiro de 2018, em 18 clínicas de uma instituição privada multinacional de fertilidade (n = 14260 punções ováricas). O IMC foi subdividido nos seguintes subgrupos: baixo peso (<18,5kg/m²), peso normal (18,5-24,9kg/m²), excesso de peso (25,0-29,9kg/m²) e obesidade (≥30,0kg/m²). O desfecho primário foi a taxa cumulativa de nados-vivos (TCNV).

Resultados: Quando comparados com o grupo de peso normal, a TCNV foi inferior em mulheres com excesso de peso (aOR 0,86, IC 95% 0,77-0,96) e obesidade (aOR 0,74, IC 95% 0,62-0,87). Uma redução no IMC, durante um ano, de obesidade para excesso de peso ou excesso de peso para peso normal apresentou-se potencialmente benéfica até aos 35 anos, enquanto apenas uma grande redução (de obesidade para peso normal) seria potencialmente benéfica em mulheres dos 36 aos 39 anos. Acima dos 39 anos, apenas uma redução do IMC superior a 5kg/m², num intervalo de tempo menor (3 meses), foi associada a um aumento da TCNV.

Conclusões: Existe potencial benefício em estratégias de perda de peso realizadas previamente ao tratamento de procriação assistida, particularmente em mulheres com menos de 35 anos com IMC ≥ 25 kg/m². Após essa idade, a perda de peso deve ser considerável ou ocorrer em prazos mais curtos para evitar o efeito deletério do avanço da idade da mulher sobre a TCNV. Uma abordagem personalizada para a perda de peso, de acordo com a idade, poderá ser a melhor estratégia.



Posters Digitais

PO 1

O EFEITO DA MORFOLOGIA ESPERMÁTICA NOS RESULTADOS LABORATORIAIS E CLÍNICOS NA FIV CONVENCIONAL

Sandra Ramos²; Pedro Ferreira²; João Garcia²; José Metello¹; Isabel Simões dos Reis¹

¹Consultor Hospitalar do Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Garcia de Orta; ²Embriologista clínico do Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida (CIRMA) do Serviço de Ginecologia do Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Garcia de Orta

Introdução: A OMS tem revisto o limite para a taxa de morfologia normal do esperma (TMNE) ao longo do tempo. Atualmente, uma amostra de esperma com morfologia normal inferior a 4% é considerada alterada, pelo que a microinjeção de espermatozoides deve ser recomendada no caso de um tratamento de fertilização *in vitro*. No entanto, a morfologia espermática tem sido questionada como parâmetro para a escolha do método de inseminação de ovócitos e, em muitos laboratórios, não é considerada relevante nesta decisão.

Material e métodos: Estudo retrospectivo realizado no CIRMA do Hospital Garcia de Orta, para avaliar o efeito da morfologia espermática nos resultados laboratoriais e clínicos da FIV convencional (FIVc). Foram incluídos 439 ciclos de FIVc, realizados entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020 em mulheres

com idade entre os 18 e 40 anos. Os ciclos foram divididos em 2 grupos. Grupo 1: 361 ciclos com TMNE \geq 4% e Grupo 2: 78 ciclos com TMNE $<$ 4%. No dia da punção, foram avaliados o volume, a concentração e a mobilidade das amostras espermáticas. Foi considerada a taxa de morfologia normal previamente determinada. Foram incluídos ciclos com recém-nascido vivo após 24 semanas e ciclos sem recém-nascido vivo e sem embriões excedentes. Foram avaliados parâmetros demográficos, laboratoriais e clínicos.

Resultados: Não houve diferenças significativas entre os dois grupos nas características demográficas femininas e masculinas. A única exceção foram os hábitos tabágicos masculinos, significativamente maiores no Grupo 2. Em relação às características dos ciclos (dose total de gonadotrofinas, número de ovócitos e ovócitos maduros, número de embriões e embriões utilizáveis (transferidos e/ou vitrificados), não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos. Não houve diferenças significativas entre os dois grupos (Grupo 1 vs Grupo 2) para taxas de fertilização (60,1% vs 58,2%, $P = 0.301$), taxa de falha total de fertilização (3,6% vs 3,8%, $P = 1.000$) e taxa de ciclos sem embriões disponíveis para transferência (12,2% vs 15,4%, $P = 0.455$). Nos resultados clínicos, não foram encontradas diferenças na taxa cumulativa de gravidez clínica (53,5% vs 60,3%, $P = 0.316$), taxa cumulativa de recém-nascido vivo (39,1% vs 47,4%, $P = 0.203$) e taxa cumulativa de aborto

(26,9% vs 25,5%, P = 1.000).

Conclusões: Este estudo conclui que amostras de esperma com TMNE <4% podem ser usadas em ciclos de FIVc com resultados semelhantes aos obtidos em ciclos com TMNE ≥ 4%.

PO 2

SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA APÓS TRIGGER COM AGONISTA DA GnRH – RELATO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

Ana Mesquita Varejão¹; Luisa Cerqueira²;
Ana Margarida Póvoa³; Sandra Silva Soares³;
Lucinda Calejo³; Sónia Sousa³

¹*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Pedro Hispano;* ²*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ);* ³*Unidade de Medicina da Reprodução, Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ)*

Introdução: A síndrome de hiperestimulação ovárica (SHO) é uma complicação iatrogénica da estimulação ovárica controlada, que pode ser causa de morbi-mortalidade significativa. Uma das melhores estratégias para a prevenção do SHO é a identificação das doentes de maior risco e a utilização de protocolos de estimulação ovárica adequados. É consensual que a administração de um agonista de GnRH para indução da maturação ovocitária final (em detrimento da gonatrofina coriónica) pode resultar numa redução significativa do risco de SHO. Este facto explica-se pela menor semi-vida do pico de hormona luteinizante (LH), levando a luteólise precoce e consequente redução da concentração de estrogénios na fase lútea.

Objetivos: Descrição de três casos clínicos de diagnóstico de SHO após indução da maturação ovocitária final com agonista de GnRH.

Material e métodos: Consulta de processos clínicos e descrição de 3 casos com particularidades em comum, orientadas na Unidade de Medicina da Reprodução do CHUSJ.

Resultados e conclusões: O primeiro caso, refere-se a uma doente de 30 anos, com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, submetida a protocolo de estimulação ovárica (ciclo curto com antagonista da GnRH) para preservação da fertilidade, com obtenção final de 10 ovócitos maduros. O segundo caso, refere-se a doente de 31 anos, com história de infertilidade primária por fator masculino, proposta para ciclo de Fertilização *In vitro* (FIV). Foi submetida a protocolo de estimulação ovárica (ciclo curto com antagonista da GnRH) com obtenção de 0 ovócitos maduros. O terceiro caso refere-se a doente de 30 anos com diagnóstico de cancro da mama, submetida a protocolo de estimulação ovárica (ciclo curto com antagonista GnRH) para preservação da fertilidade e com obtenção de 6 ovócitos maduros. Em comum estes três casos têm o facto de ter sido induzida maturação ovocitária final com agonista da GnRH (triptorelina) sendo posteriormente verificado o diagnóstico de SHO.

A literatura descreve casos muito raros de SHO com indução de maturação ovocitária com agonista de GnRH, semelhante aos aqui apresentados. No entanto, com características diferenciadoras, como a ocorrência de transferência embrionária a fresco e subsequente gravidez clínica num dos casos. A raridade dos casos aqui apresentados ressalva a sua relevância clínica, alertando os ginecologistas para o risco de SHO, apesar do ajuste de protocolos, em doentes com fatores de risco previamente identificados.

PO 4

TRANSFERÊNCIA A FRESCO VS PRIMEIRA TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CONGELADOS PÓS-FREEZE-ALL EM MULHERES HIPERRESPONDEDORAS: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 5 ANOS NA UMR DO CHVNGE

Maria Liz Coelho¹; Marta Osório²; Inês Gouveia²; Lia Costa²; Madalena Cabral²; Ilda Pires²; Helena Figueiredo²; Eduarda Felgueira²

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ²Unidade de Medicina da Reprodução (UMR) Dra. Ingeborg Chaves do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNGE)

Introdução: Hiperresposta em ciclo de FIV refere-se à obtenção de >15 ovócitos num ciclo de estimulação ovárica controlada (EOC). A estratégia *freeze-all* é utilizada nas hiperresponderas por minimizar o SHEO e por estar descrita uma melhoria da recetividade endometrial e da taxa de gravidez clínica e diminuição do risco de parto pré-termo pós-*freeze-all* e TEC, quando comparada com a transferência de embriões a fresco (TEF). Poderá aumentar o risco de doenças hipertensivas da gravidez e de macrosomia fetal.

Objetivos: Avaliar as taxas de gravidez clínica, evolutiva e nados-vivos (NV) por transferência, taxa de abortamento espontâneo (AE) e desfechos obstétricos e neonatais da população hiperrespondera após TEF vs após 1ª TEC pós-*freeze-all*.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional e analítico na UMR do CHVNGE. Foram avaliados todos os primeiros ciclos de EOC para FIV entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020, tendo sido incluídos os ciclos em que se obtiveram >15 ovócitos.

Resultados: Foram incluídos 277 ciclos de EOC para FIV de hiperresponderas, tendo resultado 165 ciclos em TEF e 112 primeiros ciclos de TEC pós-*freeze-all*. A idade e o IMC

foram superiores no grupo de mulheres submetidas a TEF ($p < 0,05$). O número de ovócitos e embriões obtidos foi superior no grupo submetido a *freeze-all* ($p < 0,05$). Entre os 277 ciclos ocorreu SHEO em 47 casos (30 precoces e 17 tardios). Optou-se por *freeze-all* em todos os casos de SHEO precoce. Dos casos de SHEO, 32 foram ligeiros, 12 moderados e 3 graves. A taxa de gravidez clínica, evolutiva e de NV por transferência foi superior no grupo submetido a TEF (52% vs 36%; 44% vs 30%; 40 vs 27% no grupo TEF vs TEC respetivamente; $p < 0,05$). A taxa de AE foi semelhante entre grupos (15%). Verificaram-se 78 gestações únicas e 8 gemelares no grupo TEF. No grupo 1ª TEC ocorreram 37 gestações únicas e 3 gemelares. Verificaram-se 2 casos de pré-eclâmpsia a termo em ambos os grupos. A idade gestacional e o peso ao nascimento foram semelhantes entre os grupos. Verificaram-se 2 casos de IA<7 ao 5º minuto no grupo TEF e 1 caso no grupo TEC. Todos os RN tiveram evolução favorável. No grupo de hiperresponderas com TEF, o número de ovócitos e embriões que otimizou a taxa de NV foi de 21-25 ovócitos e 5 embriões, respetivamente.

É importante atingir um equilíbrio entre o risco de SHEO após TEF, com boas taxas de NV e bons desfechos obstétricos, e a realização de *freeze-all*, mais segura, mas à custa de uma redução relativa das taxas de gravidez e NV na 1ª TEC.

PO 5

É POSSÍVEL EVITAR AS PUNÇÕES OVÁRICAS AO FIM-DE-SEMANA?

Margarida Meira de Carvalho¹; Catarina Policiano^{2,3}; Isabel Pereira^{2,3}; Sandra Sousa²; Joaquim Nunes^{2,3}; Carlos Calhaz-Jorge^{2,3}; Giedre Lopes²; Marta Carvalho²; Fernanda Leal²; Ana Aguiar^{2,3}

¹Serviço de Ginecologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ²Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O protocolo de estimulação ovárica com supressão do pico de LH com antagonista da GnRh tornou-se o mais utilizado nos tratamentos de Procriação Medicamente Assistida por ser melhor tolerado pelas doentes, associando-se a menor duração e número de injeções e a maior segurança clínica.

A sua principal desvantagem prende-se com a duração mais imprevisível da estimulação em comparação com o protocolo com agonista, podendo associar-se a maior frequência de punções ováricas ao fim-de-semana, com consequente aumento do número de dias de trabalho semanal, stress físico e psicológico e desmotivação laboral, dificultando a organização do trabalho e a gestão de recursos humanos.

Objetivo: Avaliar a frequência de punções ováricas ao fim-de-semana nos ciclos de FIV/ICSI com protocolo com antagonista realizados numa Unidade de Medicina da Reprodução e determinar qual o melhor dia para iniciar a estimulação ovárica.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das mulheres submetidas a punção ovárica após estimulação com protocolo com antagonista, sem modulação prévia, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021. A estimulação com gonadotrofinas foi iniciada no 2º ou 3º dia do ciclo menstrual, com antagonista iniciado ao 6º

dia de estimulação.

Foi avaliada a taxa de punções ováricas ao fim-de-semana em função do dia da semana de início da estimulação.

Resultados e conclusão: No período definido, foram realizadas 376 punções ováricas após estimulação com protocolo com antagonista sem modulação prévia. Não se verificou diferença significativa na duração da estimulação ($p = 0,23$) ou valor da AMH basal ($p = 0,74$) tendo em conta o dia da semana de início da estimulação.

Das 376 punções ováricas, 45 (12%) foram realizadas em dias de fim-de-semana, sendo a sua frequência inferior nos casos de início da estimulação à 6ª feira em comparação com os restantes dias da semana (4,4% vs 14,3%; $p = 0,01$).

O início da estimulação ovárica à 2ª ($p = 0,002$) ou 3ª feira ($p = 0,008$) associou-se a maior probabilidade de punção ovárica ao fim-de-semana comparativamente com o início da estimulação à 6ª feira. Não se verificou diferença estatisticamente significativa quando a estimulação foi iniciada nos restantes dias da semana.

Os nossos resultados sugerem que deverá ser evitado o início da estimulação ovárica à 2ª e à 3ª feira com o objetivo de diminuir as punções ováricas ao fim-de-semana. Esta informação é muito relevante para a concretização de uma modulação como estratégia para programar o início da estimulação.

PO 6

SÍNDROME DE OVÁRIO POLIQUÍSTICO – DA INFERTILIDADE AO PARTO: CASUÍSTICA DE 7 ANOS

António de Pinho^{1,2}; Fabiana Castro¹; Maria Liz Coelho¹; Diana Melo Castro¹; Ana Morgado¹

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ²Departamento de Biomedicina – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A Síndrome do Ovário Poliquístico (SOP) afeta 1/10 mulheres em idade reprodutiva, com enorme heterogeneidade fenotípica e impacto nos desfechos reprodutivos. É uma importante causa de disfunção ovulatória e hiperandrogenismo, associada a múltiplos fatores de risco cardiometabólicos.

