XXXVIII Jornadas de ESTUDOS DA REPRODUÇÃO

ACEDER À VERSÃO DIGITAL DO **PROGRAMA COM RESUMOS**

Meliá Ria Hotel, Aveiro

12 e 13 maio 2023

PROGRAMA CIENTÍFICO

XXXVIII Jornadas de ESTUDOS DA REPRODUÇÃO

Quinta-feira | 11 de maio de 2023

12.00-18.30h	**GENUS: CURSO PRÁTICO AVANÇADO EM MEDICINA DA REPRODUÇÃO**

Sexta-feira | 12 de maio de 2023

09.00-12.30h	**SESSÃO CIENTÍFICA DE EMBRIOLOGIA**
09.00-09.45h	***Using lessons from TLT to inform static embryo evaluation*** Mónica Marques
09.45-10.30h	***Life whisperer: An AI based method for embryo selection*** Antonio Alcaide Raya e Michelle Perugini
10.30-11.00h	Intervalo
11.00-11.45h	***Maternal spindle transfer:*** **Teremos o "dom" de vencer a Infertilidade?** Nuno Costa Borges
11.45-12.15h	**Purificação do ar em laboratórios de PMA** Lorenzo Oliveras
12.15-12.30h	**Encerramento** Filipa Barbosa, Sandra Ramos e Miguel Gallardo

09.15-12.30h	**SESSÃO CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA**
09.15-09.30h	**Seção de Psicologia. Apresentação e atualização** Mariana Veloso Martins
09.30-10.00h	**Mães '*single by choice*' – Especificidades da intervenção** Juliana Pedro
10.00-10.30h	**Disfunções sexuais no casal – Abordagens clínicas** Joana Carvalho

10.30-11.00h	Intervalo
11.00-11.30h	**Comunicação de más notícias em PMA** Sofia Gameiro
11.30-12.00h	**O parecer da OPP acerca da gestação de substituição** Miguel Ricou
12.00-12.30h	**Discussão**
12.30-13.30h	Almoço

XXXVIII Jornadas de ESTUDOS DA REPRODUÇÃO

13.00h	Abertura do Secretariado
14.15-14.30h	**SESSÃO INAUGURAL**
14.30-15.00h	**PMA NA ERA DO MARKETING DIGITAL. ATÉ ONDE É ACEITÁVEL IR?** *Moderadora:* Mariana Veloso Martins *Palestrante:* Beatriz Marques Pinto
15.00-16.30h	***ADD-ONS* NA PMA** *Moderadoras:* Ana Paula Soares e Sofia Xavier **Testes ERA/EMMA/ALICE: Uma análise crítica** *(20 min.)* Daniela Sobral **Genotipagem KIR: O que se avançou?** *(20 min.)* Diana Alecsandru **PGT-A não invasivo: Realidade ou ficção?** *(20 min.)* Yosu Iriarte **Discussão**
16.30-17.00h	Intervalo
17.00-18.30h	**OS DESAFIOS DA CLÍNICA** *Moderadores:* João Luís Silva Carvalho e Ana Peixoto **Protocolos estimulação ovárica em casos difíceis** *(20 min.)* Ana Margarida Póvoa **Patologia autoimune e fertilidade** *(20 min.)* Emídio Fernandes **Histeroscopia e PMA: O caso particular dos septos uterinos** *(20 min.)* José Metello
18.30h	**Encerramento dos trabalhos do 1º dia**
20.30h	Jantar das Jornadas

Sábado | 13 de maio de 2023

08.00h	Abertura do Secretariado
08.30-09.00h	**Visita aos Posters**
09.00-10.30h	**FUTILIDADE TERAPÊUTICA E O SABER PARAR** *Moderadoras:* Helena Leite e Juliana Pedro **Até quando? A hora do médico dizer basta** *(20 min.)* Isabel Reis **O que nos pode dizer o embriologista?** *(20 min.)* Ilda Pires **Só mais uma vez? A perspetiva do doente** *(20 min.)* Paula Benoliel **O fim de linha? Transição para o estilo de vida sem filhos** *(20 min.)* Sofia Gameiro **Discussão**
10.30-11.00h	Intervalo
11.00-12.30h	**COMUNICAÇÕES ORAIS** *Moderadoras:* Ana Aguiar e Inês Cerdeira
12.30-13.00h	**O LABORATÓRIO DE PMA DO FUTURO** *Moderadora*: Filipa Barbosa *Palestrante*: Yosu Iriarte
13.00-14.30h	Almoço
14.30-16.00h	**ENCRUZILHADAS EM PMA** *Moderadoras:* Graça Pinto e Sandra Carvalho **Euploidia e aborto espontâneo: Até onde pode ir o papel do laboratório FIV?** *(20 min.)* Marta Carvalho **Falha de fecundação – E quando a ICSI não resolve?** *(20 min.)* Sandra Ramos **Doseamento de progesterona em ciclos TEC – Implicações** *(20 min.)* Renato Martins **Discussão**
16.00-16.30h	**ENCERRAMENTO DAS JORNADAS E ATRIBUIÇÃO DE PRÉMIOS** **Melhor Comunicação Oral e Melhor Poster**
16.30-17.00h	**ASSEMBLEIA GERAL DA SPMR**

Patrocínio
MERCK

CO 01

RISCO DE PRÉ-ECLÂMPSIA NAS TEC ARTIFICIAIS E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A RESISTÊNCIA DA ARTÉRIA UTERINA

Diana Macedo Cardoso[1]; Rui Filipe Oliveira Miguelote[2]
[1]Escola de Medicina da Universidade do Minho;
[2]Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira

Introdução: O aumento nos últimos anos no uso de ciclos de transferência de embriões congelados TEC, em inglês *frozen-thawed embryo transfer* (FET) estende o nível de apreensão relativamente aos possíveis efeitos adversos associados. Vários estudos indicam uma maior probabilidade de desenvolver doenças hipertensivas da gravidez, nomeadamente a pré-eclâmpsia (PE), como resultado de FET com preparação endometrial com ciclo artificial *hormone replacement therapy* (HRT). A fisiopatologia por detrás desta associação não está ainda devidamente esclarecida. Alguns estudos sugerem ser a falta de hormonas produzidas pelo corpo amarelo, nomeadamente da relaxina, a génese desta disfunção da normal placentação.
Objetivos: Neste estudo pretendemos verificar se as gravidezes FET com preparação endometrial com ciclo artificial (FET-HRT) se associam a índices mais elevados da pulsatilidade da artéria uterina *Uterine artery Pulsatility Index* (UtPI). Como objetivo secundário pretendeu-se confirmar a existência de risco aumentado de desenvolver PE nas gravidezes FET com preparação endometrial com ciclo artificial, e quais os fatores que potenciam esse risco.
Métodos: Estudo coorte, retrospetivo e analítico onde comparamos 43 mulheres com gravidezes viáveis resultantes de FET com HRT a 104 com gravidezes espontâneas e que realizaram rastreio de PE do primeiro trimestre no Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães.
Resultados: Dentro das 43 gravidezes FET, 11.6% desenvolveram PE comparativamente a apenas 1.9% dos 104 controlos (p-value = .023, $\Phi = 0.21$). No entanto, as gravidezes pós FET-HRT não apresentaram um aumento da UtPI em comparação com o grupo de controlo, tendo-se mesmo verificado o oposto (p-value = .043, r = .17). As diferenças nos fatores de risco conhecidos para PE ocorreram apenas na pressão arterial média (PAM) que foi superior na FET-HRT em relação à dos controlos (p-value = .019, Cohen's d = .43). A PAM foi, para ambos os grupos, a variável mais fortemente correlacionada com o risco de PE ($\rho = .59$, p-value < .001), estando mais associada do que o UtPI. Por outro lado, ser uma gravidez pós FET com HRT foi o único preditor independente presente neste estudo para desenvolver PE (OR = 6.37; p-value = .034; 95% CI = [1.15-35.3]).
Conclusões: Este estudo corrobora o aumento significativo de risco de PE nas gravidezes FET com HRT, sendo um fator de risco independente

para desenvolver PE. Este aumento de risco não esteve relacionado a um aumento da UtPI, mas a um aumento da PAM. Este estudo sugere que, se existir um efeito mediado pela relaxina no patogenia da PE, ele não estará associado a uma ação desta hormona a nível das artérias uterinas, mas sim a um efeito sistémico sobre a PAM.

CO 02

OS OVÓCITOS DE DADORA PODEM ENGANAR

Mário Sousa[1]; Tânia Santos[2]; Ana S. Pires-Luís[3]; Ângela Alves[1]; Elsa Oliveira[1]; Carla Leal[4]; Mónica Fernandes[4]; Emídio Vales-Fernandes[4]; Márcia Barreiro[4]; Ana-Margarida Calado[5]; Rosália Sá[1]

[1]Lab. Biologia Celular, Depart. Microscopia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; UMIB-ITR; [2]Lab. Biologia Celular, Depart. Microscopia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; UMIB-ITR; Depart. Ciências Veterinárias, ECAV, CECAV, UTAD, Vila Real; [3]Depart. Patologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia; Lab. Histologia e Embriologia, Depart. Microscopia, ICBAS-UP, Porto; [4]Centro de Procriação Medicamente Assistida, CMIN-Centro Hospitalar Universitário de Santo António; UMIB/ITR; [5]Depart. Ciências Veterinárias, Escola Superior de Ciências Veterinárias e Agrárias, CECAV/AL4AnimalS), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Vila Real

Introdução: Existem vários estudos sobre ovócitos humanos, imaturos e maduros, sendo todos descritivos. O nosso grupo enveredou por um estudo quantitativo morfométrico, tendo já publicado os resultados relativamente aos ovócitos humanos imaturos, em profase-I (GV) e em metafase-I (MI) da meiose.

Objetivos: Apresentar um estudo quantitativo morfométrico dos ovócitos humanos maduros (MII).

Material e métodos: Processou-se para microscopia eletrónica de transmissão (ME) 5 MII excedentários obtidos de dadora com 22 anos de idade, recuperados após hiperestimulação ovárica controlada, incluído num programa de doação ovocitária hospitalar. Efetuou-se de seguida uma análise estereológica para quantificar a distribuição dos organelos, utilizando a técnica de contagem de pontos com grelha estereológica adequada. As comparações entre as médias dos volumes relativos (Vv) ocupados pelos organelos foram efetuadas para três regiões do ovócito: córtex (C), subcórtex (SC) e citoplasma interno (IC). Na análise estatística usou-se o teste de Kruskal-Wallis e o teste U de Mann-Whitney com correção Bonferroni. A maturidade dos MII foi confirmada ao microscópio invertido (células vivas) e nas secções de semi-finos (células fixadas para ME).

Resultados: Durante o estudo da morfometria dos MII deparamos com um caso de uma dadora em que todos os ovócitos, apesar de apresentarem maturidade nuclear, evidenciaram imaturidade citoplasmática na análise por ME, esta não visível durante a avaliação dos MII no laboratório de PMA. Os resultados mostraram que os organelos mais abundantes foram o retículo endoplasmático liso (REL) (26,8%) e as mitocôndrias (5,49%). Encontraram-se diferenças significativas entre as regiões ovocitárias relativamente aos lisossomas ($P = 0,003$), vesículas corticais ($P = 0,002$) e grandes vesículas de REL ($P = 0,009$). Os resultados foram comparados quantitativamente com resultados prévios obtidos do estudo com os ovócitos GV e MI. Verificou-se nos ovócitos MII da dadora uma presença normal das vesículas corticais, túbulos de REL, vesículas de REL, pequenas, médias e grandes, lisossomas e mitocôndrias. No entanto, apresentaram igualmente sinais de imaturidade citoplasmática, evidenciada pela presença de dictiossomas, vesículas muito grandes de REL, e uma raridade de agregados tubulares de REL, características dos GV e dos MI.

Conclusões: Os resultados indicam que o critério de maturidade nuclear utilizado para

a seleção de ovócitos de dadora nem sempre corresponde à presença de maturidade citoplasmática, o que pode explicar parcialmente as falhas de implantação com o uso de ovócitos doados.

CO 03

SATISFAÇÃO CONJUGAL E AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO NO ESTILO DE VIDA SEM FILHOS INVOLUNTÁRIO DEFINITIVO

Sara Ribeiro[1]; Juliana Pedro[2];
Mariana Veloso Martins[3]
[1]Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra; [2]Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros; [3]Centro de Psicologia da Universidade do Porto

Introdução: Estima-se que 10-15% dos casais se depare com barreiras à fertilidade. Se por um lado, as técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) se assumem como uma ajuda à concretização do sonho de parentalidade, por outro, não garantem que o desfecho seja sempre positivo. De facto, 3 em cada 10 casais terminam os tratamentos sem conseguirem alcançar a parentalidade, e enveredam por um estilo de vida sem filhos involuntário definitivo. Além disso, cerca de 45% dos casais que têm dificuldade em conceber espontaneamente não chegam a procurar ajuda médica. A literatura tem-se debruçado sobre o impacto dos tratamentos de PMA, sabendo-se que é um período marcado por sintomas de ansiedade e depressão, mas que originam um benefício conjugal. Contudo, pouco se sabe acerca da satisfação conjugal e ajustamento psicológico em mulheres com estilo de vida sem filhos involuntário definitivo.
Objetivos: Investigar se as mulheres com estilo de vida sem filhos involuntário definitivo que se submeteram a tratamentos de PMA diferem na satisfação conjugal e ajustamento psicológico comparativamente às que tentaram engravidar espontaneamente.
Material e métodos: A amostra incluiu 60 participantes do sexo feminino, recrutadas através das redes sociais, que tentaram engravidar com o companheiro de forma espontânea (n = 13) e através de PMA (n = 47), mas não conseguiram conceber. As participantes preencheram um questionário com informações sociodemográficas e clínicas, o *Relationship Assessment Scale* (RAS) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Para compreender as diferenças na satisfação conjugal e ajustamento psicológico entre as mulheres que se submeteram a tratamentos e as que não o fizeram, foi realizado o teste Mann-Whitney.
Resultados e conclusões: As mulheres que se submeteram a tratamentos de fertilidade apresentaram níveis mais elevados de satisfação conjugal do que as que não passaram por tratamentos ($p = .024$), não se observando diferenças entre os grupos no que concerne aos níveis de ansiedade e depressão ($p > .05$). Futuros estudos com poder amostral e design longitudinal serão necessários para verificar que os tratamentos não têm um efeito negativo na relação conjugal e que o benefício conjugal observado em casais durante os tratamentos de PMA se poderá prolongar após a descontinuação dos mesmos.

CO 04

CONTRIBUTO DA ASTENOZOOSPERMIA NA INFERTILIDADE MASCULINA – *CASE REPORT*: DISPLASIA DA BAINHA FIBROSA

Ana Sofia Santos Sabença Gomes[1]; Luis Ferraz[1];
José Teixeira da Siva[2]; Alberto Barros[2];
Elsa Oliveira[3]; Mario Sousa[3]
[1]CHVNGaia/Espinho, EPE; [2]Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros; [3]Lab. Biologia Celular, Depart. Microscopia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; UMIB-ITR

Introdução: A astenozoospermia é uma das principais causas de infertilidade masculina, sendo caracterizada pela diminuição ou ausência de

motilidade do espermatozoide (Ez). O Ez é composto pela cabeça e flagelo. O flagelo contém a maquinaria responsável pela motilidade e encontra-se dividido em 3 segmentos: peça intermédia (PI), principal (PP) e terminal (PT). Uma parte fundamental do flagelo é o axonema, que está presente em todos os segmentos. A PI contém a bainha mitocondrial produtora de adenosina trifosfato, 9 colunas longitudinais denominadas de fibras densas externas (FDE) que conferem resistência mecânica. A PI está separada da PP por um anel proteico, o *annulus*. A PP contém FDE rodeadas pela bainha fibrosa, que apresenta enzimas da glicólise para produção adicional de energia. O axonema é o único constituinte da PT.

Objetivos: Reforçar a importância do Andrologista para garantir o sucesso das técnicas de Reprodução Medicamente Assistida (RMA) e expôr um caso de astenozoospermia associada a Displasia da Bainha Fibrosa (DBF).

Material e métodos: O doente, de 32 anos de idade, não apresentava antecedentes pessoais relevantes, alterações físicas ou hormonais; o cariótipo era normal. O espermograma revelou 2% de motilidade total, 0% de motilidade progressiva, 0% de morfologia normal e 46% de vitalidade. Perante este quadro, o ejaculado foi submetido a análise por microscopia eletrónica de transmissão (ME).

Resultados: Na análise por ME, observou-se um quadro de anomalias múltiplas do flagelo com predomínio de Ez com DBF. Na DBF ocorre perda do annulus, perda das mitocôndrias e hiperplasia e hipertrofia da bainha fibrosa com invasão da PP. Tal contribui para a imotilidade do Ez devido à perda da estrutura e de produção energética. A DBF possui predisposição familiar e já foram identificadas várias mutações responsáveis pelo quadro patológico. Consequentemente, este doente efetuará estudo genético seguido de aconselhamento.

Conclusões: Perante um quadro de imotilidade total dos Ez é importante a exclusão de patologia respiratória crónica e a análise por ME. No presente caso, com o diagnóstico dado pela ME foi possível selecionar a técnica de RMA adequada, nomeadamente a injecção intracitoplasmática. Pode recorrer-se quer a colheita de Ez do ejaculado em caso de identificação de Ez móveis ou por aspiração testicular no caso de imotilidade total dos Ez.

CO 05

715 ECLOSÕES ASSISTIDAS DEPOIS: O QUE AINDA TEMOS A DIZER

Maria Madalena Ribeiro Cabral; Ilda Pires; Lia Costa; Fátima Silva; Marta Osório; Sueli Pinelo; Helena Serra; António Barbosa; Eduarda Felgueira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A unidade de Medicina de Reprodução (UMR) do CHVNG realiza eclosão assistida (AH) com laser desde 2010. A execução desta técnica foi evoluindo de acordo com os avanços reportados na literatura, variando desde a realização de uma pequena abertura (Hole) na zona pelúcida (ZP) (entre 10-20µm), a um thinning em aproximadamente um quarto da ZP, até uma abertura total de cerca de um quarto da ZP.

Objetivos: Este é um estudo retrospectivo epidemiológico observacional descritivo e analítico. Na primeira etapa são descritos os resultados de todos os ciclos com recurso a AH entre 2010 e 2022. Na segunda etapa é realizada uma análise comparativa dos resultados de uma coorte de pacientes que realizou, em diferentes ciclos, transferência com e sem AH. Em ambas as etapas a análise é realizada de forma independente nos ciclos com transferência a fresco (TE) e com transferência após descongelação (TEC). O objetivo principal do estudo é avaliar o impacto da AH na implantação embrionária. O *outcome* secundário é avaliar a associação da AH com complicações obstétricas, como o possível aumento de gravidez monozigótica (Mz).

