

## Comunicações Livres

**CL1.1 – RASTREIO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS: APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE AVALIAÇÃO DOPPLER NO 1<sup>o</sup> TRIMESTRE**

Ana Raquel Neves<sup>1</sup>; Andreia Gaspar<sup>1</sup>; Elsa Nunes<sup>2</sup>; Sílvia Sousa<sup>3</sup>; Luís Abreu<sup>1</sup>; Eulália Galhano<sup>1</sup>; Eduardo Castela<sup>4</sup>; Miguel Branco<sup>1</sup>

1. Serviço de Obstetrícia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

2. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Castelo Branco

3. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Leiria, Leiria

4. Serviço de Cardiologia Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

**Introdução:** A avaliação cardíaca entre as 18-22 semanas é o *gold standard* no rastreio de cardiopatias congénitas (CC). Porém, um diagnóstico mais precoce permitiria otimizar o aconselhamento parental. Marcadores ecográficos como translucência da nuca (TN) >P95, fluxo anormal do ducto venoso (FADV) e regurgitação tricúspide (RT) suscitaram interesse pelo rastreio precoce. No entanto, as taxas de deteção são modestas. Recentemente, a avaliação cardíaca entre as 11-13 semanas tem sido indicada como alternativa no rastreio de CC.

**Objetivos:** Avaliar a utilidade da avaliação cardíaca fetal com Eco-Doppler a cores entre as 11-13 semanas (eco-Doppler 1T) no diagnóstico de CC; determinar a relação entre os achados e marcadores ecográficos de cardiopatias.

**Metodologia:** Estudo prospetivo multicêntrico realizado num período de 14 meses. Avaliação ecográfica fetal realizada segundo normas da ISUOG. Avaliação da TN, ducto venoso e RT. Aplicação de um protocolo de eco-Doppler 1T com análise do *situs*, plano 4 câmaras e 3 vasos. Reavaliação às 20-22 semanas, 30-32 semanas e período neonatal precoce. Critérios de exclusão: Gravidez gemelar, exame inadequado, perda de vigilância.

**Resultados e Conclusões:** Foram incluídas 631 grávidas com idade média 31,7 (17,0-46,0) anos e idade gestacional média da primeira avaliação 12,6 semanas. A taxa de positividade de eco-Doppler 1T, TN>95, FADV e RT foi, respectivamente, 0,8% (5/631), 5,4% (34/631), 1,6% (10/631) e 0,2% (1/631). No total da amostra foram diagnosticados 6 casos de cardiopatia

*major*, dos quais 83,3% (5/6) apresentavam eco-Doppler 1T suspeito/patológico, 50% (3/6) TN>P95, 33% (2/6) FADV e nenhum apresentava RT. Obtiveram-se dois casos de vigilância discordante com Doppler 1T normal: estenose aórtica severa e arco aórtico direito diagnosticados no 2<sup>o</sup> trimestre.

Na nossa amostra, o eco-Doppler 1T foi superior no rastreio de CC, com confirmação de achados patológicos em todos os casos positivos. A sua eficácia e fácil execução tornam este exame promissor no rastreio precoce de CC.

**Palavras-chave:** Diagnóstico pré-natal, cardiopatias congénitas, ecografia obstétrica 1<sup>o</sup> trimestre, doppler.

**CL1.2 – GANHO PONDERAL EXCESSIVO NA GRAVIDEZ: PIOR DESFECHO OBSTÉTRICO?**

Maria João Fonseca<sup>1</sup>; Marta Pinto<sup>1</sup>; Francisco Évora<sup>1</sup>; Inês Marques<sup>1</sup>; Jorge Couceiro<sup>1</sup>; Maria do Céu Almeida<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Obstetrícia B, Coimbra

**Introdução:** A diabetes gestacional (DG) complica 2 a 9% das gravidezes, acarretando uma morbilidade materna e neonatal significativa. O *Institute of Medicine* (IOM) publicou em 2009 recomendações para ganho ponderal durante a gravidez, com base no índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico. Porém, a aplicabilidade destas recomendações à DG ainda é incerta. **Objetivos:** Avaliar o impacto prognóstico do ganho ponderal durante a gravidez em mulheres com diabetes gestacional (DG).

**Metodologia:** Estudo retrospectivo de 573 grávidas com DG, num período de 4 anos consecutivos (2012 a 2015). Avaliadas características demográficas, complicações maternas, fetais e neonatais. Definido ganho ponderal segundo as recomendações do IOM.

**Resultados e Conclusões:** A idade média foi de 33±5 anos, com IMC médio de 26,7±5 Kg/m<sup>2</sup>. 42,9% apresentava IMC ≥ 25 Kg/m<sup>2</sup> prévio à gravidez. O diagnóstico de DG foi feito no 1<sup>o</sup> trimestre em 31,9% dos casos. 37% das grávidas foram medicadas com insulina e 3% com metformina.

O ganho ponderal médio no decorrer da gravidez foi de 10±6 Kg. Verificou-se um ganho ponderal excessivo em 22,3% das grávidas com peso normal, 27,9% e 35,4% nas grávidas com excesso de peso e obesidade,

respetivamente ( $p < 0,05$ ). O ganho ponderal excessivo associou-se a aumento de risco de pré-eclâmpsia [OR 3,4 (IC 1,05-10,8),  $p = 0,04$ ], macrossomia fetal [OR 3,6 (IC 1,6-8,1),  $p = 0,002$ ], de recém-nascidos grandes para a idade gestacional [OR 3,6 (IC 1,5-8,4),  $p = 0,003$ ], e de hipoglicémia neonatal [OR 2,2 (IC 1,2-3,9)] mesmo após ajuste para IMC.

Este trabalho permite-nos concluir que o ganho ponderal excessivo na diabetes gestacional, mesmo em mulheres com IMC normal, contribui para o aumento de morbidade materna e neonatal. Assim, a implementação de medidas dietéticas e controlo rigoroso do ganho ponderal, poderá estar associado a um melhor desfecho obstétrico neste grupo de risco.

