



Introdução

Mesmo após a criação de inúmeros centros de medicina reprodutiva, a maioria das pacientes recorre ao seu ginecologista para a investigação e tratamento da infertilidade conjugal. Embora a mídia exerça forte influência no critério de escolha do especialista em reprodução assistida, a mulher ainda procura a solução com o profissional que a acompanha, muitas vezes, desde a adolescência. São laços afetivos muito fortes que a paciente gostaria de manter, pois a dificuldade para engravidar constitui uma situação geradora de angústia, ansiedade e, não raro, estados melancólicos. O fato de ela contar com a condução ou acompanhamento do seu ginecologista durante o processo de investigação e tratamento da infertilidade lhe propicia uma fonte de conforto e segurança.

Isso significa que o ginecologista deve estar apto para conduzir uma pesquisa básica do casal e realizar procedimentos terapêuticos de baixa complexidade no seu consultório. Se preferir, deve associar-se a um centro de medicina reprodutiva para encaminhar o casal e acompanhar a sua evolução. Essa dinâmica permite ao ginecologista manter o vínculo e, nos casos bem-sucedidos, realizar o atendimento obstétrico.

Creio que a abordagem objetiva dos fluxogramas de investigação básica e dos tratamentos de baixa complexidade pode propiciar ao tóco ginecologista as ferramentas essenciais para a resolução da infertilidade do casal. Todavia, o médico deve ter em mente o limite crítico para encaminhá-lo ao centro de medicina reprodutiva de sua confiança;

Sobretudo no caso de mulheres com mais de 35 anos, marco inicial do declínio germinativo dos ovários.

Boa leitura.

Prof. Dr. Dirceu Henrique Mendes Pereira
Diretor Clínico da Profert

*Veja a obra de arte
que fizemos juntos.*



Você. Nós. Somos os pais da fertilidade

Fertilidade.

MerckSerono

Merck Serono é uma divisão da Merck.



Fascículo 6



Reprodução assistida no consultório

*Quando indicar
fertilização in vitro*

MerckSerono

Merck Serono é uma divisão da Merck.



Os informativos anteriores, abordando a investigação propedêutica do casal infértil, foram essenciais como alicerces preciosos para a abordagem terapêutica que será motivo desta comunicação. Cabe salientar que o toco-ginecologista atualizado tem plena condição de orientar os cônjuges no resgate da sua fertilidade, mantendo uma relação médico-paciente conquistada há vários anos tão importante para o estado emocional do casal.

Uma vez estabelecido o diagnóstico da infertilidade, o profissional deve apelar ao seu senso crítico para decidir sobre o tratamento do casal. Alguns parâmetros são cruciais para orientar a conduta: a idade feminina, a complexidade do caso, os recursos técnicos disponíveis e a condição socioeconômica. Vale lembrar que as etapas devem ser seguidas oferecendo inicialmente recursos terapêuticos mais simples, desde que eficazes sob a ótica da medicina baseada em evidência.

Condições que exigem encaminhamento imediato para a fertilização in vitro (FIV)

Patologia tubária

Obstrução tubária bilateral, lesão tuboperitoneal moderada/grave, ausência congênita ou cirúrgica de tubas. Em algumas situações é possível indicar a salpingoplastia em primeira instância levando-se em conta o grau de comprometimento do oviduto, a fertilidade masculina, a idade feminina e a habilidade cirúrgica da equipe médica.

Alterações seminais

Oligoastenoteratospermia moderada/grave, azoospermia obstrutiva, azoospermia germinativa. A maioria dessas condições exige a aplicação da injeção intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI), particularmente as azoospermias. Essa técnica propiciou o aparecimento de vários procedimentos cirúrgicos para obtenção de espermatozoides do epidídimo e/ou testículo, revertendo à fertilidade a uma legião de homens até então considerados estéreis.

Alterações morfofuncionais dos ovários

Ausência congênita ou cirúrgica, falência ovariana precoce, refratariedade de receptores gonadotrópicos – estados clínicos que selam a possibilidade da mulher engravidar. Graças ao programa de ovulodação, a paciente pode resgatar sua fertilidade.

Comprometimento uterino

Ausência congênita ou cirúrgica do útero, sinequia extensa, metrose de receptividade, adeniose grave etc. Nesses casos a indicação é a cessão temporária do útero de uma parente próxima, procedimento permitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) desde 1992.

Doenças genéticas

O diagnóstico genético pré-implantacional (DGPI) realizado mediante biópsia embrionária foi uma grande conquista aplicada na FIV, permitindo a transferência de embriões saudáveis e mitigando o sofrimento de inúmeros casais. Atualmente as doenças oriundas de anomalias estruturais ou gênicas podem ser reconhecidas pela técnica de FISH ou PCR, respectivamente, com índice de acerto elevado.