Material e métodos: Entre 2010 e 2022 a UMR realizou 3648 ciclos FIV/ICSI com TE (14,6% com AH) e 1090 ciclos TEC (19,1% com AH).
No estudo de coorte, foram analisados dados entre 2020 e 2022 de 56 pacientes TE (57 ciclos com AH e 61 ciclos sem AH) e 30 pacientes TEC (43 ciclos com AH e 43 ciclos sem AH).
A análise estatística foi realizada no IBM SPSS Statistics 22.0.
Resultados e Conclusões: Quando analisados os dados gerais nos ciclos TE, a taxa de gravidez (TxG) foi superior no grupo sem AH (44,4%) face ao grupo com AH (35,5%) ($p<0,001$). A taxa de abortamento (TxAE) foi de 16,6% sem AH e de 27% com AH ($p<0,001$). A taxa de gravidez Mz foi superior após AH (3,9% versus 1,1 %; $p<0,005$). Relativamente aos ciclos TEC, a TxG foi de 30,8% com AH e de 40,5% sem AH ($p<0,01$) e a TxAE foi de 20,3% com AH e de 24,9% sem AH ($p<0,50$). A taxa de gravidez Mz também foi superior no grupo com AH (1,4% versus 0,9%; $p>0,50$). A generalidade da distribuição epidemiológica, nas variáveis recolhidas, variou significativamente entre os grupos com e sem AH, nos ciclos TE e TEC.
Por forma a realizar a análise numa população mais homogénea, foram analisados os dados da coorte supracitada. No grupo TE com AH,a TxG foi de 20% e no grupo sem AH de 13% (coeficiente de correlação de Pearson ($r = 0,088$). Na coorte TEC, a taxa de gravidez foi de 16% no grupo com AH e de 37% sem AH ($r = 0,179$). Em nenhuma das análises foi possível estabelecer uma associação entre a AH e a gravidez. A única variável que apresentou uma associação positiva com a implantação foi a qualidade embrionária.
Até ao momento, não foi registada nenhuma gravidez Mz quando a técnica de AH utilizada foi a abertura de um orifício correspondente a pelo menos um quarto da ZP.
Este estudo não conseguiu estabelecer uma associação positiva entre o AH e a implantação, o que está em acordo com a literatura.

CO 06

DESFECHO REPRODUTIVO DE MULHERES COM ÚTERO SEPTADO APÓS SEPTOTOMIA HISTEROSCÓPICA

Ana Isabel Tomé; Pedro Ferreira; José Luís Metello
Hospital Garcia de Orta

Introdução: O útero septado é uma anomalia congénita que ocorre em 0,2-2,3% das mulheres em idade reprodutiva. Está associado a infertilidade, aborto e parto prematuro. A correção cirúrgica, sobretudo histeroscópica tem sido recomendada pela sua facilidade, baixa taxa de complicações e resultados. No entanto, trabalhos recentes colocaram em causa os resultados desta intervenção.
Objetivos: Avaliar o desfecho reprodutivo das pacientes que realizaram septotomia histeroscópica entre 2013 e 2020 no CIRMA referenciadas por infertilidade e/ou aborto recorrente.
Material e métodos: Estudo retrospetivo que incluiu as mulheres com o diagnóstico de útero septado submetidas a septotomia histeroscópica no CIRMA entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2020. O diagnóstico de útero septado foi definido com recurso a ultrassonografia transvaginal 3D (de acordo com os critério de Troiano e McCarthy) . Incluíram-se todos os casos com seguimento ≥ 24 meses. As variáveis dependentes foram: taxa de gravidez que originou parto de recém-nascido (RN) vivo acima das 24 semanas, 12 e 24 meses após cirurgia; idade gestacional no parto; e complicações cirúrgicas. Avaliaram-se critérios demográficos, história obstétrica, co-factores de infertilidade e tratamentos reprodutivos realizados. A análise descritiva dos dados foi realizada através do software SPSS IBM 22.1.
Resultados e conclusões: Incluíram-se 62 casos de mulheres submetidas a septotomia

histeroscopica, com idade média de 33,7 anos (DP = 3,6) e duração média de infertilidade de 43 meses (DP = 29). Cerca de 92% das pacientes eram nulíparas e 35% tinha história de ≥ 1 abortos. Em 11 (18%) casos foi identificado um fator masculino moderado ou grave associado e em 7 (11%) um fator tubário. A maioria das pacientes tinham um septo uterino incompleto (n = 57, 92%). Em média realizaram-se 1,8 histeroscopias por doente (1-4). Após septotomia histeroscópica, 24 (39%) e 35 (56%) mulheres obtiveram uma gravidez evolutiva aos 12 e aos 24 meses da cirurgia, respetivamente. No global, 13 gravidezes (37%) foram espontâneas e 22 (63%) ocorreram após PMA. Quanto à idade gestacional no parto, 25 (71%) foram de termo, 8 (23%) entre as 33-36 semanas e 2 (6%) < = 32 semanas. O parto vaginal ocorreu em 13 casos (37%) e por cesariana em 22 (63%). Nesta amostra, o desfecho reprodutivo das pacientes submetidas a septomia histeroscopica foi muito positivo, com 56% das pacientes a conseguirem uma gravidez que terminou em parto nos primeiros 24 meses pós-cirurgia, 37% espontâneas e em 91% dos casos após as 34 semanas.

CO 07

TESTE GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO *MADE IN PORTUGAL*: PESQUISA DE PATOLOGIA MONOGÉNICA (PGT-M)

Ana Paula Neto[1]; Maria João Pinho[1]; Mariana Cunha[2]; Sofia Lobo Xavier[3]; Paulo Viana[2]; Ana Patrícia Martins[3]; Sandra Soares[4]; Lucinda Calejo[3]; Ana Margarida Póvoa[4]; Sónia Sousa[3]; Alberto Barros[5]; Filipa Carvalho[6]

[1]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [2]Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; [3]unidade de Medicina da Reprodução, serviço de Ginecologia-Obstetrícia, CHUSJ; [4]unidade de Medicina da Reprodução, serviço de Ginecologia-Obstetrícia, CHUSJ; Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; [5]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; [6]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: O teste genético pré-implantação para patologias monogénicas (PGT-M) tem como objetivo a transferência de embriões geneticamente transferíveis, em casais portadores de patologia de transmissão autossómica ou ligada ao cromossoma X, dominante ou recessiva. O número de casais e as respetivas indicações têm aumentado ao longo dos anos, com a concomitante atualização da metodologia de biopsia embrionária e de análise laboratorial.
Objetivo: Apresentar a casuística dos ciclos de PGT-M realizados em Portugal.
Material e métodos: Desde 1999 foram realizados 470 ciclos PGT-M. Inicialmente, era realizada a biópsia ao D3 de um ou dois blastómeros por embrião, com análise por PCR multiplex, para amplificação direta da variante patogénica e, em simultâneo, de marcadores polimórficos STRs (Short Tandem Repeats) localizados a uma distância inferior a 2Mb da variante. Des-

de 2021, passou a ser utilizada a tecnologia de NGS (Next Generation Sequencing), na qual são analisados em simultâneo centenas de SNPs (Single Nucleotide Polymorphism) próximos da variante patogénica. Com esta tecnologia, a abordagem é essencialmente indireta, ou seja, são analisados previamente os haplótipos de risco para a segregação da variante. A metodologia atual permite, adicionalmente, realizar PGT-A para pesquisa de anomalias cromossómicas, com o objetivo de aumentar a probabilidade de implantação e de gravidez evolutiva.

Resultados e conclusões: Durante os últimos 24 anos foram biopsados e analisados no serviço de Genética da FMUP 2293 embriões. As indicações para PGT-M foram: Polineuropatia Amiloidótica Familiar (80%), Distrofia Miotónica de Steinert (5.5%), Doença de Huntington (5.2%), Atrofia Muscular Espinhal (4.2%), Doença de Machado Joseph (3.3%), Hemofilia A (1%) e Doença Renal Policística Autossómica Dominante (0.2%). Destes, 47.6% (n = 913) eram geneticamente transferíveis e 550 foram transferidos, resultando em 131 gravidezes evolutivas (36.4% de gravidez clínica por transferência), que culminaram no nascimento de 108 crianças (57 do sexo feminino e 51 do sexo masculino), e 10 estão em curso.

No futuro, pretende-se alargar a oferta de PGT-M a outras patologias para melhor responder à necessidade nacional.

CO 08

ESTUDO DA AÇÃO DA METFORMINA NA INFLAMAÇÃO ASSOCIADA À ENDOMETRIOSE NUM MODELO DE MURGANHO

Ana Catarina Neto[1]; Maria Botelho[1]; Adriana Rodrigues[1]; Beatriz Araújo[2]; João Tiago Guimarães[3]; Sofia Lamas[4]; Alexandra Gouveia[1]; Henrique Almeida[1]; Delminda Neves[1]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [2]Hospital de Braga; [3]Centro Hospitalar de S. João, EPE; [4]Instituto de Investigação e Inovação em Saúde

A endometriose é uma doença inflamatória caracterizada pela presença de endométrio ectópico e que causa dor e infertilidade. Os tratamentos hormonais usados no controlo da doença têm de ser interrompidos quando a mulher tenta engravidar, pelo que novas terapêuticas são necessárias. Mostramos já que a endometriose diminui a fertilidade num modelo experimental de murganho e que o tratamento com metformina levou à sua reversão.

A metformina para além de reduzir a glicemia, diminui a secreção de estrogénio, a inflamação e a oxidação sistémicas. Também mostrou induzir a regressão de implantes endometriais no modelo animal. É objetivo deste trabalho avaliar a intervenção da metformina nas vias inflamatórias associadas à endometriose.

Murganhos fêmeas foram divididos aleatoriamente em grupos: 1-Endometriose (n = 24); 2-Sham (n = 12); 3-Endometriose com metformina (n = 21); 4-Sham com metformina (n = 16). A metformina foi administrada oralmente durante 3 meses. A endometriose foi induzida cirurgicamente por transplante heterólogo de endométrio de uma dadora em recetoras da mesma estirpe. Os implantes foram confirmados e monitorizados por ecografia e os valores séricos de lipoproteínas foram quantificados por métodos enzimático-colorimétrico. Metade dos murganhos de cada grupo foram acasala-

dos para o estudo da fertilidade. Foi efetuada imunofluorescência para as proteínas F4/80 e Galectina-3 e Western Blot (WB) para quantificação da expressão das mesmas e também de NFkB, HO-1 e GPX-1.

Não foram encontradas diferenças biométricas entre os murganhos nos diferentes grupos. A dose de metformina efetiva foi de 77,9 e 71,8mg/kg/dia nos grupos 3 e 4, respetivamente, não apresentando diferenças entre grupos. A monotorização ecográfica demonstrou que a metformina atenuou o crescimento do tecido ectópico. Não foram encontradas diferenças nos níveis séricos das lipoproteínas entre grupos com exceção de uma diminuição do colesterol total e um aumento do estradiol nas grávidas relativamente às não grávidas.

Observamos a co-localização da expressão f4/80 e galectina-3 tanto no endométrio eutópico como no ectópico, em todos os grupos. A expressão de galectina-3 variou de forma inversa à da GPX-1.

Em suma, a metformina não parece diminuir o número de células marcadas positivamente para a galectina-3 no endométrio do murganho. Apesar da galectina-3 ser expressa por células pró-inflamatórias, está também associada à remoção de moléculas lesivas, nomeadamente "advanced glycation end products", apresentando uma potencial ação protetora para o dano inflamatório e oxidativo. Serão necessários estudos adicionais para o esclarecimento do seu papel na endometriose.

CO 09

PAPEL DO RESGATE DE PROGESTERONA NO SUCESSO REPRODUTIVO DE TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS

Joana Sousa Nunes[1]; Marta Osório[2]; Ilda Pires[2]; Madalena Cabral[2]; Lia Costa[2]; Eduarda Felgueira[2]
[1]Hospital da Senhora da Oliveira - Guimaraes; [2]Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: Os ciclos de transferência de embriões criopreservados (TEC) têm crescido globalmente ao longo dos anos pelo aperfeiçoamento das técnicas laboratoriais de vitrificação e pelo aumento de ciclos diferidos. A preparação endometrial pode seguir vários protocolos, mais frequentemente o ciclo natural modificado e o ciclo medicado.

O papel da progesterona na altura da transferência embrionária tem sido cada vez mais realçado na literatura, sobretudo nos ciclos medicados, mas a sua suplementação de resgate é ainda pouco consensual.

Objetivos: O estudo tem como objetivo analisar os resultados reprodutivos em ciclos TEC medicados, incluindo taxas de gravidez clínica, de acordo com os níveis séricos de progesterona no dia anterior ou no dia da transferência, bem como a influência de sua suplementação de resgate.

Material e métodos: O presente estudo retrospetivo incluiu todos os primeiros ciclos de TEC realizados no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, durante os anos de 2021 e 2022, num total de 154 ciclos. A suplementação de resgate de progesterona foi feita com dihidroprogesterona (Duphaston®) 3 vezes ao dia. Os dados foram colhidos dos registos clínicos registados nos programas de saúde informáticos Sclinico® e Obscare® e a análise estatística foi elaborada usando o SPSS IBM Statistics.

Resultados e conclusão: No período identificado, em 33,1% dos casos optou-se pelo ciclo natural modificado e em 66,9%, pelo ciclo

medicado. A progesterona (P4) foi doseada em 41,2% dos ciclos naturais modificados e em 71% dos ciclos medicados.

No caso dos ciclos medicados a média da P4 foi de 11,98 ± 5,15 ng/ml, sendo que em 29% dos casos este valor foi inferior a 10 ng/ml, pelo que se procedeu à sua suplementação de resgate. A taxa de gravidez clínica nas pacientes que realizaram ciclo medicado e suplementação de resgate foi de 76,2%, superior à taxa de gravidez global dos ciclos TEC. A análise dos dados através dos testes Oneway ANOVA e do teste de correlação de Spearman mostraram uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r = 0,323; p<0,005$) entre a suplementação de resgate nos ciclos TEC medicados e a taxa de gravidez clínica, em particular nos casos em que o valor de P4 é inferior a 8 ng/ml.

Os níveis de progesterona são determinantes para a implantação embrionária. Embora a literatura ainda não seja conclusiva quanto à efetividade da suplementação de resgate, este trabalho corrobora o potencial desta abordagem terapêutica.

PO 01

AVALIAÇÃO DA RETRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES RETIDOS EM CICLOS TEC DE BLASTOCISTO ÚNICO

Pedro Miguel Lopes Ferreira; Sandra Ramos; João Garcia; Isabel Simões Dos Reis
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução: os fatores que afetam o sucesso de uma transferência embrionária (TE) incluem a qualidade embrionária, a recetividade endometrial e a própria técnica de transferência. Diversos estudos referem uma taxa de embriões retidos (ER) após transferência embrionária variando entre 0.7-7.5%. A retransferência imediata de embriões é o método geralmente adotado quando os embriões ficam retidos no cateter de transferência. Atualmente, a transferência única de blastocisto tornou-se prática comum para reduzir gestações múltiplas. No entanto, existem poucos estudos sobre a incidência e resultados reprodutivos de retransferência de blastocistos retidos no cateter.

Objetivo: avaliar o impacto nos resultados clínicos da retransferência de embriões retidos em ciclos de transferência de 1 blastocisto vitrificado.

Material e métodos: estudo retrospetivo de 966 transferências de 1 blastocisto vitrificado em dia 5/6, realizadas entre janeiro 2017 e novembro 2022 no CIRMA, em pacientes entre os 20 e 40 anos, em ciclos artificiais. TE realizadas por 4 embriologistas e 7 médicos. As transferências difíceis foram excluídas. Em todas as TE foi usado o mesmo tipo de cateter. No caso da presença de ER, uma segunda transferência foi imediatamente realizada. As TE foram divididas em 2 grupos: com ER (grupo ER, n = 43) e sem ER (grupo SER, n = 923). As características das transferências foram idade feminina, espessura endometrial e taxa de blastocisto de boa qualidade. As características dos ciclos FIV/ICSI de origem foram idade e IMC femininos e dose de FSH. Foram avaliadas as taxas de gravidez bioquímica, clínica e evolutiva.

Resultados: a incidência de ER durante o período do estudo foi de 4.5% (43/966). A idade (grupo ER: 33.63 vs. grupo SER: 34.51, P = .165) e taxa de blastocisto de boa qualidade (65.1% vs. 50.8%, P = .085) foram semelhantes entre os 2 grupos. Foi observada uma diferença significativa na espessura endometrial (10.27 vs. 9.54, P = .021).

Relativamente aos ciclos FIV/ICSI que originaram os embriões, não foram observadas diferenças significativas entre os 2 grupos em relação à idade (grupo ER: 32.86 vs. grupo SER: 33.92, P = .104), IMC (24.63 vs. 24.53, P = .972) e dose de FSH (2333.95 vs. 2605.19, P = .064).

Não houve diferenças significativas na taxa de ER entre os 4 embriologistas (P = .332) e 7 médicos (P = .962) que realizaram TE.

Não houve diferenças significativas entre os 2

grupos, na taxa de gravidez bioquímica (grupo RE: 48.8% vs. grupo SRE: 60.0%, P = .155), taxa de gravidez clínica (37,2% vs. 47.1%, P = .215) e taxa de gravidez evolutiva (30.2% vs. 41.1%, P = .203).

Conclusões: os resultados clínicos relativamente inferiores no grupo ER, apesar de estatisticamente não significativos, indicam a possibilidade de que procedimentos adicionais, como a retransferência de embriões, possam comprometer a qualidade embrionária, ao aumentar o risco acumulado de ocorrência de danos no embrião.

PO 02

GRUPO DE INTERVISÃO EM PSICOLOGIA NA PMA(GIPPMA)–ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA MULTICENTRICA

Salome Reis[1]; Maria Raul Xavier[2]; Emanuela Lopes[3]; Sara Barros[4]; Sandra Santos[4]; Zélia Malta[5]; Anita Pinto[5]; Vania Catarino[4]; Mariana Pinho[2]

[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE; [2]Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia, Porto; [3]Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira; [4]Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE / unidade de Vila Nova de Famalicão; [5]Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

O Grupo de Trabalho e Intervisão em Psicologia na PMA (GIPPMA), foi formado em 2019 por um grupo de Psicólogos Clínicos que pertencem a Unidades de Reprodução Medicamente Assistida/Consultas de Infertilidade de 4 unidades hospitalares do SNS da zona norte, e uma docente/investigadora universitária. Esclareceremos a sua organização e os aspetos específicos da sua dinâmica. Com o objetivo de melhorar e uniformizar a prestação de cuidados na área da Psicologia no contexto da Infertilidade e Procriação Medicamente Assistida (PMA) assim como, colmatar algumas dificuldades sentidas na prática clínica. Este grupo tem por objetivos: 1 construir protocolos uniformizados de avaliação e intervenção psicológica na PMA; 2 dinamizar a intervisão clínica; 3 desenvolver projetos de investigação científica multicêntricos, procurando contribuir para o conhecimento sobre o tema, crucial enquanto base para a intervenção; e 4 desenvolver, avaliar e propor iniciativas de trabalho destinadas a disseminar soluções e boas práticas nesta área. É igualmente objetivo desta apresentação, dar a conhecer os protocolos de intervenção psicológica desenvolvidos para as diferentes fases da realização de tratamentos de PMA (início, continuidade, término), assim como os trabalhos de investigação em curso, realizados com recurso aos dados obtidos através dos referidos protocolos, nos diferentes hospitais com o apoio da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto.