Objetivos: Identificação e caracterização de casos de Infertilidade por SOP, patologias concomitantes, terapêutica e evolução até gravidez e avaliação dos principais desfechos materno-fetais nessa amostra no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Materiais e métodos: Estudo observacional retrospectivo com inclusão de mulheres com Infertilidade e SOP (critérios de Roterdão), avaliadas na consulta de Apoio à Fertilidade entre janeiro/2015 e dezembro/2021. Exclusão de casos em que foi identificada adicionalmente outra causa para a Infertilidade do casal.

Resultados e conclusões: 115 casos: Infertilidade Primária (n = 95) e Infertilidade Secundária (n = 20), com média de idade de 28,3 anos. Índice de Massa Corporal médio de 28,7kg/m², com 62 casos de Obesidade, 7 dos quais Classe 3. Em associação à SOP, identificados casos de dislipidemia (n = 9), hipertensão arterial crónica (n = 6), diabetes mellitus (n = 2) e esteatohepatite não alcoólica (n = 2). No período avaliado, 77 mulheres engravidaram, 28 mantiveram seguimento hospitalar sem gravidez e 10 perderam seguimento. Intervalo médio “Infertilidade-Gravidez” de 3,7 anos,

em média 1,6 anos após primeira consulta. Gravidez espontânea sem qualquer tratamento dirigido em 10 casos. 48 necessitaram de indução de ovulação com citrato de clomifeno/letrozole, 7 engravidaram após *Drilling* ovárico, 4 após gonadotrofinas e 8 por Fertilização *In vitro*. 53 efetuaram tratamento adjuvante com metformina e 3 realizaram cirurgia bariátrica. 74 das gestações foram simples e 3 gemelares. Em 6 casos ocorreu abortamento espontâneo do 1º trimestre. 14 grávidas desenvolveram diabetes gestacional e 12 patologias hipertensivas da gravidez. A prevalência de parto pré-termo nesta amostra foi 24,7% e de parto por cesariana 39%. A abordagem da mulher com infertilidade e SOP deverá ser holística, baseada em alterações do estilo de vida, redução de fatores de risco cardiometabólicos e tratamento da disfunção ovulatória. Desde a pré-conceção, as utentes deverão ser informadas do risco acrescido para desfechos adversos em caso de gravidez, como abortamento, diabetes gestacional, patologia hipertensiva, parto pré-termo e cesariana, como refletido nesta casuística.

PO 7

SERÁ QUE EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE HAM E O PARTO PRÉ-TERMO EM GRAVIDEZ APÓS FIV/ICSI?

Rita Claro Nunes¹; Carolina Ramos²; Catarina Policiano^{1,3}; Isabel Pereira^{1,3}; Sandra Sousa^{1,3}; Joaquim Nunes^{1,3}; Carlos Calhaz-Jorge^{1,3}; Giedre Lopes¹; Marta Carvalho¹; Fernanda Leal¹; Ana Aguiar^{1,3}

¹Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ²Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O parto pré-termo (PPT) é um desfecho perinatal adverso que pode condicionar um aumento de morbilidade neonatal.

Os níveis de hormona anti-mulleriana (HAM) são utilizados na prática clínica como marcador preditivo da resposta à estimulação ovárica em tratamentos de PMA. Alguns dados na literatura sugerem a associação entre níveis elevados de HAM e PPT, nomeadamente em casos de síndrome dos ovários poliquísticos.

Objetivos: Avaliar se existe associação entre os níveis de HAM e a ocorrência de PPT em gravidezes resultantes de Fertilização *in vitro*/Injeção intracitoplasmática (FIV/ICSI) com transferência de embrião a fresco. Na mesma população, avaliar se existe associação entre o nível de HAM e baixo peso ao nascimento (peso ao nascimento abaixo do percentil 10 para a idade gestacional).

Material e métodos: Estudo retrospectivo realizado na Unidade de Medicina da Reprodução (UMR) do CHULN/Hospital de Santa Maria a partir da consulta da base de dados da UMR. Incluíram-se todas as gravidezes clínicas que terminaram em parto, resultantes de FIV/ICSI com transferência de embrião a fresco e com doseamento de HAM prévio ao tratamento, entre 1 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2020.

Resultados e conclusões: Dos ciclos realizados, 686 gravidezes cumpriam os critérios de inclusão. Verificaram-se 141 (21%) casos de PPT, não se tendo verificado diferença com significado estatístico nos níveis de HAM entre grávidas com PPT e grávidas com parto de termo ($p = 0,18$). No subgrupo de casos com $HAM \geq 4$ ng/mL, verificou-se uma maior taxa de recém-nascidos com baixo peso ao nascimento, em comparação com o subgrupo com $HAM < 4$ ng/mL [28,2% (38/131) vs 19,3% (107/553), $p = 0,03$]. Esta associação manteve-se estatisticamente significativa na análise de múltiplas variáveis quando ajustada para a gravidez múltipla (OR 1,60, IC 95%: 1,02-2,53, $p = 0,04$). Em conclusão, nesta amostra, o nível de HAM não se associou de forma

estatisticamente significativa com PPT. Nas doentes com níveis de $HAM \geq 4$ ng/mL verificámos maior probabilidade de baixo peso ao nascimento. Estes dados preliminares, se confirmados em estudos subsequentes, poderão ser clinicamente relevantes dado que a HAM poderia ser um fator preditivo de leve para a idade gestacional e, conseqüentemente, permitir uma vigilância adequada da gestação.

PO 8

CICLOS DE PMA COM RASTREIO DE ANEUPLOIDIAS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Alice Pinto¹; Cíntia Ribeiro¹; Joana Vieira Silva^{2,3,4}; Susana Fraga¹; Joana Mesquita Guimarães¹

¹Procriar, Centro de Obstetria e Medicina da Reprodução do Porto, Porto, Portugal; ²Instituto de Biomedicina (iBiMED), Departamento de Ciências Médicas, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

³Unidade de Investigação Multidisciplinar em Biomedicina (UMIB), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto, Portugal; ⁴LAQV/REQUIMTE, Departamento de Química, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Introdução: O diagnóstico genético pré implantação para rastreio de aneuploidias (PGT-A), visa identificar os embriões euploides, numa fase precoce de desenvolvimento embrionário, previsivelmente mais capazes de originar uma gravidez evolutiva.

Objetivos: Este trabalho visou a caracterização dos ciclos de PGT-A, de acordo com a idade das pacientes.

Material e métodos: Neste estudo retrospectivo, foram analisados 34 ciclos de PGT-A realizados entre março de 2019 e dezembro de 2021. Foram constituídos três grupos de estudo de acordo com a idade das pacientes (Grupo A: ≤ 38 anos ($n = 6$); Grupo B: 39-42 anos ($n = 16$); Grupo C: ≥ 43 anos ($n = 12$). Os blastocistos foram classificados segundo os critérios de ASEBIR, cultivados em meio úni-

co e numa incubadora com sistema de time lapse. Realizou-se PGT-A mediante biópsia da trofoectoderme com técnica de análise NGS em D+5 e/ou D+6 de cultura. As diferenças entre grupos foram avaliadas utilizando a análise de variância (ANOVA), seguida de *pairwise comparisons* pelo método Bonferroni. O teste exato de Fisher foi utilizado para determinar as diferenças entre grupos para variáveis categóricas. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0.05$, sendo adaptado em caso de comparações múltiplas pelo método Bonferroni.

Resultados: Os ciclos de PGT-A, representam no nosso centro, 13,5% do universo de ciclos intraconjugais ou com doação de espermatozoides. As indicações para PGT-A no Grupo A, foram as falhas sucessivas de implantação e os abortamentos de repetição e nos Grupos B e C, a idade materna avançada. De acordo com a idade das pacientes, foram observadas diferenças significativas entre os grupos [A/B] e C no número médio de folículos antrais (9.5 ± 4.1 vs 9.1 ± 2.1 vs 5.7 ± 2.4) e na dose total de estimulação (3325.0 ± 807.3 vs 3325.0 ± 921.0 vs 4287.5 ± 1267.1). Entre os grupos B e C, registou-se uma diminuição significativa no número de ovócitos recuperados (10.0 ± 5.7 (A), 11.2 ± 5.3 (B), 6.7 ± 2.7 (C)) e na percentagem de casos com embrião transferível (66.7% (A), 62.5% (B), 16.7 (C)). As taxas de fecundação, de blastulação, taxa de gravidez/transferência e a taxa de nados vivos/transferência não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo.

Conclusões: Os ciclos de PGT-A permitiram obter taxas de gravidez/transferência embrionária idênticas em todos os grupos etários. Contudo, a taxa de gravidez/ciclo iniciado foi significativamente menor no grupo das mulheres com idade superior a 43 anos.

PO 9

SERÁ A TAXA DE ABORTO COM EMBRIÕES DE MÁ QUALIDADE SUPERIOR NAS GRAVIDEZES DECORRENTES DE FIV/ICSI?

Carolina Smet¹; Catarina Policiano^{2,3}; Isabel Pereira^{2,3}; Sandra Sousa^{2,3}; Joaquim Nunes^{2,3}; Carlos Calhaz-Jorge^{2,3}; Giedre Lopes²; Marta Carvalho²; Fernanda Leal²; Ana Aguiar^{2,3}

¹Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de São Francisco de Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; ²Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ³Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: Nos tratamentos de procriação medicamente assistida, a avaliação morfológica dos embriões em fase de clivagem ao 2º/3º dia e dos blastocistos ao 5º/6º dia é utilizada como método de seleção do embrião a transferir. No entanto, existem poucos estudos sobre se existe associação entre a transferência de embriões de menor qualidade e piores desfechos reprodutivos.

Objetivos: Avaliar se existe associação entre a classificação morfológica de embriões transferidos a fresco em ciclos de FIV/ICSI e a taxa de aborto espontâneo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo das transferências embrionárias a fresco realizadas numa Unidade de Medicina da Reprodução entre janeiro de 2011 e dezembro de 2020. Os embriões transferidos foram classificados morfológicamente de A a D segundo os critérios da ASEBIR. Foram avaliadas as taxas de aborto espontâneo do 1º trimestre em função da qualidade embrionária tendo em conta outros potenciais fatores de confundimento.

Resultados e conclusões: No período definido realizaram-se 2786 ciclos de FIV/ICSI com transferência de embrião(ões) a fresco. Obtiveram-se 1150 gravidezes (41,2%) das quais 23 foram ectópicas, 11 terminaram em interrupções médicas da gravidez e 2 casos foram

perdidos para *follow-up*. Os 1114 casos avaliáveis foram divididos em 3 grupos segundo a qualidade dos embriões transferidos: grupo A/B (pelo menos 1 embrião de alta qualidade – 796 casos), grupo C (nenhum embrião de alta qualidade e pelo menos 1 de qualidade intermédia – 254 casos) e grupo D (um ou dois embriões de má qualidade – 64 casos). No grupo D observou-se a maior taxa de aborto (32,8%), superior à do grupo C e do grupo A/B (22,4% e 15,8%, respetivamente). A análise de múltiplas variáveis, incluindo as que na análise individual demonstraram associação estatisticamente significativa para aborto (idade materna, hábitos tabágicos masculinos e número de embriões transferidos), demonstrou que a transferência de um ou dois embriões de qualidade A ou B se associou a menor frequência de aborto (OR 0,39; IC 95%: 0,22-0,70; $p = 0,001$) comparativamente com o grupo D, mas sem diferenças quando comparados grupo A e C ou grupo C e D.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa na taxa de aborto quando se transferiram 1 ou 2 embriões de qualidade A/B *versus* transferências de 2 embriões, um de qualidade A/B e outro de qualidade C/D.

PO 10

AZOOSPERMIA – POSSÍVEIS FATORES ASSOCIADOS

Beatriz Ferro^{1,2}; Filipa Sousa¹; Alexandra Carvalho^{1,3,4}; Ana Filipa Ferreira^{1,2,3}; Luís Sousa⁵; Ana Paula Sousa^{1,3}; Belmiro Parada^{2,5}; Paulo Cortesão¹; Teresa Almeida-Santos^{1,2,3}

¹*Serviço de Medicina da Reprodução – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*; ²*Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra*; ³*CNC – Centro de Neurociências e Biologia Celular, CIBB, Universidade de Coimbra*; ⁴*Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior (UBI)*; ⁵*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Introdução: A azoospermia está descrita em cerca de 10% dos homens inférteis, sendo a causa masculina de infertilidade com pior prognóstico reprodutivo. Esta pode ser classificada em obstrutiva e não obstrutiva, com diferentes causas associadas e orientação terapêutica.

Objetivos: Identificação de características associadas à azoospermia.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo caso-controlo que incluiu homens inférteis com alterações da qualidade espermática e orientados para consulta de Andrologia do Serviço de Medicina da Reprodução de um Hospital Universitário no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019 ($n = 670$). A população selecionada foi dividida em 2 grupos consoante a presença de azoospermia: Grupo 1 – azoospermia ($n = 131$) *vs* Grupo 2 – sem azoospermia ($n = 539$). A análise estatística foi feita com SPSS v27, com significância para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: Identificou-se azoospermia em 19,55% ($n = 131$) dos homens, tendo sido classificada como obstrutiva em 2,29% ($n = 3$). A mediana de idades foi 35 anos (20-52) no grupo 1 e 35 anos (18-54) no grupos 2 ($p = ns$).

No grupo 1, 11,5% ($n = 15$) eram obesos e

16% (n = 86) no grupo 2 (p = ns).

Registou-se uma maior frequência de cirurgia testicular prévia [16,8% (22) vs 7,8% (42), p = 0,002] e orquite [2,3% (3) vs 0,4% (2), p = 0,022] no grupo 1.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a traumatismo testicular, criptorquidia e tumores testiculares. Identificou-se uma maior exposição a calor no grupo 1 [7,6% (10) vs 3,2% (17), p = 0,02], sem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao consumo de tabaco e álcool, e à exposição a químicos tóxicos ou quimioterapia/radioterapia.

