

EDIÇÃO ESPECIAL

25
CONGRESSO BRASILEIRO DE
REPRODUÇÃO HUMANA





EDITORIAL

NOVA GESTÃO SBRH

Iniciamos uma nova gestão na SBRH, em um momento em que são discutidas mudanças da Reprodução Humana no Brasil e a manifestação da SBRH é de fundamental importância.

A primeira delas é que o Conselho Federal de Medicina está debruçado sobre uma nova resolução de normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. A SBRH está presente na comissão que vai propor mudanças e os principais pontos analisados são o limite da idade para utilização das técnicas, a doação compartilhada de óvulos e o destino dos embriões congelados.

A segunda é a intenção da ANVISA de efetivamente passar a fiscalizar as clínicas de reprodução assistida, e a SBRH tem assento no grupo de Implantação do Sistema Nacional de Biovigilância.

A terceira é a disposição do Ministério da Saúde, através do Projeto Cegonha, de abrir espaço para ampliar o acesso às técnicas de reprodução assistida pelo SUS e a SBRH já está participando desta discussão. Por fim, provavelmente o aborto também volte a ser discutido no país. A comissão de notáveis encarregada de propor mudanças ao Código Penal Brasileiro, adiantou que uma das propostas que devem ser levadas ao Congresso é a ampliação de casos legais de aborto.

A SBRH também está preparando novidades. Nossa revista "Reprodução e Climatério" está sendo remodelada, com o objetivo de melhorar a qualificação e a indexação. Estamos em fase final de uma nova edição do livro Hormônios em Ginecologia além da preparação de um Curso On Line sobre infertilidade e reprodução assistida. E desde já convidamos a todos para o 26º Congresso Brasileiro da SBRH, que será realizado em Porto Alegre, de 20 a 22 de novembro de 2014.

Mariangela Badalotti



SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA
SBRH

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH

Fundada em 1947 pelo Prof. Dr. Arthur Campos da Paz
Av. Jandira, 257 - 14º andar, Cj. 146 - 04080-001 - São Paulo - SP
Tel./Fax (11) 5055.6494 / 5055.2438 - www.sbrh.org.br

Diretoria (Biênio 2013-2014) • Presidente: Mariangela Badalotti
1º Vice-Presidente: João Pedro Junqueira Caetano • 2º Vice-Presidente: Eduardo Borges da Fonseca
Secretário Executivo: Mario Cavagna Neto • Secretário Adjunto: Antônio Cesar Paes Barbosa
Tesoureiro: Nilka Fernandes Donadio • Tesoureiro Adjunto: Ana Virginia Gama Manduca
Diretor Científico: Artur Dzik • Presidente do Conselho de Delegados: Luiz Augusto Antonio Batista

Direção de Arte, Editoração e Coordenação: e-made.com.br • Tiragem: 5000 exemplares



25^o CONGRESSO BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO HUMANA

Entre os dias 15 e 17 de novembro de 2012, São Paulo se tornou a capital nacional da Reprodução Humana, sediando o 25º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana da nossa sexagenária SBRH. Comemoramos juntos, em alto estilo, nossas “Bodas de Prata”, com a participação de mais de 1100 congressistas e 250 professores convidados de 20 Estados da Federação.

Foram três dias de muita troca de informação científica e intenso convívio social. Foram abordados os principais tópicos da reprodução humana moderna com a participação de quatro renomados professores internacionais. Tivemos importante atividade de vários serviços universitários e privados em ginecologia, medicina fetal, genética e reprodução assistida, com a submissão de 113 pôsteres e seleção criteriosa de 98 trabalhos concorrendo aos prêmios Vilmon de Freitas e Campos da Paz. Também não podemos esquecer de citar e agradecer nossos 16 “sponsors”, Sociedades Médicas e Órgãos Governamentais (ANVISA, CAPES).

A abertura do Congresso contou com a participação dos principais representantes das associações médicas: AMB, FEBRASGO, SOGESP, SBUS e SBRA, além do CFM, ANVISA, da Secretaria de Saúde do Estado de SP e do Ministério da Saúde. O Congresso teve em seu encerramento a posse da nova diretoria do Biênio 2013/2014 além da divulgação e premiação (Prêmio Vilmon de Freitas) dos três melhores trabalhos apresentados no Congresso. Quero cumprimentar e agradecer o empenho da nossa diretoria e delegados do Biênio 2010/2012 com a certeza do dever cumprido.

Obrigado a todos.

ARTUR DZIK



Presidente de Honra
Dirceu Henrique Mendes Pereira

A indicação do meu nome para presidente de honra do congresso transferiu-me um enorme entusiasmo para participar ativamente das ações logísticas e elaboração do programa científico. Foram vários meses de dedicação profícua no período pré-congresso mediante reuniões semanais com a participação da comissão organizadora, liderada pelo presidente Artur Dzik. Tivemos vários desafios que nos serviram de estímulo e conseguimos chegar ao bom termo com a realização de um evento muito bem avaliado pelos congressistas.

Participações no Congresso:

1. Cerimônia de abertura do Congresso - Participante da mesa e orador.
2. Conferencista: Fatos e Mitos em reprodução humana.
3. Coordenação de mesa redonda: Influência do ecossistema, estilo de vida e comportamento sobre a fertilidade.
4. Presidente da mesa: Conferencista: Prof. Dr Rui Alberto Ferriani - Avanços nos fatores prognósticos e terapêuticos nas pacientes más respondedoras em reprodução Assistida.
5. Presidente da mesa: Conferencista: Prof. Dr Elsimar Coutinho - Hormonioterapia e câncer. Mito ou realidade?
6. Presidente da mesa: Conferencista: Prof. Ernesto Bosch (Espanha) - Estimulação ovariana em reprodução assistida: Presente e futuro.

Além dessas atividades estivemos presentes na Assembleia Geral da SBRH e na Reunião dos Delegados Regionais. Participamos entusiasticamente das atividades sociais culminando com um inesquecível jantar para o corpo docente no Restaurante Terraço Itália, ícone da cidade de São Paulo na arte culinária e atração turística irresistível em decorrência da visão deslumbrante do centro expandido da megalópole. A satisfação de conviver com os participantes do evento, intercambiando ideias, propostas e experiências, constituiu uma marca indelével na memória justificando todo o esforço e ansiedade que a comissão organizadora vivenciou ao longo da preparação do evento. Ao final, a sensação do dever cumprido e o desejo de estar mais próximo do aconchego familiar.

Más respondedoras: um grande problema, algumas perspectivas *Rui Alberto Ferriani*

É bastante desgastante a abordagem de pacientes com má resposta à indução de ovulação, que resulta comumente em baixo número de óvulos/embriões, ou, não raramente, a cancelamentos de ciclos. O desgaste emocional é enorme, e o momento de desistir de novas tentativas é sempre bastante angustiante.

Um avanço que tivemos recentemente foi a tentativa de padronização do que é uma paciente má respondedora, com os critérios de Bologna adotados pela ESHRE em 2011. A partir daí, poderemos avaliar melhor os efeitos de possíveis intervenções sobre essas pacientes. São inúmeras as ações propostas. Não há preferência sobre o melhor regime de estimulação para uma paciente má respondedora, se agonista ou antagonista. Também já se tentou o uso de aspirina durante a indução, sem resultados convincentes, assim como esquemas de indução com a adição de LH ao FSH. O uso de doses de gonadotrofinas superiores a 300 UI/dia também não traz benefícios. Pelo contrário, tem crescido evidências que sugerem esquemas de estimulação leve, com clomifeno associado a gonadotrofinas, ou mesmo ciclo natural, como capazes de gerar respostas pelo menos similares às obtidas com altas doses, com um custo bem menor.