### CL1.3 – PREDITORES DE FALÊNCIA DA TERAPÊUTICA COM METFORMINA NA DIABETES GESTACIONAL

Inês Gante<sup>1</sup>; Luís Melo<sup>2</sup>; Sandra Paiva<sup>3,4</sup>; Luísa Ruas<sup>3,4</sup>; Maria do Céu Almeida<sup>1,4</sup>

1. Serviço de Obstetria-B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra

2. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra

3. Serviço de Endocrinologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

4. Grupo de Estudo de Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia

**Introdução:** A metformina pode ser considerada como tratamento farmacológico de primeira linha na Diabetes Gestacional (DG) devido à sua segurança e eficácia. No entanto, algumas grávidas não atingem controlo glicémico adequado com a metformina em monoterapia, sendo necessária a suplementação com insulina.

**Objectivos:** Identificação dos fatores preditores de falência do tratamento com metformina em monoterapia e avaliação do impacto da necessidade de suplementação com insulina.

**Metodologia:** Estudo de coorte, retrospectivo, multicêntrico de grávidas com DG que iniciaram metformina como primeira linha de terapêutica farmacológica. Os dados foram obtidos através do Registo Nacional de Diabetes Gestacional, do Grupo de Estudos Diabetes e Gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. A amostra foi dividida em 2 grupos: metformina em monoterapia *versus* metformina e insulina. Foram analisados dados biométricos, demográficos, controlo glicémico e desfechos obstétricos, neonatais e pós-parto para comparação entre os 2 grupos e identificação dos fatores preditores de falência da metformina em monoterapia. A análise foi realizada

com o STATA versão 13.1.

**Resultados e Conclusões:** Das 388 grávidas com DG que iniciaram metformina como primeira linha de terapêutica farmacológica, 34,8% ( $n = 135$ ) não atingiram o controlo glicémico adequado com metformina em monoterapia, necessitando de suplementação com insulina. Maior idade materna [1,09 (1,02-1,16),  $p = 0,013$ ], maior índice de massa corporal inicial [1,05 (1,01-1,11),  $p = 0,034$ ], mais precoce introdução da metformina [0,92 (0,86-0,98),  $p = 0,010$ ] e maiores valores de HbA1c no 3º trimestre [2,32 (1,13-4,72),  $p = 0,021$ ] foram fatores preditores independentes de falência da metformina em monoterapia. De todos os desfechos analisados, apenas a taxa de cesarianas e os valores de glicemias pós-parto foram estatisticamente superiores no grupo que requereu suplementação com insulina. A suplementação com insulina não mostrou estar associada a piores desfechos neonatais.

**Palavras-chave:** Diabetes gestacional, metformina, insulina.

### CL1.4 – VIA DE PARTO NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA – UM DILEMA OBSTÉTRICO

Vera Trocado<sup>1,2</sup>; Vanessa da Mota<sup>2</sup>; Paula Pinheiro<sup>1</sup>; Isabel Reis<sup>3</sup>; Cristina Nogueira-Silva<sup>2,3</sup>

1. Serviço de Ginecologia e Obstetria. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal

2. Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga

3. Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital de Braga, Braga

**Introdução:** A decisão da via de parto perante uma apresentação pélvica é um dos tópicos mais controversos na obstetria atual.

**Objectivos:** Criar um modelo preditivo para parto pélvico vaginal (PPV) em gestações unifetais.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo, baseado na consulta dos processos clínicos de grávidas com gestação unifetal em apresentação pélvica, cujo parto ocorreu durante o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015 no Hospital de Braga (HB) e na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Foram excluídas nulíparas, grávidas com cesariana anterior, apresentação pélvica modo pés, morte fetal, patologia materna, patologia própria da gravidez ou fetal que contraindica o parto vaginal. Os potenciais preditores de PPV foram analisados através de uma regressão logística binária. A capacidade discriminativa do modelo foi avaliada através de uma curva ROC. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS®.

**Resultados e Conclusões:** Um total de 92 PPV e 167 cesarianas por apresentação pélvica foram incluídos. O modelo obtido é composto por 6 variáveis: idade materna, número de partos prévios, percentil de peso fetal estimado (PFE), peso do maior recém-nascido anterior, índice de Bishop e género do feto. A área abaixo da curva foi de 0,83, correspondendo a uma boa capacidade discriminativa. A taxa total de acertos do modelo foi de 76,4%, assumindo como ponto de corte uma probabilidade de PPV de 50,3%.

Foi desenvolvido um modelo preditivo que, após validação, poderá ser utilizado como ferramenta de apoio na decisão personalizada da via de parto em grávidas com gestações unifetais em apresentação pélvica, sem história de cesariana anterior e sem outras contra-indicações para o parto vaginal.

**Palavras-chave:** Parto pélvico.

### CL1.5 – VIA DE PARTO NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA A TERMO: A REALIDADE EM PORTUGAL

Vera Trocado<sup>1,2</sup>; Vanessa da Mota<sup>2</sup>;

Cristina Nogueira-Silva<sup>2,3</sup>

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

2. Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga

3. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital de Braga, Braga

**Introdução:** A decisão da via de parto perante uma apresentação pélvica é um dos tópicos mais controversos da obstetrícia contemporânea.

**Objetivos:** Descrever a orientação da via de parto em situações de apresentação pélvica a termo, nos hospitais públicos portugueses.

**Metodologia:** Foram contactados os diretores dos serviços de Ginecologia e Obstetrícia de todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), inicialmente via *e-mail* e posteriormente via telefónica, pedindo a sua colaboração no preenchimento de um questionário *online* (*Google Forms*), que incluiu 10 questões sobre a decisão da via de parto na apresentação pélvica.

**Resultados e Conclusões** Foram obtidas 27 respostas, de um total de 44 hospitais do SNS (61,4%). Quando questionados sobre a decisão da via de parto em situações de apresentação pélvica a termo, em grávida com parto vaginal anterior, 51,9% dos diretores de serviço afirmam que o parto pélvico vaginal (PPV) não é uma opção no seu serviço. Nos serviços onde o PPV é uma opção, a grande maioria (71,4%) afirma realizar menos de 10 PPV por ano em gestações uni-

fetais. Nos hospitais cujo PPV não é uma opção, a principal razão reportada foi o maior número de complicações associadas ao PPV comparativamente à cesariana. De uma forma unânime, os profissionais questionados referem que o receio de enfrentar um processo litigioso condiciona o obstetra, favorecendo a prática da cesariana eletiva. 55,6% é da opinião que a preferência materna pela cesariana não é um dos principais fatores responsáveis pelo grande número de cesarianas associadas à apresentação pélvica.

Em Portugal, à semelhança da tendência europeia, a maioria dos hospitais não contempla o PPV como uma opção na via de parto de gestações unifetais em apresentação pélvica. Vários trabalhos, têm vindo a demonstrar que em casos devidamente selecionados, o PPV constitui uma opção segura. Urge um debate nacional sobre o tema.