Registou-se uma maior frequência de microdeleções do cromossoma Y [10,9% (10) vs 2,6% (5), p = 0,004] e cromossomopatias [23,7% (22) vs 4,1% (8), (p<0,001)] no grupo 1.

Por outro lado, registou-se uma maior frequência de diagnóstico de varicocele no grupo 2 [54,4% (293) vs 41,2% (54), p = 0,007].

Relativamente aos doseamentos hormonais, registou-se maior frequência de hipogonadismo hipergonadotrófico no grupo 1 [34,3% (37) vs 7,9% (23), p<0,001].

Conclui-se, assim, que a azoospermia parece estar associada a antecedentes de cirurgia testicular e orquite, exposição a calor e alterações genéticas. Torna-se importante a investigação etiológica destes doentes para uma melhor orientação terapêutica.

PO 11

SERÁ A RESPOSTA OVÁRICA À ESTIMULAÇÃO DIFERENTE NAS MULHERES COM DOENÇA ONCOLÓGICA?

Catarina Policiano^{1,2}; Isabel Pereira^{1,2}; Sandra Sousa²; Joaquim Nunes^{1,2}; Carlos Calhaz-Jorge^{1,2}; Giedre Lopes²; Marta Carvalho²; Fernanda Leal²; Ana Aguiar^{1,2}

¹Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: As doenças oncológicas associam-se a um aumento do metabolismo global, que pode interferir com o eixo hipotálamo-hipófise-ovário e, conseqüentemente, com a função reprodutiva. Dados na literatura sugerem que se pode associar a menor resposta à estimulação ovárica.

Objetivo: Comparar a resposta à hiperestimulação ovárica entre doentes oncológicas com doença ativa e um grupo controlo de mulheres com diagnóstico de infertilidade (com exclusão dos casos de anovulação) que realizaram tratamento de procriação medicamente assistida (PMA), na mesma Unidade de PMA.

Material e métodos: Estudo retrospectivo, caso-controlo, conduzido na Unidade de Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria, Lisboa, e que incluiu todas as criopreservações de ovócitos por doença oncológica (n = 22), realizadas entre novembro de 2018 e fevereiro de 2022. Cada caso foi comparado com um grupo controlo das mulheres submetidas a punção ovárica temporalmente próxima com as mesmas características de idade, AMH e AFC (proporção 1:2). A hiperestimulação ovárica foi realizada em ambos os grupos com dose diária de gonadotrofinas 150UI - 300UI com protocolo antagonista. Nas mulheres com cancro da mama foi utilizado, também, letrozol.

Resultados e conclusão: O grupo de estudo iniciou a estimulação com uma dose superior de gonadotrofinas (242 UI \pm 11 vs. 192,6 UI \pm 8,9, $p = 0,001$), tendo necessitado também de uma dose total superior [2250UI (2025-2700) vs. 1650UI (1350-2487), $p = 0,006$] sem diferença no número de dias de estimulação ($p = 0,62$). O número total de ovócitos colhidos não foi diferente entre os grupos [11,5 (7-16) vs. 9,5 (6-14,5), $p = 0,74$]. Quando comparada a proporção do número de ovócitos com qualidade para criopreservação no grupo oncológico e, do número de ovócitos injetados/inseminados no grupo controlo, em relação ao número de ovócitos colhidos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [73,9% (57,1-82,4) vs. 85,7% (67,5-100), $p = 0,02$]. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre doentes e controlos quando avaliados o *follicular output rate* (FORT) $<0,3$ ou o *follicle to oocyte index* (FOI) $<0,5$.

Apesar das limitações de um estudo retrospectivo de pequena amostra, os nossos resultados estão de acordo com dados prévios da literatura que sugerem que a doença oncológica pode associar-se a menor reposta ovárica à estimulação.

PO 12

PROcriação Medicamente Assistida E OBESIDADE: O QUE ESPERAR?

Mariana Ormonde; Sara Dias Leite; Mariana Teves; Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Rui Mendonça
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada
MEKA Center

A obesidade e a infertilidade são problemas de saúde pública crescentes. O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado afeta negativamente a fertilidade e está associado a maior taxa de disfunção ovulatória. Apesar da obesidade não parecer afetar a qualidade embrionária, alguns

estudos sugerem que a taxa de gravidez após técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) pode ser inferior à da população geral.

Objetivos: Caracterizar a população e avaliar a influência da obesidade nos resultados obtidos em tratamentos de PMA.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo com análise descritiva e bivariada. Os dados foram colhidos em processos de doentes submetidas a tratamentos de PMA nos Açores entre julho/2017 e março/2021. As doentes foram divididas em grupos de acordo com o IMC (obesidade se $IMC \geq 30$ kg/m²).

Resultados: Neste período foram realizados 1203 tratamentos de PMA, num total de 569 mulheres, com idade média de 35.3 ± 5.6 anos. O IMC médio foi de $26,4$ kg/m². Destas, 24.7% ($n = 297$) mulheres eram obesas. Verificou-se que o tempo de infertilidade era significativamente maior nas doentes obesas (50.5 ± 37.4 vs 42.0 ± 26.1 meses; $p < 0.001$). Além disso, as causas de infertilidade mais prevalentes diferiram entre grupos, sendo o fator ovulatório significativamente mais frequente em obesas (21.5% vs 10.9%; $p < 0.001$). No que respeita aos gâmetas, não se verificou diferença estatisticamente significativa no número médio de ovócitos obtidos entre grupos (9.2 ± 5.6 vs 8.2 ± 5.9 ovócitos; $p = 0.091$). Ainda, não houve diferença estatisticamente significativa no número de embriões obtidos por tratamento (2.4 ± 2.0 vs 2.3 ± 2.0 embriões; $p = 0.907$) nem na taxa de não-transferência a fresco (14.5% vs 14.1%; $p = 0.881$). Considerando todos os tratamentos em que houve transferência de embriões ou inseminação artificial ($n = 1032$), as taxas de gravidez clínica foram semelhantes entre grupos (35.8% vs 34.8%; $p = 0.820$), assim como a taxa de nascidos vivos (17.7% vs 20.7%; $p = 0.321$).

Em suma, nesta população, as mulheres obesas apresentavam maior tempo de infertilidade. Em comparação às restantes, as mulheres

obesas apresentavam maior prevalência de disfunção ovulatória como causa de infertilidade. Ainda, a obesidade não se associou a piores desfechos após técnicas de PMA. Muitos estudos evidenciam que a obesidade influencia negativamente estes outcomes, mas os dados existentes na literatura são ainda contraditórios. Provavelmente, para além do IMC, existem múltiplos fatores desconhecidos a influenciar estes resultados

PO 13

IMPACTO DE CICLOS SUCESSIVOS DE DOAÇÃO DE OVÓCITOS EM PARÂMETROS LABORATORIAIS E CLÍNICOS

Cíntia Ribeiro¹; Alice Pinto¹; Joana Vieira Silva^{2,3,4}; Susana Fraga¹; Joana Mesquita Guimarães¹

¹Procriar - Centro de Obstetrícia e Medicina da Reprodução do Porto, Porto, Portugal; ²Instituto de Biomedicina (iBiMED), Departamento de Ciências Médicas, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal;

³Unidade de Investigação Multidisciplinar em Biomedicina (UMIB), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto, Porto, Portugal; ⁴LAQV/REQUIMTE, Departamento de Química, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Introdução: Em PMA, é notório o crescente recurso a tratamentos com gâmetas doados, dada a má qualidade ou ausência de gâmetas próprios. Existe um limite de quatro dádivas no que diz respeito à doação de gâmetas femininos.

Objetivos: Avaliar o impacto de ciclos sucessivos de doação de ovócitos nos parâmetros laboratoriais e clínicos.

Material e métodos: O presente estudo foi realizado entre 1 de março de 2019 e 28 de fevereiro de 2022. Neste período foram realizadas, no nosso centro, 389 punções a 246 dadoras. Neste estudo foram apenas incluídas as dadoras submetidas a dois ou mais ciclos de estimulação, das quais 101 foram submetidas a dois e 29 submetidas a três ciclos de esti-

mulação. Todas as candidatas a dadoras foram selecionadas após uma avaliação criteriosa. O protocolo utilizado em todos os casos foi o protocolo curto com antagonista da GnRH.

A análise estatística foi realizada com o *software Stata13*, *StataCorp*. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para avaliar a normalidade das distribuições. Foram utilizados testes não-paramétricos, nomeadamente, o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas e o teste de Friedman para análise de variância. O nível de significância foi estabelecido em $p\text{-value} < 0,05$.

Resultados: Nas dadoras que realizaram dois ciclos de doação, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dose total de estimulação (1958.4 ± 482.1 vs 2261.0 ± 670.1 - primeiro e segundo ciclos respetivamente) e no número de dias de estimulação (10.4 ± 1.5 vs 10.7 ± 1.7). Verificou-se, ainda, que em dadoras que realizaram três ciclos de doação houve um aumento significativo da dose de gonadotrofinas administrada em ciclos sucessivos (1915.5 ± 562.3 vs 2297.4 ± 756.0 vs 2325.9 ± 682.7), que não se refletiu no número de ovócitos recuperados (19.4 ± 8.3 vs 20.0 ± 7.5 vs 20.3 ± 9.7) e maduros (15.6 ± 7.9 vs 14.5 ± 7.3 vs 15.9 ± 9.3), nem na qualidade ovocitária. De facto, aquando da realização de ciclos de PMA com recurso a ovócitos doados, as taxas de fecundação, blastulação e gravidez/ciclo não foram influenciadas pelo número da dádiva (primeiro, segundo ou terceiro ciclo de doação).

Conclusão: O aumento da dose de estimulação em ciclos sucessivos de doação de ovócitos não resultou num número maior de ovócitos recuperados, nem maduros. As sucessivas doações de ovócitos, não conferem um impacto negativo a nível da quantidade e qualidade dos gâmetas como foi observado no resultado da aplicação destes mesmos gâmetas em ciclos de PMA.

PO 14

EXPECTATIVA DE SUCESSO EM CICLOS DE PMA COM RECURSO A GÂMETAS FEMININOS DOADOS

Alice Pinto¹; Cíntia Ribeiro¹; Marta Ledo¹; Susana Fraga¹; Joana Mesquita Guimarães¹

¹Procriar, Centro de Obstetrícia e Medicina da Reprodução do Porto, Porto, Portugal

Introdução: Os ciclos com recurso à doação de gâmetas femininos têm cada vez mais expressão no contexto da PMA. Estes ciclos estão indicados para o tratamento da infertilidade em mulheres com falência ovárica, ausência ou insuficiência dos ovários, insucesso repetido com a utilização de ovócitos da própria e em situações de maternidade tardia.

Objetivos: Descrever as taxas de sucesso em ciclos com doação de ovócitos de forma a transmitir expectativas realistas aos pacientes que procuram este tipo de tratamento.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional retrospectivo entre março de 2019 e fevereiro de 2022. Analisaram-se 132 tratamentos com doação de ovócitos a fresco e criopreservados, em que a transferência embrionária foi realizada a fresco (TE) ou com embriões criopreservados (TEC). As variáveis analisadas foram as seguintes: Taxa de gravidez/transferência em ciclos com ovócitos doados a fresco ou criopreservados; Número de TEC realizadas até se atingir uma gravidez e a necessidade de recurso a um novo ciclo de doação de gâmetas para obtenção de uma gravidez evolutiva.

Resultados: Os ciclos de PMA com recurso a ovócitos doados representam 34,9% do total de ciclos realizados no nosso Centro. Neste grupo, a política de freeze all, em ciclos com ovócitos doados, é a maioritariamente adotada, verificando-se que a transferência a fresco é realizada em apenas 15,9% dos casos. Quando utilizados ovócitos criopreservados,

obtivemos uma taxa de gravidez por transferência de 55,3% em contraponto a uma taxa de 69,1% com ovócitos doados a fresco. A taxa de gravidez na primeira TE/TEC foi de 72,5%. Em 16,3% dos casais ocorreu gravidez após a segunda TEC, em 10,0% e 1,2% após a terceira e quarta transferência, respetivamente. Quando analisada a necessidade de um novo ciclo de doação, para obtenção de uma gravidez, verificou-se que em 5,8% dos casos foi necessário um segundo ciclo de doação e em 2,3% um terceiro, números bastante insignificantes quando comparados com os 91,9% dos casos em que as pacientes engravidaram no primeiro ciclo de tratamento com recurso a gâmetas femininos doados.

Conclusões: O recurso à doação de ovócitos é uma tomada de decisão difícil, muitas vezes secundária a um percurso de insucessos repetidos. Os resultados desta análise apresentam uma perspetiva muito animadora permitindo a transmissão clara e realista das expectativas de sucesso associadas a este tipo de tratamento.

PO 15

ALTERAÇÕES NO ESPERMOGRAMA – A REALIDADE DA CONSULTA DE ANDROLOGIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Filipa Sousa¹; Beatriz Ferro^{1,2}; Alexandra Carvalho^{1,3,4}; Ana Filipa Ferreira^{1,2,3}; Luís Sousa⁵; Ana Paula Sousa^{1,3}; Belmiro Parada^{2,5}; Paulo Cortesão¹; Teresa Almeida Santos^{1,2,3}

¹Serviço de Medicina de Reprodução, Departamento de Ginecologia, Obstetrícia, Reprodução e Neonatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; ³Centro de Neurociências e Biologia Celular, CNC, CIBB, Universidade de Coimbra; ⁴Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior ⁵Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A literatura reporta uma taxa global de infertilidade masculina de 10-15%, sendo cerca de 50% dos casos idiopáticos. O varicocele é o mais frequente fator contributivo, e a azoospermia não obstrutiva é diagnosticada em 10-15% dos casos.

Objetivos: Avaliação das características clínicas e demográficas dos fatores de risco, avaliação diagnóstica, intervenções terapêuticas e desfechos de fertilidade dos casais inférteis com identificação de fator masculino.

Material e métodos: Análise descritiva de todos os casos de infertilidade referenciados à consulta de Andrologia de um hospital terciário por espermograma alterado, entre janeiro 2015 e dezembro 2019. Análise de um subgrupo com azoospermia.