Algumas intervenções parecem produzir algum resultado positivo. O uso de estrogênio em ciclo prévio e de Hormônio de crescimento (GH) durante a indução de ovulação tem um impacto favorável. Maiores evidências têm surgido com o uso de androgênios durante algumas semanas (pelo menos 6) antes do início da indução. Nesse caso, há trabalhos favoráveis tanto com o uso de testosterona como de DHEA, e essa talvez seja a melhor opção no momento a aplicar a pacientes más respondedoras.





Impacto da síndrome de hiperestimulação ovariana

Joaquim Roberto Costa Lopes

A síndrome de hiperestimulação ovariana (SHEO) é uma entidade mórbida, que surgiu no curso das conquistas obtidas no campo da reprodução humana.

Os procedimentos iniciais de reprodução assistida (RA) foram conduzidos em ciclos naturais onde não se empregavam drogas estimuladoras da função ovariana. Obtinha-se quando possível, apenas um óvulo e as chances de gravidez eram bastante reduzidas, entretanto, não se convivia com SHEO.

A busca por melhores resultados passou pela introdução dos indutores de ovulação - principalmente as gonadotrofinas - capazes de produzir ampla estimulação ovariana. Para ultimar-se a maturação folicular introduziu-se o hormônio gonadotrófico coriônico (hCG), hoje considerado o principal agente desencadeador da SHEO. Juntos, a multigemelaridade e a SHEO representam as mais temíveis complicações das técnicas de RA. Entretanto, o impacto dessas indesejáveis ocorrências fez que medidas profiláticas fossem adotadas:

1. Identificação de mulheres com risco elevado de SHEO;
2. Escolha de protocolos de estimulação que minimizassem tal risco sem prejudicar as chances de sucesso.

Um dos principais recursos para reduzir a incidência de SHEO foi substituir a frenagem hipofisária com agonista RH pelos antagonistas, em ciclos de FIV. Esse modelo de estímulo ovariano permitiu optar-se pelo agonista do GnRH para desencadear o efeito LH na maturação oocitária em lugar do hCG. Este é o principal agente liberador do fator vasculoendotelial de crescimento (VEGF), indutor da hiperpermeabilidade vascular. Tal medida, especialmente usada em mulheres com uma elevada contagem folicular basal (>20 folicúlos antrais), permite prevenir-se com sucesso o desencadeamento da SHEO e suas graves consequências.

Uma referência em Congressos da área médica

Kleber de Melo Morais

Além dos méritos à gestão do colega Artur Dzik pela perfeita organização no XXV Congresso de Reprodução Humana, realizado no final de 2012, gostaria de enaltecer um fato que se transformou em pré-requisito em todos os módulos científicos em que participei: Uma expressiva e notável interatividade entre congressistas e palestrantes.

Esse formato de sucesso, certamente se concretizou, pela diversidade na composição e no alto nível da grade científica. Uma combinação de fatores essencial para que houvesse uma efetiva reciclagem de conhecimentos entre os participantes.

Congressos como esse, se transformam em verdadeiras referências para que se eleve constantemente o nível da exigência e da qualidade dos congressos na área médica.

Parabéns a todos pelos resultados e por manterem na essência do evento uma das grandes bandeiras levantadas pela SBRH: O Incentivo à atualização e à reciclagem de conhecimentos entre profissionais das áreas que permeiam a Reprodução Humana.





Impacto do número de embriões transferidos sobre as taxas de implantação e gravidez

Antônio César Paes Barbosa

Desde o nascimento do primeiro bebê de proveta, em 1978, a técnica de reprodução assistida vem evoluindo buscando uma maior taxa de sucesso. A discussão é: o que realmente queremos dizer quando se fala em taxa de sucesso? Até a bem pouco tempo se considerava o melhor serviço, aquele que tinha a melhor taxa de gravidez por transferência. Isso levou a um maior número de embriões transferidos por ciclo e como consequência uma maior taxa de gestação múltipla e fetos prematuros. Hoje, o que se busca é a gestação única. Atualmente já está demonstrado, através de dados da Red Lara (Rede Latinoamericana de Reproduccion Asistida), ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), SART (Society for Assisted Reproductive Technologies), que a transferência de mais que dois embriões não ampliam a taxa de gravidez por ciclo e sim a taxa de gestação múltipla e fetos prematuros de maneira irresponsável.

Hoje temos trabalhos mostrando que a transferência seletiva de um único embrião tem taxa de gestação semelhante, principalmente se considerarmos a transferência cumulativa de embrião, resultante de um único ciclo induzido.

Segundo orientação da ASRM (American Society for Reproductive Medicine) de 2012 a transferência de embrião único deveria ser indicada nas seguintes situações: mulheres abaixo de 35 anos, presença de embriões de boa qualidade, primeiro ou segundo ciclo de estimulação, ciclo prévio de FIV bem sucedido e óvulos doados. Para as mulheres acima de 35 anos a transferência única deve ser considerada se tivermos blastocistos de boa qualidade.

Ainda segundo a ASRM, o desafio para a transferência única de embrião seria: educação para toda a equipe, orientação para a paciente/casal, melhores taxas de sucesso em criopreservação, melhores taxas de implantação, consideração dos custos envolvendo o tratamento, a gravidez, o parto e pós-parto, e finalmente a consideração de que o resultado ótimo é o nascimento de um único filho saudável. Temos que continuar trabalhando para buscar tais objetivos.

Biópsia de Embrião

Françoise Elia Mizrahi

Um tema bastante atual que tive o privilégio de abordar foi a biópsia de embrião no dia 3 e no dia 5. Como cada laboratório tem o seu protocolo e esta técnica já é bem estabelecida, não foquei na questão de COMO realizar a técnica, mas QUANDO e POR QUE. Considerando sempre a eficiência do diagnóstico com o potencial de desenvolvimento e implantação concluí, baseada em resultados mundiais, que a biópsia no dia 5 apresenta vantagens em relação ao dia 3. O cultivo e a biópsia de blastocisto possibilitam a transferência de um único embrião com altas taxas de sucesso, a análise de mais células no estágio de blastocisto fornece mais material genético e consequentemente resultados mais consistentes sem alterar a viabilidade do embrião. A incidência do mosaicismos também é menor quando a biópsia é realizada no D5; como as células saudáveis são mais rápidas e totipotentes a possibilidade de retirar células saudáveis é maior no estágio de blastocisto. Uma outra grande vantagem é a técnica utilizada para fazer a avaliação genética, o CGH, que além de uma análise mais ampla diminui e muito erros contraditórios produzidos pela metodologia. Por todos esses motivos, sem dúvida, a biópsia de blastocisto é a melhor opção atualmente, porém vale ressaltar que para que essa tecnologia forneça seus benefícios, o laboratório deve estar preparado para o cultivo dos embriões ao estágio de blastocisto assim como ter a tecnologia da vitrificação bem estabelecida, pois a única desvantagem da técnica é o tempo de análise que na maioria das vezes não permite a transferência no mesmo ciclo.



