

RN de PMA e evolução pós natal

Luísa Lopes¹

O desenvolvimento das técnicas de reprodução medicamente assistida teve sem dúvida um grande impacto na sociedade. Permitiu a realização pessoal, o bem-estar psicológico e a aceitação e integração social de casais que, de outro modo, não conseguiriam ter filhos, no entanto, passados que estão os problemas técnicos para obter uma gestação é, de suma importância pensar e considerar igualmente relevante o fruto destas técnicas. Talvez tenhamos que pensar que o sucesso da procriação medicamente assistida (PMA) passe também pela avaliação da evolução e bem-estar dos recém-nascidos (RN) daí resultantes.

No estudo de Sutcliffe et al verificou-se que a maioria dos RN nascidos após o uso destas técnicas, foram de termo e sem morbilidade neonatal. No entanto, a PMA trouxe um risco acrescido de ocorrência de sequelas com origem no período perinatal.

Estudos mostram associação de PMA com maior risco de gravidez múltipla 27 a 46% e de prematuridade 30 a 41%, sendo a gestação múltipla um fator predisponente para a ocorrência de parto pré termo e muito baixo peso ao nascimento. A gestação múltipla é considerada como a principal complicação deste tipo de terapêuticas pelas consequências inerentes à prematuridade e ao baixo peso dos RN. A prematuridade e o baixo peso condicionam maior morbilidade e mortalidade perinatal e pós neonatal.

As malformações congénitas são mais frequentes nas gestações múltiplas do que nas do feto único, embora seja nas gestações múltiplas monozigóticas que ocorram mais vezes. Malformações cardíacas, atresia esofágica e defeitos de posicionamento são as mais frequentes. Os filandeses Koikurova S et al, encontraram uma prevalência de malformações cardíacas quatro vezes superior após FIV que na população controle. Os casos de gémeos siameses, *fetu in fetu* e feto acárdico, são malformações que só ocorrem nas gestações monozigóticas. Estão relatadas prevalências de 2,5 a 10%

Relativamente à ocorrência de retinopatia da prematuridade, Friling R et al referem num trabalho efetuado em 2007, que a reprodução medicamente assistida por si só não parece constituir factor de risco para a ocorrência ou gravidade de ROP, no entanto, a idade gestacional e o baixo peso são os factores mais significativos, associados ao desenvolvimento desta patologia.

O aumento moderado do risco de paralisia cerebral neste grupo de RN, está relacionado com o maior risco de morbilidade neonatal associado aos nascimentos múltiplos.

Num estudo realizado na Maternidade de Júlio Dinis (MJD) em 2011 relativo a um período de três anos (2008 a 2010) foram avaliados os RN concebidos por PMA nascidos na MJD, obtiveram-se os seguintes resultados: das 122 gestações resultantes destas técnicas, 29% foram gravidezes múltiplas (gemelar 26% e trigemelar 2%). Nasceram 160 nado-vivos e verificou-se prematuridade em 40% mas em que 87% destes, resultaram de gestação múltipla. Idade gestacional média de $36,1 \pm 3,7$ semanas (mínimo 23 e máximo 41 semanas). Peso ao nascimento: média de 2588 ± 821 g (máximo 4210 e mínimo 510g), RN de muito baixo peso foram 21 (13%) e restrição de crescimento intrauterino em 5,6%. A prevalência de anomalias congénitas de 11% foi semelhante à descrita na literatura. No grupo de RN de gestações múltiplas este valor foi de 14%. A prevalência de malformações congénitas maior foi de 12 (7,5%) (1- atresia esofágica, 1- onfalocelo, 1- má-rotação intestinal, 1- CIV, 1- trissomia 21). A morbilidade neonatal foi maior no grupo de RN múltiplos versus únicos: DMH 34%/5%; Anemia 8%/1%; PCA 12%/1%; ROP 18%/2%; sequelas neurológicas 11%/2%. Faleceram dois (1,3%) RN de 23 semanas que eram gémeos. A associação entre gemelaridade e prematuridade contribui para a maior incidência de morbilidade neonatal nestes RN e relaciona-se com a sua maior imaturidade.

Trabalhos recentes visam comparar as complicações em RN de PMA em que o factor em causa é o momento da fase embrionária em que a transferência é efetuada durante a FIV, embora necessite de mais estudos, Kallén B et al referem maior risco associado à fase de blastocisto pelo longo período necessário de cultura *in vitro*. No entanto, salientaram que o risco de malformação congénita, embora elevado, não mostrou diferenças significativas relativamente a uma transferência mais precoce.

Assim, todos os trabalhos de investigação nesta área, devem ter também como objetivo a tentativa de reduzir a taxa de gestação múltipla sem que se coloque em causa a taxa de sucesso da PMA. Por uma melhor qualidade de vida e sucesso dos RN concebidos por estas técnicas os Centros de Medicina da reprodução devem unir esforços para diminuir a taxa de gravidez múltipla, reduzindo ao mínimo o número de embriões transferidos.

Nascer e Crescer 2011; 20(3): S178-S179

¹ Centro Hospitalar do Porto

BIBLIOGRAFIA

1. Carvalho MJF, Reprodução Medicamente Assistida e Gravidez múltipla. Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da S.P.P. – 19, VII, (4-5) – 2002.
2. Friling R, Axer-Siegel R, Hersocovici Z, Weinberger D, Sirota L, Snir M. Retinopathy of prematurity in assisted versus natural conception and singleton versus multiple births. *Ophthalmology* 2007;114(2):321-4.
3. Kallén AJ, Finnstrom OO, Nilsson EM, Nygren KG, Olausson PM. Cerebral palsy in children born in vitro fertilization. Is the risk decreasing? *Eur J Paediatr Neurology* 2010; 14 (6):526-30.
4. Messerschmidt A, Olischar M, Birnbacher R, Weber M, Pollak A, Leitich H. Perinatal outcome of preterm infants < 1500g after IVF pregnancies compared with natural conception. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2010; 95 (3):F225-9.
5. Sutcliffe AG, Tailor B, Saunders K, Thornton S, Lieberman BA, Grudzinskas JG: Outcome in the second year of life after in-vitro fertilization by intracytoplasmic sperm injection: UK case control study. *Lancet* 2001; 357:2080-4.
6. S W D'Souza, E Rivlin, J Richards, P Buck, B A Lieberman. Children conceived by in vitro fertilization after fresh embryo transfer. *Arch of Dis Childhood* 1997;76:F70-74.
7. Teixeira A, Calejo L, Vasconcelos G, Rocha G, Centeno MJ, Guimarães H. Recém-Nascidos de Reprodução Medicamente Assistida. *Acta Med Port* 2005;18:409-416.
8. Koikurova S, Harikainen AL, Gissler M, Hemminki E, Sovio U, Jarvelin MR. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 2002;17(5):1391-8.