

# O "PROTOCOLO HUMAIDAN" É EFICAZ NA REDUÇÃO DA SHO GRAVE? ESTUDO RETROSPETIVO

Teixeira da Silva J, Cunha M, Silva J, Viana P, Gonçalves A, Barros N, Pinto S, Oliveira C, Sousa M, Barros A

Centro de Genética da Reprodução Prof. Alberto Barros, Av. do Bessa, 240, 1º Dto. Frente 4100-012 Porto, Portugal

**Introdução:** A Síndrome de Hiperestimulação Ovária (SHO), a par da gravidez múltipla, é a complicação iatrogénica mais relevante dos tratamentos de estimulação ovária controlada (EOC) em ciclos FIV/ICSI.

O "trigger" com a-GnRH em ciclo antagonista permite, virtualmente, eliminar a SHO mas conduz a taxas de gravidez evolutiva desapontadoramente baixas.

A utilização de uma dose baixa (1500 UI) de hCG no dia da punção folicular ("Protocolo Humaidan") parece favorecer o desfecho clínico mas poderá recriar um risco indesejável de SHO.

**Objetivos:** O presente estudo avalia e compara a eficácia (resultados reprodutivos) e a segurança (incidência de SHO) de dois protocolos, o "Protocolo Humaidan" e o protocolo clássico.

**Material e Métodos:** De janeiro de 2012 a julho de 2018 analisaram-se 504 ciclos FIV/ICSI com EOC em protocolo antagonista em pacientes com <38 anos e alto risco de SHO (pelo menos uma das seguintes condições:  $\geq 20$  folículos ou  $E2 \geq 3000$  pg/mL no dia da indução da maturação ovocitária (IMO) ou  $\geq 13$  ovócitos obtidos).

Em 302 ciclos a maturação ovocitária foi induzida com Triptorelina 0,2 mg + 1500 UI hCG no dia da punção folicular (grupo de estudo - "Protocolo Humaidan") e 202 ciclos com hCG 5000-10000 UI (grupo controle - Protocolo clássico).

## Resultados:

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos (estudo vs controle) nomeadamente na idade feminina (32,4 vs 33,3  $p=0.001$ ), na AMH (7,5 vs 4,3  $p=0.008$ ), no número de folículos (23,5 vs 19,7  $p<0,001$ ) e de ovócitos (13,8 vs 12,9  $p=0,036$ ), assim como na média de embriões transferidos (1.3 vs 1.6  $p<0.001$ ).

Nos resultados reprodutivos não houve diferenças estatisticamente significativas nos 2 grupos relativamente à taxa de gravidez evolutiva (47,6% vs 44,1%) e SHO grave (0,4% vs 1,6%).

Tabela 1	Grupo de estudo	Grupo controle	p
Idade Feminina (anos)	32.4	33.3	0.001
Tempo de infertilidade (anos)	2.5	2.4	NS
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	22.1	22.6	NS
Pacientes com SOP (%)	37.4	14.4	0.000
Dose de FSH (UI)	1183.1	1478.3	0.000
Tempo de estimulação (dias)	9.0	9.9	0.001
Estradiol (pg/mL)	2108.3	1966.7	NS

Tabela 2	Grupo de estudo	Grupo controle	p
Número de folículos (média)	23.5	19.7	0.000
Número de ovócitos obtidos (média)	13.8	12.9	0.036
MII (%)	80.7	82.4	NS
Taxa de Fertilização (%)	69.4	69.4	NS
Número de embriões transferidos (média)	1.3	1.6	0.000
"Freeze-all" (%)	6.6	3.5	NS