Câncer de Mama

Mario Cavagna Neto

Dados do INCA registram que no Brasil surgem cerca de 50.000 casos novos de câncer de mama por ano, sendo que 10 a 15% acometem mulheres em idade reprodutiva. Os avanços nos métodos diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e quimioterápicos promovem uma sobrevida livre de doença em número considerável dessas mulheres, o que traz à tona preocupações com a qualidade de vida pós-tratamento; sem dúvida alguma, os efeitos negativos sobre a função reprodutiva é uma das principais consequências do tratamento oncológico. No 25º Congresso da SBRH, abordamos as principais estratégias de preservação da fertilidade, com ênfase na criopreservação de oócitos. Para a coleta de oócitos destinados à criopreservação, faz-se necessária a estimulação farmacológica da ovulação. Tal fato pode suscitar dúvidas em pacientes com câncer de mama, pelo tempo necessário à estimulação ovariana e nas pacientes que apresentam tumores com receptores estrogênicos positivos, pois a estimulação ovariana eleva os níveis de estradiol a valores supra-fisiológicos. Com relação ao tempo necessário para a coleta de oócitos, verifica-se que as mulheres que são encaminhadas rapidamente a um centro de reprodução humana não retardam de modo significativo o início do tratamento oncológico. Em tumores com receptor hormonal positivo, deve ser considerado que o tempo em que a paciente fica exposta ao estradiol é relativamente curto, pois a estimulação requer um período que não ultrapassa 10 a 14 dias; além disso, em pacientes com câncer de mama, são utilizados protocolos de estimulação ovariana específicos, empregando-se inibidores da aromatase, de modo que os níveis de estradiol são comparáveis aos obtidos em um ciclo natural. Sendo assim, o procedimento é considerado seguro e não retarda significativamente o tratamento com quimioterapia, desde que as pacientes sejam encaminhadas oportunamente a um centro de reprodução humana.



Programação Ampla e temas importantes

Edmund Chada Baracat

O Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, realizado em Novembro de 2012, apresentou programação ampla, incluindo temas importantes, sobretudo nas áreas de Reprodução Humana, Ginecologia Endócrina e Climatério.

Contou com a participação de renomados especialistas de todo o Brasil, bem como de convidados internacionais.

Além disso, em clima fraterno propiciou o conagraçamento de colegas de todo o país.

Síndrome dos Ovários Policísticos: da Fisiopatologia à Conduta

Lucas Vianna Machado

Stein e Leventhal, em 1935, publicaram o trabalho Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries e concluíram: “Acreditamos que um acúmulo mecânico do córtex por cistos, interfere com o progresso dos folículos de Graaf para a superfície do ovário. Esse fator mecânico pode ser responsável pelos sintomas de amenorreia e esterilidade”.

Percebam que não foi mencionada a palavra síndrome. Em 1961, Greenblatt, questionando a hipótese da barreira mecânica, praticou a ooforectomia unilateral em 6 pacientes, deixando intato o ovário policístico contra-lateral. Cinco ovularam e menstruaram normalmente, sepultando de vez tal possibilidade.

Existe uma lei básica da fisiologia ovariana: - Quando a mulher no período reprodutivo deixa de ovular, seus ovários automaticamente tornam se policísticos e passam a produzir quantidades elevadas de androgênios. Ou seja, ovário policístico é tão somente a expressão morfológica da anovulação crônica.

Quando se retiram 1/3 de cada ovário, um ovário inteiro ou se cauterizam folículos, consegue-se induzir a ovulação, mas não corrige uma eventual hiperprolactinemia, uma forma tardia de hiperplasia congênita da suprarrenal, uma síndrome de Cushing, uma síndrome metabólica ou outras patologias associadas à anovulação crônica. Em curto espaço de tempo, os ovários tornar-se-ão novamente policísticos, pois a causa não foi corrigida.

ISTO É UMA SÍNDROME? Uma “síndrome” descrita há 77 anos e que até hoje não tem uma definição clara e muito menos um critério diagnóstico definitivo. Será realmente uma síndrome ou apenas a resposta fisiológica ovariana aos estímulos externos e internos que atuam sobre ele? Como ninguém sabe definir exatamente o que seja a “SOP”, a solução é partir para o consenso. Leiam o texto “SOP: MITO OU REALIDADE” em (WWW.lucasmachado.com.br) e tirem suas conclusões. Ou fiquem aguardando a 3ª, a 4ª, a 5ª reunião de consenso para definir uma síndrome que não existe.

O que acontece quando se retira 1/3 de cada ovário ou cauterizam-se milhares de folículos? - “Ambos os procedimentos são seguidos de acentuada, porém transitória redução dos androgênios produzidos pelo estroma ovariano. A redução brusca deste insulto androgênico ao eixo C-H-H-O permitirá a retomada da sua função cíclica e, conseqüentemente, da ovulação”. Portanto, nada de “Ovarian drilling”, muito menos ressecção em cunha. Tais intervenções, além do risco de aderências, servirão apenas para destruir ou remover milhares de folículos normais, resultando na antecipação da menopausa.

MENSAGEM FINAL: NÃO TRATEM OS OVÁRIOS POLICÍSTICOS. TRATEM A CAUSA DA ANOVULAÇÃO!



Álvaro Petracco

Minha participação no XXV Congresso de Reprodução Humana foi significativa apenas pela honra de presidir uma conferência do Professor Dirceu Mendes Pereira. Nenhum comentário sobre a conferência se justifica, visto que o nome do Professor Dirceu fala por si mesmo.



Cultivo de Blastocisto *José Roberto Alegreti*

Embora reconhecida como forma ideal de cultivo embrionário, apenas com o avanço tecnológico dos últimos anos, o cultivo ao estágio de blastocisto se tornou rotineiro em alguns Centros de Reprodução Assistida. Dentre as conquistas que possibilitaram tal abordagem, destacam-se as novas incubadoras (triplo-gás), de diminutas dimensões, propiciando melhor estabilidade físico-química de gases, temperatura, pH entre outras. Além deste, os meios de cultivo estendido também foram otimizados, sem a necessidade de práticas complexas, como o co-cultivo.

Deve-se considerar que o cultivo até o 5º dia, oferece embriões verdadeiramente mais bem selecionados, pois nessa fase o genoma embrionário encontra-se expresso, ao contrário do tradicional dia 02 e 03, quase que exclusivamente dependentes da ação ovocitária. Assim, é possível determinar um menor número de embriões a serem transferidos, contribuindo para a diminuição nas taxas de gestação múltipla, sobretudo dos grandes múltiplos, sabidamente elevadas em nosso país. Em termos fisiológicos, a transferência em estágio de blastocisto também aproxima mais o laboratório do natural, oferecendo ao embrião o ambiente mais apropriado para seu desenvolvimento final até a fase de implantação.

Mas para atingir tais objetivos são necessários aperfeiçoamentos laboratoriais: treinamento adequado aos profissionais do setor, que saibam estabelecer condições ideais para o cultivo estendido, capazes de identificar sutis alterações nas variáveis do processo, assegurando aos clínicos e aos casais, as condições precisas do crescimento embrionário ideal.

Mas apesar de todos os avanços, ainda existe enorme resistência na escolha do cultivo estendido como rotineiro para os ciclos de FIV. Nos casos mais difíceis, como os ciclos de pobre resposta ovular ou nos casais com falhas sucessivas de implantação, embora não proposital, mas são erroneamente encorajados a transferir embriões em um momento mais precoce, no intuito de "potencializar" o desenvolvimento embrionário in vivo. Essa tática não reconhece a real qualidade embrionária, responsável nestes casos, pelas baixas taxas de sucesso e, principalmente, de implantação. Nesse sentido, ao contrário de existir um benefício, os casais e os centros são duplamente prejudicados, pois se os primeiros são estimulados a permanecer em tratamentos de baixa eficiência e, quando esta se mostra presente, existe a natural transferência de vários embriões, contribuindo para a gestação múltipla extrema, que é tão danosa aos serviços.

Resumidamente, as transferências em estágio de blastocisto devem, desde que o laboratório ofereça todas as condições necessárias para o cultivo estendido, devem ser sempre a primeira opção em ciclos de FIV independente da faixa etária ou número de óvulos e embriões obtidos pois é reconhecidamente mais fisiológica e eficiente.