PO 03

DROGAS ILÍCITAS: IMPACTO NOS PARÂMETROS SEMINAIS?

Marta Vieira; Lia Costa; Madalena Cabral; Ilda Pires; Eduarda Felgueira

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: O impacto dos hábitos de vida na saúde reprodutiva masculina tem sido alvo de vários estudos científicos nos últimos anos.

Com o aumento descrito do consumo de Cannabis sativa e a iminência da possibilidade de legalização do consumo desta droga em Portugal, é importante investigar a influência que esta pode ter na saúde reprodutiva masculina.

Objetivo: Avaliar o efeito que o consumo de drogas pode ter em diversos parâmetros espermáticos.

Material e métodos: Este trabalho é um estudo retrospetivo descritivo que incluiu 1553 espermogramas realizados na unidade de Medicina da Reprodução do CHVNG/E entre 2018 e 2022. Foi aplicado um inquérito epidemiológico

aos pacientes que avalia os seguintes parâmetros: presença de febre nos últimos 3 meses, utilização de medicação, consumo de álcool, tabaco e drogas.

A amostra foi dividida em dois grupos: grupo que refere consumir drogas e grupo que refere não consumir drogas. Foram analisados os seguintes parâmetros em cada um dos grupos: idade dos pacientes, volume da amostra, concentração de espermatozoides, percentagem de espermatozoides móveis, percentagem de espermatozoides com morfologia normal.

A análise estatística foi realizada no programa CYMON e foi utilizado o teste t-student. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p< 0,05$.

Resultados: No total de inquéritos avaliados, 80 pacientes (6,9%) apresentaram febre nos últimos 3 meses, 425 (36,8%) mencionaram a toma de medicação, 530 (45,9%) referiram consumir álcool, 399 (34,6%) indicaram hábitos tabágicos e 44 (3,8%) consumiram drogas. Todas as drogas que foram mencionadas derivam da planta Cannabis sativa. Não foram encontradas diferenças significativas nos parâmetros avaliados entre os dois grupos: idade ($p = 0,3327$), volume ($p = 0,6981$), concentração ($p = 0,9239$), motilidade ($p = 0,8591$) e morfologia ($p = 0,9306$).

Conclusão: O grupo em análise é de pequena dimensão, pelo que estes resultados deverão ser analisados com precaução. Adicionalmente, é necessário ter em consideração que estes dados poderão estar enviesados visto serem reportados pelo próprio, embora estejam de acordo com as percentagens reportadas por estudos anteriores. No inquérito não é possível aferir informação relativa à frequência do consumo e origem da droga.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas nos parâmetros avaliados, não se podem excluir alterações intrínsecas no espermatozoide. Na análise seminal seria interessante incluir o estudo da fragmentação de DNA. Num futuro trabalho poderiam ser avaliados os resultados de ciclos de PMA feitos por estes pacientes.

PO 04

"NÃO SOMOS SÓ MAIS UM NÚMERO": COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA TRANSIÇÃO PARA A DOAÇÃO DE GÂMETAS

Mariana Veloso Martins; Ana Rita Nogueira; Catarina Rodrigues

Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Introdução: Cada vez mais se reconhece a importância e o impacto da relação e comunicação médico-paciente no resultado dos tratamentos e na satisfação com os mesmos, mas pouco se sabe sobre a eficácia deste processo ser alcançado em ambientes clínicos reias. A opção por ciclos com gâmetas doados (FIV-D) é cada vez mais frequente em casais heterossexuais, mas levanta dilemas que implicam necessariamente uma abordagem particular no que diz respeito à comunicação e à tomada de decisão.

Objetivos: Explorar a experiência de comunicação médico-paciente e preferências relativas à tomada de decisão de pacientes que transitam para tratamentos FIV-D após ciclos autólogos.

Material e métodos: Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 9 participantes (1 casal, 1 homem e 7 mulheres) que haviam transitado para FIV-D. Os participantes tinham tido pelo menos um primeiro contacto com centros públicos, e tinham realizado ou estavam em tratamento em centros privados. As entrevistas foram realizadas e gravadas via ZOOM, e transcritas e categorizadas através do software NVivo, com base nas guidelines da Grounded Theory.

Resultados e conclusões: Os participantes tinham em média 40,8 anos, e 80% tinha passado por 3 ciclos autólogos sem sucesso antes

de iniciarem FIV-D. Todos os participantes manifestaram o desejo que o médico tivesse algum grau de envolvimento na tomada de decisão, tendo a proporção de contribuição atribuída à opinião do médico variado entre 40 e 70%. Os fatores considerados facilitadores da comunicação e mais valorizados pelos pacientes foram: a) transparência e assertividade na informação sobre as taxas de sucesso e procedimentos; b) pedido de busca de informação pelo próprio paciente antes de iniciar o ciclo; c) canal de comunicação para esclarecimento de dúvidas; e d) recomendação de consulta psicológica. Os fatores considerados inibidores foram a) falta de espaço para esclarecimento de dúvidas; b) despersonalização ou uso excessivo de linguagem técnica; c) atribuição de responsabilidade ao paciente (ex., idade, estilo de vida).

Os resultados obtidos confirmam a evidência noutras áreas de saúde sobre a necessidade de informação e da personalização. Uma vez que em PMA se destaca um enfoque acrescido no que diz respeito a fatores psicológicos, as competências de comunicação médica são essenciais no processo de tomada de decisão partilhada. Futuros estudos randomizados permitirão melhorar a aprendizagem específica dos profissionais de saúde reprodutiva.

PO 05

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE FEMININA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PÚBLICO

Ana Patrícia Martins; Sofia Lobo Xavier; Beatriz Vieira; Ione Reis; Renata Leite; Ana Margarida Póvoa; Lucinda Calejo; Sónia Sousa; Sandra Silva Soares; Vera Falcão; Jorge Beires
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O tratamento de determinadas doenças envolve frequentemente cirurgia ou terapias que, no caso da mulher, podem afetar a função ovárica e conduzir a falência ovárica prematura. A vitrificação de ovócitos é a principal opção para mulheres adultas que desejam a preservação da fertilidade (PF).

Na unidade de Medicina da Reprodução (UMR) do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) a vitrificação de ovócitos é realizada desde 2014, apenas em caso de doença.

Objetivo: Com este trabalho pretende-se estudar a PF feminina na UMR-CHUSJ, incluindo a avaliação dos motivos de referenciação, número de ovócitos criopreservados e sucesso de ciclos com recurso a gâmetas de PF.

Material e métodos: Realizou-se análise retrospetiva de dados relativos às PF femininas (2014-2022) no CHUSJ, com consulta da base de dados.

Resultados e conclusões: Os resultados demonstraram que o número de PF tem vindo a aumentar desde 2014, provavelmente fruto da maior consciencialização das equipas de saúde para a oportunidade de salvaguarda da fertilidade em casos de tratamentos gonadotóxicos.

As pacientes encaminhadas para a UMR têm uma mediana de idade de 29 anos e são referenciadas sobretudo por doenças oncológicas (66%) e doenças linfoproliferativas (16%).

De todos os ciclos de PF iniciados apenas 8% não chegaram à fase de punção folicular por desistência da paciente ou por ausência de resposta ovárica. Dos ciclos que avançaram para punção folicular foram vitrificados uma mediana de 6 ovócitos. Apenas em 3 casos (2%) não foi possível obter ovócitos na punção folicular, sendo que nenhum dos casos repetiu punção folicular - a urgência de avançar para tratamento pode não permitir que haja uma segunda tentativa.

Relativamente à utilização de ovócitos provenientes de PF, entre 2020 e 2022 realizaram-se 3 ciclos com recurso a ovócitos criopreservados – os ovócitos desvitrificados não originaram embriões biopsados ou gestações.

Realça-se o reduzido número de casos de utilização de gâmetas de PF, que são provenientes

de vitrificações mais antigas – os meios de vitrificação, técnicas e protocolos têm vindo a ser aprimorados, num esforço para que as futuras utilizações de gâmetas tenham melhor aproveitamento.

Uma vez que se pretende obter melhores resultados têm sido avaliadas oportunidades de melhoria - é importante aumentar o investimento na formação para a criopreservação de ovócitos para assegurar a qualidade e melhores resultados para as pacientes que nos procuram em momentos delicados das suas vidas.

PO 06

HÁ LUGAR PARA A FIV NO PGT?

Beatriz Vieira[1]; Sofia Lobo Xavier[1]; Ione Reis[1]; Ana Patrícia Martins[1]; Renata Leite[1]; João Faria[2]; Maria João Pinho[3]; Ana Paula Neto[3]; Ana Margarida Póvoa[1]; Lucinda Calejo[1]; Sandra Silva Soares[1]; Vera Falcão[1]; Filipa Carvalho[4]; Sónia Sousa[1]; Jorge Beires[1]

[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE; [2]Faculdade de Ciências da Universidade do Porto; [3]Serviço de Genética, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [4]Serviço de Genética, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: Após o aparecimento da Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide (ICSI), uma das grandes inovações na área da procriação medicamente assistida foi a possibilidade de realizar o teste genético pré-implantação (PGT) a embriões permitindo diagnosticar patologias génicas ou cromossómicas, antes da transferência embrionária.

Até 2019 entendia-se que os ciclos de PGT apenas poderiam ser realizados com recurso à ICSI, dado o risco de contaminação dos resultados com ADN paterno em situações de Fertilização in Vitro (FIV) convencional. Neste caso, os espermatozoides presentes na zona pelúcida após a FIV poderiam ser incluídos inadvertidamente na análise genética, influenciando o resultado. Em 2019, surgiram os primeiros estudos que comprovam que o ADN paterno não amplifica nas mesmas condições que o ADN das células de trofoectoderme, criando uma oportunidade para a aplicação da FIV convencional nos ciclos PGT.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo avaliar e comparar o impacto da técnica de fertilização utilizada (FIV/ICSI ou ICSI), no resultado dos tratamentos em ciclos PGT.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos ciclos de PGT realizados (FIV/ICSI ou ICSI) no Centro Hospitalar e Universitário de S. João durante o ano de 2022.

Resultados e conclusões: Os resultados demonstram que não existem diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os diferentes métodos de inseminação (FIV/ICSI vs ICSI) relativamente à taxa de fecundação.

Para além disso, observou-se também que o número de embriões obtidos em cada categoria de classificação (A/B e C) é comparável entre tipo de ciclos, não havendo por isso diferenças significativas entre FIV/ICSI e ICSI ($p > 0,05$).

Relativamente à taxa de embriões biopsados, esta é superior em ciclos ICSI comparativamente a ciclos mistos-FIV ($p = 0,008$) e mistos-ICSI ($p = 0,03$). No entanto, tal pode dever-se a um número de casos superior de ciclos ICSI ($n = 68$) comparativamente a ciclos mistos ($n = 21$). Apesar do número reduzido de casos, estes resultados indicam que o recurso a FIV/ICSI em casos de PGT, sem fator masculino associado, poderá ser uma alternativa viável, assegurando um resultado comparável, menos invasivo e economicamente mais vantajoso para o centro e para o casal.

No futuro, pretende-se aumentar o número de casos em ciclos mistos e avaliar se existem diferenças significativas na taxa de gravidez clínica.

PO 07

EMBRIÕES DE DIA 5 VS. DIA 6: HÁ DIFERENÇA NA TAXA DE EUPLOIDIA E DE GRAVIDEZ?

Ione Reis[1]; Sofia Lobo Xavier[1]; Beatriz Vieira[1]; Ana Patrícia Martins[1]; Renata Leite[1]; João Faria[2]; Ana Paula Neto[3]; Maria João Pinho[3]; Ana Margarida Póvoa[1]; Lucinda Calejo[1]; Sandra Silva Soares[1]; Vera Falcão[1]; Filipa Carvalho[4]; Sónia Sousa[1]; Jorge Beires[1]
[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE; [2]Faculdade de Ciências da Universidade do Porto; [3]Serviço de Genética, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [4]Serviço de Genética, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: A biópsia de células embrionárias para teste genético pré-implantação de aneuploidias (PGT-A) é realizada quando o embrião atinge a fase de blastocisto, ao 5º ou 6º dia do desenvolvimento embrionário.

Por norma, os centros de Procriação Medicamente Assistida utilizam de forma similar os blastocistos de dia 5 e de dia 6, permitindo que embriões de ambos os dias sejam transferidos ou criopreservados. No entanto, uma potencial relação entre o desenvolvimento mais lento dos embriões e a existência de anomalias cromossómicas levanta a possibilidade de os embriões que só atingem o estado de blastocisto a dia 6 terem uma taxa superior de aneuploidias e consequentemente menores taxas de implantação.

Objetivos: Pretendeu-se investigar se os blastocistos de dia 5 têm maiores taxas de euploidia que os blastocistos de dia 6. Avaliou-se também se existem diferenças na taxa de gravidez clínica, comparando o resultado da transferência de embriões euploides de 5º dia de desenvolvimento com os de 6º dia.

Material e métodos: Foram avaliados blastocistos de dia 5 (n = 228) e de dia 6 (n = 55) relativamente a taxa de euploidia e taxa de gravidez clínica.

Resultados e conclusões: Apesar de existir uma taxa superior de euploidia em embriões de dia 5 (56.4% vs. 48.8% de dia 6), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na ploidia entre embriões biopsados nos dois dias (p = 0,460). De forma similar, não se verificaram diferenças na taxa de gravidez pós transferência de embriões euploides de dia 5 ou de dia 6 (p = 0,574).

Assim, estes resultados sugerem que, apesar de mais lentos no seu desenvolvimento, os blastocistos de dia 6 não apresentam taxas significativamente superiores de aneuploidias em relação aos blastocistos de dia 5, e apresentam taxas de gravidez semelhantes às dos embriões de dia 5.

PO 08

CORRELAÇÕES ENTRE OS DIVERSOS PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ESPERMÁTICA

Ângela Ribeiro[1]; Beatriz Vieira[2]; Ana Gomes[3]; Rita Pinheiro de Magalhães[3]; João Luís Silva Carvalho[4]
[1]CETI - Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade do Porto e Departamento da Biomedicina - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (i3S - Ageing & Stress); [2]CETI - Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade do Porto e UMR - Hospital de São João, Porto; [3]CETI - Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade do Porto; [4]CETI - Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade do Porto e Hospital CUF Porto

Estudos recentes sugerem que a infertilidade afeta 8 em 10 casais em idade reprodutiva, estimando-se que 50% desses casos se devem a fator masculino isolado (20%) ou em combinação com fator feminino (30%). O exame de diagnóstico mais utilizado para a avaliação da qualidade espermática é o espermograma. Este exame é crucial para o estudo do casal infértil,

no entanto, esta análise macro e microscópica poderá não ser suficiente em determinados contextos clínicos.

A fragmentação de ADN espermático tem um impacto considerável na reprodução humana, estando muitas vezes associada a elevadas taxas de abortamento após tratamento de PMA. Desta forma, a avaliação do índice de fragmentação (DFI) tornou-se uma ferramenta complementar bastante relevante no diagnóstico de fator masculino. Tal, deve-se também ao facto de amostras normozoospermicas poderem apresentar elevados valores de DFI.

O principal objetivo deste trabalho é avaliar a existência de correlações entre os vários parâmetros espermáticos e o DFI.

Para a realização deste estudo foram utilizadas 207 amostras recolhidas no CETI – Centro de Estudo e Tratamento de Infertilidade - entre 2018 e 2022. Estas amostras, de indivíduos com idades entre 17 e 62 anos, foram analisadas a fresco, após intervalos de abstinência sexual de 2 a 8 dias. A avaliação dos parâmetros espermáticos seguiu as recomendações estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e pela European Society of Human Reproduction and Embryology. A avaliação do DFI foi feita através da coloração com azul de toluídina e posteriormente, a análise estatística foi efetuada com recurso à correlação de Pearson.

Com expressão significativa verificou-se uma correlação positiva entre a idade do indivíduo e a percentagem de espermatozoides imóveis na amostra ($p = 0,002$; $r = -0,211$). Revelaram-se também correlações positivas entre os dias de abstinência sexual, o volume do ejaculado ($p = 0,023$; $r = 0,158$) e ainda com a concentração espermática ($p<0,001$; $r = 0,248$). Existe igualmente uma correlação positiva entre a concentração da amostra e: a vitalidade ($p<0,001$; $r = 0,330$), percentagem de formas normais ($p = 0,01$; $r = 0,180$) e ainda com a percentagem de espermatozoides móveis ($p<0,001$; $r = 0,278$). Por sua vez, a percentagem de espermatozoides normais está correlacionada ($p<0,001$) com a vitalidade espermática ($r = 0,258$) e com a mobilidade ($r = 0,253$). Por outro lado, indivíduos mais velhos apresentam menores índices de vitalidade espermática ($p<0,001$; $r = -0,341$). O DFI revelou uma correlação negativa ($p<0.0001$) com vários parâmetros espermáticos: concentração ($r = -0.301$), vitalidade ($r = -0.421$), morfologia ($r = -0.278$) e mobilidade total ($r = -0.280$).

Os resultados obtidos sugerem uma tendência para a degradação dos parâmetros seminais com o aumento da idade do indivíduo. Já o DFI está correlacionado negativamente com diversos parâmetros de qualidade espermática, independentemente da idade.

PO 09

INFLUÊNCIA DA TAXA DE SOBREVIVÊNCIA À VITRIFICAÇÃO DE OVÓCITOS DE DADORA NOS RESULTADOS REPRODUTIVOS

Miguel Gallardo[1]; Ana Reis[2]; Joana Santos[2]; Miriam Castro[2]; Micaela Pedro[2]; Jorge Redondo[2]; Carina da Costa[2]; María Hebles[3]; Ana Paula Soares[2]; Fernando Sánchez-Martín[3]; José-Luis Metello[2]

[1]Ginemed Lisboa; [2]Ginemed Lisboa, GeneraLife IVF; [3]Ginemed Sevilla, GeneraLife IVF

Introdução: A utilização de ovócitos de dadoras vitrificados permite superar muitos desafios logísticos, mas é dificultada pela perda de ovócitos devido à degeneração após o aquecimento. O Consenso de Viena de 2012 estabeleceu a taxa benchmark de sobrevivência oocitária em 95-100%, e o nível de competência em >85%. Resultados <85% de criosobrevivência são considerados abaixo da competência e <70% podem ser considerados maus.

Objetivo: Com o presente estudo, pretendeu-se esclarecer se, num tratamento, obter taxas de sobrevivência abaixo do valor de referência

pode não apenas limitar o número de ovócitos, mas também pode traduzir-se em KPIs de ciclo mais baixo.