Resultados e conclusões: Foram referenciados 670 doentes com mediana de idades de 35 (18-54) anos. As alterações mais frequentes foram a oligoastenoteratospermia (OAT), em 33,28% (223), e a azoospermia em 19,55% (131). A obesidade foi a patologia mais comum nesta população, afetando 19,78% (99) e o tabagismo o fator exógeno, em 40,75% (273). Uma microdeleção do cro-

mossoma Y foi encontrada em 2,24% (15), sendo a AZFc a mais frequente (8). Alterações cromossômicas foram encontradas em 4,48% (30), sendo a Síndrome de Klinefelter a mais frequente (16). Durante a investigação, foram diagnosticados 3 tumores testiculares (1 seminoma e 2 tumores de Leydig). O principal fator etiológico da infertilidade foi o varicocele, presente em 41,79% (280) e a azoospermia secretora, presente em 19,10% (128), sendo a taxa de casos idiopáticos 11,64% (78). No estudo do casal, o fator masculino isolado foi encontrado em 48,96% (238). Entre as terapêuticas instituídas, a correção de varicocele foi realizada em 31,49% (210) e o tratamento hormonal em 3,88% (26). Dos doentes submetidos a alguma terapêutica e com espermograma posterior (38,01%, 255), houve normalização dos parâmetros em 6,67% (17), e diminuição das taxas de OAT 27,06% (69) e azoospermia 7,84% (20). Foi realizada uma técnica de Procriação Medicamente Assistida (PMA) em 45,97% (308), mais frequentemente uma injeção intracitoplasmática de espermatozoide como 1ª linha (71,43%, 220). A taxa de nascimentos pós-PMA foi de 25,65% (79) e 12,53% (84) doentes foram propostos para doação de gâmetas. Estes resultados salientam a importância de uma investigação etiológica exaustiva e instituição de terapêutica, uma vez que, mesmo em casos de azoospermia, foi possível obter uma melhoria dos parâmetros espermáticos e consequentemente dos desfechos de fertilidade.

PO 16

O BOM, O MAU E O ASSIM-ASSIM, SERÁ MESMO ASSIM?

Marta Ledo¹; Susana Fraga¹; Alice Pinto¹; Vera Lima^{2,3}; Sofia Dória^{2,3}; Sérgio Castedo^{1,2,3,4}; Joana Mesquita Guimarães¹

¹Procriar, Centro de Obstetrícia e Medicina da Reprodução do Porto; ²Dept. Patologia, Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ³IPS Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, UP; ⁴Ipátimup Diagnósticos

Introdução: Os testes genéticos pré-implantação para diagnóstico de aneuploidias (PGT-A) assumem um papel cada vez mais relevante em PMA, sobretudo em situações de idade feminina avançada, falhas recorrentes de implantação ou abortamentos de repetição.

Perante a deteção de blastocistos aparentemente euplóides e de outros aneuplóides, parece indiscutível a escolha dos primeiros para transferência.

No entanto, na ausência de embriões euplóides, mas apenas aneuplóides em mosaico, a decisão de o(s) transferir terá de ser discutida com o casal.

Objetivos: Descrição de caso de transferência de embrião com trissomia 2 em aparente situação de mosaicismo, com um desfecho favorável.

Caso clínico: Casal com infertilidade primária com 13 anos de evolução, idiopática, tendo já realizado vários tratamentos, com transferência no total de 6 blastocistos de boa qualidade, com endométrios adequados, sem gravidez.

Elemento feminino com 37 anos, IMC 30, ciclos regulares e ecografia ginecológica sem alterações. Elemento masculino com 39 anos, sem alterações relevantes no espermograma. Ambos com cariótipos normais.

Foi proposto ciclo de ICSI com PGT-A e realizados 2 ciclos de estimulação ovárica para acumulação ovocitária. Obtiveram-se 16 ovó-

citos, 9 dos quais micro-injectados e 5 fecundados. Resultaram 4 blastocistos, submetidos a biópsia e criopreservação. O estudo genético revelou: 2 embriões aneuploides, 1 falha de amplificação e 1 mosaico (Tr2 em 40%).

Após aconselhamento genético o casal decidiu transferir o embrião mosaico, de que resultou uma gravidez evolutiva. O casal optou por não realizar exame invasivo para estudo de cariótipo fetal, mas realizou estudo do DNA fetal, que foi de baixo risco. O parto ocorreu às 39s1d, por cesariana, com nascimento de RN do sexo feminino, 3780g, IA 8/10. Teve bom desenvolvimento estado-ponderal e psico-motor até ao ano de idade.

Foi realizado o estudo da placenta pela técnica de FISH, com sonda específica para o cromossoma 2, em núcleos interfásicos de 4 quadrantes distintos, não tendo sido obtida evidência de aneuploidia do cromossoma 2.

Resultados e conclusões: Embora seja sempre preferível a transferência de embriões euplóides, na sua ausência, poderá ser considerada a transferência de mosaicos para aneuploidias consideradas não compatíveis com a vida e não envolvendo cromossomas com genes imprinted, como foi o caso descrito. Uma baixa percentagem de células aneuploides (<40%) também será um fator de bom prognóstico a ter em consideração.

PO 17

TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES EM D3 VERSUS D5: RESULTADOS NA POPULAÇÃO AÇORIANA

Mariana Teves; Mariana Ormonde; Sara Dias Leite;
Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Rui Mendonça
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;
MEKA Center, Fertility Clinic

Introdução: O crescimento embrionário é exponencial com atingimento da fase de blastocisto ao quinto dia. Apenas um terço dos embriões atinge este estadio.

A utilização de embriões em D5 parece aumentar a taxa de implantação ao permitir uma melhor seleção dos embriões a transferir, reduzindo a necessidade de transferências de múltiplos embriões para obtenção de gravidez clínica.

Objetivos: Comparar a taxa de gravidez clínica e seus desfechos nas transferências de embriões em dia 3 (D3) e dia 5 (D5).

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo que analisou as transferências de embriões realizadas na Região Autónoma dos Açores, entre julho de 2017 e março de 2021. Compararam-se os desfechos clínicos em dois grupos, um com transferência de embriões em D3 e outro em D5.

Resultados e conclusões: No período do estudo, realizaram-se 971 transferências de embriões, das quais 579 (59,6%) foram a fresco e 392 (40,4%) foram de embriões criopreservados.

A maioria das transferências ocorreu em D3 (n = 724; 81,4%), seguindo-se D5 (n = 142; 16,0%), D6 (n = 18; 2%) e D4 (n = 5; 0,6%).

Das transferências a fresco, 527 (91,5%) ocorreram em D3 e 49 (8,5%) ocorreram em D5. Das transferências de embriões criopreservados, 197 (62,9%) ocorreram em D3 e 93 (29,7%) ocorreram em D5.

Da análise comparativa dos grupos D3 vs D5,

a idade das doentes foi superior no grupo D3 (36,0 ± 5,3 anos vs 34,2 ± 5,4 anos, p<0,01) e o IMC médio das doentes foi superior no grupo D5 (27,9 ± 5,9 kg/m² vs 26,0 ± 5,6 kg/m², p<0,01).

Observou-se maior taxa de gravidez clínica em D5 no total das transferências (n = 71; 50,0% vs n=255; 35,2%, p<0,01) e nas transferências de embriões criopreservados (n = 49; 52,7% vs n=58; 29,4%, p<0,01). Já nas transferências a fresco, não se observaram diferenças estatisticamente significativas na taxa de gravidez clínica entre os grupos D5 e D3 (n = 22; 44,9% vs n=197; 37,4%, p = 0,300, respetivamente). Relativamente à taxa de nados vivos, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos D5 e D3 (n = 39; 27,5% vs n=147; 20,3%, p = 0,682, respetivamente). A taxa de aborto foi superior no grupo D5 (n = 32; 22,5% vs n=92; 12,7%, p<0,01).

Em conclusão, embora a transferência em D5 esteja associada a uma maior taxa de gravidez clínica, não mostra vantagem em relação ao objetivo último, que é a taxa de nados vivos. O recurso, nesta clínica, à monitorização embrionária time-lapse para escolha de embriões em D3 poderá não ser alheio a esta facto.

PO 18

EFEITOS DO HYDRO-SCRATCHING ENDOMETRIAL NOS DESFECHOS DA PROCRIAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

Mariana Teves; Sara Dias Leite; Mariana Ormonde;
Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Rui Mendonça
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;
MEKA Center, Fertility Clinic

Introdução: A irrigação da cavidade uterina pode aumentar a taxa de implantação, ao permitir a remoção mecânica de glicoproteínas anti-adesivas da superfície do endométrio e induzir alterações no sistema imune e expres-

são genética. Estas alterações conduzem a um aumento da secreção de fatores de crescimento e citocinas essenciais na implantação. Além disso, a histeroscopia, através da dilatação cervical, pode facilitar a subsequente transferência embrionária.

Objetivos: Avaliar o efeito do *hydro-scratching endometrial* em mulheres submetidas a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA).

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo que analisou as transferências de embriões realizadas nos Açores, entre janeiro de 2020 e março de 2021. Compararam-se os desfechos clínicos entre o grupo submetido a *hydro-scratching* e o que não o realizou.

No grupo intervencionado foi realizado *hydro-scratching* através de histeroscopia por vaginoscopia. Nos casos de Transferência de Embriões a Fresco (TEF), o *hydro-scratching* foi realizado simultaneamente com a punção folicular. Nos casos de Transferência de Embriões Criopreservados (TEC), a histeroscopia realizou-se com um intervalo mínimo de três dias da transferência embrionária.

Resultados e conclusões: No período do estudo, realizaram-se 283 transferências de embriões, das quais 163 (57,6%) foram TEF e 120 (42,4%) foram TEC.

Realizou-se *hydro-scratching endometrial* em 55 casos (19,4%). Destes, 11 (20,0%) foram realizados em tratamentos de FIV, 21 (38,2%) em ICSI e 23 (41,8%) em TEC. As múltiplas falhas de implantação foram o principal motivo da realização de *hydro-scratching* (n = 31;66,0%), seguindo-se o hidrocórvix (n = 11;23,4%), o istmocelelo (n = 4;8,5%) e o hydrometra (n = 1;2,1%).

Da análise comparativa entre os grupos, destaca-se a idade média superior no grupo do *hydro-scratching* (38,2 ± 4,5 anos vs 35,9 ± 5,5 anos, p<0,01).

Não se observaram diferenças estatística-

mente significativas entre os grupos que realizaram e não realizaram *hydro-scratching* na taxa de gravidez clínica (n = 19;34,5% vs n=86;37,7%; p = 0,662) nem na taxa de nascidos vivos (n = 11;20,0% vs n = 48;21,1%; p = 0,869).

Em conclusão, embora não se tenham observado melhores desfechos clínicos no grupo do *hydro-scratching*, admite-se que este possa melhorar as taxas de implantação, sobretudo tendo em atenção a idade média significativamente superior neste grupo. Mais estudos são necessários para determinar a eficácia, técnica, *timing* e população alvo do *hydro-scratching*.

PO 19

DIFERENÇAS DA TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES A FRESCO VERSUS CRIOPRESERVADOS

Mariana Teves; Mariana Ormonde; Sara Dias Leite; Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Rui Mendonça
Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; MEKA Center, Fertility Clinic

Introdução: Aceita-se que a estimulação ovárica realizada nas transferências a fresco e respetiva assincronia associada possam prejudicar a recetividade endometrial, o que é evidenciado por alguns estudos que reportaram melhores desfechos obstétricos em Transferências de Embriões Criopreservados (TEC) comparativamente com Transferências de Embriões a Fresco (TEF). Não podemos, contudo, ignorar a possibilidade dos embriões que sobrevivem à criopreservação serem de melhor qualidade.

Objetivos: Comparar os desfechos clínicos entre o grupo de TEF e o grupo de TEC.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo que analisou as transferências de embriões realizadas nos Açores, entre julho de 2017 e março de 2021. Compararam-se os

desfechos clínicos em dois grupos, um com TEF e outro com TEC.

Resultados e conclusões: No período do estudo realizaram-se 971 transferências de embriões, das quais 579 (59,6%) foram TEF e 392 (40,4%) foram TEC.

Da análise comparativa entre os dois grupos, as mulheres que foram submetidas a TEF apresentaram uma média de idades superior ($36,1 \pm 5,2$ anos vs $34,9 \pm 5,8$ anos, $p < 0,01$) e duração da infertilidade inferior ($43,3 \pm 28,7$ vs $47,4 \pm 29,4$, $p = 0,03$) em relação às que realizaram TEC. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas TEF *versus* TEC relativamente à taxa de gravidez clínica ($n = 219$; 37,8% vs $n = 136$; 34,7%, $p = 0,320$), taxa de nados vivos ($n = 131$; 22,6% vs $n = 70$; 17,8%, $p = 0,123$), ou taxa de abortos espontâneos ($n = 78$; 13,5% vs $n = 59$; 15,1%, $p = 0,488$). Por outro lado, verificou-se diferença estatisticamente significativa na incidência de parto pré-termo que foi inferior no grupo da TEC ($n = 12$; 3,1%; vs $n = 34$; 5,9%, $p < 0,05$).

Em conclusão, apesar de neste estudo não se terem observado diferenças na taxa de gravidez clínica e na taxa de nados vivos entre as TEF e as TEC, deve-se ter em consideração que na nossa prática clínica é frequente optar-se por *freeze-all* sempre que se nos deparamos dados que sugerem um pior desfecho pós-TEF. Verificámos uma menor incidência de parto pré-termo nas TEC. Estudos prospetivos randomizados são essenciais ao cabal esclarecimento das vantagens dessa técnica em relação à outra, entre nós.

PO 20

O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DE DUAL TRIGGER NOS DESFECHOS DA PROcriAÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

Sara Dias Leite; Mariana Ormonde; Mariana Teves; Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Rui Mendonça
Hospital Divino Espirito Santo; Meka Center

A hCG é usada para indução ovocitária (IO). O agonista da hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH α) também pode ser usado na IO em ciclos com antagonista, por estimular a libertação de LH e FSH e, tendo menor duração de ação e amplitude, reduz o risco de hiperestimulação ovárica comparativamente à hCG. Mas, ao causar disfunção da fase lútea e diminuição da recetividade endometrial, está associado à diminuição da taxa de implantação e aumento de abortamentos. O recurso ao *dual trigger* (DT), que inclui GnRH α e hCG, pode, ao mimetizar o ciclo fisiológico e, segundo alguns autores, melhorar os desfechos.