Hibridação Genômica Comparativa Aplicada ao PGD *Péricles Assad Hassun Filho*

Dr. Péricles Assad Hassun Filho, Diretor-Presidente do laboratório Genesis Genetics Brasil, ministrou a palestra intitulada Hibridação Genômica Comparativa Aplicada ao PGD no Congresso da SBRH de 2012. Foram abordados inicialmente aspectos relacionados às anomalias cromossômicas em embriões e suas causas, assim como as principais indicações para realização do Screening Genético Pré-Implantacional (PGS), que são: idade materna > 38-42 anos, múltiplas falhas de FIV, abortos de recorrência, infertilidade masculina grave e portadores de doenças genéticas/rearranjos cromossômicos equilibrados. Foram também abordados aspectos técnicos da Hibridação Genômica Comparativa em array (CGH-array) e a comparação com a técnica de Hibridação in situ Fluorescente (FISH). A CGH-array apresenta duas principais vantagens em relação a esta outra técnica: capacidade de detectar aneuploidias em todos os 24 cromossomos em um único experimento, e não necessita de fixação da célula embrionária em lâmina de vidro. Além disso, pode ser realizada em estágio de blastocisto (dia 5 do embrião), o que não ocorre para análise por FISH. Também foram discutidos dados clínicos, mostrando que o PGS por CGH-array eleva as taxas de implantação e gestação, quando comparadas com PGS-FISH ou ausência de análise pré-implantacional nos grupos com indicação clínica.

A utilização da laparoscopia nos casos de gestação ectópica

Fábio Roberto Cabar

Foi uma grande satisfação participar do XXV Congresso Brasileiro de Reprodução Humana. Esse evento, realizado em São Paulo, representou uma ótima oportunidade para a reciclagem médico-acadêmica, pois contou com a participação de renomados professores de diversas áreas da Reprodução Humana, que apresentaram temas atuais de uma forma concisa, mas, ao mesmo tempo, com a devida profundidade. A organização foi primorosa; a localização do evento, próximo à Avenida Paulista, ideal. E ainda sobrou tempo para momentos de confraternização entre os congressistas.

Particpei de mesa redonda a respeito da utilização da laparoscopia em Reprodução Humana; apesar do horário (sábado pela manhã), um bom número de colegas prestigiou o evento e teve a oportunidade de ouvir importante atualização sobre o tema. Discuti, especificamente, a utilização da laparoscopia nos casos de gestação ectópica; todos sabemos que a gestação ectópica é uma importante complicação médica, pois representa causa de mortalidade materna e os tratamentos de reprodução assistida aumentam sua incidência. A laparoscopia é fundamental ferramenta no diagnóstico e, principalmente, no tratamento desses casos.

Por fim, ressalto a brilhante participação acadêmica dos colegas. Como membro da comissão que avaliou os estudos enviados para participação no Prêmio Vilmon de Freitas, declaro a dificuldade que tivemos na seleção do vencedor. Os trabalhos apresentaram excelente nível científico e a decisão se deu por pequenos décimos. Parabéns a todos os participantes.



Quando indicar a gravidez na paciente com câncer de mama.

Luiz Henrique Gebrim

O câncer de mama é uma das neoplasias malignas de maior letalidade para as mulheres brasileiras com cerca de 9.335 óbitos a cada ano. Cerca de 12% dos casos ocorrem em pacientes com menos de 40 anos de idade. A precoce metastatização explica o aparecimento de metástases após 10 anos em 25% das pacientes com tumores menores que 2cm mesmo sem comprometimento linfonodal axilar. A dificuldade de se rastrear a doença em jovens faz com que grande parte das pacientes necessitem de quimioterapia adjuvante por apresentarem tumores maiores que 1cm de diâmetro, menor positividade de receptores de estrogênio ou maior grau de anaplasia. O diagnóstico de câncer desencadeia um movimento de desordem na vida da paciente. O projeto de vida passa a ser repensado, não só pelo risco iminente de morte mas, principalmente pelo tratamento muitas vezes prolongado e associado a mutilações. Entretanto, a mortalidade vem sendo reduzida drasticamente pela eficácia das novas drogas utilizadas não só na terapêutica adjuvante mas nos casos avançados, redundando em aumento da sobrevida em mais de 60% das pacientes. A magnitude desse benefício é claramente maior em mulheres jovens. Considerando os riscos da quimioterapia acarretar falência ovariana precoce e a nuli ou baixa paridade dessas pacientes, há necessidade de oferecer-lhes a opção da criopreservação dos ovócitos. A quimioterapia não mais necessita iniciar antes de 30 dias, podendo ocorrer em até 60 ou 90 dias sem prejuízo do prognóstico. O estímulo ovariano pode ser feito mesmo nos tumores hormoniosensíveis sem riscos para a paciente. Na esfera SUS, o Hospital Pérola Byington vem realizando a captação e o criarmazenamento de ovócitos há 24 meses. Ao término do tratamento, considera-se o período crítico de seguimento de 24 meses, tanto para o controle local como sistêmico, em especial nos tumores triplo-negativos. Nas pacientes com tumores hormoniosensíveis, que necessitariam submeter-se a hormonioterapia adjuvante por 5 anos ou mais, podemos individualizar a interrupção prematura nas pacientes com idade acima de 35 anos e tumores de bom prognóstico.



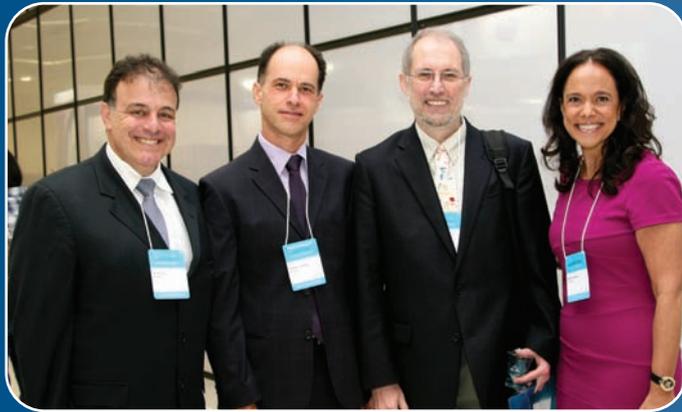
AMIZADE E COMPANHERISMO



EMPENHO EM BUSCA DA EXCELÊNCIA MÉDICA



INTERCÂMBIO DO CONHECIMENTO



INCENTIVO PARA A DISCIPLINA DE REPRODUÇÃO HUMANA



SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA
SBRH

Criopreservação de tecido ovariano e maturação folicular in vitro

Ricardo Mello Marinho

O diagnóstico mais precoce e os avanços no tratamento do câncer têm criado uma demanda crescente de técnicas para preservação da fertilidade feminina.

A preservação de oócitos é considerada uma técnica estabelecida e está indicada como a principal opção para pacientes com diagnóstico de câncer após a puberdade e que tenham condições e um tempo mínimo antes da quimioterapia. Algumas alternativas têm sido desenvolvidas. A criopreservação de fragmentos de tecido ovariano e posterior retransplante já levou ao nascimento de mais de 20 crianças. Um grande número de mulheres têm amostras de tecido ovariano criopreservadas em vários centros do mundo, aguardando o momento adequado para serem recolocadas no organismo. As principais vantagens dessa técnica seriam a possibilidade de ser realizado antes da puberdade, não exigir estimulação ovariana e permitir a preservação de um grande número de oócitos. Existem, entretanto muitas dúvidas a serem esclarecidas, tais como: a eficácia real, o melhor protocolo de criopreservação, o risco de reinserção de células malignas e como reduzir a isquemia pós transplante para se produzir uma função ovariana duradoura. Essas questões colocam o procedimento na categoria experimental, devendo ser realizado apenas como protocolo de pesquisa, aprovado pelas Comissões de Ética e Pesquisa. Uma possibilidade mais ambiciosa seria a maturação in vitro de folículos ovarianos obtidos desses fragmentos de tecido ovariano criopreservados, para fertilização em laboratório e transferência dos embriões obtidos. Progressos têm sido feitos em animais com a produção de oócitos maduros e até embriões em primatas não humanos. Embora promissor, existem apenas resultados iniciais em humanos.