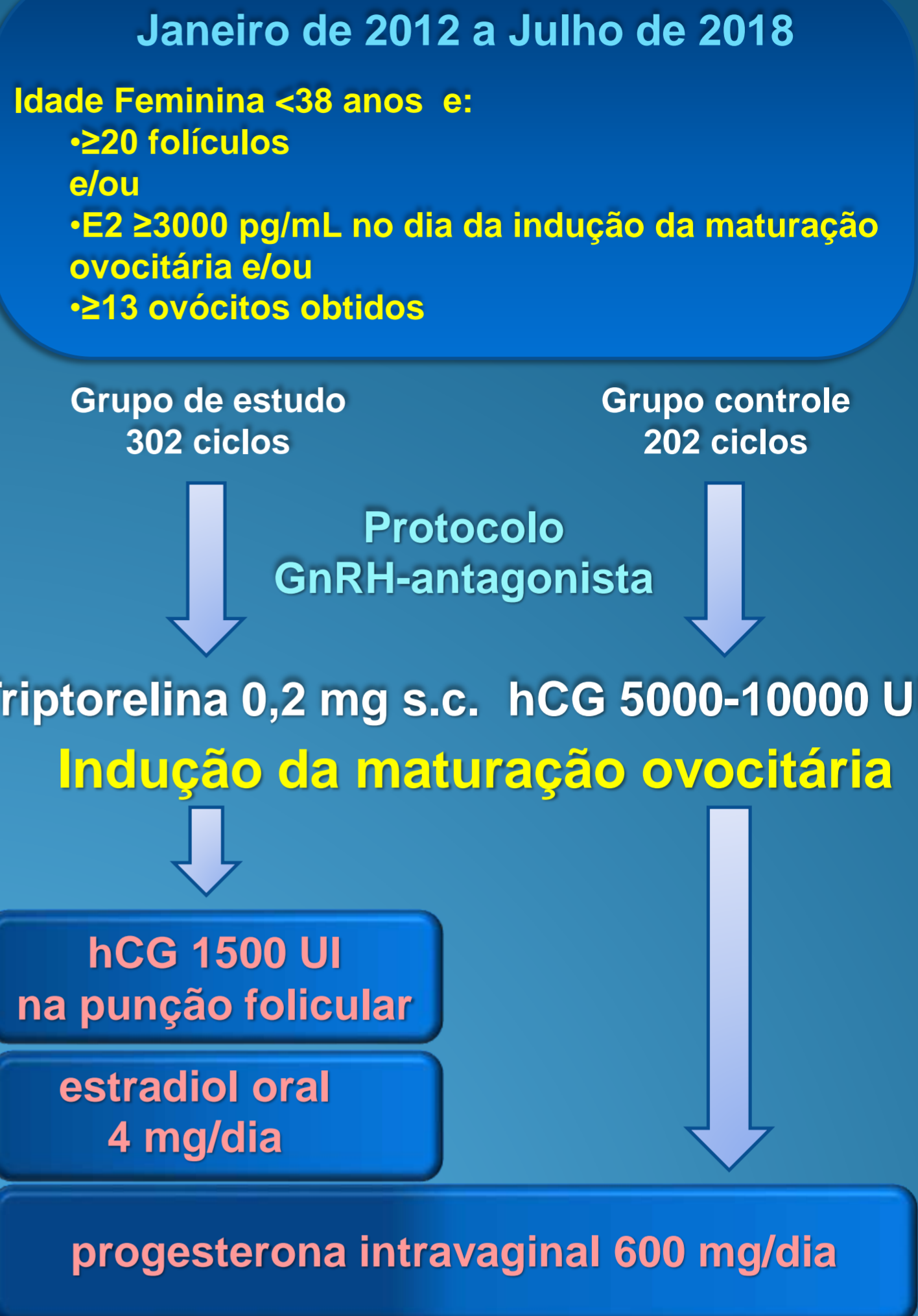


Tabela 3	Grupo de estudo n= 275	Grupo controle n= 188	p
(%/Transferência embrionária)			
Gravidez bioquímica	64.7	58.0	NS
Gravidez clínica	59.6	52.1	NS
Implantação	48.5	41.9	NS
Gravidez evolutiva	47.6	44.1	NS
Gravidez gemelar	11.7	32.0	0.000
Abortamento	18.9	14.3	NS
SHO Grave	0.4	1.6	NS

**Conclusão:** Este estudo apresenta limitações pelo facto de ser retrospectivo e também por os grupos serem heterogéneos no que diz respeito ao risco e gravidade de SHO. Assim, a opção do protocolo era feita pelo clínico no momento da marcação da punção sendo o "Protocolo Humaidan" tendencialmente escolhido quando o risco de SHO era substancialmente elevado.

Os resultados observados permitem concluir que o "Protocolo Humaidan" permite uma expectativa de sucesso não inferior à do protocolo clássico, mesmo com uma taxa superior de eSET. Concomitantemente reduz a ocorrência de SHO grave num grupo previamente identificado como de maior risco.