**Palavras-chave:** Parto pélvico.

### CL1.6 – AVALIAÇÃO DE UM PAINEL DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NUMA POPULAÇÃO OBSTÉTRICA – ESTUDO COMPARATIVO COM GRUPO CONTROLO E ASSOCIAÇÃO COM DESFECHOS OBSTÉTRICOS

Alexandra Miranda<sup>1,2,3</sup>; Luísa Cardoso<sup>1</sup>;

Lucília Araújo<sup>1</sup>; Cardoso Ricardo<sup>1</sup>; Isabel Reis<sup>1</sup>;

Tiago Gil Oliveira<sup>2,3,4</sup>; Daniela Barros<sup>2</sup>

1. Serviço de Ginecologia Obstetrícia, Hospital de Braga

2. Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga

3. ICVS/3B's – Laboratório Associado, Braga

4. Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Braga, Braga

**Introdução:** O síndrome antifosfolípido (SAF) é uma doença auto-imune caracterizada clinicamente por eventos trombóticos e/ou morbidade obstétrica. A associação de, pelo menos, um critério clínico e um laboratorial determina o diagnóstico. Dos testes laboratoriais clássicos de SAF, apenas o anticorpo anticardiolipina pode ser considerado um verdadeiro anticorpo antifosfolípido.

**Objetivos:** Pretendemos neste estudo identificar um painel destes anticorpos através da análise *"multi-line dot assay"* (MLDA) numa população obstétrica com critérios clínicos de SAF e de controlos com idade e sexo correspondentes.

**Metodologia:** Realizámos um estudo prospetivo no qual foram colhidas amostras sanguíneas de 30 pacientes e 30 controlos. Para a deteção de anticorpos antifosfolípidos foi utilizada a análise MLDA. Posteriormente, foi comparada a presença destes anticorpos nos dois grupos em estudo, bem como a associação en-

tre a presença de anticorpos antifosfolípidos e os desfechos obstétricos no grupo de pacientes. Consideramos significância estatística para  $p < 0,05$ .

**Resultados e Conclusões:** Cerca de 87% das pacientes ( $n=26$ ) apresentaram, pelo menos, um anticorpo detetado na análise MLDA. Quando comparado com o grupo controlo, o grupo de pacientes demonstrou uma frequência significativamente mais elevada de anticorpos anti-cardiolipina (anti-CL) (36,7% ( $n=11$ ),  $p=0,002$ ), anti-acido fosfatidico (23,3% ( $n=7$ ),  $p=0,011$ ), anti-fosfatidilserina (anti-PS) (23,3% ( $n=7$ ),  $p=0,011$ ), anti-anexina V (60% ( $n=18$ ),  $p < 0,001$ ), anti-beta2-glicoproteína I (anti-2GPI) (23,3% ( $n=7$ ),  $p=0,011$ ) e anti-protrombina (36,7% ( $n=11$ ),  $p=0,002$ ). Encontrou-se uma associação significativa entre a presença de morte fetal e existência de anticorpos anti-PS ( $p=0,003$ ) e a associação anti-CL+anti-2GPI+anti-PS ( $p=0,005$ ).

Pacientes com critérios clínicos de SAF, sobretudo se seronegativos, podem beneficiar da avaliação de um painel alargado de anticorpos antifosfolípidos. Os resultados do presente estudo sugerem uma presença significativamente mais alta dos diferentes anticorpos antifosfolípidos em doentes com critérios clínicos de SAF, relativamente aos controlos. Considerando os achados, os anticorpos anti-PS demonstraram ser o biomarcador mais útil associado a morte fetal. A análise por MLDA poderá levar a identificação de novos biomarcadores de diagnóstico e prognóstico da doença.

**Palavras-chave:** Síndrome antifosfolípido, MLDA, anti-fosfatidilserina.

## CL2.1 – CRIAÇÃO DE NEOVAGINA PELA TÉCNICA DE VECCHIETTI MODIFICADA - RESULTADOS ANATÓMICOS E FUNCIONAIS

Simone Subtil<sup>1</sup>; Sara Campos<sup>1</sup>; Eduardo Baptista<sup>1</sup>; Carlos Nobre<sup>1</sup>; Giselda Carvalho<sup>1</sup>; Fernanda Águas<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

**Introdução:** A aplasia vaginal congénita, parte integrante da síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) e da síndrome de insensibilidade completa aos androgénios (SICA), constitui um obstáculo a uma vida sexual ativa. Apesar de estarem descritos vários métodos de correção, a criação de neovagina pela técnica de Vecchietti modificada surge como uma opção minimamente invasiva, segura e eficaz.

**Objectivos:** Análise retrospectiva das características e resultados pós-operatórios de mulheres submetidas a criação de neovagina pela técnica de Vecchietti modificada.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de 13 mulheres submetidas à técnica de Vecchietti modificada no Serviço de Ginecologia A do CHUC (2006 a 2017). A análise estatística foi realizada através do SPSS 22.0 ( $p < 0,05$ ).

**Resultados e Conclusões:** A síndrome de MRKH foi a patologia de base em 92,3% ( $n=12$ ) dos casos, tendo sido registado apenas um caso com o diagnóstico de SICA (7,7%). A idade média aquando do diagnóstico foi  $18,9 \pm 4,1$  [15-31] anos (excluído o caso de SICA, cujo diagnóstico foi realizado à nascença). A idade média à data da cirurgia foi  $23,1 \pm 6,9$  [17-36] anos. O comprimento pré-operatório médio da vagina era  $2,2 \pm 1,4$  [0,5-4,5] cm. O tempo operatório médio foi  $95 \pm 40,1$  [40-195] minutos, sendo que no período pós-operatório as doentes estiveram internadas em média  $8,2 \pm 1,3$  [7-12] dias. Não foram relatadas complicações intra ou pós-operatórias. O comprimento vaginal atingido no período pós-operatório foi em média  $7,8 \pm 1,1$  [6-10] cm. A aplicação do questionário *Female Sexual Function Index* (efetuado em 11 doentes) mostrou não haver diferença estatisticamente significativa no que diz respeito ao nível de desejo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor nas mulheres submetidas à criação de neovagina, quando comparadas com um grupo de controlo de mulheres sem anomalias congénitas ( $p=n.s$ ). Apenas o nível de excitação foi diferente entre os dois grupos (4,25 vs. 5,2,  $p < 0,05$ ).