Grade Científica de Altíssimo Nível

Nilson Roberto de Melo

O evento foi certamente muito bem organizado, com destaque especial à grade científica extremamente bem elaborada e com a exposição de temas altamente relevantes e atuais para a prática clínica do ginecologista e do especialista em reprodução humana.

Problemas controversos foram amplamente discutidos conferindo um verdadeiro intercâmbio de conhecimento.

Em cada uma das palestras, mesas redondas e debates informais, foi possível perceber o cuidado da SBRH em selecionar uma rica, diversa e atual gama de temas que compõem o gigantesco universo da reprodução humana, tais como: infertilidade, anticoncepção, genética, perimenopausa, preservação da fertilidade nas mais diversas situações e as condutas para enfrentar uma situação cada vez mais frequente nos consultórios: da maternidade adiada pelas necessidades da mulher moderna que primeiro procura a estabilidade profissional para, só então, realizar os sonho de se tornar mãe."

Diagnóstico Galactorréia / Amenorréia *Sebastião Freitas de Medeiros.*

Prolactina elevada atenua as funções do eixo hipotálamo hipófise ovariano, resultando em foliculogênese anormal, insuficiência lútea ou, na dependência da intensidade do acometimento, anovulação. Tem-se como mecanismos etiopatogênicos: elevação hipotalâmica compensatória da dopamina com objetivo de inibir o lactropro hipófisário e inibição dos neurônios do GnRH; diminuição da secreção hipófisária de FSH e LH com prejuízo da função ovariana; inibição direta da aromatase no folículo com diminuição na proliferação da granulosa, esteroidogênese e insuficiência lútea.

No diagnóstico clínico deve-se considerar as condições fisiológicas (sono, lactação), estresse crônico e o uso de antidopaminérgicos. Valorizar o relato de galactorreia, cefaleia persistente, alteração visual, sintomas de insuficiência hepática ou renal, diminuição da libido e, principalmente, alterações no intervalo do ciclo menstrual e amenorreia. O exame físico deve ter como objetivo verificar galactorreia à expressão e sinais de hiperandrogenismo, insuficiência hepática ou renal, hipotireoidismo ou hipoposterogenismo.

O diagnóstico laboratorial deve incluir dosagens de ureia, creatinina, transaminases, fosfatase alcalina, testosterona, sulfato de dehidroepiandrosterona, hormônio do crescimento, hormônio tireotrópico, tiroxina livre, gonadotrofinas, estradiol, prolactina e, eventualmente, macroprolactina. As recomendações atuais são: pode-se colher a amostra a qualquer hora do dia; dosagem única de PRL, havendo dúvida, repetir a coleta em outro dia, incluindo 2 amostras com 15-20 min. de intervalo; não utilizar teste dinâmico; considerar nível elevado de PRL $\geq 25\text{mg/ml}$ (WHO, Standard 84/500) $1\text{mg/ml} = 21.2\text{ mUI/ml}$; dosar macroprolactina apenas em pacientes assintomáticas com níveis elevados de prolactina; na discrepância entre macroprolactinoma e nível de PRL, deve-se diluir a amostra para excluir o efeito gancho.



Prevenção da gestação múltipla em reprodução assistida *Alcina de Cássia Meirelles / Vinicius Lopes Medina*

Apesar de uma gestação múltipla (GM) causar interesse e curiosidade dos familiares e amigos, o sentimento gerado por tal acontecimento é o de preocupação para comunidade médica. A razão seria o alto índice de morbi-mortalidade tanto materno quanto fetal, diretamente relacionado ao número de fetos.

A Red Latino-americana de Reprodução Assistida (REDLARA) em sua última publicação (registro 2010), informa para os casos de inseminação artificial, a incidência de 14% de GM: 12% gemelares e 2% de 3 ou mais fetos. A prevenção de GM para técnicas de baixa complexidade se baseia na identificação de casos de risco (idade <32 anos, níveis elevados de estradiol, sete ou mais folículos $\geq 10\text{-}12\text{mm}$, primeira ou segunda tentativa, SOP ou passado de hiperresposta); administração de baixas dosagens de gonadotrofinas e monitorização ecográfica do ciclo. No caso de hiperresposta pode-se optar pelo cancelamento do ciclo, conversão para fertilização in vitro ou aspiração dos folículos supra-numerários. (Dickey 2009).

Na publicação acima citada da REDLARA de 26.368 ciclos de IVF/ICSI a incidência de GM foi de 23.9% (22.1% gemelares e 1.8% triplas). A única maneira de reduzir o número de GM é a transferência eletiva de um ou dois embriões. Porém, através dessa medida, de forma errônea muitos especialistas temem reduzir os índices de sucesso de seu centro. Inúmeros trabalhos, incluindo esse da REDLARA, mostram que, excluindo os casais de prognóstico reservado, a inclusão de um terceiro embrião na transferência não aumenta as taxas de gestação. No futuro, o desenvolvimento de protocolos permitirá a transferência de apenas um embrião, sem haver repercussão nas taxas de gestação. Será necessário melhorias no processo de seleção embrionária, talvez levando em conta os aspectos genômicos e metabólicos. Atualmente, a classificação morfológica, a transferência embrionária em estágio de blastocisto e o score de desenvolvimento embrionário (time-lapse) são medidas que permitem a transferência eletiva de dois embriões em casais de bom prognóstico, sem a preocupação de piora nos resultados.

Concluindo, o objetivo do tratamento de infertilidade não é apenas viabilizar uma gestação. Mais ainda, possibilitar ao casal conceber uma criança saudável, sendo considerada a GM uma iatrogenia. Cabe aos profissionais que militam na medicina reprodutiva, buscar junto às entidades, estratégias para reduzir esses índices.

Estratégias para estimulação ovariana em situações especiais em pacientes más respondedoras.

Newton Eduardo Busso

Tema obrigatório nos congressos de Reprodução Humana, as paciente más respondedoras continuam sendo um empecilho para quem trata os casais inférteis com técnicas de reprodução assistida que quase sempre envolvem o estímulo ovariano.

Colocações importantes salientando a relevância e dificuldade do tema foram feitas por ilustres professores como Dr. João Pedro Junqueira afirmando que “aqui não adianta mudar o protocolo”; Dr. Ricardo Baruffi dizendo ser “terra de ninguém” ou como o Dr. Joaquim Lopes que sentenciou: “má respondedora? Não há nada a fazer”, fizeram dessa mesa mais uma a desafiar e instigar a investigação e estudo de todos nós.

Com incidência variável mas significativa nas nossas clínicas o tema suscitou questionamentos desde o diagnóstico, sinonímia e fatores etiológicos, que se confundem com a perda da resposta oocitária com a idade, até a forma de abordagem dessas mulheres quando diante do estímulo ovariano nos diversos tratamentos de reprodução assistida. De modo geral, inclusive com revisão Cochrane recente, não há nenhum protocolo ou terapias adjuvantes que melhorem a performance dessas pacientes, restando ressaltar que esse fato torna as prevenções primárias e secundárias fundamentais, na tentativa de evitar que as pacientes tornem-se um dia más respondedoras, o que significa estarmos atentos aos grupos de risco e fazermos o diagnóstico precoce das falhas ovarianas ocultas.

A nossa conclusão é que essas medidas estão nas mãos do ginecologista e não do especialista, conseqüentemente eles devem ter o conhecimento e nas consultas ginecológicas de rotina procurar identificar essas pacientes, e quando na ausência de fatores de importantes, alertá-las principalmente quanto aos riscos inerentes ao adiamento voluntário da maternidade.