Objetivos: Comparar a taxa de gravidez e desfechos dos tratamentos de Procriação Medicamente Assistida (PMA) com IO com hCG e DT.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo com análises descritiva e bivariada. Foram estudadas mulheres submetidas a PMA na Região Autónoma dos Açores entre julho de 2017 e março de 2021, distribuídas em dois grupos de acordo com a IO com DT ou hCG.

Resultados: Analisaram-se 745 tratamentos, 333 fertilizações *in vitro* (44,7%) e 412 injeções intra-citoplasmáticas de espermatozoides (55,3%). A IO foi realizada com DT em 425 casos (57,0%), hCG em 198 (26,6%) e GnRH α em 114 (15,3%). Para a análise, foram incluídos os dois primeiros grupos ($n = 623$). As características base e demográficas não diferiram significativamente entre o grupo DT e grupo hCG, relativamente à idade ($36,6 \pm 5,1$ vs $35,9 \pm 5,0$ anos; $p = 0,118$), IMC (26,2

vs 25,7 kg/m²; p = 0,334) e duração da infertilidade (43,8 ± 30,1 vs 40,2 ± 26,5 meses; p = 0,145). Verificou-se diferença estatisticamente significativa nas causas de infertilidade, sendo o fator ovulatório mais frequente no grupo DT (14,4% vs 6,6%; p = 0,005) e o tubário no grupo hCG (1,9% vs 5,1%; p = 0,028). Obteve-se maior número de ovócitos no DT (7,4 ± 4,3 vs 5,6 ± 3,2; p < 0,001) com significado estatístico. Já a diferença entre o número de embriões não foi significativa (2,6 ± 1,7 vs 2,5 ± 1,6; p = 0,574). A taxa de gravidez foi de 37,7% (n = 135) no grupo DT e de 33,7% (n = 60) no grupo hCG, não se tendo verificado diferença estatisticamente significativa (p = 0,354). O mesmo se verificou com a taxa de nascidos vivos, que foi de 22,1% (n = 79) no primeiro grupo e de 20,8% (n = 37) no segundo (p = 0,493).

Concluindo, na população estudada, a indução com DT melhorou o número de ovócitos obtidos, mas nenhum outro *outcome*. Porém são necessários mais estudos, designadamente prospetivos, para determinar o impacto dos diferentes triggers na IO em diferentes sub-grupos populacionais.

PO 21

VITRIFICAÇÃO DE OVÓCITOS PARA PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Luísa Cerqueira; Ana Varejão; Ana Margarida Póvoa; Sandra Soares; Lucinda Calejo; Sónia Sousa
CHUSJ; HPH

Introdução: A criopreservação de ovócitos é reconhecida internacionalmente como a opção de primeira linha na preservação de fertilidade após a puberdade. As principais indicações médicas para o recurso a esta opção incluem neoplasias que implicam tratamento gonadotóxico, doenças ginecológicas que comprometam a reserva ovárica (como

a endometriose grave), e doenças genéticas associadas a insuficiência ovárica prematura. A idade tem um grande impacto no futuro reprodutivo das mulheres submetidas a preservação de fertilidade e este efeito parece ser maior nas mulheres com patologia oncológica. **Objetivo:** Avaliar o recurso a vitrificação de ovócitos como método de preservação de fertilidade num hospital terciário.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos casos referenciados para preservação de fertilidade por doença, nos quais se recorreu a vitrificação de ovócitos, desde 2014 até fevereiro de 2022, na Unidade de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar Universitário de São João.

Resultados: Durante o período de estudo, um total de 109 mulheres foram submetidas a criopreservação de ovócitos para preservação de fertilidade, com uma idade média de 29,7 anos. Oitenta e sete mulheres (82.1%) não tinham filhos. Na maioria dos casos (62.4%) a patologia envolvida foi cancro da mama, seguindo-se de Linfoma de Hodgkin (12.8%) e Linfoma não Hodgkin e Teratoma do ovário (2.8% em cada situação). Até à data, 3 mulheres utilizaram os ovócitos criopreservados: num dos casos ao final de 7 anos (tendo ocorrido degeneração dos 6 ovócitos criopreservados); noutro caso, ao fim de 4 anos, tendo sido realizado um ciclo de ICSI (no entanto sem obtenção de gravidez); no terceiro caso ao final de 3 anos, com uma gravidez com desfecho favorável após ciclo de PGT-M por BRCA1.

Conclusões: A experiência do nosso centro em criopreservação de ovócitos tem vindo a aumentar. No entanto, dispomos ainda de poucos dados relativos aos desfechos reprodutivos destas mulheres, provavelmente porque, em muitos casos, a evolução prolongada da doença de base pode atrasar o planeamento de uma futura gravidez.

PO 22

A DURAÇÃO DA CRIOPRESERVAÇÃO DE OVÓCITOS DE DADORA NÃO AFETA OS RESULTADOS REPRODUTIVOS DOS TRATAMENTOS DE PMA.

Ana Lucia Sousa¹; Jorge Gomez-Fernandez¹;
Ana Braula¹; Joana Santos¹; Miriam Castro¹;
Micaela Pedro¹; Inês Ribeiro¹; José Metello^{1,2};
Ana Paula Soares¹; Miguel Gallardo¹

¹Gihemed Lisboa, GeneralLife IVF, Lisboa, Portugal;

²CIRMA, Hospital Garcia da Horta, Almada, Portugal

Introdução: Durante um processo de vitrificação bem sucedido, o ooplasma é submetido a um evento de transição vítrea adquirindo as propriedades físicas de um sólido. As moléculas perdem a sua mobilidade alcançando o estado de vítreo que pode ser mantido indefinidamente. Contudo, em contexto real, esta estabilidade nas condições de criopreservação pode ser comprometida, devido a, como por exemplo, excursões de temperatura. Relativamente à criopreservação de embriões, estudos recentes revelam ausência de efeito negativo da duração da criopreservação nos resultados reprodutivos. No caso dos ovócitos, a literatura é mais escassa pelo que são necessárias mais evidências da segurança do seu criopreservação.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo compreender o efeito da duração da criopreservação de ovócitos nos resultados reprodutivos, nomeadamente a nível da sobrevivência ovocitária, e das taxas de obtenção de blastocistos transferíveis e de gravidez clínica após transferência de embrião único.

Material e métodos: Numa abordagem retrospectiva analisou-se um coorte de 113 ciclos de doação de ovócitos compreendendo um total de 1448 ovócitos vitrificados. O estudo reuniu dados recolhidos de um centro privado de PMA durante o período compreendido entre maio de 2018 e março de 2021. A duração

da criopreservação variou entre 0 a 16 meses. Foram selecionadas as variáveis com potencial influência nos resultados reprodutivos referidos, tais como, idade das dadoras, IMC, número de doações prévias, entre outras, que foram sujeitas a uma análise estatística multivariada mediante um modelo de regressão logística binária.

Resultados e conclusões: A duração média de criopreservação foi de $4,2 \pm 3,7$ meses. Dos 1448 ovócitos desvitrificados, 1297 sobreviveram, 910 apresentaram uma correta fecundação e 457 desenvolveram até à obtenção de um blastocisto transferível. Foram realizadas 166 primeiras transferências de embrião único, das quais 77 resultaram em gravidez clínica comprovada por exame ecográfico.

Foi calculado o odds ratio (OR) das variáveis com potencial influência nos três resultados reprodutivos selecionados. A duração da criopreservação dos ovócitos não demonstrou exercer influência estatisticamente significativa na sobrevivência ovocitária (OR 0.98, 0.94-1.02), nem na obtenção de blastocistos transferíveis (OR 1.01, 0.98-1.05), nem mesmo nas taxas de gravidez clínica (OR 1.07, 0.98-1.15). Deste modo, o período de criopreservação dos ovócitos das dadoras analisado não influenciou os tratamentos reprodutivos subsequentes.

PO 23

TRANSFERÊNCIA ELETIVA DE UM ÚNICO EMBRIÃO: O CAMINHO A SEGUIR?

Raquel Soares¹; Margarida Figueiredo Dias^{1,2};
Margarida Silvestre^{3,4}

¹Clinica Universitária de Ginecologia? Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ²Serviço de Ginecologia? Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ³Instituto de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; ⁴Serviço de Medicina da Reprodução? Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A transferência eletiva de um embrião (eSET) assume um papel cada vez mais relevante na redução da taxa de gravidez múltipla, procurando assim combater as complicações mais preocupantes das técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA): as sequelas da prematuridade. Com a adoção da eSET, tem aumentado a confiança na criopreservação e tornou-se prioritário o aperfeiçoamento contínuo dos métodos de seleção embrionária, tendo em vista a seleção do melhor embrião para transferir.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar e reunir as principais evidências sobre a eSET, considerando os fatores que orientam a adoção desta abordagem, as estratégias para aumentar a sua implementação e os resultados maternos, neonatais e infantis subsequentes.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed*, recolheram-se artigos que cumprissem os objetivos propostos e procedeu-se à sua revisão e organização por subtemas considerados adequados.

Resultados: A implementação da eSET pretende cumprir o principal objetivo da medicina reprodutiva, que é culminar todo o processo com um recém-nascido de termo saudável. As evidências atuais suportam que a eSET alcançou progressos notáveis que a podem tornar

o padrão de atuação em PMA. No entanto, o seu sucesso depende de vários fatores, nomeadamente o contexto é implementada e a seleção adequada da paciente (perfil clínico, prognóstico, condições emocionais, físicas e financeiras). Por outro lado, são de destacar os avanços no âmbito da criopreservação e dos novos métodos de seleção embrionária, como é o caso da avaliação morfocinética e dos testes genéticos pré-implantação.

Conclusões: A adoção da eSET tem sido um processo difícil e moroso. Transferir um único embrião reduz a taxa de gravidez múltipla e respetivas complicações, mas não a anula. Há efeitos adversos da PMA que são transversais às diferentes opções de transferência embrionária. Como a eSET prevê a criopreservação de embriões supranumerários para uso em ciclo subsequente, a taxa cumulativa de gravidez um emerge como indicador de eficácia desta abordagem.

A identificação das melhores candidatas para uma eSET eficaz permanece ainda um desafio, sendo a idade feminina o fator preditivo de sucesso mais promissor. Urge implementar normas e recomendações que estabeleçam os critérios de seleção para eSET, sendo necessários mais estudos que permitam consolidar resultados, esclarecer controvérsias e maximizar o seu sucesso.

INFLUÊNCIA DOS PARÂMETROS SEMINAIS E DA INTEGRIDADE DO GENOMA NA INFERTILIDADE MASCULINA

Miguel Maia¹; Carolina Almeida^{1,2}; Mariana Cunha³; Ana Gonçalves³; Sandra Silva-Soares⁴; Milton Severo^{5,6}; Cristina Joana Marques^{1,2}; Mário Sousa^{7,8}; Alberto Barros^{1,2,3}; Sofia Dória^{1,2}

¹Unidade de Genética, Departamento de patologia, Unit of Genetics, Department of Pathology, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal;

²IPS-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; ³Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros, Porto, Portugal;

⁴Unidade de Medicina da Reprodução, Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), Porto, Portugal;

⁵EPIUnit-Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Portugal; ⁶Departamento de Saúde Pública, Ciências Forenses e Educação Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal;

⁷Laboratório de Biologia Celular, Departamento de Microscopia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal; ⁸UMIB-Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Universidade do Porto, Portugal

Introdução: O estudo do casal infértil é de extrema importância para um diagnóstico correto e, conseqüentemente, um melhor tratamento. Na avaliação da infertilidade masculina, tem-se sugerido a inclusão de estudos adicionais para além dos parâmetros seminais, como a deteção nos espermatozoides da fragmentação do DNA (sDNAfrag) e das aneuploidias. Vários estudos foram realizados para entender a utilidade clínica desses testes de qualidade do DNA, mas a sua implementação no diagnóstico de rotina ainda não foi implementada.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo foi avaliar se a avaliação da sDNAfrag e das aneuploidias devem ser incluídas como testes válidos na investigação de rotina da infertilidade masculina. Para além disso, definimos um

valor de corte acima do qual a sDNAfrag pode comprometer a fertilidade masculina.

Material e métodos: Incluíram-se 835 indivíduos avaliados durante o período de 2007 a 2019, devido a infertilidade conjugal. Os ejaculados foram avaliados em relação aos parâmetros seminais convencionais, e os espermatozoides foram avaliados em relação à sDNAfrag, usando o método de marcação de “nicks” por dUTP e deoxinucleotidil terminal transferase (Terminal deoxynucleotidyl transferase dUTP nick end labeling – TUNEL), e às aneuploidias, por hibridização fluorescente *in situ* (FISH).

Resultados e conclusões: Encontrou-se uma relação positiva entre a idade masculina e a sDNAfrag. Verificou-se que a análise da sDNAfrag é relevante para os pacientes com oligozoospermia (OZ), oligoteratozoospermia (OT), astenoteratozoospermia (AT) e oligoastenoteratozoospermia (OAT), que o estudo das aneuploidias dos espermatozoides é relevante para os pacientes com OT e OAT, e que existe uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a sDNAfrag e as aneuploidias dos espermatozoides. Adicionalmente, estabeleceu-se um novo ponto de corte de 18,8% para a sDNAfrag. Em conclusão, este estudo ajudou a entender em que casos clínicos estabelecidos pelos parâmetros seminais, os testes TUNEL para avaliação da sDNAfrag e FISH para avaliação das aneuploidias dos espermatozoides devem ser usados na rotina da avaliação da infertilidade masculina. Adicionalmente, foi possível determinar um novo ponto de corte para a sDNAfrag, valor de referência acima do qual o status da fertilidade masculina pode ser seriamente comprometido. Esperamos que estes resultados possam contribuir para um melhor aconselhamento reprodutivo aos casais inférteis.