A criação de neovagina pela técnica de Vecchietti modificada é um procedimento minimamente invasivo e seguro que proporciona resultados anatómicos e funcionais globalmente satisfatórios.

**Palavras-chave:** Vecchietti.

## CL2.2 – COLPOCITOLOGIA CONVENCIONAL, TESTE HPV-AR E DUPLA MARCAÇÃO P16/KI-67. ANÁLISE COMPARATIVA DA PERFORMANCE NA IDENTIFICAÇÃO DE CIN 2+ NUMA POPULAÇÃO REFERENCIADA À COLPOSCOPIA

Helena Higgs<sup>1</sup>; Ana Cristina Vaz<sup>1</sup>; Teresa Fraga<sup>1</sup>; Conceição Telhado<sup>1</sup>

1. Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Introdução:** Não existe até ao momento teste ideal no rastreio do cancro do colo de útero. A procura de melhor performance resultou na citologia com dupla marcação p16/Ki-67 (C-p16/Ki67) anunciada como um teste de elevada sensibilidade e especificidade para qualquer faixa etária.

**Objectivos:** Pretende-se avaliar a performance clini-



ca do c-p16|Ki67 na identificação do CIN 2+, comparativamente ao Pap-teste, ao test HPV-AR e à colposcopia verificando-se o seu papel no rastreio e a sua utilidade numa Unidade de Colposcopia.

**Metodologia:** Analisaram-se 60 casos de c-p16|Ki67 solicitados numa população referenciada à colposcopia durante 2016, aferindo-se a sua indicação. Em todos os casos obteve-se Pap-teste e COBAS, obrigando-se biopsia para colposcopias Grau1+. A performance foi estratificada por idade e histologia e comparada entre si. Estuda-se correlação de exames colposcopicos-histológicos por biopsia discordantes aferindo a contribuição da c-p16|Ki67 no diagnóstico final.

**Resultados e Conclusões:** Para uma prevalência de CIN 2+ de 7,5 % a c-p16|Ki67, o Pap-teste e o COBAS tiveram uma positividade de 26 %, 37 % e 78% a par de uma sensibilidade de 100%, 75% e 100%, uma especificidade de 79,5 %, 65% e 22,4 % . Os resultados foram equivalentes acima e abaixo dos 30 anos para a c-p16|Ki67. Na associação colposcopia Grau 2 e c-p16|Ki67 positiva o diagnóstico final foi 100% CIN 2+. Conclui-se que a c-p16|ki67 obteve uma muito boa performance apresentando uma sensibilidade equiparada ao teste HPV-AR e uma especificidade superior ao Pap teste na identificação de CIN 2+ o que poderá vir a ser importante em organigramas de rastreio e perante discordâncias na colposcopia.

**Palavras-chave:** p16|Ki67, rastreio, cancro colo útero.

### CL2.3 – AVALIAÇÃO DE CARCINOMAS METÁCRONOS DA MAMA E DO ENDOMÉTRIO

Catarina Policiano<sup>1</sup>; Saudade André<sup>2,3</sup>; Ana Félix<sup>2,3</sup>

1. Departamento de Ginecologia-Obstetria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Lisboa

2. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa

3. CEDOC, Nova Medical School Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

**Introdução:** O intervalo de tempo entre o diagnóstico de tumores da mama (TM) e do endométrio (TE) não está totalmente estabelecido nas mulheres com tumores primários metácronos.

**Objectivos:** O nosso objectivo foi a avaliação deste intervalo e de factores clínicos associados a estas neoplasias.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo através da recolha de dados clínicos para comparar o perfil clínico das doentes com tumores metácronos da mama e endométrio. Incluímos todas as doentes diagnosticados no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil entre 1984 e 2016. As doentes foram divididas em dois grupos: grupo 1, doentes com TM como 1º tumor (n = 85) e grupo 2 com TE como 1º tumor

(n = 37). O seguimento foi calculado sobre a data da primeira neoplasia.

**Resultados e Conclusões:** O intervalo médio entre as duas neoplasias foi semelhante nos dois grupos (93 vs 87 meses,  $p = 0,74$ , para o grupo 1 e 2, respectivamente). Para um seguimento médio semelhante nos dois grupos (153 vs 148 meses,  $p = 0,82$ ), o grupo 1 teve maior taxa de metastização (30/85 vs 6/37,  $p = 0,03$ ) e maior taxa de mortalidade atribuível à patologia neoplásica (32/85 vs 7/37,  $p = 0,04$ ) em comparação com o grupo 2. As doentes do grupo 2 registaram, marginalmente, idade superior para pós-menopausa (51 vs 49 anos,  $p = 0,05$ ) e maior duração da idade reprodutiva (39 vs 36 anos,  $p = 0,05$ ). Encontrámos um estágio mais avançado nos tumores metácronos localizados na mama ( $p < 0,023$ ) quer seja como primeiro ou segundo tumor.

Em conclusão, a nossa série apresenta um intervalo médio entre o diagnóstico de TM e TE de aproximadamente 7,5 anos. As doentes com TM como primeira neoplasia apresentaram maior taxa de metastização e mortalidade atribuível à neoplasia do que as doentes com TE como primeiro diagnóstico.

**Palavras-chave:** Tumores metácronos, mama e endométrio.

### CL2.4 – CORRELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL ATÍPICA E ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA PEÇA DE HISTERECTOMIA

Filipa de Castro Coelho<sup>1</sup>; Sara Câmara<sup>1</sup>; Filipa Reis<sup>1</sup>; Cristina Pestana<sup>1</sup>; Carlos Macedo<sup>1</sup>; Hugo Gaspar<sup>1</sup>; Lília Remesso<sup>1</sup>; Manuel Pontes<sup>1</sup>

1. Hospital Dr. Nélio Mendonça – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM), E.P.E., Funchal

**Introdução:** A coexistência de carcinoma do endométrio (CE) em mulheres diagnosticadas com hiperplasia endometrial atípica (HEA) pré-operatoriamente foi demonstrada em vários estudos, mas a prevalência reportada é muito variável.

**Objectivos:** 1) Estudar a prevalência de CE subdiagnosticado nas mulheres com diagnóstico pré-operatório de HEA e 2) correlacionar com parâmetros demográficos – idade, paridade – e clínicos – *status* pós-menopausa, IMC, HTA, DM e hemorragia uterina anómala (HUA).