FIV, ICSI ou IMSI ?

Nilka Fernandes Donadio

A SBRH, consciente da crescente necessidade de intercâmbio entre médicos e biomédicos, ampliou, no programa do 25º Congresso, o espaço destinado a temas sobre o Laboratório de Reprodução Assistida. Foi com grande satisfação que escolhemos, conjuntamente com a diretoria do Pró Nucleo, os assuntos mais polêmicos sobre as novas técnicas laboratoriais. Foi gratificante ver a sala lotada durante todo tempo, preenchida pela massa crítica de profissionais brasileiros que realmente são atuantes na área, ávidos pela troca efetiva de informações. Novas tecnologias, como por exemplo o IMSI (Injeção de espermatozoides morfolologicamente selecionados por alta magnificação), chamam a atenção no início do seu uso, causando um “boom” de indicações, e frequentemente são consideradas “técnicas preferenciais”, muitas vezes provocando o inadequado abandono dos métodos clássicos como a FIV e o ICSI, que passam a ser considerados “obsoletos”. Com o tempo, a nova técnica passa a não mais ser detida por poucos, sendo testada por vários profissionais que construtivamente questionam o método, como no caso do IMSI, se tratar de uma seleção do espermatozoide demorada, mais custosa e que nos casos de fator masculino grave tem sua aplicação restrita por não encontrarmos na prática espermatozoides normais, e que também não tem justificativa de ser aplicada em todos os ciclos na busca dos 8% de fragmentação de DNA aumentada entre homens com seminogramas normais. Espermatozoides com milhares de quebras, como aqueles que iniciaram a apoptose, não são compatíveis com qualquer atividade metabólica, não sendo possível sua reparação, não ocorrendo a descondensação e formação do pronúcleo (PN). Aqueles com menores danos, passíveis de reparação, ao fertilizarem, demoram para formar o PN dado o tempo necessário para os reparos, promovendo um assincronismo no desenvolvimento entre os PNs fem e masc, retardando a clivagem, e promovendo alterações morfológicas no embrião. Logo embriões fertilizados por espermatozoides com fragmentação do DNA, tem sua morfologia alterada não sendo selecionados para serem transferidos; por consequência a aplicação do IMSI não aumentaria efetivamente as taxas de gestação quando comparado com o ICSI ou FIV clássico. Eventos como o da SBRH, que aproximam os profissionais, são necessários pois facilitam a troca de experiências pessoais da prática diária, permitindo a obtenção de informações objetivas quanto à real aplicabilidade e validação de novas técnicas, como por exemplo o IMSI.



Um sucesso!
Jefferson Drezett

Não há exagero em afirmar que o XXV Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, realizado em São Paulo, foi um grande sucesso. Muitas foram as razões. Cuidadosa organização, conforto para os congressistas, participação dos melhores professores, momentos de confraternização. Os temas mais atuais da fertilização assistida foram tratados com notável responsabilidade e necessário aprofundamento, sem deixar de oferecer igual prioridade para outras temáticas fundamentais da reprodução humana. Mas cabe o oportuno reconhecimento aos congressistas que contribuíram com mais de cem temas livres, compartilhando suas experiências clínicas e acadêmicas. Esses trabalhos foram, inegavelmente, da melhor qualidade científica. Não por outro motivo, a Comissão Julgadora encontrou considerável dificuldade para selecionar os dez melhores pôsteres e, principalmente, os três primeiros colocados. A classificação final, para nossa surpresa, se deu por poucos décimos. Esse foi, certamente, um dos momentos mais emocionantes do Congresso. O Prêmio Vilmon de Freitas não apenas laureou esses trabalhos, mas fez saber o respeito e o reconhecimento da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e de seus associados ao saudoso Professor. Honrou-se sua memória, sua trajetória e seu exemplo.



Sexualidade e Infertilidade
Paulo Gallo de Sá

No período de 15 a 17 de novembro de 2012, no Centro de Convenções Frei Caneca, em São Paulo, ocorreu o 25º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana. O evento de altíssimo nível recebeu especialistas de todo Brasil para discutir os principais temas de saúde reprodutiva. Na manhã de sábado, 17/11/12, tive a honra de coordenar a mesa redonda de sexualidade e infertilidade, na qual as brilhantes doutoras, especialistas em sexualidade humana, discutiram os diversos aspectos nos quais a infertilidade e a sexualidade se inter-relacionam, muitas vezes se confundindo como causa e efeito nos transtornos reprodutivos de muitos casais. Diversas disfunções da sexualidade, tanto masculinas como femininas (vaginismo, impotência masculina, ejaculação precoce, entre outros) podem acarretar infertilidade conjugal. Por outro lado, a dificuldade reprodutiva pode gerar um ciclo vicioso, no qual a relação sexual pode se tornar um ato obrigatório e mecânico, com a finalidade meramente reprodutiva, ocasionando disfunções na esfera sexual do casal. Esses aspectos foram amplamente discutidos nessa mesa redonda:

- A Dra. Maria Cecília Rossi dissertou de forma clara e objetiva sobre os impactos da infertilidade na sexualidade do casal.
- A Dra. Glene Rodrigues Faria discutiu brilhantemente sobre as repercussões dos transtornos sexuais na infertilidade conjugal.
- A Dra. Carmita Helena Najjar Abdo nos apresentou de maneira didática como proceder a abordagem diagnóstica destes casais, o que investigar e como avaliar.
- A Dra. Maria Yolanda Makuch discutiu a conduta terapêutica, enfatizando a importância da abordagem e do atendimento multiprofissional.

Ao final da atividade, fomos brindados com uma magnífica discussão científica com a plateia e todos os palestrantes, na qual procurei dar minha humilde contribuição como especialista em reprodução assistida. Saí dessa mesa redonda, porém, com a convicção da importância da abordagem multidisciplinar desses casais e de que todos nós, ginecologistas e fertilistas, temos muito o que aprender com nossas colegas especialistas em sexologia, pois mais do que ajudar os casais a obter o sucesso reprodutivo, é nossa obrigação oferecer mecanismos para melhorar a qualidade de vida desses casais que receberão em seu seio o fruto de nosso trabalho, o tão desejado filho.

Intercâmbio de Conhecimento *César Eduardo Fernandes*

Foi um evento muito bem organizado, com excelente qualificação na frequência e com ambiente confortável que favoreceu ainda mais as discussões científicas. Como Presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, vejo como dever fundamental apoiar eventos de tal porte pela riqueza das discussões que possibilitou um intercâmbio de conhecimento e de altíssima relevância não só para o universo de Reprodução Humana, mas para as especialidades de Obstetrícia e Ginecologia que abordaram de maneira tão completa temas como o Planejamento Familiar e a Transição Menopáusicas.

Aproveito para parabenizar a toda a comissão organizadora e faço votos que as próximas edições sigam como referência a última edição do Congresso Brasileiro de Reprodução Humana.



Atualização em Estimulação Ovariana *João Pedro Junqueira Caetano*

Minha participação no 25º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana foi extremamente válida. O evento estava muito organizado e, em minha opinião, o ponto de grande destaque foi a grade científica, que refletiu a qualidade e o alto nível dos palestrantes.

Minha contribuição envolve a participação, no dia 15 de novembro, na Mesa Redonda "Atualização em Estimulação Ovariana", coordenada pelo Dr. Álvaro Petracco e que contou com a presença dos médicos Dr. Arivaldo José Conceição Meireles, Dr. Mário Approbato, Dr. Ricardo Luiz Razera Baruffi e Dra. Eleonora Bedin Pasqualotto. Na ocasião, proferi a palestra "Ainda há lugar para o bloqueio longo com agonistas do GnRH?", onde foi destacado que ainda há espaço para o uso de diferentes protocolos de indução ovariana.