PO 25

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE: ESTUDO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL DA POPULAÇÃO COM CANCRO DA MAMA: BRCA 1/2 VS. NÃO BRCA

Inês Filipe Gouveia¹; Maria Liz Coelho²; Sueli Pinelo^{1,3}; Madalena Cabral³; Lia Costa³; Ilda Pires³; Eduarda Felgueira^{1,3}

¹Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNG/E);

²Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; ³Unidade de Medicina da Reprodução do CHVNG/E - Dr^a Ingeborg Chaves

Introdução: Os avanços na oncologia aumentaram a sobrevida das doentes, o que implica focar a nossa atenção em aspetos relacionados com a qualidade de vida, nomeadamente a fertilidade. Além do efeito da quimio e hormonoterapia usadas no cancro da mama (CAM), foi também demonstrado que portadoras da mutação BRCA 1/2 têm maior risco de insuficiência ovárica prematura, sendo recomendado que estas possam ser referenciadas para efetuar preservação da fertilidade.

Objetivos: Os objetivos deste estudo foram: 1) Avaliar a reserva ovárica (medida pelos níveis de hormona antimulleriana - pmol/L) em portadoras de BRCA1/2 com CAM em comparação a mulheres sem mutação; 2) Investigar o impacto da mutação BRCA1/2 na resposta ovárica (nº dias de ciclo; dose de gonadotrofinas; nº ovócitos obtidos); 3) Avaliar diferenças a nível de parâmetros de fertilidade entre a mutação BRCA1, BRCA2 e outras mutações.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional de ciclos de preservação da fertilidade realizados entre 2013-2021 no CHVNG/E. Foram incluídas doentes com CA da mama entre os 23-39 anos, referenciadas antes e durante o início do tratamento, com um N final de 73. Foi utilizado o programa SPSS para verificar a distribuição normal da amostra e efetuar

análise estatística (testes t-student, ANOVA e ANCOVA), considerando-se um $p < 0,05$ estatisticamente significativo.

Resultados e conclusões: A média de idade da população foi 33,2 ($\pm 3,5$), com um total de 17 mulheres com mutação BRCA1/2 (8 BRCA1 e 9 BRCA2) e 56 sem mutação (6 com presença de outras mutações). Os testes paramétricos não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos BRCA ($M=19,66 \pm 11,22$) e não BRCA ($M= 24,74 \pm 21,87$) a nível da reserva ovárica (avaliada pelos níveis de AMH) nesta população ($p = 0,069$). A mutação BRCA1/2 não afetou o resultado do ciclo nas candidatas a preservação da fertilidade, sendo que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de BRCA e não-BRCA a nível do número de CCO ($p = 0,104$) e maturação ovocitária ($p = 0,481$) após estimulação ovárica. A análise de covariância com ajuste para a idade mostrou que esta tem efeito sobre os níveis de AMH ($p = 0,028$), estradiol pré-punção ($p = 0,032$) e nº de CCO ($p = 0,001$). Não se verificou este efeito nas restantes variáveis dependentes após ajuste para este fator. Além dos objetivos principais, a análise estatística não verificou uma associação entre o estadió da doença e a resposta à estimulação ovárica.

PO 26

PRESERVAÇÃO TESTICULAR NA TORÇÃO – DIFERENÇAS INTERPOPULACIONAIS NA MESMA REALIDADE NACIONAL

Bárbara Jacob Oliveira¹; Ana Beatriz Martins²; Pedro Barros¹; Gilberto Rosa¹; Marco Dores¹; Anibal Coutinho¹

¹Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Hospital de Faro; ²Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: A torção intravaginal, é comumente atribuída ao excesso de mobilidade do testículo devido uma “deformidade em bada-

lo de sino”. Embora encontrada em 12% dos homens em autópsia, a prevalência de torção é muito menor, com predisposição familiar em cerca de 10% para a qual a transmissão é desconhecida. A incidência estimada é de 1 em 15.000homens/ano com idade ≤ 25 anos com predomínio do lado esquerdo. A população externa tem maior representatividade nacional no Algarve correspondendo a 14,7% e no oposto está a RA Açores, com apenas 1,5%. **Objetivos:** Este estudo pretende descrever a prevalência da torção testicular e consequências em duas populações geneticamente diferentes.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos dos doentes com idade ≤ 25 anos entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2021, do Hospital de Faro-Algarve (HF) e Hospital Divino Espírito Santo-Açores (HDES). Foram avaliadas variáveis como a idade, origem do doente, duração de sintomas, avaliação ecográfica e tratamento. Análise estatística realizada com SPSS v20.0

Resultados e conclusões: HF Amostra de 66 casos com uma média de idades de 15,6 anos. A duração média de sintomas foi de 30,5h (1-360h) com mediana de 6,5h, sendo que foi possível a preservação testicular em 60,9% dos casos; em 25% casos foi necessária orquidectomia direita e em 14,1% esquerda. A ecografia pré-operatória foi realizada em 65,6% dos casos e 80% dos que se apresentaram com menos de 24h de evolução, foi possível a preservação testicular.

HDES. Amostra de 56 casos com uma média de idades de 13,9 anos. A duração média de sintomas foi de 18.5h (1-120h) mediana de 6h, sendo que foi possível preservação testicular em 67,3% dos casos, 18,2% casos foi necessária orquidectomia direita e em 10,9% esquerda. A ecografia pré-operatória foi realizada em 69,1% dos casos e 88,3% dos que se apresentaram com menos de 24h de evolução, foi

possível a preservação testicular. Dados registos populacionais nacionais de população masculina com idade ≤ 25 anos, no Algarve temos uma incidência estimada em 1 em 7871homens/ano e nos Açores 1 em 3299 homens/ano

Os registos incompletos e perda de seguimento impuseram limitações ao estudo. As torções foram mais frequentes à direita e com uma incidência superior ao descrito, nos Açores, em mais do dobro, o que reflete uma menor variabilidade genética populacional que condiciona a que um evento mais frequente seja mais reconhecido e com menor tempo de isquemia e menores taxas de orquidectomia ($p < 0.05$)

PO 27

OUTCOMES DA ESTIMULAÇÃO OVÁRICA CONTROLADA EM DOENTES ONCOLÓGICAS

Nadia Charepe; Teresinha Simões;
Ana Teresa Marujo- Sofia Aguilar; Neuza Mendes;
Catarina Júlio; Sofia Figueiredo; Sónia Correia;
Graça Pinto

Maternidade Dr. Alfredo da Costa NOVA Medical School

Introdução: Em 2020 foram diagnosticados 26.673 casos de cancro em mulheres em idade fértil. A doença oncológica condiciona um atraso no projeto parental. O uso de terapêuticas gonadotóxicas põe ainda em maior risco a reserva ovárica. A criopreservação de oócitos pode ser a única possibilidade de um futuro reprodutivo.

Objetivos: Avaliar os resultados da estimulação ovárica controlada em doentes oncológicas (Grupo A) comparadas com uma população sob tratamento FIV/ICSI (Grupo B).

Material e métodos: Estudo retrospectivo que decorreu na Maternidade Dr. Alfredo da Costa entre 2014 e 2022. O grupo A foi subdividido em cancro sistémico (A1 hematológicas), local (A2 órgãos sólidos) e mama (A3) (n = 223). Como grupo B foi utilizado uma população sob

tratamento FIV/ICSI (n = 553). Em ambos os grupos foi realizada estimulação ovárica controlada. A análise estatística foi realizada pelo SPSS v25.0.

Resultados: A patologia oncológica mais frequente foi o cancro da mama (58.7% n=131). A idade média (em anos) foi no grupo A (A1- 24.6, A2- 28.9, A3-32,4) e no grupo B, 35.1 (p<0.05, 95% IC [4.5-5.9]). No momento da EOC no grupo A, já tinham filhos em 19.7% (n = 44) e o grupo B em 8.7% (n = 47). Não se observaram diferenças estatísticas em relação ao valor da hormona anti-mullariana (p=0.612), número de folículos antrais (p=0.783) ou à presença de obesidade (p = 0.407).

Embora a diferença da dose total de FSHr/HMG utilizada entre os dois grupos não tenha sido estatisticamente significativa (p = 0.38), no subgrupo A1 foi superior (2545 vs 1943 p <0.05). O número total de oócitos (COC) foi superior no grupo A (9.98 vs 8.11, p<0.05), assim como o de oócitos em fase MII (8.23 vs 6.40 p<0.05). Os dias de estimulação no grupo A foram superiores (10.24 vs 9.41, p<0.05), enquanto o grupo B apresentou um maior número de ciclos cancelados (36 vs 1, p<0.05). Observou-se uma associação positiva entre o grupo A e o número de oócitos, no entanto, após ajuste em relação à idade, a mesma não é estatisticamente significativa (B= - 0.432, p = 0.388, 95% IC [-141- 0, 551]).

Analisando os subgrupos de doentes oncológicos, não se observou diferença estatística em relação ao número COC/III (A1- 10.29/9.97 vs A2- 9.44/8.98 vs A3- 10.07/9.54, p = 0.843/0.74).

Conclusões: A resposta à EOC é superior em doentes oncológicos quando comparado com o grupo de doentes em tratamento de fertilidade, apesar desta diferença poder ser explicada pela idade. Não existiu diferenças no número de III entre os subgrupos de doentes oncológicas.

PO 28

USO DE ESPERMATOZOIDES TESTICULARES NOS TRATAMENTOS EM PACIENTES COM FALHAS REPETIDAS DE IMPLANTAÇÃO

Mário Sousa^{1,2,3}; Mariana Cunha⁴; Mariana Pereira^{1,2,3}; Joaquina Silva⁴; Paulo Viana⁴; Nuno Barros⁴; Soraia Pinto⁴; Margarida Geraldo⁴; Ana Gonçalves⁴; José Teixeira da Silva⁴; Cristiano Oliveira⁴; Pedro Xavier⁵; Luis Ferraz⁶; Juan Alvarez⁷; Alberto Barros^{4,8,9}

¹Laboratório de Biologia Celular, Departamento de Microscopia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto (UP), Porto, Portugal; ²UMIB-Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica / ITR-Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional, UP, Porto, Portugal; ³Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal; ⁴Centro de Genética da Reprodução A. Barros, Porto, Portugal; ⁵Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de S. João, Porto, Portugal; ⁶Departamento de Urologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal; ⁷Centro de Infertilidade Masculina, ANDROGEN, Corunha, Espanha; ⁸Departamento de Genética, Faculdade de Medicina do Porto (FMUP), Porto, Portugal; ⁹IPS-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, UP, Porto, Portugal

O uso de espermatozoides com níveis elevados de fragmentação do DNA (SDF) foi relacionado com maus resultados clínicos nos ciclos de tratamento por reprodução medicamente assistida (ART) usando espermatozoides do ejaculado e injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).

Com base em trabalhos prévios que sugeriram que a maior parte da SDF é induzida no epidídimo, vários autores, usando espermatozoides testiculares, obtiveram uma melhoria dos resultados clínicos nos casos com SDF aumentada tratados com ICSI e espermatozoides do ejaculado.

Perante estas observações, questionamos se, com o uso de espermatozoides testiculares,

seria também possível melhorar os resultados clínicos de pacientes com falha recorrente de implantação em ciclos de ART usando espermatozoides do ejaculado.

Para responder a esta pergunta, avaliamos 63 pacientes com falha recorrente de implantação após ICSI com espermatozoides do ejaculado. Esses pacientes aceitaram realizar a aspiração de espermatozoides testiculares (TESA) num subsequente ciclo de ART. O presente estudo compara 127 ciclos de ART dos mesmos pacientes, 47 em que se usaram espermatozoides do ejaculado, e 80 em que se usaram espermatozoides testiculares no tratamento subsequente. Os pacientes apresentavam cariótipos normais, ausência de microdeleções no cromossoma Y e níveis normais de SDF.

As médias de idade foram $35,5 \pm 3,4$ -mulheres e $38,1 \pm 5,7$ -homens. Da comparação entre os ciclos usando espermatozoides do ejaculado e os ciclos usando espermatozoides testiculares, estes últimos apresentaram maiores taxas de fertilização (64% vs 73%-p = 0,005), desenvolvimento de blastocistos (47% vs 62%-p = 0,010), implantação (6% vs 27%-p = 0,000), gravidez (10% vs 39%-p = 0,001), parto de nado-vivos (LBD) (5% vs 28%-p = 0,005) e de recém-nascidos (5% vs 32%-p = 0,000). Não foram observadas diferenças significativas na taxa de clivagem de embriões e na taxa de embriões de alta qualidade, no número de embriões transferidos ou na taxa de abortamento. Os casos que usaram espermatozoides testiculares tiveram 22 ciclos adicionais de transferência de embriões congelados, permitindo por ciclo de transferência uma taxa cumulativa de gravidez de 45%, taxa de parto de nados-vivos de 31% e uma taxa de recém-nascidos de 38%.

Em conclusão, esses resultados sugerem que os resultados embriológicos, clínicos e neonatais podem ser melhorados com o uso de

espermatozoides testiculares nos casos com falha recorrente de implantação usando espermatozoides do ejaculado.

PO 29

QUAL O IMPACTO DO ENCERRAMENTO DOS CENTROS DE PMA? ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES EM PANDEMIA

Jessica Reis; Ana Pinto; Ana Paula Sousa; Mariana Moura Ramos

Universidade Lusófona do Porto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro de Neurociências e Biologia celular e Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental

Introdução: A pandemia na sequência da COVID19 teve um impacto significativo nos cuidados de saúde, muito especificamente nos tratamentos de procriação medicamente assistida (PMA). Efectivamente, após o surgimento dos primeiros casos, a atividade de PMA foi interrompida temporariamente, tendo sido retomada cerca de 2 meses depois. Esta interrupção parece ter tido um impacto significativo nas mulheres e casais a realizar tratamento de PMA, apesar de não estar claro como mulheres a realizar PMA experienciaram o impacto da pandemia nos seus tratamentos.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi explorar as experiências de mulheres a aguardar ou em tratamento de PMAe durante a pandemia por COVID19.

Material e métodos: O estudo foi transversal e retrospectivo, sendo os dados recolhidos através de uma plataforma online divulgada nas redes sociais no primeiro trimestre de 2022. A amostra foi constituída por mulheres com mais de 18 anos, a aguardar ou em tratamento de PMA desde Março de 2020. O protocolo de avaliação incluiu um questionário demográfico e um questionário desenvolvido

pelos investigadores sobre a experiência da interrupção de tratamentos de PMA.