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos processos das mulheres diagnosticadas com HEA submetidas a trata-

mento cirúrgico, entre Julho/2014-Dezembro/2016 (30 meses). Todas as biópsias do endométrio realizaram-se via histeroscópica, por instrumentação mecânica. No estudo anatomopatológico, aplicaram-se critérios histológicos da OMS(2014) e normas de estadiamento da FIGO(2009). O *outcome* primário foi o diagnóstico anatomopatológico pré e pós-operatório. Os *outcomes* secundários foram a correlação com a idade, paridade, *status* pós-menopausa, IMC, HTA, DM e HUA.

**Resultados e Conclusões:** Das 22 mulheres com diagnóstico pré-operatório de HEA, confirmou-se o diagnóstico em 5/22 (22,7%) e estabeleceu-se o diagnóstico pós-operatório de CE na peça de histerectomia em 17/22 doentes (77,3%) – Tipo 1/adenocarcinoma endometriode em 15/22 (68,2%) e Tipo 2/não endometriode em 2/22 (9,1%). Dentro do grupo dos adenocarcinomas endometrioides, 73,3% tinham Grau de diferenciação 1 e 26,7% eram Grau 2. 22,7% (5/22) das mulheres diagnosticadas pré-operatoriamente com HEA tiveram diagnóstico definitivo de CE Estadio IB – 4 foram referenciadas *ab initium* para a equipa de ginecologia oncológica após os achados francamente sugestivos de carcinoma na histeroscopia diagnóstica e apenas 1 doente foi submetida a linfadenectomia num segundo tempo operatório. Não se verificou nenhuma comparação significativa entre o grupo CE e o grupo HEA, quanto à idade ( $p=0,72$ ), paridade ( $p=1,00$ ), *status* pós-menopausa ( $p=0,41$ ), IMC ( $p=0,08$ ), HTA ( $p=0,68$ ), DM ( $p=0,12$ ) ou HUA ( $p=0,12$ ).

Obteve-se fraca concordância entre os diagnósticos anatomopatológicos do pré-operatório e o da peça de histerectomia neste grupo de mulheres. Cerca de  $\frac{3}{4}$  das mulheres diagnosticadas pré-operatoriamente com HEA, foram diagnosticadas com CE na peça de histerectomia e deste grupo necessitou de estadiamento cirúrgico completo.

**Palavras-chave:** Hiperplasia endometrial atípica, carcinoma do endométrio, biópsia do endométrio, histerectomia.

## CL2.5 – COMPARAÇÃO DE TUMORES SÍNCRONOS E METÁCRONOS DA MAMA E DO ENDOMÉTRIO

Catarina Policiano<sup>1</sup>; Saudade André<sup>2,3</sup>; Ana Félix<sup>2,3</sup>

1. Departamento de Ginecologia-Obstetria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Lisboa

2. Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Genti, Lisboa

3. CEDOC, Nova Medical School Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

**Introdução:** A associação síncrona (segunda neoplasia

diagnosticada no intervalo de 3 meses após o diagnóstico da primeira) ou metácrona de neoplasias da mama e endométrio é pouco frequente.

**Objectivos:** Comparação de factores clínicos e de sobrevivência de carcinomas síncronos e metácronos da mama e do endométrio.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo através da recolha de dados clínicos para comparar o perfil clínico das doentes com tumores síncronos (TS) e metácronos (TM) da mama e endométrio, nomeadamente em relação à idade de aparecimento da primeira neoplasia, factores de risco (índice de massa corporal, história reprodutiva), estágio, metastização e sobrevivência. Incluímos todas as doentes com carcinomas síncronos e metácronos da mama e do endométrio diagnosticadas no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil entre 1984 e 2016. As doentes foram divididas em dois grupos: grupo 1, doentes com TM ( $n = 122$ ) e grupo 2 com TS ( $n = 16$ ).

**Resultados e Conclusões:** Os tumores metácronos são muito mais frequentes (92%). O primeiro tumor, no grupo TM, é mais frequentemente o carcinoma da mama. A idade média à data de diagnóstico da primeira neoplasia no grupo de tumores metácronos foi inferior em relação à idade média da primeira neoplasia de tumores síncronos (69 *vs* 63 anos,  $p = 0,01$ ).

Encontrámos um estágio mais avançado nos tumores metácronos localizados na mama ( $p < 0,023$ ). Não há diferenças em relação com a presença de metástases e mortalidade, para um seguimento médio de 12 anos (data a partir da 1ª neoplasia).

Em conclusão, na nossa série de TS e TM da mama-endométrio a sobrevivência e as características clínicas são muito semelhantes para os dois grupos, com excepção do aparecimento mais precoce da primeira neoplasia nas doentes com tumores metácronos e um estágio mais avançado dos carcinomas da mama (quer seja como primeiro ou segundo tumor diagnosticado) nos TM.

**Palavras-chave:** Tumores metácronos, síncronos, mama e endométrio

## CL2.6 – MAPEAMENTO LINFÁTICO NO CARCINOMA DA VULVA POR BIÓPSIA DE GÂNGLIO SENTINELA – UMA SÉRIE DE 17 CASOS

Ângela Melo<sup>1</sup>; Sónia Gonçalves<sup>1</sup>; Teresa Carvalho<sup>2</sup>;

Francisco Cortez Vaz<sup>1</sup>; Nuno Nogueira Martins<sup>1</sup>;

Francisco Nogueira Martins<sup>1</sup>

1. Serviço de Ginecologia e Obstetria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

2. Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**Introdução:** Apesar de baixa, a incidência do cancro da vulva tem vindo a aumentar. O tratamento cirúrgico destes carcinomas constitui um desafio. Nesse sentido, o estadiamento linfático com recurso a linfadenectomia inguinal bilateral sistemática tem sido gradualmente substituído por técnicas menos invasivas.

**Objectivos:** Análise da pesquisa do gânglio sentinela pela técnica combinada (com radioisótopo e azul patente) como método de estadiamento linfático no carcinoma da vulva no Serviço dos autores.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo, observacional e descritivo. Análise dos processos das utentes com diagnóstico de carcinoma da vulva, submetidas a tratamento cirúrgico entre 2014-2016 no Serviço dos autores. Análise estatística com recurso a *software* IBM-SPSS Versão 21.

**Resultados e Conclusões:** No período considerado, 25 mulheres foram submetidas a tratamento cirúrgico por carcinoma da vulva. Dezassete (grupo 1) foram submetidas a pesquisa de gânglio sentinela (positivo em 4 casos) e oito (grupo 2) foram seleccionadas para linfadenectomia inguinal bilateral.

A idade das doentes, o tamanho médio das lesões e a profundidade de invasão do estroma não tiveram diferença estatisticamente significativa entre grupos. No grupo 1, após estadiamento, 12 tumores encontravam-se em estadio IA/IB, enquanto no grupo 2 apenas 4 tumores se encontravam em estadio I.

Registaram-se 3 casos de deiscência da sutura inguinal, 2 deles em mulheres submetidas a linfadenectomia inguinal. Nas 13 mulheres submetidas a pesquisa de gânglio sentinela com resultado negativo para metástases, registou-se um caso de recorrência inguinal.

A pesquisa de gânglio sentinela da vulva é uma técnica fiável de mapeamento linfático, devendo ser a técnica prioritária, sempre que possível e quando a experiência do cirurgião, do patologista e os meios técnicos o permitam, diminuindo a incidência de complicações como o linfedema crónico dos membros inferiores.

**Palavras-chave:** Vulva, cancro, gânglio sentinela.

### CL3.1 – DISPAREUNIA E PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO

Sílvia Vieira<sup>1</sup>; Raquel Lopes<sup>1</sup>; Sofia Carrêlo<sup>1</sup>; Fátima Serrano<sup>1</sup>

1. Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa

**Introdução:** A dispareunia continua a ser um tema tabu. Apenas 28% das mulheres a referem aos profissionais de saúde. Vários fatores são apontados na sua

origem, como o trauma perineal e o parto vaginal instrumentado. A relação entre estes e a presença de dispareunia continua difícil de estabelecer.

**Objectivos:** Averiguar eventuais diferenças entre parto vaginal por ventosa e fórceps e a presença de dispareunia.

**Metodologia:** 73 mulheres com parto vaginal distócico (45 ventosas e 28 fórceps), ocorrido entre Janeiro e Março 2014, foram inquiridas sobre a presença de dispareunia às 8 semanas (entrevista direta) e aos 18 meses pós-parto (questionário telefónico). A maioria (82%) era nulípara. Em 79% dos partos foi realizada episiotomia; 5 mulheres tiveram rotura perineo grau III (3 com episiotomia) e 7 perineo íntegro ou rotura grau I.

**Resultados e Conclusões:** Na primeira avaliação, 59 participantes (80,8%) tinham reiniciado atividade sexual coital. A dispareunia foi referida por 22 (37,5%); embora sem diferenças significativas, era mais frequente nas primíparas (36,4% vs 25%) e naquelas submetidas a parto por fórceps (47,6 vs 31,6%); A presença de episiotomia, rotura grau II ou perineo íntegro não se relacionou com as queixas de dispareunia ( $p < 0,5$ ).

Responderam ao questionário 18 meses pós-parto 49 mulheres, todas com atividade sexual coital. Sete (14,3%) mantinham queixas de dispareunia (3 superficial, 2 profunda e 2 total), mais frequente nas mulheres com parto por fórceps (20% vs 10,3%), nas primíparas (14,7 vs 10%) e nas com cicatriz de episiotomia (15,4% vs 10%). Das 5 mulheres com rotura perineal III, apenas uma referiu dispareunia na primeira avaliação que não persistia aos 18 meses.

Persiste a importância em reconhecer os fatores relacionados com o parto vaginal instrumentado e trauma perineal que podem ser responsáveis pelo surgimento de dispareunia. Os estudos são importantes para permitir identificá-los e tentar corrigi-los, por forma a diminuir a morbidade materna associada ao parto.

**Palavras-chave:** Dispareunia; ventosa; fórceps; parto vaginal; episiotomia.

### CL3.2 – A ECOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DE FETOS GRANDES PARA A IDADE GESTACIONAL EM GRÁVIDAS COM DIABETES GESTACIONAL

Nuno Maciel<sup>1</sup>; Miguel Branco<sup>1</sup>; Inês Marques<sup>1</sup>; Jorge Couceiro<sup>1</sup>; Maria Do Céu Almeida<sup>1</sup>

1. Serviço de Obstetrícia B do CHUC, Coimbra

**Introdução:** A ecografia para estimativa do peso fetal em grávidas com diabetes gestacional (DG) é impor-

tante para limitar as potenciais consequências adversas do crescimento fetal excessivo. No entanto, o peso fetal é frequentemente sobrestimado por este método, sendo responsável por alguma iatrogenia nomeadamente pelo aumento do parto por cesariana.

**Objectivos:** Determinar a precisão do diagnóstico ecográfico de fetos grandes para a idade gestacional (GIG) e avaliar o seu impacto na incidência de cesariana em grávidas com DG.

**Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo de 493 mulheres com DG e parto após as 36 semanas, com uma estimativa de peso fetal (EPF) realizada por ecografia nas 5 semanas anteriores ao parto. As grávidas foram divididas em dois grupos conforme a EPF fosse sugestiva de feto GIG ou adequado para idade gestacional (AIG).

**Resultados e Conclusões:** Foram identificadas 67 mulheres com diagnóstico ecográfico de GIG e 426 com diagnóstico ecográfico de AIG. O peso ao nascimento foi considerado GIG em 27 das 67 mulheres do primeiro grupo (40,3%) e em 20 das 426 mulheres do segundo (4,7%). Como método para rastreio de GIG, a ecografia teve uma sensibilidade e especificidade de 57,4% e 91%, respetivamente. Os valores preditivos positivo e negativo foram de 40,3% e 95,3%, respetivamente. O diagnóstico ecográfico de GIG associou-se a um risco acrescido de cesariana após o ajustamento para variáveis relevantes (*odds ratio* ajustado [OR] 2,19, intervalo de confiança [IC] 95% 1,17 - 4,08,  $P < 0,05$ ). O risco manteve-se significativo após restringir a análise às mulheres com recém-nascidos de peso inferior ao percentil 90 (OR 2,14, IC 95% 1,03 - 4,45,  $P < 0,05$ ).

A ecografia sobrestimou a prevalência de recém-nascidos GIG, tendo sido mais precisa na exclusão deste diagnóstico. O diagnóstico ecográfico de GIG foi um factor de risco independente para parto por cesariana, em mulheres com DG.

**Palavras-chave:** Ecografia obstétrica, Estimativa de peso fetal, diabetes gestacional, macrossomia.

### CL3.3 – RELAÇÃO ENTRE A UTILIZAÇÃO DE CONTRACEÇÃO HORMONAL E O CANCRO DA MAMA

Ângela Rodrigues<sup>1</sup>; Rafela Pires<sup>1</sup>;  
Maria Geraldina Castro<sup>1</sup>; Joana Belo<sup>1</sup>

1. Serviço de Ginecologia B – CHUC, Coimbra

**Introdução:** Existe uma associação clara entre fatores de risco hormonais e o risco de Cancro da Mama

(CM). Da mesma forma, relativamente à associação entre a utilização de contraceção oral combinada (COC) e o CM, estudos recentes têm demonstrado haver uma maior incidência de CM triplos negativos (TN).

**Objectivos:** Avaliar a relação entre a utilização de COC e os subtipos moleculares de CM diagnosticados em mulheres pré-menopausicas.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo que inclui mulheres pré-menopausicas com diagnóstico de CM entre 2010-2016 num Serviço de Ginecologia de um hospital terciário (N=159). Consideraram-se 2 grupos consoante o subtipo molecular CM: Hormonosensível e TN. Modelo de regressão logística foi aplicado para estimativa de *odds ratios* (ORs) com intervalo de confiança 95% (95%IC), ajustado a variáveis confundidoras.

**Resultados e Conclusões:** A idade média da amostra foi 44,40±5,20anos. O diagnóstico imuno-histoquímico de CM hormonosensível ocorreu em 84,9% (n=135) enquanto que o TN em 15,1% (n=24).

Verificou-se história familiar de 1º grau para CM em 15,7%, idade menarca <12 anos em 19,5%, idade 1º parto >25 anos em 50,5% e IMC<sup>3</sup>30Kg/m<sup>2</sup> em 16,7% das mulheres, sem diferenças significativas entre os grupos, apesar de mais prevalentes no grupo CM hormonosensível.

A utilização de COC previamente ao diagnóstico de CM verificou-se em 58,9% (n=93), com maior prevalência no grupo CM TN (65,2%) em comparação ao grupo CM hormonosensível (57,8%) ( $p=0,503$ , OR=1,37, 95% IC 0,544-3,450). Ajustando às variáveis confundidoras, a utilização prévia de COC mantém a tendência de associação para CM TN, sem diferenças estatisticamente significativas (OR3,818, 95% IC 0,421-34,596).

No grupo CMTN verificou-se uma idade de início de utilização COC mais precoce (21,75±4,88 anos vs 22,37±4,51,  $p=0,643$ ), maior duração média de utilização (21,63±4,37 vs 18,85±6,97 anos,  $p=0,047$ ) e menor intervalo entre suspensão COC e diagnóstico CM (1,94±2,29 anos vs 2,68±5,13,  $p=0,368$ ).

Concluindo, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, o risco estimado de CM entre as utilizadoras prévias de COC tende a ser maior para o subtipo TN. Mais estudos são necessários, inclusive com esclarecimento dos mecanismos que expliquem estes achados com implicações prognósticas e terapêuticas.

**Palavras-chave:** Contraceção oral combinada, cancro da mama, subtipos moleculares.



### CL3.4 – INFLUÊNCIA DO IMC DO HOMEM NOS RESULTADOS DE CICLO FIV NA AUSÊNCIA DE FATOR MASCULINO DE INFERTILIDADE

Inês Martins<sup>1</sup>; Margarida Cunha<sup>1</sup>; Rita Silva<sup>1</sup>; Sara Mota<sup>1</sup>; Marta Carvalho<sup>1</sup>; Cátia Rodrigues<sup>1</sup>; Ana Aguiar<sup>1</sup>; Sandra Sousa<sup>1</sup>; Joaquim Nunes<sup>1</sup>; Fernanda Leal<sup>1</sup>; Carlos Calhaz Jorge<sup>1</sup>

1. Departamento/Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia, CHLN – Hospital Universitário de Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, CAM – Centro Académico de Medicina de Lisboa

**Introdução:** A obesidade do homem associa-se a piores resultados nos ciclos de procriação medicamente assistida no contexto de infertilidade por fator masculino. Perante características espermáticas normais, a influência do índice de massa corporal (IMC) masculino não está estabelecida.

**Objetivos:** Avaliar a influência do IMC do homem na taxa de fecundação, qualidade embrionária e taxas de gravidez clínica e de aborto precoce em casais submetidos a FIV na ausência de fator masculino.

**Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo de dados colhidos prospectivamente relativos a ciclos FIV realizados em Janeiro/2013–Fevereiro/2017. Excluídos casos de infertilidade por fator masculino, espermograma alterado no dia da técnica, resposta ovárica baixa (<4 ovócitos) e ausência de ovócitos maduros.

Amostra categorizada de acordo com o IMC masculino (normal:18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>; excesso-de-peso:25–29,9 kg/m<sup>2</sup>; obesidade:≥30 kg/m<sup>2</sup>) para comparação das taxas de fecundação, gravidez clínica e aborto precoce e da qualidade dos embriões obtidos.

Consideradas variáveis confundidoras: idade e tabagismo do homem; idade e IMC da mulher; resposta à estimulação ovárica (moderada=4–9 ovócitos; boa≥10 ovócitos); qualidade do melhor embrião transferido e número de embriões transferidos.

**Resultados e Conclusões:** Incluíram-se 328 casos (normal:103, excesso-de-peso:170; obesidade:55). O IMC masculino médio foi 26,4±3,8 kg/m<sup>2</sup>. Não se encontraram diferenças na taxa de fecundação ( $p=0,787$ ; normal=82%, excesso-de-peso=84%, obesidade=84%) nem na proporção de ciclos em que se obteve ≥1 embrião "top" para transferência a fresco ( $p=0,111$ ; normal=42%, excesso-de-peso=42%, obesidade=50%).

Os grupos diferem significativamente na taxa de gravidez clínica em ciclo a fresco ( $p=0,018$ ; normal=56%, excesso-de-peso=40%, obesidade=35%) e na taxa de aborto espontâneo ( $p=0,03$ ; normal=9% e excesso-de-peso=8% versus obesidade=31%). Na regressão logísti-

ca de variáveis múltiplas, contudo, o IMC masculino não se apresentou como fator independente para estes desfechos.

Perante características espermáticas normais, o IMC masculino não influenciou a fecundação nem a qualidade embrionária, mas o excesso de peso e a obesidade associaram-se a algum efeito negativo no resultado final dos ciclos FIV.

**Palavras-chave:** FIV, IMC.

### CL3.5 – INFERTILIDADE E SÍNDROME DE OVÁRIOS POLIQUÍSTICOS: O FENÓTIPO TERÁ IMPACTO?

Verónica São Pedro<sup>1</sup>; Pedro Marques<sup>2</sup>; Cátia Rodrigues<sup>3</sup>; Sandra Sousa<sup>3</sup>; Ana Aguiar<sup>3</sup>; Joaquim Nunes<sup>3</sup>; Carlos Calhaz-Jorge<sup>3,4</sup>

1. Hospital de Santarém, Santarém

2. Centre for Endocrinology, William Harvey Research Institute, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, UK

3. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria (HSM) – Centro Hospitalar de Lisboa-Norte, Lisboa

4. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

**Introdução:** A classificação de Roterdão distingue quatro fenótipos na síndrome de ovários poliquísticos (SOP), com implicações clínicas distintas (nomeadamente risco cardiovascular) mas cuja repercussão na fertilidade e na resposta à estimulação ovárica e PMA se desconhece.

**Objetivos:** Comparar mulheres inférteis com diferentes fenótipos de SOP em relação à idade, antropometria, bioquímica, características da infertilidade e resposta aos tratamentos.

**Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo, dos processos clínicos das mulheres com o diagnóstico de SOP seguidas em consulta de Medicina de Reprodução no HSM entre 01/01/2004 e 31/12/2015.

A classificação fenotípica usada foi: A) hiperandrogenismo, oligoanovulação e ovários poliquísticos; B) hiperandrogenismo e oligoanovulação; C) hiperandrogenismo e ovários poliquísticos; e D) oligoanovulação e ovários poliquísticos.

Análise estatística: SPSSv24 utilizando os testes Qui-quadrado (variáveis categóricas), t de Student/Mann-Whitney ou Anova/Kruskall-Wallis (variáveis contínuas) e regressão logística binária.

**Resultados e Conclusões:** Foram incluídas 331 mulheres com infertilidade e diagnóstico de SOP. Distribuição por fenótipo: A – 128 (41,3%); B – 23 (7,4%); C – 0 e D – 159 (51,3%).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre fenótipos a nível da idade<sup>1</sup> (A-29,1, B-31,4 e D-29,8;  $p=0,041$ ), IMC<sup>1</sup> (A-29,8; B-30,6; D-26,8;  $p<0,001$ ) e obesidade (A – 47,7%, B – 56,5%, D – 26,4%;  $p<0,001$ ).

As diferenças encontradas no perfil bioquímico (glicémia em jejum, PTGO, triglicéridos e colesterol total), tipo e tempo de infertilidade, presença de outro fator de infertilidade, taxa de obtenção de gravidez evolutiva (A-62,4%, B-47,8%, D-60,9%; valor  $p=0,336$ ), tipo e número de tratamentos efetuados e intervalo de tempo até gravidez não foram estatisticamente significativas entre fenótipos. A idade, tempo de infertilidade e presença de outro fator de infertilidade foram incluídos no modelo de regressão logística. O recurso às técnicas de PMA foi residual em todos os fenótipos.

Na nossa população, o fenótipo B teve a pior resposta em termos reprodutivos, associando-se a um decréscimo (não significativo) de 13-15% na taxa de gravidez.

1. valores médios.

**Palavras-chave:** Fenótipos, síndrome ovários poliquísticos, infertilidade

### CL3.6 – PMA E O AUMENTO DE FALSOS-POSITIVOS NO RASTREIO COMBINADO DO PRIMEIRO TRIMESTRE

Sara Rodrigues Pereira<sup>1</sup>; Samuel Santos-Ribeiro<sup>1,2</sup>; Alexandra Meira<sup>1</sup>; Carlos Calhaz-Jorge<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria, Lisboa

2. Centrum voor Reproductieve Geneeskunde Universitair Ziekenhuis Brussel, Belgium

**Introdução:** O rastreio combinado insere-se na avaliação pré-natal sendo a taxa de deteção de síndrome de Down de 90% para 5% de falsos-positivos.

O algoritmo usado apresenta um risco ajustado combinado para a trissomia 21, 18 e 13, que depende da presença de marcadores ecográficos de aneuploidias, dos níveis séricos de PAPP-A e hCG e outros parâmetros maternos relevantes.

**Objetivos:** Avaliar se as técnicas de PMA modificam o valor preditivo para o rastreio de aneuploidia no primeiro trimestre.

**Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo, incluindo 1128 mulheres com gravidez única que realizaram o rastreio combinado num hospital terciário, entre 2013 e 2016. Incluímos apenas mulheres com desfechos gestacionais conhecidos. As grávidas foram di-

vidadas consoante o tipo de concepção: espontânea (n=876) ou pós-PMA (n=252, n=152 fertilização *in vitro* (FIV), n=67 microinjeção intra-citoplasmática de espermatozóides (ICSI) e n=33 transferência de embriões congelados (TEC)).

Foram considerados resultados de alto-risco para trissomia 21, 18 e 13 quando acima de 1:300, 1:150 e 1:150, respectivamente.

**Resultados e Conclusões:** As mulheres submetidas a PMA foram significativamente mais velhas (36,0 vs 32,3 anos) e realizaram ecografia do primeiro trimestre mais cedo (idade gestacional: 85,0 vs 88,0 dias) quando comparadas às que conceberam espontaneamente. Os valores de PAPP-A (MoM) foram significativamente menores nas doentes submetidas a estimulação hormonal (mediana 0,7, 0,7 e 1,0 para FIV, ICSI e espontâneas, respectivamente). As gestações pós-PMA tiveram um risco significativamente acrescido de ter um rastreio de alto-risco (11,2%, 11,9% e 5,6% para FIV,ICSI e espontâneas, respectivamente) e mais resultados falsos-positivos (9,9%, 11,9% e 5,0% para FIV,ICSI e espontâneas, respectivamente).

No nosso estudo a PMA associa-se a mais resultados de alto-risco, que por sua vez se relacionam com uma maior taxa de falsos-positivos para trissomia 21, 18 e 13.

Estes resultados podem apoiar o desenvolvimento de novos algoritmos de rastreio, reduzindo potencialmente o número de exames invasivos.

**Palavras-chave:** PMA, rastreio combinado, trissomia, translucência da nuca, PAPP-A.