No dia 16 de novembro, coordenei duas Mesas Redondas, "Compreendendo melhor o comportamento dos ovários" e "Dilemas no Laboratório de Reprodução Assistida", ressaltando temas de extrema relevância para nossa atividade diária.

Congelamento de Óvulos *Ricardo Marques Azambuja*

O congresso da SBRH 2012 estava muito bem organizado, em um local bem localizado no centro de São Paulo, com vários assuntos e tópicos atuais dentro da Reprodução Humana.

A minha participação científica além de termos três pôsteres aceitos para apresentação no congresso, consistiu em uma palestra sobre o congelamento de óvulos, e a coordenação de uma mesa redonda onde o tópico foi o cultivo embrionário.

Nesse primeiro dia de congresso durante o dia inteiro foram debatidas questões laboratoriais. Desde criopreservação embrionária, oocitária, espermática, até morfologia, cultivo embrionário e genética na reprodução humana. A sala sempre esteve lotada demonstrando o interesse dos associados e/ou participantes do congresso nesses assuntos. Desejamos boa sorte a essa nova diretoria que tomou posse no congresso e estaremos a disposição para ajudar no que for necessário para que os próximos congressos a serem realizados mantenham este alto nível de palestrantes convidados assim como os tópicos apresentados.





Harmonizar a relação conflituosa entre Direito e saúde é tarefa árdua *Cláudio Barros Leal Ribeiro*

Atualmente, na maioria dos eventos médicos, estão sendo abordadas as problemáticas referentes às tecnologias reprodutivas que requerem reflexão crítica, tais como a Ovodoação, Útero de Substituição, Casais Homoafetivos, e Reprodução Assistida POST MORTEM. Todos esses pontos aqui levantados merecem reflexão ética para que a aplicação de procedimentos em Reprodução Assistida e seus efeitos não contribuam para a violação de direitos humanos.

Os fatos que vêm ocorrendo no campo da Reprodução Humana são resultantes do desenvolvimento científico e tecnológico que sofreu mudanças significativas a partir do nascimento de Louise Brown, em 1978, o primeiro bebê de proveta do mundo

No Brasil, não existe ainda nenhuma legislação que regule os procedimentos de reprodução assistida.

Para uma lei ser publicada no Brasil é necessário um trâmite burocrático tão grande que faz com que, ao nascer, já seja considerada velha e ultrapassada, pois as evoluções sociais e tecnológicas não acompanham a morosidade da feitura das leis. O único documento era a Resolução 1358/923 do Conselho Federal de Medicina, que após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução CFM nº 1.957/2010, Publicada no D.O.U. de 06 de janeiro de 2011, Seção I, p.79, apesar de não ter força de lei, oferece as orientações éticas para utilização das novas tecnologias reprodutivas nas clínicas de fertilização. Ressaltando algumas informações sobre o que os médicos estão permitidos ou impedidos de fazer no uso das tecnologias reprodutivas.

A adoção de tecnologias biomédicas deve estar comprometida com a promoção da autonomia e liberdade das pessoas.

Deveremos levar em considerações os avanços da ciência, respeitando os pilares da Bioética, procurar o bem e evitar o mal, valorizando a autonomia e justiça. Com isso estaremos agindo com respeito e dignidade.

Galactorreia/Amenorreia *Angela Fonseca*

Parabéns aos colegas da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana pela trajetória na organização dessa Sociedade, enfrentando os altos e baixos encontrados durante esses anos. Sabemos que essa missão traz dificuldades e desafios, não obstante a retidão de um trabalho transparente feito com amor leva à certeza de honrar a cultura médica e a pesquisa.

Todo esse esforço culminou com o último Congresso de Reprodução Humana realizado em São Paulo em novembro de 2012, no qual tivemos a oportunidade de atualizar nossos conhecimentos e participar como ouvinte de várias apresentações e como Coordenadora da Mesa Redonda "Galactorreia/Amenorreia" onde foram abordados os fatores etiopatogênicos, o diagnóstico e o tratamento clínico dessa entidade por especialistas renomados; e, também como Presidente da Conferência "Gastroplastia redutora: repercussões hormonais e na anticoncepção" onde a conferencista relatou com brilhantismo todos os aspectos ligados a anticoncepção e a concepção de mulheres submetidas a essa intervenção cirúrgica.

Diríamos, mesmo, sem medo de incorrer em erro que com os meus agradecimentos vão também os agradecimentos de todos os participantes da Sociedade por esse evento.





Osteoporose e baixa massa óssea: Como selecionar pacientes para o tratamento medicamentoso para reduzir o risco de fraturas?

Luciano de Melo Pompei

A história da abordagem da osteoporose tem no advento da densitometria óssea um grande marco, pois até então, geralmente a osteoporose era diagnosticada pela ocorrência da fratura. O resultado desse exame permite classificar a densidade mineral óssea (DMO) em baixa massa óssea (osteopenia) ou osteoporose, mediante critério definido pela OMS. O estudo National Osteoporosis Risk Assessment (NORA) constituiu um segundo marco nessa história, pois demonstrou que fraturas por fragilidade ocorrem também em mulheres com osteopenia e até com massa óssea

normal. Isso é explicado pelo fato desse exame avaliar a quantidade óssea, responsável por cerca de 60% da resistência do tecido ósseo, porém, não avalia a qualidade do mesmo.

O estudo NORA também mostrou que tratar apenas quem tivesse osteoporose pela DMO não seria suficiente, pois somente 18% das pessoas que tiveram fratura nos 12 meses seguintes estavam nessa categoria.

Várias formas de se identificar pacientes que merecem tratamento têm sido buscadas e parece que a ferramenta FRAXTM, desenvolvida pela OMS, está mais próxima de propiciar uma seleção apropriada. Esta ferramenta leva em conta sexo, idade, índice de massa corpórea, antecedente de fratura, fratura de quadril no pai ou mãe, uso de glicocorticoides, presença de artrite reumatoide, alcoolismo, tabagismo, DMO (pela densitometria) e outros. Um ponto importante, é que o FRAXTM deve ser validado para cada país e, no presente momento, ainda não foi validado para a população brasileira. Na verdade o FRAXTM não seleciona pacientes para o tratamento, apenas indica qual a chance de um indivíduo apresentar fratura por fragilidade nos próximos 10 anos. Cada diretriz nacional deve definir a partir de qual risco atribuído pelo FRAXTM, quando disponível, o tratamento medicamentoso deve ser recomendado. Esse nível varia conforme características populacionais específicas, custos de tratamento e da abordagem de suas complicações, custos envolvidos na terapêutica das fraturas osteoporóticas, além, é claro, da eficácia e tolerabilidade dos tratamentos disponíveis e das outras necessidades de saúde coletiva porventura existentes em cada localidade.

Diversos países já levam em conta os resultados do FRAXTM para indicar o tratamento, mas isso, lamentavelmente, ainda não pode ser feito Brasil. Pode-se dizer que quem já apresentou fratura por fragilidade óssea em quadril ou vértebra apresenta a doença osteoporose e merece tratamento, independentemente da DMO. Se a fratura for de outro sítio e a DMO for de osteopenia, o tratamento também deve ser indicado. Outra situação que indica tratamento é quando o T-score da DMO de quadril ou vertebral for de -2,5 ou abaixo. Na faixa de osteopenia (T-score entre -1,0 e -2,5), a indicação de tratamento merece ser decidida mediante a análise de outros fatores de risco.