Resultados e conclusões: Até ao momento, 44 mulheres responderam ao questionário, das quais 15 (34%) tiveram um tratamento adiado ou cancelado pela pandemia. A maioria (84,1%) avaliou de forma negativa ou muito negativa o encerramento das clínicas de PMA, referindo discordar que tenha sido importante para não colocar em risco os tratamentos (63,6%) ou que tenha sido importante para permitir a deslocação dos profissionais de saúde para as áreas COVID (47,7%). Quase 75% dos participantes consideraram que este encerramento causou muita ansiedade nas mulheres e nos casais.

Os resultados deste estudo exploratório sugerem que o encerramento das clínicas foi percebido de forma negativa pelas mulheres. A distância temporal entre o encerramento das clínicas e a recolha de dados pode ter influenciado os resultados, devendo por isso ser considerada uma limitação deste estudo.

PO 30

SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA EM CICLOS FIV COM HIPERRESPOSTA: QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DESTA POPULAÇÃO?

Maria Liz Coelho¹; Marta Osório². Inês Gouveia²; Lia Costa²; Madalena Cabral²; Ilda Pires²; Helena Figueiredo²; Eduarda Felgueira²

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; ²Unidade de Medicina da Reprodução (UMR) Dra. Ingeborg Chaves do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho (CHVNGE)

Introdução: Hiperresposta em ciclo de FIV refere-se à obtenção de >15 ovócitos num ciclo de estimulação ovárica controlada (EOC) e prediz a ocorrência de SHEO com sensibilidade e especificidade de 70%. Outros fatores de risco são: idade jovem, baixo peso, SOP,

HAM>3.5ng/mL, CFA>16, administração de doses elevadas de gonadotrofinas, elevados níveis de estradiol e gravidez.

Objetivos: Avaliar a prevalência de SHEO na população de hiperresponderas e identificar as características particulares desta subpopulação.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional e analítico na UMR do CHVNGE. Avaliaram-se todos os primeiros ciclos de EOC para FIV, entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020 e incluíram-se os ciclos com >15 ovócitos.

Resultados: Foram incluídos 277 ciclos de FIV com obtenção de >15 ovócitos. Em 112 ciclos (40%) optou-se por *freeze-all* ($\mu= 22,8$ ovócitos) e nos restantes 165 ciclos (60%) foi realizada transferência de embriões a fresco (TEF; $\mu= 18,2$ ovócitos). Entre os 277 ciclos, ocorreu SHEO em 47 casos (17%), dos quais 30 precoces e 17 tardios. Optou-se por *freeze-all* em todos os casos de SHEO precoce. Dos 47 casos de SHEO, 32 (68%) foram ligeiros, 12 moderados (7 precoces e 5 tardios) e 3 graves (1 precoce e 2 tardios). Dos 17 casos de SHEO tardio (10% das TEF), 59% foram ligeiros. Estes casos resultaram de 13 gestações únicas, 3 gemelares e 1 gravidez bioquímica. Verificaram-se 13 partos a termo, 2 pré-termo e 2 abortamentos espontâneos do 1º trimestre. A taxa de gravidez clínica e taxa de RN vivo no grupo com TEF foi de 52% e 40%, respetivamente. O grupo que desenvolveu SHEO (n = 47) apresentava idade inferior e maior prevalência de SOP ($p<0,05$) quando comparado com o grupo que não desenvolveu o síndrome (n = 231), sem diferenças para o IMC, LH, FSH ou HAM. Ocorreu SHEO em 14,1%, 17,6% e 31,3% nos grupos de 16-20, 21-25 e >25 ovócitos colhidos, respetivamente. Apesar da tendência para o aumento do número de casos, não houve diferenças entre os grupos. De acordo com a regressão logística binária realizada, a idade foi o único preditor

independente de SHEO, verificando-se que doentes mais novas têm maior risco de SHEO (OR=1.11, IC 95% 0.815-096, p = 0.005).

Discussão: A estratégia *freeze-all* minimiza a ocorrência de SHEO nas hiperrespondedoras, mas a incidência de SHEO tardio foi baixa. Nas hiperrespondedoras a idade jovem foi um preditor independentemente para a ocorrência de SHEO, sendo provavelmente estas mulheres as que mais beneficiarão da estratégia *freeze-all*.

PO 31

TRATAMENTO COM IONÓFORO DE CÁLCIO: PEQUENO ESTUDO DESCRIPTIVO

Carmen Lechuga Álvarez; Graça Quental; Cíntia Viegas; Verónica Silva.

Meka Center- Clínica da Mulher

A ativação oocitária é um evento fundamental no processo de fecundação nos mamíferos. Este processo é iniciado por oscilações de cálcio intracelular até à formação dos prónucleos, tendo as falhas de fecundação sido atribuídas a uma deficiente libertação de cálcio intracelular. Em tratamentos de PMA, está demonstrado que a utilização de Ionóforo de Cálcio incrementa a taxa de fecundação oocitária.

O objetivo deste estudo é partilhar a nossa mais recente experiência na Ativação Oocitária Artificial (AOA), utilizando o Ionóforo de Cálcio em pacientes que apresentam vários ciclos com falha total ou baixa taxa de fecundação. Também são abordados outros fatores como a qualidade embrionária e a existência de blastocistos criopreservados. A taxa de implantação embrionária e os resultados obstétrico não foram avaliados, uma vez que todos os ciclos foram *Freeze-all*.

Este é um estudo observacional descritivo de três pacientes com vários ciclos, com taxa de fecundação muito baixa ou nula. Estes tratamentos foram realizados recentemente no Laboratório de PMA da MekaCenter. Procedeu-

-se ainda à análise de todos os antecedentes clínicos das pacientes, das técnicas utilizadas e dos resultados obtidos. O primeiro grupo engloba 3 ciclos (24 oócitos maduros de 3 pacientes), de FIV e/ou ICSI, sem Ionóforo de Cálcio, cujo resultado foi falha total ou baixa de fecundação (<5%). O segundo grupo é composto por 7 ciclos ICSI com Ionóforo de Cálcio (66 oócitos maduros das mesmas 3 pacientes). Para a análise descritiva destes casos, foi estudada a história clínica de cada uma das pacientes registadas na base de dados da clínica, e a revisão bibliográfica foi adquirida a partir de bases de dados gratuitas.

Em função do protocolo de estimulação aplicado nos dois grupos estudados, obteve-se um maior número de oócitos recolhidos na punção folicular e maior número de oócitos maduros no segundo grupo. Observou-se uma maior taxa de fecundação no grupo em que aplicamos Ionóforo de Cálcio (4% vs. 53%), e maior número de embriões D5 criopreservados. Seria necessário aumentar o número de dados por forma a consolidar os resultados obtidos.

A utilização do Ionóforo de Cálcio permitiu colmatar as falhas de fecundação e melhorar a qualidade embrionária. No entanto, tendo em conta a dimensão do grupo estudado, este é um trabalho que requer continuidade e consolidação para que possamos garantir as vantagens da utilização desta técnica.

PO 32

G-CSF EM PACIENTES COM ENDOMÉTRIO FINO SUBMETIDAS A TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS

Susana Fraga; Alice Pinto; Lara Heleno; Cíntia Ribeiro; Joana Mesquita Guimarães

Procriar - Centro de Obstetrícia e Medicina da Reprodução do Porto, Porto, Portugal

Introdução: O fator de crescimento das colónias de granulócitos (G-CSF) é uma glicoproteína

proteína que parece ter um papel importante na decidualização endometrial, desenvolvimento trofoblástico e metabolismo placentar ao permitir a regeneração endometrial e a angiogénese, e daí influenciar a implantação embrionária e a evolução da gravidez. Vários estudos sugerem um possível benefício no uso de G-CSF em mulheres submetidas a tratamentos de PMA com endométrio fino ou não responsivo à estimulação estrogénica prolongada, ao aumentar as taxas de gravidez após a instilação de G-CSF na cavidade uterina.

Objetivo: Avaliar a taxa de gravidez em pacientes com endométrios finos (<7,5mm) submetidas a TEC com instilação de 30MUI de G-CSF na cavidade uterina no dia do início da suplementação com progesterona vaginal para suporte da fase lútea.

Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo de 27 casos de TEC em 20 pacientes com endométrio fino, efetuadas entre setembro de 2020 e dezembro de 2021. Todas foram submetidas a estimulação hormonal com suplementação estrogénica oral e transdérmica, com doses em crescendo. Em todos os casos foram transferidos embriões em estado de blastocisto.

A causa mais comum de infertilidade na população estudada foi a baixa reserva ovárica (n = 12) seguida de causa mista (n = 7) e ausência de parceiro (n = 1). A maioria dos embriões transferidos resultaram de ciclo de doação de ovócitos (n = 16).

Resultados: Do total de 27 TEC, ocorreram 11 casos (40,7%) com doseamento de BHCG positivo ao 15º dia pós transferência (grupo A), dos quais 6 (22,2%) com gravidez evolutiva; 16 casos (59,3%) com doseamento negativo de BHCG (grupo B). A média de idades foi 41,4 anos no grupo A e 40,0 anos no grupo B. A média de dose de estrogénio utilizada foi de 122,4 mg no grupo A e de 127,9mg no grupo B, com uma média de tratamento de 20,2 dias

e 20,4 dias, respetivamente.

Conclusão: Apesar das limitações decorrentes da reduzida amostra, a taxa de gravidez evolutiva conseguida com TEC em pacientes com endométrio fino sujeitas a instilação intra-uterina de G-CSF (22,2%) foi superior à que seria expectável com tratamento convencional neste grupo de tão mau prognóstico.

Os presentes resultados justificam a realização de estudos clínicos randomizados com vista à avaliação rigorosa do efeito da terapêutica com G-CSF em mulheres com endométrios finos que recorrem a PMA.

PO 33

AVALIAÇÃO DE DUAS PROGESTERONAS VAGINAIS PARA SUPORTE DA FASE LÚTEA EM CICLO DE TEC MEDICADOS

Lara Heleno¹; Alice Pinto¹; Sílvia Rodrigues²; Susana Fraga¹; Joana Mesquita Guimarães¹

¹Procriar, Centro de Obstetrícia e Medicina da Reprodução, Porto, Portugal; ²Pharmaissues Consultoria Lda

Introdução: Nos últimos anos têm aumentado os tratamentos com *freeze all* e consequentemente os ciclos de transferências de embriões criopreservados (TEC). O suporte da fase lútea é essencial para a implantação e manutenção da gravidez pelo que a suplementação de progesterona (P) é amplamente utilizada neste contexto nomeadamente por via vaginal.

Objetivos: Avaliar o impacto do suporte da fase lútea com diferentes progesteronas, em ciclos medicados de TEC, na taxa de gravidez evolutiva, de abortamento e na necessidade de ajuste de dose.

Materiais e métodos: Este estudo retrospectivo avaliou 365 ciclos de TEC, realizados entre março/2019 e dezembro/2021, dos quais 221 (60.6%) foram considerados para a análise e 114 (39,4%) excluídos. Formaram-se 2 grupos de acordo com a P vaginal utilizada: Progéf-

fik® 200mg 8/8h (n = 102) ou Cyclogest® 400mg 12/12h (n = 119) e posteriormente subdivididos em níveis séricos de P<10ng/mL (com necessidade de ajuste, n=53) e P>10ng/mL (sem necessidade de ajuste, n=168). O teste de qui-quadrado/exato de Fisher foi usado quando a frequência esperada da célula foi <5. O teste de Mann-Whitney foi aplicado para determinar as diferenças médias significativas entre grupos. Os valores de p <0.05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados: As características subjacentes aos ciclos de TEC não diferiram significativamente entre os ciclos suplementados com as diferentes P. Contudo, os ciclos com Cyclogest® receberam doses cumulativas totais de P superiores (3946,22 ± 39,05 vs. 2929,41 ± 31,61; p<0,001), resultando em níveis de P séricos aumentados no dia da TEC em comparação com o uso de Progeffik® (30,16 ± 13,05 vs. 11,71 ± 0,37). A necessidade de ajuste de dose foi cerca de cinco vezes superior nos ciclos de TEC suplementados com Progeffik® comparativamente ao Cyclogest® (OR: 4.643, 95% IC: 2,337; 9,219). A P utilizada não afeta os resultados do teste de gravidez (p = 0,893), a taxa de gravidez evolutiva ou de abortamento (p = 0,520). Contudo, no subgrupo de pacientes que necessitaram de ajuste de dose, no grupo do Cyclogest® 57,1% das pacientes tiveram teste de gravidez positivo em oposição aos 18,5% no grupo do Progeffik®.

Conclusões: A menor necessidade de ajuste da dosagem de P nos ciclos medicados com Cyclogest® face aos de Progeffik® poderá potenciar uma maior satisfação e diminuição da carga emocional e ansiedade associada ao processo de PMA.

PO 34 trabalho retirado

PO 35

DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDOS DA CONSULTA PSICOLÓGICA DO SOFTWARE DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA ARTCARE

Mariana V. Martins^{1,2}; Mariana Moura-Ramos^{3,4}; Juliana Pedro^{2,5}; Mónica Fernandes⁶; Ana Oliveira Pereira⁷

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; ²Centro de Psicologia da Universidade do Porto; ³Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ⁴Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental; ⁵Centro de Genética da Reprodução A. Barros; ⁶Centro Materno Infantil do Norte, CHPorto; ⁷AVA Clinic

Introdução: A importância do acompanhamento psicológico de pessoas que recorrem à PMA é amplamente reconhecida, quer pelo aumento da qualidade de vida dos pacientes, quer pela gestão das expectativas e implicações a nível psicossocial, ou ainda pelo impacto na adesão ao tratamento e prevenção/promoção da saúde mental em geral. Este acompanhamento contém parâmetros baseados na evidência que merecem ser sistematizados num *software* clínico.

Objetivos: Desenvolver os parâmetros do *software* de apoio à decisão clínica *ARTcare* no que diz respeito à valência da consulta psicológica.