Material e métodos: Analisamos 2.190 ciclos de receptoras de oócitos de dadoras vitrificadas aquecidas, abrangendo um total de 20.280 oócitos vitrificados de 1.036 dadoras. Os ciclos foram realizados em 6 unidades privadas de fertilização in vitro do mesmo grupo. Os ciclos de 2018 a 2022 foram incluídos na análise. Ciclos com PGT-A e espermatozoides de biópsia testicular foram excluídos. O resultado da primeira transferência de cada ciclo foi analisado. A vitrificação foi realizada usando suporte aberto. Em todos os casos, a fertilização foi realizada por ICSI e os embriões foram cultivados até ao estádio de blastocisto. Blastocistos com qualidade boa ou intermédia foram considerados utilizáveis.

Resultados e conclusões: O número médio de ovócitos aquecidos por ciclo foi de 9,3, com taxa de sobrevivência de 93,7%. Uma comparação pareada das taxas de fertilização com correção de Bonferroni revelou que o grupo de taxa de sobrevivência benchmark teve resultados semelhantes aos grupos de 85-95%, 70-85% e 50-70% (95-100%: 73,7%, n = 13.803; 85-95: 72,1%, n = 2.583; 70-85%: 70,9%, n = 1.860, 50-70%: 73,1%, n = 756; p = 1,00 em todos os casos).

A taxa de blastocisto utilizável foi semelhante entre a taxa de sobrevivência benchmark e os grupos de 85-95% e 50-70%, mas superior ao grupo de 70-85% (95-100%: 49,0%; 85-95: 48,5%, p = 1,00; 70-85%: 43,5%, p = 0,012, 50-70%: 51,3%, p = 1,00).

Das 1.368 transferências de primeira tentativa, de um único embrião no dia 5, 53,5% tiveram uma gravidez clínica. O odds ratio ajustado de gravidez clínica foi significativamente inferior ao grupo de taxa de sobrevivência benchmark no grupo de 70-85% (OR:0,49; IC 95%:0,34-0,71), mas não nos outros grupos.

Os resultados apontam para o facto de níveis abaixo do benchmark de criosobrevivência de ovócitos de dadora não estarem relacionados com piores resultados laboratoriais e clínicos.

Esta informação pode ser útil para a gestão clínica e aconselhamento ao paciente nestas situações. No entanto, esforçar-se para atingir as taxas de crio-sobrevivência de referência é essencial.

PO 10

BLEOMICINA UMA "SIRGA" CONTRA O DNA DOS ESPERMATOZOIDES HUMANOS

Ana Lobo de Almeida[1]; Ana Gonçalves[2]; Alberto Barros[3]; Mário Sousa[1]; Rosália Sá[1]

[1]Lab. Biologia Celular, Depart. Microscopia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; UMIB-ITR; [2]Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros (CGR-ABarros); [3]Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros (CGR-ABarros); Departamento de Genética da Faculdade de Medicina, Universidade do Porto (FMUP)

Introdução: Anualmente, sensivelmente um milhão de adolescentes e jovens adultos entre os 15 e os 39 anos de idade são diagnosticados com cancro.1,2 A taxa de sobrevivência atual ronda os 80% nos países desenvolvidos,3 pelo que urge a necessidade de minimizar os efeitos da doença e do seu tratamento a longo prazo bem como melhorar a qualidade de vida dos doentes e sobreviventes do cancro.

O desejo de ter um filho é acalentado por mais de metade dos jovens adultos sobreviventes de cancro.4 Contudo, a maioria dos tratamentos oncológicos são gonadotóxicos podendo ter impacto transitório ou permanente na fertilidade masculina.3,5 A acrescentar, uma percentagem consideravelmente elevada de jovens não é informada sobre a preservação da fertilidade ou decide não a realizar.

Em idade reprodutiva, o cancro do testículo está entre os cancros mais frequentes e com maior

taxa de sobrevivência, devido à implementação do regime terapêutico com bleomicina, cisplatina e etoposido (BEP).6 Destes agentes quimioterapêuticos, a atividade antitumoral da bleomicina consiste na sua capacidade de provocar quebras na cadeia do DNA, sendo os danos na cadeia dupla considerados a principal fonte de citotoxicidade.7 Contudo, o seu impacto individual sobre os espermatozoides humanos permanece por desvendar.

Objetivo: Avaliar a citotoxidade in vitro da bleomicina sobre a integridade do DNA espermático.

Material e métodos: Amostras de sémen humano (n = 44) foram incubadas durante 2 horas a 37°C com e sem concentrações fisiológicas de bleomicina (controlo). A integridade do DNA dos espermatozoides humanos foi determinada através do ensaio de fluorescência terminal *deoxynucleotidyl transferase-mediated* dUTP *nick end labeling* (TUNEL) e da coloração de Azul de Anilina (AB), os quais fornecem dados relativos à fragmentação do DNA e ao estado da condensação da cromatina, respetivamente. Os dados obtidos consideraram apenas espermatozoides morfologicamente normais e a comparação entre os grupos experimental e controlo foi realizada através de análise estatística.

Resultados e conclusões: A exposição de espermatozoides humanos à bleomicina revelou um aumento significativo na fragmentação do DNA ($P < 0,001$; Teste de Wilcoxon) e na condensação anormal da cromatina ($P < 0,001$; Teste T de Student).

Os parâmetros funcionais demonstraram estar significativa e inversamente correlacionados ($r = -4,66$; IC 95%; $P = 0,001$; Coeficiente de correlação de Pearson). Os resultados obtidos demonstram que a condensação incompleta ou defeituosa da cromatina aumenta a suscetibilidade à fragmentação do DNA espermático,8 e que, doentes expostos a bleomicina apresentam um risco de vir a sofrer de disfunção espermática e consequente infertilidade por alterações celulares e moleculares que podem ser transferidas para a descendência.

Nota: Consultar o ficheiro anexado para ter uma visão completa do Abstract submetido.

PO 11

OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE UM BANCO DE OVÓCITOS: OS PRIMEIROS PASSOS

Juliana Simões; Inês Couceiro; Inés Cerdeira; Bruno Barauna; Sofia Rodrigues; Elisson Souza; Marta Caride; Beatriz Coelho; Vladimiro Silva; Ana Torgal; Isabel Torgal
Ferticentro

Introdução: O tratamento de PMA com recurso a doação de ovócitos trata-se de uma abordagem complexa de última linha que se tornou uma possibilidade de tratamento para mulheres que não conseguem conceber com seus próprios ovócitos.

Os ovócitos doados são um recurso valioso e escasso e é impreterível a alocação racional de recursos escassos com a melhor taxa de sucesso possível, pelo que é crucial uma boa gestão do programa de doação de ovócitos.

A associação entre as características do ciclo de doação e o resultado dos ciclos das recetoras permanece incerta. Deve procurar perceber-se quantos ovócitos são necessários para conseguir um bom resultado, tentando ainda evitar a criação de embriões excedentários, contribuindo assim para melhorar os resultados e a eficiência dos programas de doação de ovócitos.

Objetivos: Este trabalho procura perceber quais os fatores que impactam o sucesso de um ciclo de doação, de modo a otimizar a atribuição de ovócitos a pacientes, alocando um número de ovócitos necessário para garantir um bom resultado em função das características do ciclo.

Material e métodos: As dadoras incluídas no estudo passaram por estimulação ovárica controlada com vista à doação de ovócitos. Os ovócitos foram recuperados por punção ovárica

e os ovócitos maduros foram usados a fresco (submetidos a ICSI) e/ou vitrificados e armazenados para atribuição futura. Uma vez microinjetados, foi feita cultura embrionária até formação de blastocisto. Os dados utilizados neste estudo são referentes às doações efetuadas na Ferticentro durante os últimos 4 anos e foram analisados usando GraphPad Prism, sendo considerados relevantes se $p<0,05$.

Resultados e conclusão: Os dados analisados indicam que o número de ovócitos recuperados de uma dadora e respetiva taxa de maturação têm impacto no resultado do ciclo da recetora. Um maior número de ovócitos iniciais e uma menor taxa de maturação ovocitária resultam em ciclos com menor taxa de blastulação ($p = 0,0056$ e $p = 0,0068$, respetivamente). Outro fator que se mostra de grande relevância é o tipo de ovócitos, pois em casos de doação a fresco obtemos maior taxa de blastocisto e de melhor qualidade (maior número de blastocistos A e B) ($p<0,0001$). Nos casos de doação de ovócitos vitrificados a taxa de sobrevivência dos ovócitos é um bom preditor do sucesso do ciclo. Quanto melhor a taxa de sobrevivência, melhor a taxa de obtenção de blastocistos ($p<0,0001$) e melhor a sua qualidade ($p = 0,0006$). Assim, estes dados indicam que quando a doação gera um grande número de ovócitos ou tem uma baixa taxa de maturidade ovocitária deve ser atribuído um maior número de ovócitos a cada recetora, tendo ainda o cuidado de atribuir um maior número de ovócitos caso estes sejam criopreservados. Este estudo, demonstra que há ainda um longo caminho a percorrer na otimização da gestão de banco de ovócitos e dá os primeiros passos para entender os principais fatores determinantes do sucesso de um ciclo de doação.

PO 12

HÁ LUGAR À REALIZAÇÃO DE CICLOS ICSI COM ESPERMATOZOIDES DE DADOR EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS?

Filipa Barbosa[1]; Alice Pinto[1]; Cintia Ribeiro[1]; Beatriz Cruz[1]; Pedro O. Corda[2]; Joana Mesquita-Guimarães[1]

[1]Procriar; [2]Departamento das Ciências Médicas, Instituto de Biomedicina, Universidade de Aveiro

Introdução: Com a entrada em vigor da Lei n.º 17/2016, de 20 de junho, foi permitido o acesso a todas as mulheres aos tratamentos de PMA, registando-se um aumento da procura de tratamentos com espermatozoides de dador de pacientes em todos os grupos etários.

Objetivo: Avaliar o impacto da idade feminina no desfecho dos ciclos de PMA de 2ª linha com espermatozoides de dador.

Material e métodos: No presente estudo retrospetivo, dos 109 ciclos ICSI com espermatozoides doados, realizados entre março de 2019 e dezembro de 2022, analisaram-se os 1º ciclos com ovócitos próprios a fresco e com TE a fresco de blastocisto (5º/6º dia), num total de 69 ciclos. Dos 40 ciclos excluídos, 22 referiam-se a ciclos subsequentes, 14 a ciclos com TE ao 3ª dia e 4 a ciclos com ovócitos próprios criopreservados.

Os dados foram divididos em 3 grupos de acordo com a idade feminina: Grupo A: (≤35 anos) $n = 26$; Grupo B: (36-39 anos) $n = 18$ e Grupo C: (≥40 anos) $n = 25$. Todos os embriões desenvolveram-se em meio único (Sage, Cooper Surgical®) e mantidos em incubadora time-lapse (Embryoscope®). Analisaram-se as variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais. A normalidade foi testada pelo teste de Shapiro-Wilk, e as diferenças entre grupos foram avaliadas pelos testes de Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. Foi considerado o valor $p<0,05$ para determinar diferenças significativas.

Resultados e conclusões: Relativamente à

idade média das pacientes, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos (Grupo A: 31 ± 3,95 anos; Grupo B: 38 ± 1,21 anos, Grupo C: 41 ± 1,74 anos, p<0,0001). Não se verificaram diferenças significativas no IMC e AMH.

Em relação à dose média de gonadotrofinas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (A: 1775 ± 713,37 UI; B: 2812,50 ± 1031,37 UI; C: 2850 ± 1113,87 UI), sendo o Grupo A o que apresenta doses médias inferiores. Contudo, o número médio de ovócitos recuperados nos 3 grupos (A: 15 ± 8,65; B: 15 ± 11,35 e C: 7 ± 4,34) e o número médio de ovócitos maduros (A: 11,5 ± 6,00; B: 11,0 ± 8,43 e C: 6 ± 3,29), foi significativamente inferior no grupo C. Não se observaram diferenças significativas nas taxas de fecundação, de embriões utilizados, de formação de blastocistos, e de formação de blastocistos A+B. Finalmente, a taxa de cancelamento foi significativamente superior no Grupo C (32%), do que nos restantes grupos (A: 0% e B: 5,5%) (p = 0,001776). Apesar das limitações de um estudo retrospetivo e do número reduzido de casos, as taxas de gravidez e implantação não foram significativamente diferentes entre os 3 grupos.

Em conclusão, embora a idade feminina avançada esteja associada a uma necessidade de maior dose de gonadotrofinas e a um menor número de ovócitos recuperados, assim como a uma maior taxa de cancelamento, faz sentido considerar a realização de ciclos de ICSI com ovócitos próprios nas mulheres com idade superior a 40 anos, que necessitem de recorrer a espermatozoides de dador.

PO 13

IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA ESTIMULAÇÃO OVÁRICA PARA PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

Magda Negrão; Ana Sofia Pais; Teresa Almeida Santos
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A preservação da fertilidade (PF) emergiu como oportunidade de assegurar o futuro reprodutivo dos doentes oncológicos, pelo impacto negativo dos tratamentos na fertilidade em paralelo com o aumento da sobrevivência e o adiamento da maternidade. O impacto da doença oncológica na reserva ovárica e na resposta à estimulação ovárica (EO) para criopreservação de ovócitos é controverso e a evidência científica existente nesta área é escassa.

Objetivo: Investigar o efeito do cancro na reserva ovárica e na resposta à EO.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo após análise dos dados clínicos de doentes que realizaram criopreservação de ovócitos para PF, nos últimos 10 anos. Foram constituídos dois grupos principais mediante a existência de doença oncológica e subgrupos de acordo com o tipo de cancro. Foram incluídas 196 mulheres, das quais 39 encaminhadas por motivos não oncológicos, como transgénero e síndrome do X-frágil. As restantes 157 mulheres apresentavam uma indicação oncológica para PF, das quais 106 tinham cancro da mama, 31 cancro hematológico, 9 cancro do ovário, 7 cancro colorretal e 4 outros tipos de cancro.

Resultados e discussão: As mulheres com diagnóstico de cancro da mama e cancro colorretal são significativamente mais velhas do que as sem diagnóstico oncológico (p = 0,000 e p = 0,001, respetivamente) e do que as com cancro hematológico (p = 0,000 e p = 0,023, respetivamente). Verificaram-se diferenças na paridade (p = 0,027), com menor percentagem de nuliparidade nas mulheres com cancro da

mama e cancro colorretal. Relativamente ao tabagismo também se verificaram diferenças (p = 0,015), com maior percentagem nas mulheres sem diagnóstico oncológico comparativamente com as com cancro da mama e cancro hematológico (p = 0,003 e p = 0,013, respetivamente). Para as restantes características clínicas e para o estadiamento oncológico não se observaram diferenças entre grupos.

Na análise da reserva ovárica não foram observadas diferenças nos níveis de hormona anti-Mülleriana (HAM) entre grupos. O mesmo foi verificado para resposta à EO, no que diz respeito ao número total de ovócitos preservados e número de ovócitos maduros. No entanto, as mulheres com cancro colorretal apresentaram tendencialmente menor reserva ovárica, com níveis de HAM de cerca de metade comparativamente com os restantes grupos. Neste grupo verificou-se ainda uma tendência para pior resposta à EO com menor número total de ovócitos preservados, menos ovócitos maduros e maior percentagem de mulheres nas quais não foi possível preservar nenhum ovócito.

Em conclusão, não se verificaram diferenças na reserva ovárica e resposta à EO de acordo com o tipo de cancro, exceto uma tendência negativa para o cancro colorretal. Adicionalmente há outros fatores, como a idade e os hábitos tabágicos, que podem influenciar o impacto na fertilidade. Este conhecimento permite melhorar o aconselhamento reprodutivo nesta população.

PO 14

TESTE GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO *MADE IN PORTUGAL*: PESQUISA DE ANOMALIAS CROMOSSÓMICAS (PGT-SR)

Maria João Pinho[1]; Ana Paula Neto[1]; Sofia Lobo Xavier[2]; Mariana Cunha[3]; Paulo Viana[3]; Ana Patrícia Martins[4]; Cláudia Coelho[2]; Sousa Sousa[4]; Ana Margarida Póvoa[5]; Alberto Barros[6]; Filipa Carvalho[7]

[1]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [2]unidade de Medicina da Reprodução, serviço de Ginecologia-Obstetrícia, CHUSJ; [3]Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; [4]unidade de Medicina da Reprodução, serviço de Ginecologia-Obstetrícia, CHUSJ; [5]unidade de Medicina da Reprodução, serviço de Ginecologia-Obstetrícia, CHUSJ; Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; [6]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina, da Universidade do Porto; Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; I3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; [7]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: O Teste Genético Pré-Implantação para rearranjos cromossómicos estruturais (PGT-SR) permite aumentar a probabilidade de uma implantação bem-sucedida e de uma gravidez evolutiva, pela seleção de embriões sem alterações cromossómicas.

Objetivo: Com este trabalho pretende-se analisar a constituição cromossómica de embriões, em contexto de PGT-SR, provenientes de progenitores com translocações recíprocas (Trec) ou robertsoneanas (Trob) e verificar se os rearranjos estruturais dos progenitores induzem outras anomalias cromossómicas em consequência do efeito intercromossómico.

Material e métodos: Este estudo retrospetivo inclui 66 casais portadores de Trec e 18 casais portadores de Trob, com indicação para a realização de PGT-SR. Foram analisadas 438 biopsias de trofectoderme (blastocistos em D5/

D6) de 135 ciclos. As amostras foram analisadas no serviço de Genética da FMUP, utilizando técnicas de array-Comparative Genomic Hybridization (a-CGH) (março de 2015 a fevereiro de 2018) ou Next Generation Sequencing (NGS) (março de 2018 a março de 2023).

Resultados e conclusões: A percentagem de embriões normais/equilibrados varia de acordo com o tipo de translocação: 25,5% em ciclos de Trec e 39,8% em ciclos de Trob. A origem parental da translocação não parece ser relevante para a percentagem de embriões normais/equilibrados: os rácios obtidos para a origem materna e paterna da translocação foram de 26.0% e 24.6% para as Trec e 39.0% e 40.4% para as Trob, respetivamente. Deste modo, a proporção de embriões geneticamente transferíveis é influenciada pelo tipo de translocação, mas não pela origem parental da translocação.

Uma análise mais detalhada dos embriões desequilibrados permitiu verificar que a maioria possui anomalias relacionadas com os cromossomas envolvidos na translocação parental. No entanto, esta percentagem é superior nos casos de translocações recíprocas comparativamente às robertsoneanas (71.7% vs. 50.0%). Relativamente às Trec, na presença de embriões desequilibrados envolvendo a translocação, não se verificaram diferenças na origem parental: 72.2% de embriões em que a translocação é de origem materna e 71.3% de origem paterna. No entanto, relativamente às Trob, 60.0% destes embriões tiveram origem em portadores maternos e 41.9% em portadores paternos.

A avaliação do efeito intercromossómico permitiu verificar que as anomalias cromossómicas extra translocação levaram a um aumento de 28.3% e de 50% de embriões não transferíveis (alterações segmentares ou totais) no contexto das translocações recíprocas e robertsoneanas, respetivamente, permitindo constatar que o efeito intercromossómico faz diminuir consideravelmente o número de embriões disponíveis para transferência.