Parabéns a SBRH

Claudete Reggiani

O Congresso Brasileiro de Reprodução Humana foi um grande sucesso, em todos os aspectos, principalmente no científico e social. Parabéns ao Presidente e à equipe organizadora. Participaram mais de 1000 congressistas unindo aqueles profissionais mais experientes com os mais jovens que estão iniciando a profissão.

Os temas foram variados abrangendo os aspectos de anticoncepção, infertilidade e sexualidade humana. Os avanços nas áreas provocaram debates e discussões o que foi extremamente positivo para a introdução das inovações científicas.

Também tivemos o privilégio de ver mais uma mulher assumir a Presidência da SBRH. Sucesso Mariângela Badalotti!

A todos um 2013 de muitas alegrias e já se programem para o próximo Congresso Brasileiro de Reprodução Humana em 2014.



Veredito para a Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO):
Gilberto da Costa Freitas

Particpei no dia 15/11 de uma Mesa Redonda intitulada, Veredito para a Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO): Condenada a desaparecer?

Nessa oportunidade ministrei uma das Aulas intitulada, Desencadeamento da Ovulação com análogos agonistas do GnRH: Como fazer? Como suplementar a fase lútea?

Assunto discutido exaustivamente no congresso por tratar-se de um grande avanço importante na prevenção da mais grave complicação em reprodução assistida. Também nessa mesa redonda abordamos temas como o impacto dessa síndrome nas técnicas de reprodução assistida, fatores de risco e o tratamento da síndrome já instalada. Ao final dessa discussão, chegamos à conclusão que hoje é possível evitar totalmente a síndrome do hiperestímulo ovariano associando na maturação final do estímulo ovariano os agonistas do GnRH em substituição ao hCG.

Nesse mesmo dia atuei como presidente da conferência intitulada Repetidas Falhas de Implantação proferida pelo Prof. Enesto Bosh. Ocasião em que o Prof. Bosh foi bastante claro na sua apresentação no que se refere as dificuldades para que façamos esse diagnóstico. Ressaltou o Prof. que dos muitos casos descritos como falha de implantação, tratar-se na verdade em falhas do tratamento, que são situações totalmente distintas.

Referência em Congressos da área médica
Waldemar Naves do Amaral

Se pudéssemos traduzir o XXV Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, liderado pelo colega Artur Dzik em uma única palavra seria: Excelência.

Essa afirmação se dá não somente por toda organização e alto nível mantido ao longo de todo o evento, mas fundamentalmente pela seriedade em que foram promovidos, destacados e cumpridos os princípios básicos e essenciais da nossa SBRH.

Foi notória a atualização e a reciclagem dos profissionais da área, além do intercâmbio científico-cultural entre participantes;

O estímulo ao estudo e à pesquisa entre os especialistas nacionais na área da reprodução humana foi concretizado através do altíssimo nível dos trabalhos apresentados;

O assessoramento aos membros da SBRH para assuntos técnicos, éticos e legais na prática da reprodução humana foram consagrados pela participação do CFM e AMB onde foram devidamente alinhadas as práticas éticas de reprodução humana a serem aplicadas em todo o território brasileiro.

Além disso, não podemos deixar de destacar o clima de amizade, entrosamento entre todos os participantes do congresso e o reconhecimento a todos os colegas que vêm construindo para história da reprodução humana brasileira e, que definitivamente, vêm contribuindo para a saúde da mulher brasileira.



PRÊMIO VILMON DE FREITAS

SUBMETIDOS: 113 TRABALHOS

APROVADOS E PUBLICADOS: 99 TRABALHOS

PRÊMIO VILMON FREITAS

PRIMEIRO LUGAR: PO 076

Tema: PRODUÇÃO DE OÓCITOS EM MAMÍFEROS ADULTOS O CAMUNDONGO COMO MODELO

Autor e Co-Autores: Daniel Blasioli Dentillo; Alfredo Ribeiro da Silva; Sérgio Britto Garcia; Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva; Marcos Felipe Silva de Sá.

SEGUNDO LUGAR: PO 088

Tema: ESTUDO DO LIPIDOMA DO OÓCITO POR MALDI-MS: OÓCITOS MATURADOS IN VITRO COM CUMULUS OOPHORUS APRESENTAM MAIOR ABUNDÂNCIA DE FOSFOLÍPIDIOS POLIINSATURADOS

Autor e Co-Autores: Alessandra Aparecida Vireque, Caroline Palmieri Pitangui, Vanessa Gonçalves Santos, Marco Nogueira Eberlin, Marcos Felipe Silva de Sa, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva.

TERCEIRO LUGAR: PO 022

Tema: VARIANTES DO GENE FSHR EM MULHERES INFÉRTEIS E SUA CORRELAÇÃO COM RESULTADOS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Autor e Co-Autores: Camila Trevisan; Carla Peluso; Denise Christofolini; Bianca Bianco; Caio Parente Barbosa.



PRÊMIO CAMPOS DA PAZ

Melhor pôster apresentado

PÔSTER: 086

Tema: CULTURA DE CÉLULAS DA GRANULOSA HUMANAS COM FENÓTIPO DE FASE FOLICULAR: INFLUÊNCIA DO SISTEMA QUIMICAMENTE DEFINIDO NA MORFOLOGIA, ULTRAESTRUTURA, SECREÇÃO DE ESTEROIDES E RELAXINA

Autor e Co-Autores: Alessandra Aparecida Vireque, Jacira Ribeiro Campos, Carolina Oliveira Campos, Marcelo PicininBernuci, Rui Alberto Ferriani, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Marcos Felipe Silva de Sá.



Vencedora do Prêmio Campos da Paz
Alessandra Vireque

Concorrer ao Prêmio Campos da Paz foi emocionante! O método de cultivar células da granulosa obtidas em ciclos de FIV, em meio quimicamente definido, foi tema do meu projeto de pós-doutorado, coordenado pela Profa. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva. Nosso objetivo foi reverter o processo de luteinização induzido pelo hCG durante a HOC e obter culturas com produção endócrina característica de fase folicular, capazes de atuar como células "feeder" em protocolos de MIV. Atualmente, investigamos a expressão de genes reguladores da esteroidogênese e aplicação de co-cultivo para MIV. O Prêmio Campos da Paz representou um marco na minha carreira científica. É uma conquista que remete aos desafios superados, ao aprendizado e às pessoas importantes com as quais tive a oportunidade de conviver e trabalhar nesse projeto como o Prof. Rui Ferriani, Prof. Marcos Felipe, Profa. Ana Carolina, Jacira Campos, Carolina Campos e Marcelo Bernuci. Agradeço a Deus, a todos vocês e ao Dr. Artur Dzik pela belíssima oportunidade de divulgar nosso trabalho em um fórum tão importante como o congresso da SBRH! Transcrevendo Einstein da Revista Fapesp, em texto sobre Ciência e Inovação: "A coisa mais bonita que se pode experimentar é o mistério. Ele é a fonte da arte verdadeira e de toda a ciência, e aquele para o qual essa emoção é estranha, que não pode mais pausar para refletir e ficar assombrado com ela, está morto, seus olhos estão fechados".



FERRING

O ELO ENTRE O SONHO E A REALIDADE.

Estamos juntos com você nesta caminhada rumo à fertilidade. Além da alta tecnologia em medicamentos para reprodução humana, buscamos trabalhar em parceria com as necessidades dos médicos, proporcionando educação médica continuada de qualidade.

Saiba mais: www.iffs-uit.com

reprodução
Humana

FERRING

FALEFERRING
0800 772 4656

Laboratórios Ferring - Brasil
Pça. São Marcos, 624 - 1º andar
05455-050 - São Paulo - Brasil
PABX - 55 11 3024.7500
sacbr@ferring.com

Cód. MENAN1201 - Ago/2012

Material de uso exclusivo à Classe Médica.

FERRING
PHARMACEUTICALS