Material e métodos: A construção deste aplicativo específico seguiu as fases postuladas pela metodologia *Co-Design*. Inicialmente procedeu-se a uma revisão das linhas orientadoras nacionais e internacionais existentes no que diz respeito ao acompanhamento psicológico, tendo-se produzido uma primeira lista de parâmetros a considerar na consulta. De seguida reuniu-se um grupo de compreensão partilhada, garantindo o envolvimento de psicólogos envolvidos em diferentes contextos (e.g., centros públicos e privados, experiência em avaliação de dadores ou preservação da

fertilidade). Após três reuniões, todos os psicólogos sócios da SPMR foram convidados a dar o seu *feedback*, tendo-se procedido ao refinamento do aplicativo.

Resultados e conclusões: Os parâmetros dividem-se em quatro grandes grupos de utentes: pacientes (n = 26 parâmetros), incluindo um subgrupo com pedido de gâmetas (n = 25), dadores de gâmetas (n = 39), preservação da fertilidade (n = 11), incluindo um subgrupo com parâmetros específicos para pessoas transgénero (n = 11), e gestação da substituição (n = 31). A implementação deste separador *no software ARTCare* permitirá assim uniformizar as linhas orientadoras da prática profissional do psicólogo na PMA, e em última análise melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos utentes dos centros de fertilidade Portugueses.

PO 36

O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL INFLUENCIA A RESPOSTA OVÁRICA À INDUÇÃO DA OVULAÇÃO NAS MULHERES COM SÍNDROME DE OVÁRIO POLIQUÍSTICO?

Sílvia Serrano¹; Catarina Policiano^{1,2}; Isabel Pereira^{1,2}; Sandra Sousa^{1,2}; Joaquim Nunes^{1,2}; Carlos Calhaz-Jorge^{1,2}; Giedre Lopes¹; Marta Carvalho¹; Fernanda Leal¹; Ana Aguiar^{1,2}

¹Unidade de Medicina da Reprodução (UMR), Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: A síndrome do ovário poliquístico (SOP) é uma doença endócrina e metabólica diagnosticada em 6 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. O excesso de peso está associado a piores desfechos reprodutivos e neste grupo de mulheres representa uma proporção de 40 a 50%.

Objetivo: Avaliar a resposta à indução da ovulação em mulheres com diagnóstico de SOP de

acordo com o índice de massa corporal (IMC).

Métodos: Estudo retrospectivo das doentes com SOP seguidas na Unidade de Medicina de Reprodução do Hospital de Santa Maria, que realizaram indução da ovulação entre janeiro de 2013 e dezembro de 2019. Definiu-se SOP de acordo com os critérios de Rotterdam. Foram incluídos até três ciclos de indução da ovulação em cada mulher e definidos três grupos terapêuticos: apenas terapêutica oral (citrato de clomifeno ou letrozol) (grupo 1), apenas gonadotrofinas (grupo 2) ou gonadotrofinas associadas a terapêutica oral (grupo 3), se ausência de resposta à terapêutica oral. As doentes foram classificadas de acordo com o IMC em três grupos: $\leq 24,9$ kg/m²; 25–29,9 kg/m² e ≥ 30 kg/m². O desfecho primário avaliado foi a taxa de gravidez clínica. Como desfecho secundário foram analisados no grupo 2 e 3 o número de dias de estimulação e a dose de gonadotrofinas de acordo com o IMC.

Resultados: Foram incluídas 255 mulheres, 85 com excesso de peso (33,3%) e 69 obesas (27,1%). Num total de 622 ciclos de tratamento: 70 (11,2%) corresponderam ao grupo 1, 120 (19,3%) ao grupo 2 e 432 (69,5%) ao grupo 3. A taxa de gravidez foi 17,3% e de aborto foi 2,7%. Verificou-se que o excesso de peso ou obesidade não se associaram a diferente taxa de gravidez clínica, comparativamente com peso normal (p = 0,60 e p = 0,55, respetivamente). Não se verificaram diferenças significativas na taxa de aborto nas mulheres com excesso de peso (p = 0,48) ou obesas (p = 0,58). Constatou-se que nos ciclos das mulheres com IMC ≥ 30 Kg/m² a necessidade de administrar gonadotrofinas associadas a terapêutica oral foi maior, comparativamente com mulheres com peso normal (13% vs 7,4%, p = 0,02). Nestes ciclos não se verificou diferença estatisticamente significativa na dose total de gonadotrofinas ou nos dias de estimulação.

Conclusão: Nesta amostra de mulheres com SOP, o excesso de peso/obesidade não se associaram a uma menor taxa de gravidez. Nas mulheres SOP obesas a indução da ovulação requer a associação de gonadotrofinas com terapêutica oral para se conseguir obter a mesma taxa de gravidez das mulheres SOP não obesas.

PO 37

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INFÉRTIL DOS AÇORES

Sara Dias Leite; Mariana Teves; Mariana Ormonde; Maria Inês Raposo; Joana Sampaio; Rui Mendonça
Hospital Divino Espírito Santo; Meka Center

A infertilidade define-se como a incapacidade de obtenção de gravidez após 12 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas. Sendo a parentalidade um objetivo da maioria dos casais, a infertilidade tem importantes consequências a nível social, psicológico, económico e demográfico. Verifica-se o declínio da taxa de fertilidade na Europa, com taxas de infertilidade reportadas em Portugal de 9%. Esta tendência associa-se, entre outros, ao adiamento da idade das mulheres aquando do nascimento do primeiro filho.

Objetivos: Avaliar e caracterizar a população açoriana submetida a técnicas de Procriação Medicamentada Assistida (PMA) e respetivos desfechos.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo com análise descritiva dos dados das doentes submetidas a PMA na Região Autónoma dos Açores, entre julho/2017 e março/2021, após consulta dos processos clínicos informatizados.

Resultados: No período de estudo foram realizados 1203 tratamentos de PMA em 569 mulheres, com uma média de 2,1 tratamentos cada. A idade média foi de 35,3 anos, com um tempo médio de infertilidade de 44 meses. A

maioria não apresentava patologia ginecológica (86,9%) ou outras comorbilidades(88,4%). A principal causa de infertilidade identificada foi a presença de fator masculino (28,7%), seguida de causa mista (24,3%), disfunção ovulatória (13,5%), disfunção tubária(3,7%) e endometriose(3,2%). Em 4,2% dos casos foram identificados múltiplos fatores femininos e, em 20,0%, a causa permaneceu inexplicada. A PMA foi realizada em contexto de produção independente em 1,7% dos casos e em 0,7% em casais de mulheres. Dos tratamentos realizados, 34,0% foram injeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI), 33,0% transferência de embriões criopreservados (TEC), 28,0% fertilização *in vitro* (FIV) e 4,0% inseminação artificial (IA). Em 88 casos houve recurso à doação de gâmetas, 44,3% femininos, 45,5% masculinos e 10,2% dupla doação. As transferências de embriões foram a fresco em 59,6%. Obteve-se uma taxa de gravidez clínica de 35,1%. Do total de FIV, 45,2% resultaram em gravidez, tal como 34,9% das TEC, 31,9% das ICSI e 9,6% das IA. Dos casos em que houve gravidez clínica, a taxa de nascidos vivos foi de 56,9%, dos quais 9,7% foram gemelares. Concluindo, esta população apresentava idade média avançada e longo tempo de infertilidade, sugerindo o atraso no início da conceção e da procura de ajuda médica. Assim, urge a necessidade de sensibilização da população para o recurso a assistência especializada atempadamente.

PO 38

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE FEMININA – A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE MEDICINA REPRODUTIVA DA MAC

Ana Calhau¹; Ana Sofia Aguilar²; Ana Teresa Marujo²; Neuza Mendes²; Sofia Figueiredo²; Catarina Júlio²; Sónia Correia²; Graça Pinto²; Teresinha Simões²
¹*Serviço de Ginecologia-Obstetria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, SESARAM EPERAM;* ²*Centro de Medicina Reprodutiva da Maternidade Alfredo da Costa, CHULC EPE*

Introdução: A evolução das técnicas de reprodução assistida, nomeadamente pela consolidação da criopreservação de ovócitos (CO) por vitrificação e da maturação *in vitro* de ovócitos, tem facilitado o desenvolvimento de estratégias para preservação da fertilidade feminina. Contrariamente à criopreservação de embriões, a CO permite preservar a fertilidade feminina independentemente do status conjugal ou existência de um parceiro masculino, alargando assim o conjunto de indivíduos que podem ser candidatos a preservação da fertilidade (PF). O paradigma da PF é a doente oncológica, em que a própria doença ou a terapêutica utilizada têm o potencial promover uma falência ovárica precoce.

Objetivos: Avaliar a população submetida a PF feminina, analisando os resultados obtidos nos ciclos realizados e comparando as características dos diferentes subgrupos de indicação médica de PF.

Métodos: Estudo retrospectivo comparativo das utentes do sexo feminino que recorreram à consulta de PF da MAC entre Janeiro 2013 e Dezembro de 2021. A estatística é significativa para $p < 0,05$.

Resultados e conclusões: 380 utentes recorreram à consulta de PF, com idade média $30,9 \pm 6,9$ anos e 79,5% de nuliparidade. Os principais motivos para a consulta foram cancro da mama (44%) e doenças hematológicas (18%). Foram iniciados 285 ciclos de PF, dos quais

45,6 % foram ciclos de emergência, tendo-se registado 9,5 % de cancelamento, por resposta insuficiente ou por cancelamento da própria utente. Em 253 ciclos foi realizada punção ovárica (PO) (*versus* 643 em contexto de PMA), com uma média de $10 \pm 5,9$ dias de estimulação e dose total de gonadotrofinas de $2147 \pm 1350,7$ UI ($p < 0,05$), com a obtenção média de $11,7 \pm 8,4$ ovócitos e $9,34 \pm 7,3$ ovócitos maduros por ciclo ($p < 0,05$). Recorreram à consulta 19 utentes transsexuais masculinos, dos quais 10 realizaram PF e 11 mulheres com endometriose grave, das quais 3 realizaram PF. Até ao momento, 5 utentes que realizaram PF faleceram no contexto da sua doença oncológica. Destes ciclos, foram realizados, até ao momento, 2 FIV e uma transferência de embriões congelados, que não resultou em gravidez. 4 utentes transferiram os ovócitos criopreservados para outros centros.

Com a crescente consciencialização da importância do aconselhamento de fertilidade, um número crescente de utentes diagnosticadas com outras doenças não oncológicas com impacto na fertilidade, como endometriose, doenças autoimunes ou disforia de género, irá preservar gâmetas para uso futuro.

PO 39

A PSICOLOGIA EM CONTEXTO DE ATUAÇÃO NA PMA – O GIPPMA COMO ABORDAGEM

Emanuela Lopes¹; Maria Raul Xavier²; Salomé Reis³; Inês Capela²; Sofia Dantas¹

¹*Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde, Hospital Senhora da Oliveira EPE, Guimarães, Portugal;*

²*Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia, Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano (CEDH), Porto,*

Portugal; ³*Serviço de Psicologia, Centro Hospitalar e Universitário de S. João, Porto, Portugal*

Numa perspetiva de melhoria de prestação de cuidados na área da Psicologia em contexto de atuação na Procriação Medicamente As-

sistida (PMA), foi criado em 2019 o GIPPMA - Grupo de Trabalho e Intervisão em Psicologia na PMA. Este grupo é constituído por Psicólogos a trabalhar em contexto hospitalar no SNS na zona Norte e uma docente/investigadora da Universidade Católica Portuguesa. É seu propósito construir protocolos uniformizados de atuação psicológica na PMA, desenvolver, avaliar e propor iniciativas de trabalho destinadas a disseminar soluções e boas práticas, desenvolver projetos de investigação científica conjunta, e dinamizar intervenção clínica.

A presente comunicação tem como primeiro objetivo apresentar o GIPPMA - organização e aspetos específicos da sua dinâmica. A reflexão criada quanto ao papel do psicólogo nas unidades de PMA, nomeadamente quanto ao acompanhamento dos desafios específicos que os casais heterossexuais vivenciam no que diz respeito ao diagnóstico de infertilidade e processo de tratamento, bem como quanto às diferentes dimensões da sua intimidade, tem permitido a emergência de diversas questões de investigação. Assim sendo, considerando o interesse do GIPPMA em contribuir para o aprofundar do conhecimento científico sobre o tema, é ainda objetivo desta apresentação caracterizar um grupo de utentes (casais heterossexuais) de 2 unidades hospitalares que constituem o GIPPMA quanto à aceitação da infertilidade, necessidade de paternidade, rejeição de um estilo de vida sem filhos bem como quanto a diferentes dimensões da intimidade (intimidade sexual e social, proximidade emocional e comunicação), explorando associações entre variáveis e potenciais diferenças de género.

A amostra integra 70 indivíduos (35 casais) diagnosticados com infertilidade primária, em lista de espera ou a iniciar o primeiro ciclo de tratamento. Utilizaram-se o *Fertility Problems Inventory* (FPI), *Personal Assessment of Intimacy in Relationships inventory* (PAIR) e o

Screening of In-Vitro Fertilisation treatments (SCREENIVF).

Os resultados indicaram que a rejeição de um estilo de vida sem filhos, altos níveis de necessidade de paternidade e dificuldade em aceitar a infertilidade estava associada a níveis de intimidade adaptativos nas quatro dimensões (intimidade sexual, proximidade emocional, comunicação e intimidade social). Não foram encontradas diferenças significativa entre géneros. Os resultados sugerem que a partilha de dificuldades e adversidades relacionadas com a infertilidade poderá fortalecer a intimidade de casal, reforçando a importância da atenção a cada um destes aspetos no acompanhamento realizado pelo psicólogo.

Organização



Major Sponsor



Presidente do Congresso

Pedro Xavier

Comissão Organizadora

Ana Sousa Ramos | Joana Mesquita Guimarães | José Teixeira da Silva | Luís Vicente
Margarida Silvestre | Pedro Xavier | Ricardo Santos | Rui Mendonça

Comissão Científica

Ana Sousa Ramos | Joana Mesquita Guimarães | José Teixeira da Silva | Luís Vicente
Margarida Silvestre | Mariana Martins | Pedro Xavier | Ricardo Santos | Rui Mendonça
Sandro Esteves | Sofia Nunes

Sponsors



Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

&



GEDEON RICHTER

Health is our mission

T: +351 21 842 97 10

E: paula.cordeiro@admedic.pt | elsa.sousa@admedic.pt

W: www.admedic.pt