PO 15

TESTE GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO *MADE IN PORTUGAL*: PESQUISA DE ANEUPLOIDIAS (PGT-A)

Maria João Pinho[1]; Ana Paula Neto[1]; Mariana Cunha[2]; Ana Gonçalves[2]; Soraia Pinto[2]; Paulo Viana[2]; Joaquina Silva[2]; Cristiano Oliveira[2]; José Teixeira da Silva[2]; Pedro Xavier[2]; António Couceiro[2]; Sandra Soares[2]; Ana Margarida Póvoa[2]; Alberto Barros[3]; Filipa Carvalho[4]

[1]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; [2]Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; [3]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Centro de Genética da Reprodução Alberto Barros, Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; [4]Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução: O Teste Genético Pré-Implantação para Aneuploidias (PGT-A) permite a deteção de anomalias cromossómicas numéricas em embriões. As indicações para a realização de PGT-A continuam a ser motivo de discussão na comunidade científica e englobam idade materna avançada (IMA), história de abortamentos de repetição (AR), falhas repetidas de implantação (FRI), fator masculino grave ou a combinação de mais do que uma destas indicações.

Objetivo: Esta revisão tem como objetivo avaliar o sucesso reprodutivo em casais com indicação para PGT-A.

Material e métodos: Estudo retrospetivo de 232 casais com indicação para realização de PGT-A. As indicações clínicas foram maioritariamente IMA, AR e FRI. A análise de dados foi efetuada considerando diferentes grupos de idade materna: [>26£30], [>30£34], [>34£38], [>38£42] e [>42£46], tendo sido considerada

idade materna avançada >38 anos. As amostras foram analisadas no serviço de Genética da FMUP, utilizando as técnicas de *array-comparative genomic hybridization* (a-CGH) (entre março de 2015 e fevereiro de 2018) ou *Next Generation Sequencing* (NGS) (entre março de 2018 e março de 2023). Apenas os embriões euploides foram considerados geneticamente transferíveis.

Resultados e conclusões: Foram analisadas biopsias de trofectoderme de 992 blastocistos provenientes de 304 ciclos. A média de idades para cada um dos grupos etários foi 29, 33, 37, 41 e 44 anos, respetivamente. Dos 232 casais, 172 (74.1%) foram referenciados por IMA isolada ou em combinação com outra(s) indicação(ões).

A análise global dos 992 embriões permitiu diagnosticar 333 embriões normais (33,6%), e 659 embriões com alterações cromossómicas (66,4%). Considerando os grupos etários, verificou-se que as percentagens de embriões geneticamente transferíveis foram de 56,8%, 63,6%, 48,6%, 26,2% e 9,9%, respetivamente, com um claro pior prognóstico para os grupos de idade mais avançada, corroborando os dados da literatura.

Dos embriões geneticamente transferíveis, 124 permanecem congelados, 8 degeneraram na descongelação e 197 foram transferidos num total de 176 transferências. Foram obtidas 95 gravidezes bioquímicas (54,0%), 83 gravidezes clínicas (47,2%), e 58 nascimentos (33,0%). Neste momento, 18 gravidezes estão em curso, 4 casais aguardam confirmação bioquímica e 2 aguardam confirmação de gravidez clínica. A análise dos nascimentos por grupo etário permitiu verificar que existem outros fatores que condicionam o sucesso reprodutivo pós-implantação, uma vez que foram obtidos 1 (14,3%), 10 (37,0%), 20 (35,7%), 25 (33,3%) e 2 (18,2%) bébés nos diferentes grupos de idade.

Apesar da controvérsia da aplicabilidade da técnica, a seleção criteriosa dos casos com indicação para PGT-A poderá beneficiar o sucesso reprodutivo dos casais.

PO 16

INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL FOCADA NO AJUSTAMENTO APÓS O INSUCESSO DO TRATAMENTO: ESTUDO DE VIABILIDADE

Mariana Sousa Leite[1]; Raquel Costa[2]; Bárbara Figueiredo[3]; Sofia Gameiro[1]
[1]Cardiff Fertility Studies, School of Psychology, Cardiff University; [2]unidade de Investigação em Epidemiologia (EPIUnit), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; [3]Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Introdução: Cerca de 57% dos pacientes que realizam até 6 ciclos de FIV/ICSI terminam o tratamento sem sucesso. Este evento desencadeia um intenso processo de luto e comprometimento do bem-estar e saúde mental. Várias diretrizes, códigos de conduta e investigação reforçam a necessidade de apoiar os pacientes a ajustarem-se a este evento. Até hoje, não é conhecida nenhuma intervenção baseada em evidências adaptada ao Sistema Nacional de Saúde português.

Objetivos: Este estudo piloto prospetivo pretendeu avaliar a viabilidade da Para além da Fertilidade (PF): intervenção psicossocial para promover o ajustamento saudável dos pacientes ao insucesso do tratamento.

Material e métodos: O desenvolvimento da PF seguiu as diretrizes do Medical Research Council do Reino Unido, foi informado pelo Modelo das Três Tarefas, que resultou de uma revisão sistemática e meta-análise sobre o ajustamento dos pacientes ao insucesso do tratamento, e integrou feedback de pacientes e profissionais de saúde da área (Sousa-Leite et al., 2022). A PF consiste em sete sessões terapêuticas: uma (individual/casal) antes do início do último ciclo de FIV/ICSI e seis (individual/casal e grupo) se

e após este não ser bem-sucedido. O protocolo incluiu três avaliações (questionários online): um dia antes da primeira sessão (T1), e uma semana após a segunda (T2) e a última (T3) sessões. Mulheres que se preparavam para iniciar o último ciclo de FIV/ICSI num hospital público do Norte de Portugal foram consecutivamente convidadas a participar com o companheiro (Março-Maio 2021). Após as três avaliações, todos os participantes foram convidados a participar num grupo focal sobre as suas experiências no estudo. Medidas quantitativas-qualitativas de avaliação de viabilidade da PF focaram-se na necessidade, aceitação, implementação e praticidade do protocolo.

Resultados e conclusões: 27 mulheres preencheram os critérios de inclusão. 9 recusaram, maioritariamente por não sentirem necessidade. 18(67%; 14 com o companheiro) consentiram, mas apenas 17(63%; 13 com o companheiro) integraram. Após o ciclo de tratamento, apenas 2(12%; 1 com o companheiro) se mantiveram na intervenção. Dos restantes participantes, 6(35%) avançaram com um novo ciclo, 2(12%) com transferência de embriões criopreservados, 3(18%) atrasaram/cancelaram o mesmo, e 4(24%) desistiram da intervenção devido a intenso sofrimento emocional. Avaliação de qualidade de vida (FertiQoL, 0-100) sugeriu um ligeiro decréscimo esperado após o insucesso do ciclo (T1: n = 30, M = 77.24, SE = 2.09; T2: n = 8, M = 73.31, SE = 5.56) e uma manutenção a médio-prazo (T3: n = 3, M = 72.22, SE = 6.17). Análise temática revelou reações muito positivas à PF, mas barreiras à sua implementação. Estas realçaram as idiossincrasias do último ciclo e o paradoxo da necessidade vs aceitação de apoio especializado. O estudo deverá prosseguir com uma avaliação de viabilidade mais alargada e compreensiva.

PO 17

CRIOPRESERVAÇÃO DE ÓVULOS NEM SEMPRE DELIBERADA....

Luis Miguel Valadares Marques Lopo Tuna; Ana Sousa Ramos; Jose Cunha; Paulo Vasco; Ricardo Miguel; Joao Lourenço
[1]AVA CLINIC Centro de Fertilidade

Introdução: A criopreservação de óvulos (CO) executa-se desde 1986 com o no nascimento da primeira criança a partir de CO em 1999, mas apenas em 2013, com o método de vitrificação, já associada a taxas de gravidez equivalentes aos ovócitos "frescos", deixou de ser considerada experimental para ser integrada como opção fundamental quer na criação de "Bancos de óvulos" quer na preservação de óvulos por variados motivos médicos.

Mais recentemente a chamada "preservação social" tem vindo a ganhar cada vez mais protagonismo com maior relevância nos centros privados de Procriação Medicamente Assistida (PMA) em Portugal.

A par das situações planeadas a criopreservação de "emergência/recurso" por acontecimentos imprevistos no decurso de um tratamento, tais como doença aguda ou indisponibilidade inesperada de gâmetas masculinos coloca esta técnica como um recurso indispensável em todos os programas atuais de PMA.

Objetivos: Descrever as várias características e tendências dos ciclos efetuados com criopreservação de óvulos na Ava Clinic, excluídos os relacionados com o programa de doação de óvulos.

Material e métodos: Estudo retrospetivo com revisão dos processos clínicos de 122 doentes seguidos na Ava Clinic entre 2013 e 2022. Foram avaliadas: dados demográficos; motivos da Criopreservação; dados dos ciclos relativos aos protocolos Clínicos e laboratoriais usados e resultados numéricos obtidos na punção e vitrificação. Foram também avaliados o destino e o

desfecho dos óvulos criopreservados até à data. **Resultados e conclusões:** Na Ava Clinic, tal como na maioria dos Centros notou-se nos anos recentes um progressivo e irreversível aumento do recurso a criopreservação de óvulos sendo os principais motivos a causas médica e "social". Foi um tratamento geralmente deliberado, mas em cerca de 40% ocorreu de forma não programada. Fez-se CO na maioria em mulheres diferenciadas de raça branca, em média com 36,5 anos. O protocolo clínico mais utilizado foi o Antagonista e protocolo laboratorial quase exclusivamente pelo método de vitrificação Kitazato. O número de ovócitos preservados por ciclo foi em média de 8 com um número máximo de 38 e um número mínimo de 1. O grau de utilização posterior dos óvulos criopreservados foi de cerca de 40%, tendo-se verificado 14 gestações com 6 nascimentos a termo. A segurança do processo é traduzida pelo número baixo de complicações registadas, e pelo aumento crescente da solicitação da CO por motivos sociais.

PO 18

SERÁ A IMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA EFICAZ NA FALHA RECORRENTE DE IMPLANTAÇÃO E ABORTO RECORRENTE?

Catarina Ferreira[1]; Ana Rita Almendra[2]; Dinora Coelho[3]; Filipa Rabaldo[3]; Francisca Ribeiro da Costa[3]; Rui Miguelote[1]
[1]Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; [2]Hospital de Braga; [3]Escola de Medicina, Universidade do Minho

Introdução: A falha reprodutiva é uma expressão ampla que inclui quer a incapacidade de conceber quer a incapacidade de sustentar uma gravidez, compreendendo condições como a falha recorrente de implantação e o aborto recorrente.

O aborto recorrente é definido como a perda de três ou mais gravidezes consecutivas no 1º trimestre e afeta até 1% dos casais a tentar engravidar. Por outro lado, não existe uma definição formal para a falha recorrente de implantação. Contudo, esta pode ser definida como a falha de obtenção de uma gravidez clínica após a transferência de 4 embriões de boa qualidade, em mulheres com menos de 40 anos.

A imunoglobulina intravenosa (IVIG) surgiu como tratamento para a falha reprodutiva após a associação entre as alterações imunológicas e a patogénese das condições supracitadas. Os estudos prévios apresentam resultados contraditórios, pelo que se considerou necessário uma revisão sobre esta temática, no sentido de avaliar a utilidade desta terapêutica no tratamento destas patologias.

Objetivos: Avaliar se o tratamento com IVIG aumenta a probabilidade de nados-vivos em mulheres com aborto recorrente ou falha recorrente de implantação.

Material e métodos: A metodologia da revisão sistemática foi definida de acordo com o PRISMA. Foram consultadas as bases de dados PubMed, Web of Science e Scopus até março de 2020. Foram incluídos ensaios clínicos, coortes e estudos caso-controlo conduzidos em humanos e escritos em português, inglês ou espanhol. Foram extraídos dados relativamente às características dos estudos e da população, taxa de nados-vivos (*outcome* primário) assim como taxa de gravidez, aborto e falha de implantação (*outcome*s secundários).

Resultados e conclusões: Foram identificados 507 artigos, dos quais 17 cumpriram os critérios de inclusão – 11 estudos concentraram-se apenas a estudar mulheres com aborto recorrente, 4 centraram-se em mulheres com falha recorrente de implantação e 2 avaliaram ambas as populações.

Os resultados mostram que a IVIG parece ter um efeito positivo na taxa de nados-vivos e na taxa de aborto espontâneo na população de aborto recorrente. Esta melhoria parece ser

mais signficativa se o tratamento for iniciado previamente à conceção ou imediatamente após confirmação da gravidez, e principalmente se houver alterações imunológicas comprovadas, em comparação com populações menos selecionadas. Na população da falha recorrente de implantação, a IVIG parece ser eficaz na redução da taxa de falha de implantação e aumento da taxa de gravidez, no entanto, não previne significativamente o aborto subsequente e, portanto, não há aumento na taxa de nados-vivos nas populações tratadas.
Os autores concluem que são necessários mais estudos uniformizados relativamente à seleção da população e metodologia para determinar a verdadeira eficácia do IVIG.

PO 19

FALHA DE FECUNDAÇÃO EM FIV – SERÁ QUE A ICSI RESOLVE?

Rita Almendra[1]; Catarina Ferreira[2]; Ricardo Santos[2]; Rita Ramalho[2]; Sofia Dantas Pinto[2]
[1]Hospital de Braga; [2]Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: A falha de fecundação em ciclos de procriação medicamente assistida (PMA) é ainda uma realidade com consequências a nível económico e emocional para as pacientes, ao mesmo tempo que constitui um desafio para os profissionais. A falha total de fecundação (FTF) ocorre em cerca de 5-10% dos ciclos de FIV convencional. Esta ausência de fecundação em todos os ovócitos pode ser causada por fatores espermáticos, como a falta de penetração da zona pelúcida, ou por fatores ovocitários, por exemplo, uma falha na ativação do ovócito ou um defeito intrínseco do gâmeta feminino. No entanto, independentemente da causa possível, a ICSI parece ser uma ferramenta útil para evitar falha de fecundação.
Objetivos: Avaliar o ciclo subsequente, em ICSI, após falha total de fecundação em ciclos FIV.
Material e métodos: Estudo retrospetivo dos ciclos FIV com FTF ocorridos no Centro de Procriação Medicamente Assistida do Hospital Senhora de Oliveira (HSO), Guimarães, entre 2013 e 2022 e avaliação dos respetivos ciclos subsequentes, realizados com recurso a ICSI.
Resultados e conclusões: Foram realizados 1496 ciclos em FIV no período em estudo, dos quais 61 tiveram FTF (4,1%). Destes, apenas 46 casais realizaram um ciclo de repetição, exclusivamente em ICSI. A totalidade dos ciclos de repetição foram realizados com recurso a esperma a fresco. A idade média feminina foi 35,1 ± 3,5 anos. Relativamente à causa da infertilidade, o fator mais implicado foi o fator ovocitário, observado em 17 casais (37%), seguido de causa idiopática em cerca de 20% dos casos (n = 9). Foram recolhidos, por punção folicular, uma média de 6,6 ovócitos, com uma média de 5,2 ovócitos em metafase II. Houve um total de 229 ovócitos maduros, dos quais 137 foram fecundados normalmente (59,8%), com uma média de 3 embriões por ciclo. Em 3 casos não se obtiveram ovócitos maduros. Dos restantes 43 casais, 7 (16,3%) tiveram novamente FTF em ICSI. Foram realizadas 41 transferências de embriões (a fresco e/ou congelados), que resultaram em 12 gravidezes (taxa de gravidez por transferência 29,3%) e 7 nados-vivos. Em conclusão, estes resultados parecem traduzir um prognóstico encorajador em ciclos subsequentes de ICSI após FTF, contribuindo para uma melhor gestão das expectativas dos pacientes após enfrentarem um ciclo de PMA com tal desfecho.

PO 20

O EFEITO DO *PRIMING* ESTROGÉNICO NA FASE LÚTEA EM PACIENTES COM MÁ RESPOSTA OVÁRICA SUBMETIDAS A FIV

Rita Almendra[1]; Catarina Ferreira[2];
Fernanda Araújo Rios[3]; Rui Miguelote[3]
[1]Hospital de Braga; [2]Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; [3]Escola de Medicina da Universidade do Minho

Introdução: A má resposta ovárica é um problema comum em pacientes submetidas a hiperestimulação ovárica controlada (HOC), associando-se a piores resultados nos tratamentos de fertilização *in-vitro* (FIV). Define-se quando pelo menos 2 de 3 critérios estão presentes: idade ≥ 40 anos; contagem de folículos antrais < 5-7 folículos ou AMH < 0,5-1,1 ng/mL; ≤3 ovócitos em protocolo de estimulação convencional prévio. Tem sido demonstrado que o uso de *priming* de estrogénio na fase lútea, ao inibir a secreção de FSH primariamente, evita o crescimento multi-folicular assíncrono. Isto resultará num desenvolvimento homogéneo dos ovócitos, proporcionando assim a otimização da HOC em pacientes com má resposta ovárica. Recentemente têm-se realizado vários estudos no sentido de melhorar o protocolo de estimulação ovárica. Contudo, ainda não existe um tratamento reconhecidamente efetivo para este problema, pois os artigos existentes apresentam resultados controversos.

Objetivos: Investigar o efeito do uso de *priming* de estrogénio na fase lútea, em comparação com os protocolos convencionais de HOC, em mulheres com má resposta ovárica.

Material e métodos: A metodologia da revisão sistemática foi definida de acordo com o PRISMA. Foram eleitos artigos disponibilizados na íntegra em Inglês, Português ou Espanhol e publicados entre 2007 e 2020. Como critérios de inclusão definiu-se estudos nos quais o grupo de intervenção utilizou *priming* de estrogénio na fase lútea, antes da etapa de HOC, e o grupo controlo utilizou um dos protocolos padrão de HOC, sendo o protocolo HOC igual em ambos os grupos. O *outcome* primário foi a taxa de gravidez clínica. Os *outcome*s secundários analisados foram o número de ovócitos colhidos, o número de ovócitos maduros, a taxa de cancelamento de ciclo e a taxa de embriões de boa qualidade.

Resultados e conclusões: Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, do processo final de seleção, resultaram 6 artigos, com um total 428 pacientes no grupo intervenção e 676 pacientes no grupo controlo. O resultado do modelo de efeito aleatório mostrou que o OR no grupo de intervenção em relação à taxa de gravidez clínica foi de 1,6841, IC de 95% ($p = 0,1561$). Em relação aos *outcome*s secundários analisados, também aqui, os resultados obtidos não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos intervenção e controlo. Porém, é importante enfatizar que, apesar dos resultados não demonstrarem diferenças significativas, mostraram uma tendência a favor do uso de *priming* de estrogénio.

Em conclusão, o facto de os estudos existentes serem controversos e apresentarem limitações reforça a necessidade de mais estudos sobre esta temática. No futuro, é necessária a realização de ensaios clínicos randomizados, multicêntricos, com maiores tamanhos amostrais e com poder adequado para avaliar o efeito do *priming* de estrogénio nos *outcome*s da FIV.