Adversidade imunológica

A presença de anticorpos antiespermatozoides no homem ou na mulher pode interferir na fecundação. Antes da FIV, os tratamentos eram insatisfatórios, valendo-se da abstinência sexual ou uso de preservativo por período de 6 a 12 meses para dessensibilizar a barreira imunitária; ou ainda o uso de corticoide em alta dose com o objetivo de promover imunossupressão. Felizmente, o advento da ICSI trouxe um novo alento, de tal sorte que o índice de fertilização dos óvulos se assemelha ao de outras causas de infertilidade.

Doença metabólica grave

Alguns quadros clínicos como a síndrome plurimetabólica grave contraindicam a gravidez em decorrência do alto risco materno-fetal. Essa condição requer a transferência de embriões para uma mãe substituta.

Neoplasia maligna em idade reprodutiva

Cada vez mais, cresce a procura para a preservação da fertilidade em mulheres acometidas por doença neoplásica. Uma das mais preocupantes é o câncer de mama que está aparecendo em idade mais precoce, acometendo a mulher em plena fase reprodutiva. Hoje é mandatório criopreservar tecido ovariano ou oócitos antes de radioterapia ou quimioterapia. As duas opções dependem da FIV quando a mulher for liberada para engravidar. Recentemente, o congelamento de oócitos pelo método de vitrificação tem dado resultados espetaculares, com taxa de recuperação de 80% a 90% e taxa de gravidez similar à de embriões frescos.

Relacionamento homoafetivo

A sociedade contemporânea está vivendo grandes transformações sociais, de tal sorte que o conceito de família está mudando gradativamente. É compreensível que duas pessoas do mesmo sexo nos procurem com o objetivo de ter filhos, e isso pode envolver os recursos da FIV para atingir tal objetivo. A normatização do CFM elaborada em 1992 não previu essa situação, de modo que deve-se efetuar uma consulta ao Conselho Regional Estadual para atender a essa solicitação com o intuito de garantir respaldo de natureza ética. Mais do que nunca, a sociedade brasileira clama por uma legislação regulamentadora das técnicas de reprodução assistida, que contemple os avanços científicos e sociais da atualidade.

Condições em que a FIV deve ser indicada na sequência do tratamento

A investigação básica e/ou complementar foi essencial para a decisão de indicar a FIV nas situações anteriores, onde essa técnica é a única alternativa eficaz. No entanto, a resolução da infertilidade pode ser conquistada mediante outros procedimentos mais simples e menos onerosos, atendendo ao apelo do custo-benefício.

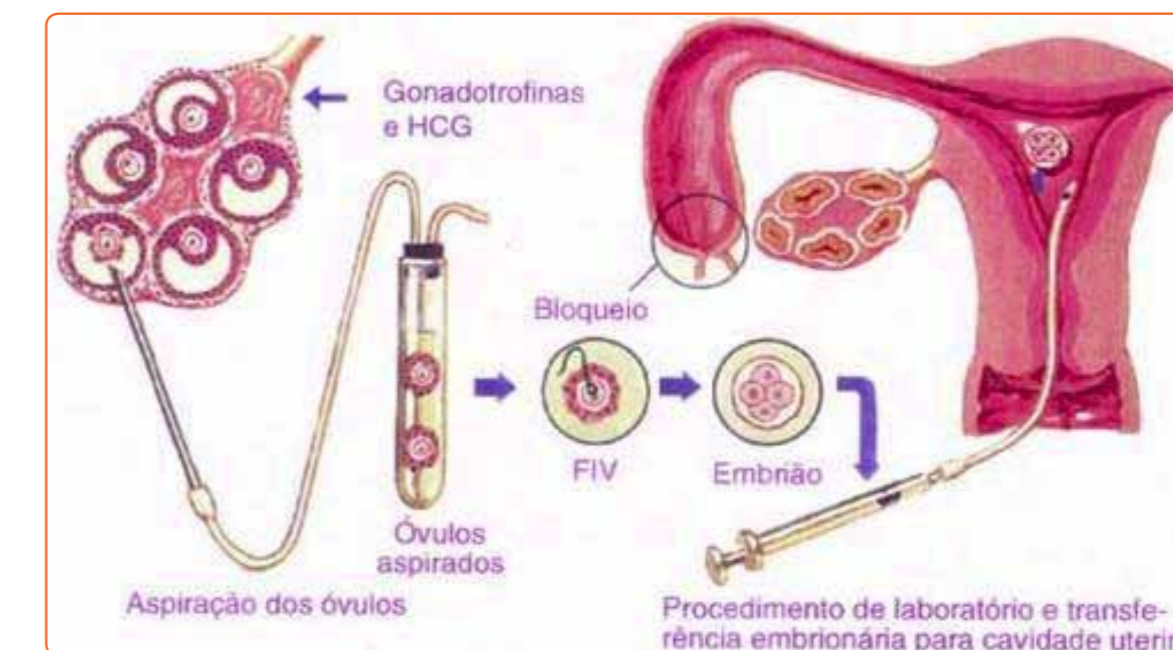
Quando o canal genital está livre de obstrução ou aderências, o sêmen apresenta-se normal ou levemente alterado, os ovários são passíveis de responder adequadamente à estimulação medicamentosa, o toco-ginecologista deve tentar inicialmente o coito programado ou a inseminação

intrauterina, a depender de cada caso. A escolha dos indutores de ovulação, bem como do esquema a ser utilizado deve ser criteriosa para se obter resultados satisfatórios e evitar a iatrogenia médica, tais como o hiperestímulo ou a gestação múltipla. Após quatro tentativas sem êxito, deve-se indicar a FIV, como já foi salientado anteriormente.

A infertilidade sem causa aparente (ISCA) merece comentários especiais em consequência das peculiaridades que a cerca. Os meios semióticos não invasivos atuais não conseguem detectar nenhuma anormalidade no tocante à permeabilidade do canal genital feminino, no seminograma, e no sistema hipotálamo-hipofisário-ovariano. A avaliação complementar (endoscópica, imunológica e biologia molecular) também não revela alterações significativas que possam estar implicadas na fertilidade do casal. Embora a maioria recomende a inseminação intrauterina, com estimulação ovariana e beneficiamento do sêmen, já existe uma corrente de pesquisadores que preconiza a FIV, alegando que o casal se expôs durante vários meses sem lograr o seu objetivo e que a técnica extracorpórea consegue suplantar defeitos no mecanismo da ovulação, da captação ovular, da fertilização, do micro-ambiente e do transporte tubário. Esse raciocínio é particularmente aplicado à mulher com idade acima dos 37 anos que inicia a jornada crepuscular da fertilidade, exibindo taxas expressivas de embriões aneuploides, embora os exames semióticos não expressem alterações significativas.

A endometriose pélvica é outra entidade nosológica que pode condicionar repercussões diversas sobre o arcabouço reprodutivo, afetando as tubas, a relação tubo-ovariana, os ovários, o leito de implantação etc.. Quando está em estágio moderado/grave ou avançado não há dúvida sobre a indicação de FIV, pois os resultados são estaticamente significativos. No entanto, quando o estágio é mínimo/leve, a mulher deve ser observada como portadora de ISCA, merecendo a mesma orientação terapêutica explicitada anteriormente.

A produção independente, alusão dada à mulher que não tem parceiro constituído, é contemplada pela resolução do CFM. A inseminação intrauterina com sêmen de doador é a primeira escolha, reservando-se a FIV para situações especiais ou após quatro tentativas frustradas.



A síndrome dos ovários policísticos (SOP) tem resposta favorável com o citrato de clomifeno; no entanto, quando ocorre resistência à estimulação com esse agente farmacológico é necessário usar as gonadotrofinas para se obter resposta monofolicular ou dois a três folículos no máximo, para não expor a mulher a hiperestímulo ovariano ou gestação múltipla. Não são raras as possibilidades de iatrogenia, razão pela qual a indicação de FIV é mais segura possibilitando a criopreservação de óvulos e a transferência de embriões congelados em ciclos subsequentes. A hostilidade do muco cervical, impeditiva da ascensão dos espermatozoides, é indicação inicial de inseminação intrauterina, conferindo resultado satisfatório desde que os outros fatores de infertilidade estejam normais. Se não conseguirmos gravidez ao cabo de quatro ciclos, convém indicar FIV na sequência.

Conclusão

O roteiro rigoroso de investigação básica e/ou complementar do casal infértil constitui o alicerce sobre o

qual se podem tomar decisões terapêuticas adequadas. Diante dos resultados da propedêutica, o toco-ginecologista poderá indicar em primeira instância a FIV, nas condições de incapacidade tubária, inadequação grave do sêmen, ausência congênita ou cirúrgica de órgãos reprodutivos, alterações genéticas, comportamento social homoafetivo etc.. Em outras situações em que o canal genital apresenta-se íntegro ou passível de correção cirúrgica, o sêmen encontra-se normal ou levemente alterado e os ovários tenham condições morfofuncionais adequadas, recomenda-se tratamento de baixa complexidade por um período de quatro a seis ciclos. Em benefício do casal, é interessante migrar para a FIV se não houver a conquista da gravidez. A mulher acima de 37 anos que se aproxima do declínio reprodutivo requer atenção especial e não deve ser exposta a técnicas que não logrem reais benefícios ao seu tratamento; cabendo ao médico não procrastinar demasiadamente o seu encaminhamento em detrimento da sua evolução.