PO 21

DETERMINAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO POTENCIAL TÓXICO DE LUBRIFICANTES VAGINAIS A NÍVEL SEMINAL

Patrícia Gomes Ruivo[1]; Carlos Gaspar[2]; Ana Sofia Oliveira[3]; Joana Rolo[3]; Sandra Duarte Fonseca Dias[4]; Ana Palmeira-De-Oliveira[2]; Denise Vaz-Oliani[1]; José Martinez-De-Oliveira[3]; António Hélio Oliani[1]; Rita Palmeira-De-Oliveira[2]

[1]Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira/ Faculdade de Ciências da Saúde - UBI; [2]Faculdade de Ciências da Saúde - UBI/Labfit HPRD; [3]Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; 4Faculdade de Ciências da Saúde - UBI/Escola Superior Agrária - IPCB

Introdução: A utilização de lubrificantes vaginais para melhoria do conforto e satisfação sexual é frequente, existindo atualmente grande variedade de produtos comercializados. Nos últimos anos, foram levantadas questões científicas acerca da segurança da sua utilização, nomeadamente por casais que procuram engravidar, uma vez que o estudo detalhado da toxicidade reprodutiva não é obrigatório para estes produtos. Trata-se de uma área científica relativamente recente que motivou a FDA a criar uma nova classificação/código de produto, designado como seguro para casais que tentam engravidar ("PEB code"). Para a sua obtenção, os lubrificantes têm de ser sujeitos a estudos específicos em processos-chave do ciclo reprodutor. Na Europa, ainda não existe regulamentação equivalente e os escassos estudos disponíveis reforçam esta necessidade. É expectável que a segurança dos produtos seja condicionada pela sua composição qualitativa e quantitativa.

Objetivos: caracterizar 9 lubrificantes vaginais disponíveis no mercado internacional quanto às propriedades físico-químicas (osmolalidade e pH) e analisar o seu efeito a nível seminal (motilidade, morfologia, vitalidade, integridade do DNA e capacidade de penetração espermática).

Material e métodos: dos 9 lubrificantes, 7 foram adquiridos em farmácias, 1 online por ter código PEB (comparador negativo) e 1 por apresentar citotoxicidade em estudos publicados (comparador positivo para toxicidade). Amostras normozoospérmicas (12) foram tratadas segundo as orientações da OMS para avaliação/ processamento seminal sendo incubadas após capacitação com 10% (v/v) de cada lubrificante por 60 min (motilidade avaliada aos 20, 40 e 60 min) e, se necessário, repetido a 5% e 1% (v/v). O estudo incluiu um controlo negativo (incubação da amostra sem lubrificante). Os resultados foram avaliados estatisticamente para identificação de impacto negativo.

Resultados e conclusões: Dos 9 lubrificantes analisados 6 apresentam osmolalidade superior ao recomendado (OMS) e apenas o comparador PEB possui pH neutro. A nível seminal, 4 apresentam redução significativa da motilidade e capacidade de penetração espermática, 6 têm impacto negativo na morfologia e 2 na vitalidade. Apenas 1 apresenta valores estatisticamente significativos quando avaliada a fragmentação de DNA espermático no entanto, outros 4 possuem valores de cerca de 20% de fragmentação. Concluindo, apenas 2 lubrificantes não apresentam efeitos significativos em nenhum parâmetro analisado sendo um deles o comparador PEB reforçando a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os potenciais efeitos destes produtos nomeadamente quando usados por casais que procuram engravidar. Este estudo sublinha a necessidade de melhorar a regulamentação dos lubrificantes para garantir a segurança e eficácia do processo de conceção, particularmente relevante em casais com infertilidade.

PO 22

RESULTADOS DE PMA COM EMBRIÕES DOADOS – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Sofia Albuquerque Brás; Catarina Palma dos Reis; Sónia Correia; Catarina Júlio; Graça Pinto
MAC CHULC

Introdução: A procriação medicamente assistida (PMA) com recurso a adoção de embriões é um dos possíveis destinos dos embriões excedentários. As taxas de gravidez descritas são semelhantes às resultantes dos ciclos de transferência de embriões criopreservados (TEC) resultantes de gâmetas próprios.

Objetivos: Analisar os resultados de PMA com embriões doados (ED), no Centro de Medicina da Reprodução da nossa instituição, desde a implementação do programa.

Materiais e métodos: estudo observacional retrospetivo dos casos de transferência de embriões doados, na nossa instituição, de 2015 a 2022. As variáveis foram recolhidas dos processos clínicos através do software SClinico. A análise estatística foi realizada com STATA v13.0. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para avaliar a correlação entre variáveis e uma regressão logística para controlar para confundidores. Consideraram-se intervalos de confiança de 95% e p significativo <0,05.

Resultados: Foram analisados os 27 casais recetores desde a implementação do programa na nossa instituição. A idade média das mulheres à data da primeira TEC foi 37,5 anos (min: 26; max: 43) e dos homens 38,7 anos (min: 28; max:54:). O motivo para recorrer a ED foi azoospermia em 40,7% dos casos (n = 11); insuficiência ovárica em 25,9% (n = 7); ciclos sem transferência embrionária por má qualidade de ovócitos/embriões em 18,5% (n = 5); serodiscordância em 11,1% (n = 3); patologia de transmissão genética em 3,7% (n = 1). A idade média das dadoras no momento da criopreservação dos embriões foi 33,1 anos (min: 25; max: 39). Foram efetuadas 47 TEC, 18 com transferência de 1 embrião (38,3%) e 29 com transferência de 2 embriões (61,7%). A maioria dos embriões encontrava-se em estadio de clivagem (85,1%) e 14,9% em blastocisto. Foram realizados em média 2 ciclos por casal. A taxa de gravidez no primeiro ciclo foi 40,7% (n = 11/27), 35,7% no segundo ciclo (n = 5/14) e 50% no terceiro (n = 3/6). A taxa global de gravidez foi 63,0% (n = 17) e de filho vivo 40,7% (n = 11). Dois casais desistiram durante o processo e cinco tiveram alta sem obter um filho vivo. A idade da dadora foi um preditor significativo da ocorrência de gravidez (p = 0,047), sendo as dadoras mais novas nos casos em que foi conseguida gravidez: mediana 30,5 anos (IQR 29-34) versus 34 anos (IQR 31-37).

Conclusões: A doação de embriões permite dar um destino aos embriões excedentários, ajudando outros casais, que não conseguem obter uma gravidez com gâmetas próprios, a concretizar o seu projeto parental. Na nossa amostra obtivemos boas taxas de gravidez, sendo que a idade da dadora foi o único fator preditor de sucesso.

PO 23

PROGESTERONA SÉRICA NO DIA DA TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Catarina Neves[1]; Ana Margarida Póvoa[2]; Sandra Soares[2]; Vera Falcão[2]; Lucinda Calejo[2]; Sofia Xavier[2]; Renata Leite[2]; Ana Patrícia Martins[2]; Beatriz Vieira[2]; Ione Reis[2]; Sónia Sousa[2]
[1]CH Algarve - Hospital Portimão; [2]Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: As transferências de embriões criopreservados (TEC) aumentaram consideravelmente na última década. A progesterona e´ essencial para a implantação e manutenção da gravidez. Neste contexto, o valor da progesterona sérica (P4) no dia da TEC tem sido demonstrado como um importante preditor do sucesso

da técnica. Alguns estudos sugerem que doseamentos de P4 inferiores a 10 ng/mL poderão estar associados a menor taxa de gravidez clínica e a maior taxa de abortamento.

Objetivos: Analisar o valor sérico da P4 numa amostra de TEC e correlacionar os valores obtidos com a literatura existente.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospetivo dos ciclos de TEC realizadas entre 1 de outubro de 2022 e 15 de março de 2023 na unidade de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar Universitário São João, Porto. Para o estudo, foram incluídas apenas as transferências realizadas após preparação endometrial artificial com estradiol (6mg/dia) e progesterona micronizada (800 mg/dia).

Resultados e conclusões: No período de estudo, foram realizados 119 ciclos de TEC, 97 (81,5%) dos quais corresponderam a ciclos medicados. O doseamento do valor sérico da P4 no dia da transferência encontrava-se disponível em 83 casos. Nesta amostra, a idade média das mulheres foi de 35,8 ± 4,5 anos (mínimo de 25 e máximo de 44 anos). A maioria das transferências (57,8%) ocorreu em D5 (n = 48), sendo que 42,2% (n = 35) ocorreram em D3/4. A mediana do valor sérico da P4 foi de 13,31 ng/mL e o valor médio foi 14,41 ng/mL (mínimo de 4,09 ng/mL e máximo de 35,81 ng/mL). A amostra foi dividida em quartis, sendo que o quartil 25 corresponde a 10,31 ng/mL. Posteriormente, foi calculado o percentil 33 do valor de P4 sérica, que correspondeu a 10,92 ng/mL.

A literatura sugere que até um terço das mulheres apresenta doseamentos baixos de P4 sérica, com implicações na taxa de gravidez clínica, abortamento e nados-vivos.

Apesar da limitação da amostra, estes resultados preliminares podem orientar na implementação de um protocolo de "resgate" com suplementação adicional com progesterona para valores de P4 sérica inferiores a 11 ng/mL.

PO 24

SUPLEMENTAÇÃO ADICIONAL COM DIDROGESTERONA APÓS TEC: A EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DE UM CENTRO

Catarina Neves[1]; Ana Margarida Póvoa[2]; Sandra Soares[2]; Vera Falcão[2]; Lucinda Calejo[2]; Sofia Xavier[2]; Renata Leite[2]; Ana Patrícia Martins[2]; Beatriz Vieira[2]; Ione Reis[2]; Sónia Sousa[2]

[1]CH Algarve - Hospital Portimão; [2]Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: Nos ciclos de transferência de embriões criopreservados (TEC), a progesterona e´ essencial para a implantação e manutenção da gravidez. Alguns estudos sugerem que doseamentos de progesterona sérica (P4) no dia da TEC < 10 ng/mL poderão estar associados a menor taxa de gravidez clínica e a maior taxa de abortamento. Têm sido sugeridas estratégias de "resgate" com suplementação adicional com progesterona. No entanto, a via de administração, a dosagem e a duração continuam por definir. No nosso centro, desde 10/2022, foi implementado um protocolo com determinação da P4 no dia da TEC e suplementação adicional com didrogesterona oral, 30mg/dia. Se o valor da P4 for > 10ng/mL, é suspensa a suplementação com didrogesterona.

Objetivos: Determinar se uma estratégia de resgate com didrogesterona poderia melhorar os resultados dos ciclos de TEC medicados.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospetivo dos ciclos de TEC realizados na unidade de Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar Universitário São João, entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023 e comparação com igual período de 2021 e 2022, antes da implementação de suplementação adicional com didrogesterona. Comparação da taxa de gravidez bioquímica, gravidez clínica e gravidez não evolutiva (gravidez bioquímica não evolutiva e abortamentos).

Critérios de inclusão: ciclos de TEC com prepa-

ração endometrial artificial. Critérios de exclusão: TEC após diagnóstico genético pré-implantação (PGT).

Análise estatística com SPSS, v27; significado estatístico para $p<0.05$.

Resultados e conclusões: Entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023, foram realizados 103 ciclos de TEC, 89 (86,4%) correspondendo a ciclos medicados. Foram realizados 67 ciclos de TEC medicados após FIV/ICSI e 22 após PTG. Entre outubro de 2021 e fevereiro de 2022, foram realizados 69 ciclos de TEC, 56 (81,2%) ciclos medicados. Foram realizados 54 ciclos de TEC medicados após FIV/ICSI e 2 após PTG. Assim, comparando os dois períodos após e antes da suplementação com didrogesterona, a taxa de gravidez bioquímica foi 34,3% vs. 42,6% ($p = 0.39$), respetivamente. A taxa de gravidez clínica foi 22,7% vs. 24,1% ($p = 0.86$). A taxa de gravidez não evolutiva foi 10,8% vs. 18,5% ($p = 0.23$). Apesar da limitação da amostra, o nosso estudo aponta para uma redução da taxa de gravidez não evolutiva com a introdução de suplementação adicional com didrogesterona.

PO 25

DESFECHOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE SUBMETIDAS A TRATAMENTOS DE PMA

Patricia Pereira Amaral[1]; Catarina Policiano[2]; Sandra Sousa[2]; Joaquim Nunes[2]; Carolina Carola[2]; Giedre Lopes[2]; Marta Carvalho[2]; Fernanda Leal[2]; Ana Aguiar[2]

[1]Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A endometriose é uma doença que se caracteriza pela presença de tecido endometrial ectópico, provocando um estado de inflamação pélvica crónica. Estima-se que afete 2-17% das mulheres, nas quais 35-50% tem infertilidade. Na literatura, podemos encontrar estudos contraditórios em relação a desfechos reprodutivos nestas mulheres. A infertilidade e o recurso a técnicas de PMA, por si só, aumentam o risco de desfechos adversos.

Objetivos: Avaliar os desfechos obstétricos e perinatais em mulheres com endometriose submetidas a tratamentos de FIV/ICSI num centro de referência.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo com inclusão de mulheres com diagnóstico de endometriose seguidas na unidade de Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, entre 2012 e 2021. Foram recolhidos antecedentes pessoais, dados da gravidez e parto e dos recém-nascidos (RN).

Resultados e conclusões: Na amostra foram incluídas 169 mulheres, tendo estas idade mediana de 35 anos (IQR 33-37). Dos antecedentes pessoais, destacam-se 23% com outras doenças crónicas (ex: hipertensão arterial, doença tiroideia) e 53% com cirurgia prévia por endometriose. Em 62,5% das doentes estava descrito um estadio IV (da classificação ASRM). A maioria (78%) tinha um diagnóstico de infertilidade primária, sendo a duração mediana de 60 meses (IQR 48-72). A técnica de PMA mais utilizada foi a FIV (85%). A gravidez resultou em aborto espontâneo do 1º trimestre em 17%. Houve 26,6% de casos de gravidez gemelar.

As complicações nas gravidezes evolutivas, foram: 13,9% de ameaça de parto pré-termo, 3,1% de malformações fetais na avaliação ecográfica, 15,6% com diabetes gestacional, 8% com complicações hipertensivas da gravidez (3,2% pré-eclâmpsia), 10,6% com restrição do crescimento fetal e 8,1% com placenta prévia. Em 2 casos verificou-se descolamento de placenta e ocorreu morte fetal in útero em 1 caso. Na amostra registaram-se 136 partos com uma taxa de cesariana de 58,1% e de indução do trabalho de parto de 38,3%.

A idade gestacional mediana à data do par-

to foi de 38 semanas (IQR 36-39). Em termos de complicações do parto, a destacar 2 casos de lesão iatrogénica da bexiga intra-cesariana e histerectomia por hemorragia pós-parto. O peso mediano dos RN foi de 2840g (IQR 2390-3220), sendo que o Índice de Apgar foi inferior a 7 ao 1º e 5º minuto em 8,1% e 1,5% dos casos, respetivamente. Houve necessidade de internamento em unidade de Cuidados Intensivos Neonatal em 13,5% e morte neonatal em 4 casos.

Conclusão: As taxas de parto pré-termo e de parto por cesariana foram relevantes neste grupo de grávidas. Estudos futuros devem centrar-se nas potenciais vias biológicas subjacentes à doença e relação com os desfechos maternos e obstétricos, a fim de informar as mulheres com endometriose que planeiam um tratamento de FIV/ICSI sobre possíveis complicações durante a gravidez.

PO 26

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE POR INDICAÇÃO MÉDICA (NÃO ONCOLÓGICA) EM IDADE PEDIÁTRICA

Joana Névoa[1]; Ana Sofia Pais[2]; Teresa Almeida Santos[2]
[1]Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; [2]Centro de Preservação da Fertilidade do serviço de Medicina da Reprodução, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: As neoplasias malignas são as indicações mais frequentes para a preservação da fertilidade (PF). No entanto, existem várias condições médicas não oncológicas com incidência revelante que devem ser igualmente encaminhadas para consulta de PF. A literatura existente relativamente à PF em doentes pediátricos oncológicos é vasta, porém estão menos sistematizadas as restantes indicações médicas.

Objetivo: Revisão narrativa sobre patologias não oncológicas e a respetiva necessidade de PF em idade pediátrica, bem como as técnicas a ponderar em cada situação.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados eletrónicas, com a finalidade de identificar todos os artigos publicados nos últimos 5 anos, em língua inglesa, espanhola e portuguesa. Obtiveram-se 155 artigos, dos quais 86 foram usados nesta revisão, bem como alguns livros e guidelines de interesse.

Resultados: Antes da puberdade, as técnicas de PF preconizadas no sexo feminino são a criopreservação de tecido ovárico e no sexo masculino a criopreservação de tecido testicular. O estádio pubertário e a urgência em iniciar tratamentos gonadotóxicos determinam a técnica a utilizar. As indicações não oncológicas para PF em idade pediátrica são as doenças hematológicas benignas (anemia falciforme e talassemia major), doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistémico), as patologias do aparelho reprodutor feminino (tumores benignos do ovário, torção do ovário e endometriose) e as doenças genéticas (síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de X frágil e galactosémia). Os doentes com doenças hematológicas benignas que necessitem de iniciar regimes gonadotóxicos devem recorrer a técnicas de PF, tal como doentes com lúpus eritematoso sistémico em qualquer fase de progressão e antes de serem utilizados agentes alquilantes. Em adolescentes com torção ovárica ou tumores benignos dos ovários, as técnicas de PF estão indicadas no caso de cirurgias/torções bilaterais repetidas e de anexectomia unilateral por suspeita de tumor maligno ou por ovário necrótico secundário a torção com duração prolongada com ovário único residual. Na endometriose, o benefício destas técnicas deve ser avaliado consoante a gravidade e localização da doença, cirurgias prévias, recidivas e envolvimento ovárico ou peritoneal. Nas doenças genéticas ainda não existe consenso relativamente ao momento ou técnica ideal, sendo a PF aconselhada me-

diante avaliação das situações específicas de cada doente e integrando protocolos de investigação clínica.

Conclusão: Algumas patologias não oncológicas que surgem em idade pediátrica e cujos tratamentos podem ter impacto no desenvolvimento normal da puberdade, bem como no potencial reprodutivo das crianças devem implicar a discussão sobre a possibilidade de PF.

PO 27

UM CASO RARO DE GRAVIDEZ HETEROTÓPICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Rodrigues; Andreia Miguel; Neuza Mendes; Graça Pinto
MAC CHULC

Introdução: A gravidez heterotópica é uma entidade rara (cerca de 1/30.000 gestações), cuja incidência tem vindo a aumentar com as técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA).

Objetivos: Descrever um caso raro de gravidez heterotópica, com gestações de idade gestacional discrepante, sendo a gravidez tubária espontânea e a gravidez intrauterina resultante de técnicas de PMA.

Material e métodos: Descrição de um caso ocorrido em Fevereiro de 2023 na nossa instituição.

Resultados e conclusões: Trata-se de uma mulher de 29 anos, com infertilidade conjugal de causa idiopática, com 2 anos de evolução. Entre 2021 e 2022 realizou 3 inseminações intrauterinas sem sucesso e 1 fertilização in vitro (FIV) com transferência de 1 embrião que resultou num aborto espontâneo às 7 semanas. Foi realizada nova estimulação ovárica para FIV e a transferência embrionária foi diferida. Após 2 ciclos menstruais, teve perda hemática na altura em que a menstruação era previsível. Iniciou, por isso, o protocolo do Serviço para ciclo de substituição para transferência embrionária. Após 10 dias, a ecografia revelava endométrio trilaminar com 9mm de espessura e áreas anexiais sem alterações. O estradiol era 391ng/L e a progesterona 0,2ug/L, pelo que iniciou progesterona. Três dias depois, o doseamento desta hormona foi de 11,2ug/L. Foi transferido um embrião ao 5º dia de desenvolvimento. Dez dias após a transferência, o doseamento de beta-HCG era de 4.932mIU/ml. Na reavaliação analítica 48 horas depois a beta-HCG era de 7.400mIU/ml. Estava assintomática e a ecografia revelava endométrio com 8.5mm de espessura; ovário direito com corpo amarelo e formação compatível com gravidez tubária com 14x16x14mm, com embrião com batimentos cardíacos. Decidiu-se salpingectomia direita por laparoscopia e a manutenção da terapêutica. O diagnóstico histológico confirmou gravidez extrauterina tubária. Onze dias depois confirmou-se gravidez intrauterina evolutiva de 6 semanas.

A gravidez ectópica é difícil diagnóstico na sua fase inicial. Este é o primeiro caso que conhecemos de gravidez heterotópica, com idades gestacionais discordantes, em que uma das gestações é espontânea (ectópica) e a outra resultante de PMA. O aconselhamento de abstinência sexual no período da transferência embrionária poderá ser um tema para reflexão futura.

PO 28

NEFRITE LÚPICA E GRAVIDEZ. RELATO DE CASO CLINICO

Maria Esther Raola Sanchez; Claudia García García; Edwin García García
Clinica Sagrada Esperança .Luanda. Angola

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) comumente afeta mulheres em idade fértil, e os avanços no tratamento resultaram em um número crescente de mulheres com envolvimento renal que engravidam. O conhecimento da relação da condição com relação à fertilidade e gravidez

é importante para todos os médicos envolvidos no atendimento de mulheres com nefrite lúpica porque elas têm gestações complicadas. A apresentação da nefrite lúpica pode variar de proteinúria assintomática leve a insuficiência renal rapidamente progressiva e pode ocorrer antes, durante ou após a gravidez. O momento do diagnóstico pode influenciar o resultado da gravidez. A gravidez também pode afetar o curso da nefrite lúpica. Todas as gestações em mulheres com nefrite lúpica devem ser planejadas, preferencialmente após mais de seis meses de doença quiescente. Preditores de mau resultado obstétrico incluem doença ativa na concepção ou no início da gravidez, insuficiência renal basal com creatinina maior a 1.2 mg/dl, proteinúria > 0,5 g/24 horas, presença de síndrome antifosfolípide concomitante e hipertensão. Relatamos um caso clínico de nefrite do tipo lúpica sem sinais de atividade clínica ou laboratorial anterior à gravidez, que se manifestou por remissão da doença levando à descompensação renal e hematológica ao começar a gestação acompanhada de alterações clinica e laboratórial, tendo sido instituídos procedimentos terapêuticos e estratégias de conjunto com especialidade nefrologia e ginecologia , houve uma melhora significativa com estabilidade da doença, foi planejada uma cesariana ao final com cuidados especiais e acompanhamento na sala de terapia intensiva nas primeiras 72 horas durante as quais não foram registradas complicações, saindo sem alteração da função renal, nem sinais relatados de atividade da nefrites e evolução favorável, o neonato nasceu sem intercorrências, o que pode estar relacionado à abordagem terapêutica instituída. A propos deste caso clinico foram são discutidos os estudos mais recentes sobre gravidez em mulheres com nefrite lúpica e é propor um abordagem prática para o manejo de mulheres antes da gravidez, durante a gravidez e pós-parto.

Palavras-chave: Lúpus eritematoso sistêmico, nefrites lupica Gravidez, Obstetrícia, estrategias terapeuticas . Relato de caso, Cuidado pré-natal e post natal

PO 29

SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO ASSOCIADO AO LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO E GRAVIDEZ

Maria Esther Raola Sanchez; Claudia García Raola; Edwin García García
Clínica Sagrada Esperança

A síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF) é desordem sistêmica, autoimune, caracterizada por trombose arterial e/ou venosa, morte fetal e abortos espontâneos recorrentes, e trombocitopenia, acompanhada de títulos elevados de anticorpos antifosfolípide. Descrita originariamente em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, e nos últimos 25 anos tem sido descrito envolvimento de muitos órgãos. Manifestações cardíacas, hematológicas, obstétricas, nefrológicas e neurológicas fazem parte do quadro clínico da patologia. Pacientes obstétricas portadoras de SAAF são propensas a desenvolverem abortos espontâneos, morte fetal ou parto prematuro devido à restrição de crescimento intrauterino (RCIU), toxemia pré-eclâmpsia (TPE), eclâmpsia e outras consequências da insuficiência placentária.

Objetivo: Indentificar a posive associação entre abortamentos, perdas fetais recorrentes e pré-eclâmpsia grave e a presença de anticorpos antifosfolípides em gestantes.

Métodologia: Estudo observacional transversal em 52 gestantes com histórico de abortamentos recorrentes, perdas fetais (Grupo I), além de pré-eclâmpsia grave (Grupo II), atendidas na consulta de Nefrologia especializada em gestantes de alto risco referenciadas pela especilisdade gineco-obstetricia na Clinica Sagrada Esperança, entre os anos 2021-2022. Nos es-

tudamos a presença de anticorpos antifosfolípides (anticardiolipina IgM e IgG, anticoagulante lúpico e anti-beta2-glicoproteína I) a presencia de ANCA C e ANCA P nas gestantes de ambos os grupos. Os exames foram realizados ao inicio da gestação e durante a mesma asem como ao final da gestação ou caso dos abortos na consulta final de avaliação de risco e complicações associadas . Os dados biometricos como a idade e numero de foram analisados por meio do teste de Student e os não paramétricos (presença/ausência de anticorpos antifosfolípides, presença/ausência de pré-eclâmpsia grave, perdas fetais e abortamentos de repetição) foram realizado o teste exato de Fisher, considerando significativo p<0,05.

Resultados: das 52 gestantes, 32 (61,5 %) foram incluídas no Grupo I e 20 (38,5%) no Grupo II. Não houve diferença entre a idade materna e o número de gestações entre os grupos. Houve associação significativa entre abortos e perdas fetais recorrentes e a presença de anticorpos antifosfolípides (p<0,05), no grupo II No grupo B, não foi encontrada associação estatisticamente significativa com a presença de anticorpos antifosfolípides.

Conclusões: Pacientes grávidas com histórico de abortos espontâneos frequentes e mortes maternas estão associadas à síndrome antifosfolípide, sendo necessário um estudo rigoroso desde o início ou suspeita dessa síndrome.

Palavras-chave: Lupus Eritematoso Sistemico, Anticorpos antifosfolipídeos; Pré-eclâmpsia; Gravidez de alto risco; Abortos; Complicações imunologicas na gravidez

PO 30

O IMPACTO DO STRESS NA FERTILIDADE MASCULINA

Rui Filipe Miguelote[1]; Ana Mafalda de Freitas Cunha[2]
[1]Escola de Medicina da Universidade do Minho;
[2]Hospital da Senhora da Oliveira - Guimaraes

Introdução: A infertilidade afeta cerca de 15% dos casais em idade reprodutiva. Dentro dos múltiplos fatores responsáveis o fator masculino está presente em aproximadamente 50% dos casos. Contudo, em 40% dos homens inférteis a causa de alterações no espermograma é idiopática. Vários fatores são apontados como promotores, entre eles o stress psicológico.

Objetivo: Avaliar o impacto do stress psicológico na fertilidade masculina.

Métodos: Estudo transversal em 56 pacientes do género masculino que recorreram à Consulta de Apoio à Fertilidade no Hospital Senhora da Oliveira. A população foi estudada com recurso a questionários, escalas de stress (Escala do Stresse Percepcionado- 10 e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar) espermograma e doseamentos hormonais. Foram realizadas correlações entre as variáveis e foi desenvolvida uma curva ROC.

Resultados: A escala HADSA obteve uma relação inversa com a morfologia não sendo influenciada por confundidores, $r(44) = -36$; $p = 0,020$. No caso do paciente apresentar uma patologia com possível impacto na fertilidade, esta correlação deixa de ser estatisticamente significativa, $rs(10) = -0,12$; $p = 0,73$. Através da curva ROC demonstrou-se que pacientes com pontuação na escala HADSA igual ou superior a 6, têm 2,86 vezes maior risco de ter um espermograma com morfologia anormal em relação a pacientes com pontuação inferior, $p = 0,049$, IC 95% [1,10; 7,76]. Não foram encontradas outras associações estatisticamente significativas entre o stress auto-reportado e os doseamentos hormonais ou outros parâmetros do espermograma.

Conclusão: O presente estudo sugere uma associação negativa entre o stress psicológico e a fertilidade na população que recorre a centros de medicina reprodutiva. A avaliação do stress psicológicos dos pacientes.com alterações no espermograma não explicadas poderá ser importante na orientação e otimização destes pacientes.

PO 31

WHICH IS THE BEST TIMING OF IUI AFTER THE HCG ADMINISTRATION? A SYSTEMATIC REVIEW

Rui Filipe Oliveira Miguelote; Ana Sofia Azevedo; Sara Gomes
Escola de Medicina da Universidade do Minho

Background: *Intrauterine Insemination (IUI) is a widely used treatment for infertility. Limited data exist about the best timing of an IUI after the human chorionic gonadotrophin (hCG) injection to improve pregnancy rate. Many different time intervals have been suggested, but there is not consensus on the optimal timing of IUI. In this study we aimed to evaluate the best timing of insemination after hCG injection that leads to a superior pregnancy rate.*
Objectives: *To determine the best timing for IUI after the injection of hCG as ovulation trigger.*
Search methods: *We searched the PubMed and Google Scholar databases.*
Selection criteria: *Randomized controlled trials and cohort studies that compared the different timing of IUI after the injection of hCG, in English, published after 2000, were included.*
Data collection: *Data were extracted to an excel sheet. Information relative to the studies, to the population included on them, inclusion and exclusion criteria, drugs used to induce ovulation, injection of hCG as ovulation trigger, timing of IUI after hCG administration, pregnancy rate (primary outcome) and live birth rate, multiple pregnancy rate and miscarriage rate (secondary outcomes) was evaluated.*
Main results: *10 studies satisfy the inclusion criteria and were reviewed. The pregnancy rate of this review was found to be similar regardless of the timing of IUI after the hCG administration. Live birth rate, miscarriage rate and multiple pregnancy rate also showed no significant differences in both groups of IUI, according to the timing after hCG injection.*
Conclusion: *No significant differences were found in pregnancy rate and in our secondary outcomes, whether IUI was done until 34 hours or after 34 hours the hCG administration.*

PO 32

ESTUDO RETROSPETIVO DO SUCESSO DAS TRANSFERÊNCIAS DE EMBRIÕES A FRESCO *VS* EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS

Beatriz Domingues[1]; Maria Inês Martins[2]; Sara Oliveira[3]; Isabel Damião[3]; Joaquim Gonçalves[3]; Jorge Braga[3]; Vasco Almeida[1]
[1]Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Centro de Estudos de Infertilidade e Esterilidade;
[2]Faculdade de Ciências da Universidade do Porto;
[3]Centro de Estudos de Infertilidade e Esterilidade

Introdução: O sucesso de uma transferência embrionária é dependente de diversos fatores, sendo o seu estudo de extrema importância para perceber em que medida estes influenciam a obtenção de uma gravidez saudável. Uma das questões mais importantes em relação às transferências prende-se com a decisão de realizar a transferência nos dias subsequentes ao dia da punção ovárica, designada por transferência de embriões a fresco (TEF) ou, criopreservar os embriões e realizar, posteriormente, uma transferência de embriões criopreservados (TEC).
Objetivo: O presente estudo teve como objetivo comparar as taxas de sucesso entre TEF e TEC, considerando, adicionalmente, a idade das pacientes, recurso a doação de ovócitos, a transferência de um ou dois embriões e a utilização de eclosão assistida.
Material e métodos: Foram recolhidos os da-

dos de pacientes que recorreram aos serviços de PMA do CEIE para os quais a última transferência se realizou no ano de 2019 ou 2020. Foi considerado como sucesso de uma transferência a ocorrência de gravidez química, gravidez clínica e nascimento. A taxa de sucesso foi dada pela proporção de casos positivos relativamente ao total de transferências TEF ou TEC e considerou-se como hipótese nula H0: pTEF ≥ pTEC. A comparação das taxas de sucesso para amostras independentes foi realizada através do teste qui-quadrado de Pearson e para amostras dependentes o teste de McNemar. Para amostras parcialmente sobrepostas foi realizado o teste proposto por Digby. Foi realizado um *Frequent Pattern Mining*, cujo parâmetro de sucesso definido foi a ocorrência de nascimento. Os dados foram registados no software Microsoft Excel e o seu processamento foi efetuado no software R Studio.

Resultados e conclusões: Foi possível verificar maior taxa de sucesso quando são realizadas TEC, nomeadamente para pacientes entre os 40 e os 44 anos, estando estes resultados relacionados, provavelmente, com os processos de estimulação ovárica e preparação endometrial. A transferência de dois embriões, em vez de um, não apresentou maior probabilidade de sucesso e a utilização de eclosão assistida não demonstrou ter influência no sucesso das transferências. O presente estudo permitiu concluir que as TEC poderão ser mais vantajosas, sobretudo para as faixas etárias mais elevadas.

PO 33

TROMBOSE AXILAR E JUGULAR NA GRAVIDEZ, UMA COMPLICAÇÃO RARA DE SHEO MODERADO – CASO CLÍNICO

Beatriz Bettencourt Silva; Catarina Ferreira Sofia Costa; Filipa Brás; Sofia Dantas
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: O Síndrome de Hiperestimulação Ovárica (SHEO) ocorre em 1% dos ciclos com hCG recombinante realizados em Portugal.
É a complicação potencialmente mais grave dos tratamentos de PMA, sobretudo pelo risco de trombose (até 10% em grávidas com SHEO grave).

Objetivo: Descrição de uma complicação rara de SHEO em grávida sem fatores de risco prévios.

Métodos: Relato de caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: 30 anos, primigesta, sem história pessoal ou familiar de relevo, gestação pós-ICSI (infertilidade primária por fator masculino), resultante do primeiro ciclo de tratamento: estimulação de 11 dias com gonadotrofina recombinante e antagonista GnRH, indução da ovulação com hCG recombinante (estradiol 380pg/mL no dia da administração), colheita de 7 ovócitos, transferência a fresco de 1 embrião (ao 3ºdia). Na semana seguinte, apresentava distensão e desconforto abdominal, sem variação ponderal ou diurética de relevo. À avaliação clínica, abdómen mole e depressível, ovários com 12x6cm e 8x6cm, ascite (maior coluna de líquido livre com 8cm), sem alterações analíticas. Manteve vigilância em ambulatório, sem agravamento, e iniciou tromboprofilaxia quando identificado saco gestacional. Às 8 semanas de gestação encontrava-se assintomática, com ovários de 8x5cm e 7x5cm e diminuição do líquido livre (3 cm). Às 9 semanas suspendeu enoxaparina (20 dias após início). Às 11 semanas, recorreu à Urgência por aparecimento de telangiectasias nos membros superiores (MS) e tórax anterior.

Referiu ainda cervicalgia com irradiação para o MS direito desde há duas semanas. Sem outras alterações ao exame objetivo. A avaliação por eco-doppler revelou trombose das duas veias axilares e jugular direita. Iniciou enoxaparina em dose terapêutica, que manteve até ao puerpério. Gravidez sem outras intercorrências, com término às 38 semanas, por parto vaginal (recém-nascido masculino, 3015g, ìndice de Apgar 9/10).

Conclusões: A trombose vascular é uma complicação incomum, mas potencialmente fatal, em grávidas com SHEO ligeiro a moderado.

É mais frequentemente venosa (67-81%), nos MS, cabeça ou pescoço (60-83%) e sobretudo após o primeiro ciclo de tratamento, desde 1 semana após transferência até 3 meses de gestação ou semanas após resolução clínica do SHEO.

A identificação de fatores de risco para SHEO é fundamental para a sua prevenção. É recomendada tromboprofilaxia no SHEO moderado a grave, pelo menos durante o 1º trimestre de gravidez (duração não consensual). Ainda assim, até 7,5% dos casos podem desenvolver trombose.

PO 34

CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE POR RAZÕES NÃO-MÉDICAS EM MULHERES

Ana Galhardo[1]; Tânia Nunes[2]; Soraia Moniz[1]; Ilda Massano-Cardoso[3]; Marina Cunha[1]

[1]Instituto Superior Miguel Torga; Universidade de Coimbra, CINEICC, FPCEUC; [2]Instituto Superior Miguel Torga; [3]Instituto Superior Miguel Torga; Universidade de Coimbra, FMUC

Introdução: Ainda que a preservação da fertilidade por razões não-médicas possa ser controversa, esta corresponde a uma forma de prevenir o declínio da fertilidade relacionado com a idade em mulheres que pretendam ter filhos biológicos. No entanto, os conhecimentos acerca dos fatores que afetam a fertilidade, em particular da idade, assim como os conhecimentos acerca das opções de preservação da fertilidade têm vindo a evidenciar-se insuficientes.

Objectivos: Explorar atitudes face à maternidade e à preservação da fertilidade e o interesse em aceder a mais informação sobre este tópico em mulheres portuguesas em idade reprodutiva (18-45).

Método: 257 mulheres com uma média de idades de 25.98 anos (DP = 6.057), uma média de 14.13 anos de escolaridade (DP = 1.972), maioritariamente solteiras (n = 199; 77.4%) e nulíparas (n = 225; 87.5%), completaram online um questionário disseminado através de uma metodologia de bola de neve. Este foi desenvolvido para o presente estudo a partir de uma seleção de outros questionários internacionais com objetivos idênticos, integrando questões relativas a atitudes face à maternidade e conhecimentos e atitudes acerca da preservação da fertilidade por razões não-médicas. A recolha de dados ocorreu entre março e maio de 2022.

Resultados e conclusão: A maioria das participantes considerou como importante um projeto de maternidade (n = 185; 72%). O desenvolvimento da carreira (n = 90; 35%) e a o alcance de estabilidade financeira (n = 68; 26.5%) foram identificados como as principais razões para o adiamento da maternidade. A criopreservação de ovócitos foi apontada como a técnica de preservação de fertilidade mais conhecida (n = 206; 80.1%), mas 177 (68.9%) indicaram não ter interesse em recorrer a esta. Das participantes que considerariam vir a realizar preservação da fertilidade, 45 (17.5%) fá-lo-iam para prevenir o efeito da idade na quantidade e qualidade dos ovócitos, 21 (8.2%) em virtude da ausência de um parceiro e 6 (2.3%) considerariam se viessem a ter uma situação clínica que o justificasse. As participantes mostraram preo-

cupação acerca dos custos (n = 26; 10.1%), idade (n = 25; 9.7%), medicação (n = 10; 3.9%) e desejo de uma gravidez espontânea (n = 8; 3.1%). Não se observaram diferenças entre as mulheres que considerariam recorrer à preservação da fertilidade e aquelas que não o fariam no que se refere à idade (t(255) = .64, p = .524) e anos de escolaridade (t(255) = -.78, p = .437). As participantes assinalaram estar totalmente de acordo (n = 173; 67.3%) ou de acordo (n = 72; 28%) que o fornecimento de informação acerca da preservação da fertilidade deve integrar os cuidados médicos de rotina. Na globalidade, a disponibilidade de informação acerca da preservação da fertilidade foi tida como relevante, contribuindo para que mais mulheres tenham a oportunidade de considerar esta opção e tomar decisões informadas acerca da sua vida reprodutiva.

PO 35

IMPACTO DO IMC FEMININO NOS DESFECHOS REPRODUTIVOS APÓS INSEMINAÇÃO INTRA-UTERINA

Rita Rosado Santos[1]; Joana Carreiro[2]; Catarina Policiano[1]; Sandra Sousa[1]; Joaquim Nunes[1]; Carolina Carola[1]; Giedre Lopes[1]; Fernanda Leal[1]; Marta Carvalho[1]; Ana Aguiar[1]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria; [2]Aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução: O maior índice de massa corporal (IMC) feminino tem sido associado a menor taxa de sucesso das técnicas de procriação medicamente assistida, nomeadamente, menor taxa de gravidez e maior taxa de aborto após Fertilização in Vitro/Microinjeção Intracitoplasmática. A evidência não é tão consensual no que respeita ao impacto do IMC nas taxas de sucesso após Inseminação intrauterina (IIU).

Objetivos: Avaliar se existe associação entre o IMC e resultados de IIU, avaliado através das taxas de gravidez clínica e de nado-vivo.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospetiva, tendo sido incluídos todos os ciclos de IIU realizados na unidade de Medicina da Reprodução (UMR) do HSM - CHULN, entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de maio de 2022.

Incluíram-se dados demográficos (idade, IMC, tabagismo, duração da infertilidade, fator de infertilidade) e dados relativos ao ciclo de IIU (dose total de gonadotrofinas, número total de folículos ≥16 mm, espessura endometrial no dia do trigger e número total de espermatozóides inseminados.

Definiu-se gravidez clínica como a presença de saco gestacional com embrião com atividade cardíaca em ecografia a partir das 7 semanas de gestação. Definiu-se nado-vivo como o nascimento de um recém-nascido vivo. Foram excluídos ciclos de IIU com recurso a esperma de dador.

Resultados e conclusões: Incluíram-se 2319 ciclos de IIU, tendo sido registadas 272 gravidezes clínicas (11,7%). Em 16 mulheres grávidas, não foi possível averiguar o desfecho, pelo que foram excluídas da análise para o desfecho nado-vivo. Assim, das 256 gravidezes clínicas analisadas, 191 corresponderam a nados-vivos (8,2%).

As variáveis que se associaram, com significado estatístico, a maior probabilidade de gravidez clínica foram: menor idade feminina (p = 0,02) e a presença de 2 ou 3 folículos ≥16 mm vs 1 único folículo (p = 0,002).

As variáveis que se associaram, com significado estatístico, a maior probabilidade de nado-vivo foram: menor idade feminina (p< 0,001) e menor IMC (p = 0,02).

Na regressão logística de múltiplas variáveis, verificou-se que o maior IMC mantinha a associação estatisticamente significativa a menor taxa de nado-vivo, ajustando para a idade feminina (OR 0,93, IC 95% 0,88-0,99; p = 0,035).

Na amostra analisada, o maior IMC feminino não demonstrou associação significativa com a taxa de gravidez clínica após IIU, mas associou-se a menor taxa de nado-vivo. Estes resultados reforçam a importância de estratégias de modificações de estilos de vida prévios à gravidez, sugerindo maior importância do IMC feminino na taxa de aborto espontâneo, na morbilidade gestacional e na taxa de nado-vivo após IIU.

PO 36

VALOR PREDITIVO DO DOSEAMENTO SÉRICO DE BHCG RELATIVAMENTE GRAVIDEZ CLÍNICA, APÓS FIV/ICSI

Sofia Martins[1]; Rita Rosado[2]; Catarina Policiano[2]; Sandra Sousa[2]; Joaquim Nunes[2]; Carolina Carola[2]; Giedre Lopes[2]; Fernanda Leal[2]; Marta Carvalho[2]; Ana Aguiar[2]

[1]Centro Hospitalar de Setúbal, EPE / Hospital de São Bernardo; [2]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A subunidade beta da gonadotrofina coriónica humana (HCG), produzida pelas células do sinciciotrofoblasto, pode ser usada como marcador precoce de gravidez, verificando-se a sua presença no sangue materno 6 a 8 dias após a fertilização. De acordo com a literatura, os níveis séricos de HCG entre 14º e 17º dia de desenvolvimento embrionário dependem de vários fatores e, têm sido descritos como fatores de prognóstico, relativamente à evolução da gravidez.

Objetivos: Avaliar os níveis séricos maternos de HCG na discriminação de gravidez evolutiva após a transferência embrionária, a fresco, no estadio de blastocisto. Estabelecer valores de HCG preditivos de gravidez precoce evolutiva.

Material e métodos: Estudo retrospetivo que incluiu as transferências embrionárias a fresco, no estadio de blastocisto, realizadas na unidade de Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – CHULN, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2022. Foram avaliados os níveis séricos de HCG com um primeiro doseamento entre D13 e D17, e um segundo doseamento às 48 horas, de acordo com o protocolo da Unidade. As doentes com valores de HCG positiva (>5UI/ml) foram divididas em dois grupos, de acordo com a ecografia precoce realizada às 7 semanas: gravidez intrauterina viável vs gravidez não evolutiva.

Resultados e conclusões: No período definido registaram-se 208 transferências a fresco em estadio embrionário de blastocisto, com 113 casos de HCG positiva no 1º doseamento (80 casos em D15). Averiguou-se uma taxa de gravidez intrauterina viável de 71,7% (n = 81) nos casos com HCG positiva. No grupo com gravidez evolutiva, a mediana da HCG foi 169UI/ml (IQR 106-228) sendo de 29,5UI/ml (IQR 13-68) no grupo de gravidez não evolutiva.

Nesta amostra, o melhor valor de cut-off de HCG em D15 para predição de gravidez evolutiva foi 76,5IU/mL, demonstrando-se uma AUC de 0,87, com uma sensibilidade de 85% e especificidade de 88%. O 2º doseamento de HCG apresentou um valor cut-off de 164UI/mL e a diferença entre o 2º e 1º doseamentos de 93,4UI/mL, com igual de valor de AUC = 0,87 (sensibilidade de 88% e especificidade de 86%) na discriminação de gravidez evolutiva. Na deteção de gravidez intrauterina viável, a diferença de doseamentos em 48h apresentou um maior potencial discriminativo, estatisticamente significativo, com uma AUC de 0,92 (IC 95%, 0,86-0,99), relativamente ao provável valor de cut-off do 1º doseamento de HCG (p = 0,023).

Comparativamente com um doseamento isolado, doseamentos subsequentes de HCG parecem ter maior capacidade preditiva, no diagnóstico de gravidez evolutiva numa idade gestacional precoce.

PO 37

RESPOSTA À ESTIMULAÇÃO OVÁRICA PARA PRESERVAÇÃO DE FERTILIDADE EM DOENTES ONCOLÓGICAS

Sara Paiva[1]; Ada Santos[2]; Hugo Barros[1]; Rita Ladeiras[1]; Rui Miguelote[1]
[1]Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital da Senhora da Oliveira; [2]Escola de Medicina da Universidade do Minho

Os tratamentos oncológicos podem associar-se a gonadotoxicidade, podendo conduzir a insuficiência ovárica prematura (IOP), infertilidade ou menopausa precoce. Em mulheres em idade fértil, a preservação de fertilidade (PF) é feita através da hiperestimulação ovárica controlada (HOC) seguida de criopreservação de ovócitos maduros, previamente ao tratamento. O risco de gonadotoxicidade é determinado por fatores como a idade da doente e a sua reserva ovárica. Mutações nos genes BRCA podem também influenciar o risco de IOP iatrogénica e parecem associar-se a menores reserva ovárica e resposta ovárica à estimulação. O cancro da mama (CM) constitui cerca de 40% das neoplasias em mulheres com menos de 40 anos, sendo que o CM triplo negativo (CMTN), definido pela ausência de expressão de recetores hormonais (RH) e HER2, apresenta mutações nos genes BRCA em 20% dos casos. Existem dados discordantes quanto ao impacto da doença oncológica sobre a função ovárica e é desconhecida a influência dos recetores expressos no CM nos resultados da HOC.

Determinar o impacto da doença oncológica nos resultados da HOC e comparar a resposta de ciclos para PF entre mulheres com CM que expressam diferentes recetores.

Estudo caso-controlo retrospetivo e observacional. Foram incluídas mulheres, entre os 18 e os 40 anos, submetidas a ciclos de HOC no Centro de Procriação Medicamente Assistida (PMA) do Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães entre janeiro de 2015 e abril de 2022.

Foram incluídos 165 ciclos, dos quais 55 corresponderam a mulheres com doença oncológica que realizaram PF prévia ao tratamento, integrando o grupo caso; e 110 corresponderam a mulheres saudáveis submetidas a HOC para técnicas de PMA, no contexto de infertilidade masculina, constituindo o grupo controlo. O tipo de cancro mais comum foi o da mama (n = 41). Os níveis de hormona anti-mulleriana e a contagem de folículos antrais, prévios ao tratamento, foram idênticos entre os dois grupos. Observaram-se diferenças significativas quanto ao tipo de gonadotrofina utilizada para a estimulação: o grupo controlo foi estimulado maioritariamente com FSH (78,2%); no grupo caso, 54,5% foram estimuladas com FSH e 45,5% com FSH+LH/hMG. O grupo caso foi estimulado com doses de gonodotrofinas inicial e total superiores. A duração de estimulação, o número de folículos dominantes e os resultados da estimulação foram semelhantes entre os grupos. As doentes com CM foram divididas em subgrupos de acordo com a expressão de recetores (RH, HER2 e CMTN) e comparadas quanto às variáveis estudadas, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Este estudo corrobora a hipótese de não existir impacto da neoplasia, independentemente do tipo, na resposta ovárica à estimulação. No entanto, apesar de não terem sido encontradas diferenças nas variáveis entre os recetores expressos no CM, este resultado não é reprodutível dado o reduzido tamanho da amostra.

PO 38

PAPEL DO DOSEAMENTO SÉRICO DA PROGESTERONA NO SUCESSO DE UMA TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CONGELADOS

Gisela Vicente de Almeida[1]; Sofia Aguilar[2]; Catarina Júlio[2]; Graça Pinto[2]
[1]Centro Hospitalar de Setúbal; [2]MAC CHULC

Introdução: A progesterona é essencial para o sucesso de uma gravidez. Um estudo recente1 demonstrou que um valor de progesterona sérico baixo previamente à Transferência de Embriões Congelados (TEC), num ciclo com terapêutica de substituição (TS), está associado a piores taxa de sucesso2.

Objetivos: Estudar a associação entre o valor sérico da progesterona prévio a uma TEC com TS e a probabilidade de gravidez clínica.

Métodos: Estudo retrospetivo observacional, no Centro de Medicina Reprodutiva da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, entre janeiro 2017 e fevereiro de 2021.

Incluídas pacientes com idade < 40 anos, IMC < 33 kg/m2, endométrio com diferenciação adequada e espessura ≥ 6,5 mm, embriões congelados (EC) resultantes de técnica com os gâmetas do casal e transferência de 1 ou 2 blastocistos. Excluídas mulheres com malformações uterinas ou patologia endometrial. Variáveis analisadas: idade, IMC, duração e fatores de infertilidade, patologia ginecológica e qualidade embrionária.

Avaliadas duas amostras independentes de TEC em ciclos com TS: um grupo sem doseamento sérico prévio de Progesterona (Grupo C), e um grupo com doseamento de Progesterona no terceiro dia de suplementação, T-2 (Grupo P). Neste grupo, quando o doseamento era < 10 ng/ml, a dose de progesterona administrada era ajustada e reavaliada no final do dia seguinte (T-1); a TEC era realizada se o valor de Progesterona ≥ 10 ng/mL.

Definiu-se como *outcome* principal a taxa de gravidez clínica. Assumiu-se uma significância estatística de $p < 0,05$. Valores de significância até $p < 0.10$ foram definidos como marginalmente significativos.

Resultados e conclusão: Incluídos 134 ciclos no Grupo P e 58 ciclos no Grupo C. Em ambos os grupos, o fator mais frequente de infertilidade foi o fator masculino, e em 70% dos casos realizou-se transferência de um embrião.

Taxa de gravidez clínica: 31% e 36.6%, nos grupos C e P, com valor marginalmente significativo ($P = 0.46$). Taxa de aborto precoce: 15.5% vs. 13.4%, nos grupos C e P, respetivamente. Ajustados os resultados às variáveis independentes, concluímos que a qualidade embrionária tem um impacto positivo na taxa de gravidez clínica (65.2% vs. 39.7%, em embriões de qualidade muito boa e média, respectivamente, $p = 0.002$), e que a existência de patologia ginecológica se relaciona com uma taxa de insucesso superior (61.2% vs. 46.4%, $p = 0.016$). Salienta-se que no grupo P atingiu-se uma taxa de gravidez clínica superior, apesar de haver uma incidência de patológica ginecológica superior nesta amostra (20.6% vs 12%). No grupo C identificou-se transferência mais frequente de blastocistos de média qualidade (44.8% vs. 24.3%). Não houve diferença estatisticamente significativa relativa às variáveis: idade, IMC, diferenciação endometrial e número de embriões transferidos.

Parece existir uma tendência para melhores resultados nas TEC realizadas com valor sérico de progesterona ≥ 10 ng/mL em ciclos com TS.

PO 39

ADENOMIOSE: FATOR DE INSUCESSO NA TEC EM CICLO COM TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO

Gisela Vicente de Almeida[1]; Sofia Aguilar[2]; Catarina Júlio[2]; Graça Pinto[2]
[1]Centro Hospitalar de Setúbal; [2]MAC CHULC

Introdução: A adenomiose é uma patologia ginecológica caracterizada por infiltração de tecido glandular endometrial no miométrio, resultando num aumento do volume uterino, alterações histológicas do miométrio, e impacto na peristalse da junção endo-miometrial. A etiologia é ainda desconhecida. Este diagnóstico afeta cerca de 25% das mulheres inférteis1,2, particularmente com perda gestacional recorrente (PGR) e falha de implantação recorrente (FIR)3.
Objetivos: Estudar o impacto da adenomiose na taxa de sucesso da Transferência de Embriões Congelados (TEC), em ciclos com terapêutica de substituição.
Materiais e métodos: Estudo retrospetivo observacional, no Centro de Medicina Reprodutiva da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, entre janeiro 2017 e fevereiro de 2021.
Incluída uma amostra de 192 ciclos de TEC, com terapêutica de substituição. Incluídas pacientes com idade < 40 anos, IMC < 33 kg/m2, endométrio com diferenciação adequada e espessura ≥ 6,5 mm, embriões congelados (EC) resultantes de técnica com os gâmetas do casal e transferência de 1 ou 2 blastocistos. Estudo comparativo com outras patologias ginecológicas, como história de doença inflamatória pélvica (DIP), cirurgia uterina prévia, útero miomatoso. Excluídas mulheres com patologia estrutural não tratada.
Definiu-se como *outcome* principal a taxa de gravidez clínica após TEC. Assumiu-se uma significância estatística de $p < 0,05$.
Resultados e conclusão: A idade média da amostra foi 35 (24-40) anos e o IMC médio de 24 kg/m2. Estudados casais com duração média de infertilidade de 5.5 (1-10) anos, e o fator mais frequente de infertilidade foi o fator masculino (40,6%, n = 78), seguido de fator misto com fator masculino, (26 %, n = 50). Em 70% dos casos realizou-se transferência de um embrião. 66.1%, (n = 127) não apresentava patologia ginecológica conhecida.
Verificou-se que, das mulheres com patologia ginecológica (n = 65), a adenomiose foi a patologia mais frequente (32.3%, n = 21).
A taxa de gravidez clínica foi de 54.5% (n = 66), 19% (n = 4) e 50% (n = 22) nos subgrupos, respectivamente, sem patologia ginecológica, com adenomiose e com outra patologia ginecológica, $p < 0.05$.
Concluímos que o diagnóstico de adenomiose é um fator preditivo de taxa insucesso da TEC, em ciclo com terapêutica de substituição. Existe evidência recente que o tratamento prévio ao início da terapêutica de substituição com análogo GnRH pode melhorar a recetividade endometrial e a taxa de implantação5. Assim o seu diagnóstico correto torna-se crucial, para que se possa ajustar o tratamento e aconselhar os casais, ajustando expectativas.

PO 40

PARTICULARIDADES DE UM CASO DE INFERTILIDADE NUM CASAL TRANSGÉNERO

Miguel Lopo Tuna; Ana Sousa Ramos; Jose Cunha; Paulo Vasco; Ricardo Miguel; João Lourenço; Ana Pereira
Ava Clinic Centro de Fertilidade de Lisboa

Introdução: Muitas pessoas transgénero e não binárias têm o desejo de ter filhos e podem necessitar de aceder a Procriação Medicamente Assistida (PMA) para preservação de fertilidade ou procriação tais como quaisquer outras pessoas. Dentro da população transgénero, as pessoas transexuais passam por um processo transicional que pode conduzir a uma esterili-

dade irreversível se não houver preservação de gâmetas previamente à transição.

Objetivos: Descrever o tratamento pelo método de fertilização recíproca(ROPA) entre uma pessoa não binária e um trans masculino e as particularidades da PMA associadas a estes casais específicos.

Material e métodos: Revisão de caso clínico do casal.

Resultados e conclusões: Apesar de ainda existir alguma discriminação quer pela Sociedade em geral quer pelos profissionais de saúde, a PMA oferece um leque de soluções que permite à população transgénero ter filhos ou preservar a fertilidade de uma forma eficaz e segura.

Organização

SPMR — SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

Major Sponsor

GEDEON RICHTER
Health is our mission

Sponsors

Arium
CooperSurgical®
Cryos — INTERNATIONAL SPERM & EGG BANK
emb grupo
FUJIFILM — Value from Innovation
GASIN MÉDICA — Grupo Air Products
MERCK
ORGANON
SpaceMedical
teprel — we health you
Theramex — For Women, For Health

Secretariado

admédic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
E: elsa.sousa@admedic.pt | paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt