CLÍNICA DALE

Medicina da Reprodução / Ginecologia

A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível.

CLÍNICA DALE

UMA HISTÓRIA DE SUCESSO

A Clínica Dale chega à marca de 3.600 bebês gerados graças a nosso trabalho e dedicação. Vivemos a moderna história da Medicina da Reprodução Humana, desde os seus primórdios em 1978 até os dias de hoje, onde trabalhando com técnicas avançadas, estamos permitindo que um número cada vez maior de pessoas consiga superar suas dificuldades em gerar um filho.

Com 35 anos de experiência no tratamento da infertilidade (1981), a Clínica Dale tem uma trajetória paralela aos avanços na área da reprodução humana. O diretor Luiz Fernando Dale retornou nesta data de uma especialização na França e trouxe para o Rio de Janeiro uma especialidade que até então era desconhecida. A clínica foi uma das primeiras do Brasil a tratar casais e a realizar o sonho de uma gravidez.

Com a ajuda do renomado especialista francês, Professor Jean Cohen, foi idealizado a planta de uma estrutura clinica funcional. Esta foi instalada na Torre do Rio Sul e hoje conta com as mais modernas instalações. A localização privilegiada e a área de 400 m2 possibilitaram o bom funcionamento do Centro de Medicina da Reprodução, o primeiro especializado na fertilização in vitro do Brasil, situado em uma unidade não hospitalar.

Este fato fez da Clinica Dale e do Centro de Medicina da Reprodução, instituições pioneiras e muito a frente de seu tempo. Em março de 2000 a clinica foi avaliada pela Red Latino Americana de Reproduccion Assistida (RED) e recebeu o certificado de excelência. Ela foi uma das primeiras a ser certificada no País e a primeira no Rio de Janeiro. Desde então, vem mantendo a certificação, fornecida após rigorosa inspeção dos técnicos da RED. Esta certificação é dada anualmente, e todos os resultados são reportados.

Em 2014 acrescentamos mais 150 m2, com novas instalações de laboratórios de FIV e de andrologia, sala de punção/transferência, novos repousos e central de esterilização.

Red Latinoamericana de Reproducción Asistida

Certificado de Acreditación

La Red Latinoamericana de Reproducción Asistida certifica que el centro
Centro de Medicina da Reprodução Rio de Janeiro (CEMERJ)
cumple con la eficiencia y las normas de control de calidad requeridas
para la ejecución de procedimientos de Reproducción Asistida.

Dr. Fernando Zegers-Hochschild
Director Ejecutivo

Dra. Claudia Bustos
Director Regional
Colombia, Ecuador & Venezuela

Dr. Nicolás Neuspiller
Director Regional
Argentina, Paraguay & Uruguay

Dr. Alvaro Bertazzo
Director Regional
Brasil

Florianópolis, 19 de Marzo, 2008.

CONQUISTAS DA CLÍNICA

- Primeira gestação por fertilização in vitro do Rio de Janeiro (nascido 1989).
- A primeira gestação por fertilização in vitro com nascimento de quádruplos do Brasil (1996).
- A primeira gestação com doação de óvulos em mulher na menopausa (52 anos) do Brasil 1994.
- A primeira gestação conseguida com ICSI no Rio de Janeiro (1996).

- A primeira clinica no Rio de Janeiro a possuir a Certificação pela Red Latino Americana de Reproduccion Assistida como clinica de excelência.
- Pioneira no Rio de Janeiro no Diagnóstico Genético Pré Implantacional, com utilização do Laser para abertura da zona pelúcida.
- Pioneira no Congelamento de óvulos no Brasil, associado a Clinica Nilo Frantz de Porto Alegre, já com nascimentos.
- Pioneira no congelamento de tecido ovariano.
- Clinica responsável pela formação do primeiro Banco de Tecidos Reprodutivos (espermatozóides, embriões e óvulos) em associação com a Cryopraxis, pioneira e líder na criopreservação de sangue de cordão umbilical.

MEDICINA DE REPRODUÇÃO

Em 2013, comemora-se 35 anos do nascimento do primeiro bebê de proveta. O feito revolucionou e mudou os rumos da medicina da reprodução.

Lesley Brown, a primeira mulher a dar à luz depois de tratamento de fertilização in-vitro, 25 de julho de 1978

A Medicina da Reprodução sempre se pautou por ver o casal como sendo o paciente alvo.

Antes, o enfoque era individual; ginecologista e urologista agiam em separado. Não raro estes tratamentos em paralelo desgastavam a relação.

A idéia de um mesmo especialista avaliar homem e mulher evitou que se culpasse alguém e se buscasse solução para um problema do casal, sem perda de tempo e informação.

O especialista em reprodução humana tem formação ginecológica, obstétrica e também necessita de conhecimentos de urologia, principalmente na área reprodutiva. Poucas faculdades de medicina oferecem reprodução humana como matéria regular. No Brasil, só a Universidade Federal da Bahia tem a cadeira no currículo regular.

Luiz Fernando Dale, diretor da Clínica Dale, cursou a Universidade de Paris e estagiou no Serviço de Reprodução Humana da Escola de Medicina da Universidade americana John Hopkins em 1978. Após este período de treinamento, estagiou em curtos períodos em diversos serviços pelo mundo todo.

Fundada por Luiz Fernando em 1981, ora de seu regresso definitivo do exterior, a Clínica Dale acompanha passo a passo a evolução da Medicina da Reprodução. Hoje, apresenta o mesmo padrão de excelência dos principais centros de Reprodução Humana do mundo.

MEMBROS

Dr. Luiz Fernando Dale
Médico - Especialista em Reprodução Humana

Dr. Carlos Lowndes Dale
Médico – Ginecologista/ Obstetra

Dra. Simone Nogueira
Medicina da Reprodução

Dr. Sergio Luiz Simões
Médico - Especialista em Ultra sonografia

Dr. Eduardo Dale
Médico – Ginecologia e medicina de reprodução

Dra. Patrícia Diniz
Bióloga

Dr. Marcos Thadeu da Silva
Médico - Especialista em Anestesiologia

Dra. Flávia Arêas Araújo e Silva
Biomédica

Dra. Maria Elisa Andrade Machado
Psicologia / Psicanálise

Fertilidade

Sobre Infertilidade

Um casal é considerado infértil quando a gravidez não ocorre no período de um ano e meio de vida sexual ativa sem uso de métodos contraceptivos. Um casal com fertilidade comprovada tem em torno de 30% de obter uma gravidez que se desenvolva até o fim sem problemas a cada ciclo. As taxas de fertilidade variam de acordo com a idade. Estatísticas mostram que um casal entre sete tem problemas de fertilidade entre 30 e 34 anos; um a cada cinco entre 35 e 39; e um em quatro na faixa de 40 a 44 anos de idade. Hoje é possível identificar fatores que comprometem a fertilidade. A maioria dos casos de infertilidade tem solução.

As principais causas de infertilidade são:

Endometrite - 28%
Deficiências do esperma - 21%
Dificuldades na ovulação - 18%
Lesão tubária - 16%
Dificuldades sexuais - 6%
Complicações no colo do útero - 3%
Problemas masculinos - 6%
Causas inexplicáveis - 2%

Avanços importantes na área da reprodução humana estão sendo conseguidos nos últimos anos. Novidades em medicação, cirurgia e fertilização assistida dão mais esperança a casais inférteis.

Os médicos devem ter quatro objetivos em mente quando iniciam um tratamento:

1. Pesquisar e tratar as causas de infertilidade.
2. Com avaliação e tratamento adequados, mais da metade dos casais conseguirão gravidez.
3. Fornecer informação farta e atualizada, para evitar má informação comumente dados por amigos, parentes e principalmente vinda da má utilização dos meios de comunicação.

4. Apoiar psicologicamente o casal durante todos os períodos de pesquisa e tratamento, seja pelo apoio do próprio médico, seja pelo encaminhamento a um terapeuta especializado quando necessário.
5. Saber aconselhar o casal o momento de desistir, seja pela impossibilidade de transpor o problema, seja pelo apoio dado no caso da desistência do casal.

O que é ser infértil?

Um casal é considerado infértil, quando uma gravidez não ocorre no período de um ano de vida sexual sem uso de contracepção.

O que é ser fértil?

Ser fértil e ter a capacidade de produzir uma gravidez e levá-la até o nascimento de uma criança.

Um casal com fertilidade comprovada, a cada ciclo tem uma chance de 21 a 28% de conseguir uma gravidez que vá até o final. Dentro deste conceito e com esses valores vemos que um nascimento na espécie humana não é tão simples como se imagina.

Infertilidade e Idade

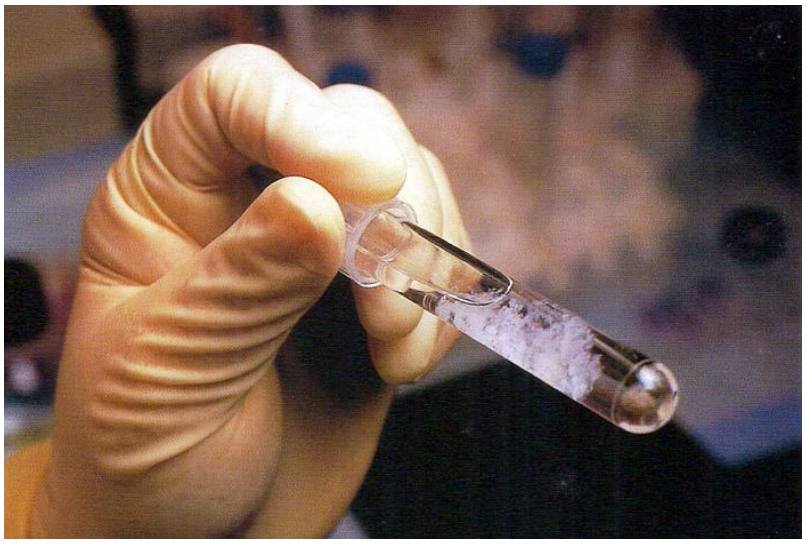
Ao longo dos últimos cem anos, houve uma acentuada mudança nos hábitos e costumes de todo o mundo. Uma pessoa de 50 anos presenciou radicais transformações tecnológicas, morais e éticas. Hoje, há em curso uma revolução no conhecimento e na informação impulsionada pela internet. O avanço e domínio do conhecimento em todas as áreas levaram o homem a se adaptar, o que fez com que hábitos socioculturais fossem modificados.

Até poucas décadas atrás, o casamento era uma instituição realizada precocemente. Em razão do tradicionalismo e da ineficácia de métodos contraceptivos, desde cedo a mulher tinha responsabilidade sobre vários filhos.

Com a emancipação feminina, a mulher foi ganhando cada vez mais espaço no centro de decisão social. Surgiu um impasse então: como conciliar a vida profissional com a maternidade? De um lado, o apelo da igualdade profissional e social; de outro, o instinto de ser mãe. Em favor de uma participação mais efetiva no mercado de trabalho, a mulher postergou sua demanda fisiológica de gerar filhos.

Este tempo sem gravidez expõe a mulher a algumas patologias tais como endometriose, maior número de infecções, etc. Esses fatores podem diminuir a capacidade fértil, sem falar no fator idade e qualidade do óvulo.

A Medicina da reprodução humana evoluiu e ajuda a muitas dessas mulheres a realizar o seu sonho e conseguindo uma gestação saudável mesmo em idade mais avançada. Limitações naturais sempre irão existir, mas a ajuda medica , poderá maximizar as possibilidades.

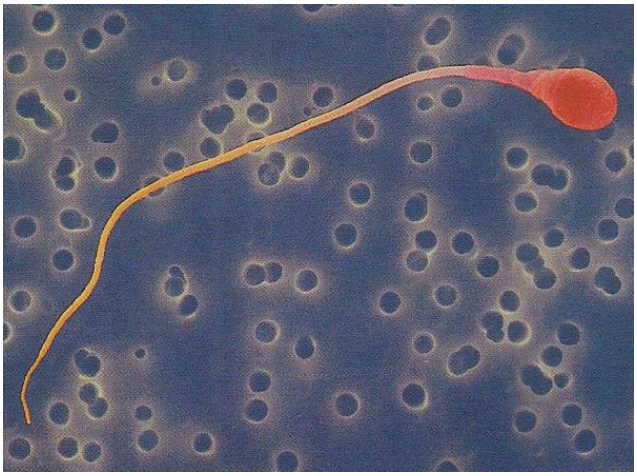


Infertilidade Masculina

Durante gerações, a medicina pouco pôde fazer para ajudar os casais cuja infertilidade era relacionada ao homem, como baixa qualidade e número reduzido de espermatozóides. O diagnóstico clínico da infertilidade masculina é limitada a algumas patologias e o tratamento pode em muitos casos ser ineficaz. A medicina da infertilidade masculina, pouco avançou nestes últimos anos na parte clinica, mas felizmente o Laboratório de Reprodução Assistida, preencheu esta lacuna, ajudando homens que anteriormente não teriam filhos, ou recorreriam ao Banco de Sêmen, a conseguir a almejada fertilidade. Hoje, no laboratório, consegue-se a fecundação de um óvulo com apenas um espermatozóide, conseguido no esperma ou retirado diretamente do testículo.

Avaliando as causas

As pesquisas realizadas em uma clínica especializada podem fornecer um diagnóstico claro da infertilidade masculina. Esses exames, realizados com uma amostra de sêmen, podem revelar anormalidades em número, mobilidade e morfologia dos espermatozóides. É importante fazer a análise do esperma sempre em local especializado; é comum resultados de laboratórios de análise clinica convencional não apresentarem resultados de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde. Podemos estar centrando nosso raciocínio na fertilidade feminina, e temos na realidade um exame



de esperma mal avaliado, o qual já seria determinante para tratamento.

Recentemente, as clínicas especializadas em infertilidade também têm usado a fertilização in vitro(FIV) como um teste para diagnóstico. Muito freqüentemente óvulos sadios não são fertilizados no laboratório devido à função anormal do espermatozóide. A FIV fracassada, portanto, pode fornecer evidência conclusiva de infertilidade devido ao "fator masculino".

As anormalidades que os exames podem revelar são:

- Baixo número de espermatozóides (oligozoospermia). Normalmente os homens produzem, no mínimo, 20 milhões de espermatozóides por milímetro de sêmen. Número inferior é considerado como causa de diminuição da fertilidade;

- Não produção de espermatozóides em razão da insuficiência testicular ou completa ausência de espermatozóides (azoospermia);

- Pouca mobilidade dos espermatozóides (astenozoospermia). Nesse caso os espermatozóides não terão capacidade para nadar através do colo uterino para encontrar o óvulo na trompa de Falópio;

- Formato inadequado do espermatozóide(teratozoospermia)o que poderá acarretar em dificuldade de locomoção e chegada ao óvulo, e ausência de fecundação.

As anomalias dos espermatozóides não são a única causa de infertilidade masculina. Podem existir dificuldades de cópula – talvez devido à insuficiência ejaculatória ou impotência. .Hoje em dia, há um número crescente de homens cirurgicamente inférteis em conseqüência de vasectomia. Nestes casos pode-se

retirar o espermatozóide diretamente do testículo, ou se tentar uma cirurgia de reversão.

Aspectos Psicológicos

Querer ter um filho e não conseguir é uma experiência muito dolorosa. Não se trata de um desejo qualquer. Principalmente para as mulheres, um filho é um sonho construído ao longo de toda uma existência. Desde pequenas, elas experimentam a função de cuidar e proteger seu bebê (boneca) - caminho identificatório natural com sua mãe: "Um dia serei como ela...". Desde muito cedo a maternidade povoa os sonhos de uma mulher.

Quando a tentativa de se ter um filho esbarra em dificuldades aparentemente instransponíveis, muitas vezes a frustração toma uma dimensão muito grande e pode atingir a relação conjugal. O tratamento de reprodução assistida tem contribuído para a resolução desses problemas e apresentando alternativas que viabilizam a chegada da gravidez.

Cada vez mais a medicina tem "partilhado" com casais o projeto de um filho. Experiência e técnica médica são, portanto imprescindíveis.

Acolhimento e sensibilidade em relação ao universo subjetivo do casal completam um atendimento integral.

Respeitando a particularidade de cada casal, oferecemos acompanhamento psicológico para todos que desejarem. Abre-se, portanto, espaço para que conflitos provocados pelas dificuldades de engravidar possam ser discutidos e tomem nova direção, deixando de "fazer sombra" em outras áreas da vida do casal, num momento determinado tão especial como uma retomada de uma esperança de gravidez.

Esperar por um filho é um momento de muita emoção. É sempre vivenciada com muita emoção a proximidade da concretização de um desejo tão especial com gerar um filho. Revivemos o filho que somos e todo o sonho do que gostaríamos de ser. A sensibilidade se exacerba e fica à flor da pele principalmente nas mulheres.

Fumo e Fertilidade

Apesar das campanhas antitabagismo em todo mundo, a população fumante persiste em níveis alarmantes. Pesquisas recentes indicam que 30% das mulheres e 35% dos homens em idade reprodutiva são fumantes.

Parar de fumar pode ser extremamente difícil para alguns. Neste aspecto, o desejo de um filho saudável pode ser a razão mais importante para abandonar o vício.

A relação entre fumo e infertilidade está longe de estar incutida na população e ainda é motivo de dúvida entre a classe médica.

Apesar de diversos trabalhos acumularem dados mostrando o efeito adverso do fumo, muitos deles são considerados pouco conclusivos devido à diversidade das populações e métodos estudados.

Mas uma vez aceita a relação entre fumo e fertilidade, podemos considerar que 13% de infertilidade feminina são causados pelo cigarro.

Um recente artigo revela que foram investigadas 15 mil gestações e o tempo que se levou para consegui-las. A percentagem de mulheres que tiveram o intervalo maior que um ano foi 54% maior em fumantes do que em não fumantes.

O percentual também foi superior em fumantes passivos, quando o fumante é o parceiro.

Além disso, a menopausa ocorre de um a quatro anos antes em fumantes se comparados aos não fumantes. A química contida na fumaça do cigarro parece acelerar a destruição de óvulos e conseqüente perda da função reprodutiva.

Um estudo da Associação de Planejamento Familiar de Oxford, Inglaterra, observa um retorno à fertilidade em ex-fumantes. A reversibilidade do problema indica a correlação entre dose/tempo e a fertilidade e provê uma ferramenta importante para motivação em campanhas antitabagismo.

A possibilidade de causar alterações genéticas no feto também foi relacionada ao fumo. Substâncias provenientes da fumaça de cigarro se ligariam a frações do DNA provocando lesões pré-mutacionais. Os danos ao DNA aumentam a incidência de abortos, defeitos físicos e alguns autores sugerem até aumento dos casos de trissomia do cromossomo 21 (síndrome de Down).

A nicotina e o monóxido de carbono podem levar a insuficiência placentária e retardo no crescimento fetal, culminando em abortamento.

Outro dado estatístico interessante é o aumento da incidência de gravidez tubária, que pode ser 3,5 vezes maior em fumantes do que não fumantes. Um trabalho com hamsters demonstrou uma alteração na função e na mobilidade da trompa, o que levaria a uma dificuldade da captura do óvulo pela trompa(infertilidade) ou no trânsito do embrião até o útero (gravidez tubária).

Em tratamentos de fertilização in vitro (FIV), as mulheres que fumam precisam, em média, de duas vezes mais tentativas para conseguir engravidar do que uma que não fuma.

No momento da retirada do óvulo, comprovou-se a presença de cádmio e cotinina (metabólico da nicotina) no líquido folicular aspirado. As mesmas substâncias foram encontradas em pacientes fumantes passivas.

De acordo com diversos estudos, a quantidade e a qualidade dos espermas também oscila em razão do consumo de tabaco. Uma queda de 22% na concentração foi observada nos fumantes.

Atualmente existem medicamentos que podem ser utilizados para auxiliar o indivíduo a largar o vício. Mas precisam ser prescritos por médicos, que devem acompanhar, permanentemente, seus pacientes. Também há chicletes e adesivos cujo objetivo é, paulatinamente, diminuir o nível de nicotina no sangue.

Tanto medicações quanto adesivos e chicletes podem ser utilizados pela paciente com dificuldade de engravidar, mas só os adesivos e chicletes são indicados para as grávidas. Apesar de infundirem na circulação doses de nicotina, estes níveis nunca são maiores do que o consumo de dez cigarros por dia.

Alguns comentários sobre a relação do tabaco e a reprodução:

- Mais de 20 estudos publicados na literatura médica detalham os efeitos adversos do tabaco na fertilidade;

- O tabaco contém diversas substâncias tóxicas. Estudo feito em ratos mostrou que a nicotina tem efeitos prejudiciais na maturação do ovo, nas taxas da ovulação e nas taxas de fertilização;

- O estudo mostrou também anormalidades cromossômicas nos óvulos expostos à nicotina;

- A reserva ovariana e a quantidade e a qualidade do óvulo são reduzidas nas mulheres que fumam;

- Os fumantes têm números mais baixos de folículos quando estimulados para a fertilização in vitro;

- Os fumantes têm números mais baixos de óvulos recuperados com a FIV;

- Os fumantes têm taxas mais baixas de fertilização dos óvulos in vitro;

- Os abortos espontâneos são mais comuns entre os fumantes;

- Um estudo mostrou que a possibilidade para uma gravidez de FIV

era 2,7 vezes mais alta em mulheres que nunca fumaram do que em mulheres que fumam (ou que tenham parado recentemente de fumar). O mesmo estudo mostrou que se a mulher foi fumante pelo menos nos últimos cinco anos a chance de uma fertilização in vitro diminui em 4,8 vezes.

- Há evidências de que o homem sendo fumante existe menos chances de ele ser pai recorrendo à FIV.

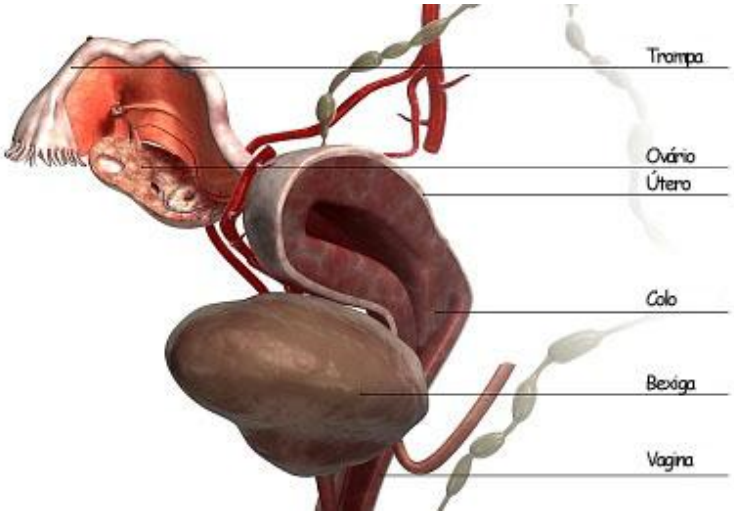
Se você fuma, pare. Se você estiver tendo dificuldades para engravidar ou está planejando uma fertilização in vitro, pare de fumar imediatamente.

A fertilidade pode melhorar após parar e as taxas do sucesso de FIV são mais elevadas nas mulheres que não são fumantes do que nas mulheres que fumaram.

Infertilidade Feminina

A pesquisa de infertilidade feminina está calcada em dois parâmetros, as alterações na ovulação, e no trajeto físico do espermatozóide e óvulos.

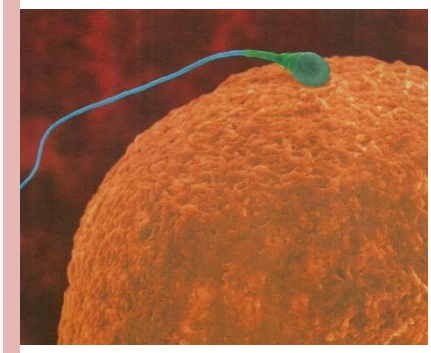
Para que uma ovulação ocorra, um processo hormonal sofisticado acontece no organismo feminino. Os ovários disponibilizam todo mês uma quantidade grande de óvulos. A hipófise produz um hormônio chamado FSH que irá recrutar um destes óvulos a se desenvolver até o momento da ovulação. Todos os outros óvulos colocados à disposição pela natureza acabam se atrofiando e desaparecendo. Interessante notar que este processo se inicia desde cedo na vida reprodutiva da mulher e persiste até o "estoque" final terminar, configurando a menopausa, que é a parada final de atividade ovariana. A mulher inicia sua vida com um estoque de óvulos grande (200000 óvulos em cada ovário.) e a cada ciclo menstrual centenas são disponibilizados.



Os hormônios estimulam o crescimento do folículo (que contém um óvulo) até que este recebe um estimulo do hormônio LH, que desencadeia a ovulação. Esta se dá pela ruptura do folículo e o óvulo é então expelido do ovário e captado pela trompa. As células que formam o folículo produzem então dois hormônios, o Estrogênio e a Progesterona, que manterão o regime hormonal até a 12* semana de gestação. Neste momento a placenta assume a produção hormonal e o ovário para de trabalhar. Se a gestação não ocorre, os níveis hormonais caem no sangue, a menstruação sobrevém e novo ciclo se reinicia.

Podemos então ter alterações na produção dos hormônios que estimulam o ovário para ovulação (FSH e LH), bem como na qualidade de produção hormonal pós-ovulação (Estrogênio e Progesterona) A pesquisa irá avaliar os hormônios de base, a ovulação física pela ultra sonografia e a dosagem dos hormônios pós-ovulação.

A anatomia feminina, pela qual transita o espermatozóide e óvulo, é composta pela vagina, colo do útero, cavidade uterina, trompas e da relação de aproximação da trompa ao ovário.



O esperma cai na vagina na ejaculação e se coagula. A vagina tem um pH acido e o esperma é alcalino. Com +/- 3 a 5minutos o pH está estabilizado e o esperma se liquefaz. Os espermatozóides saem do lago seminal e entram no colo uterino através do muco (secreção do colo uterino) e aí irão sobreviver por até 70 horas. Aqueles espermatozóides que ficaram na vagina acabam morrendo por ação da volta do pH acido natural.

Aos poucos, grupos de espermatozóides viajam pelo útero e trompas até chegar ao local de fecundação que é a ponta da trompa, perto do ovário. Se o óvulo não estiver lá, acabam caindo na cavidade abdominal e são absorvidos pelo organismo feminino.

As anomalias de vagina que dificultem a relação sexual podem interferir na fertilidade.

O colo do útero secreta o muco que recepciona os espermatozóides, este pode estar ausente, deficiente ou infectado. A cavidade uterina pode conter patologias que impedem o embrião se implantar e se desenvolver. As trompas podem estar: ausentes, obstruídas ou aderidas, impedindo o trabalho de captura dos óvulos.

Endometriose

A endometriose é uma das maiores causas de alteração da fertilidade feminina. O endométrio é o tecido produzido no útero durante o ciclo menstrual e que será o local de implantação do embrião. Se a mulher não engravida, esta camada é eliminada através da menstruação. Algumas mulheres possuem estas células localizadas fora do útero. O sangue menstrual pode refluir também pelas trompas para dentro da cavidade abdominal. As células endometriais podem então se implantarem na parede dos órgãos abdominais. Existe um sistema de defesa que impede este fato. Quando falha, a endometriose pode se instalar e podem crescer mês a mês quando sofrem a ação dos hormônios causando dores no período menstrual ou até mesmo fora dele. Isto é uma hipótese para explicar a doença, mas não explica tudo, sendo então a causa da doença ser desconhecida, mas existe tratamento e a mulher deve estar atenta aos sintomas. O tratamento irá se basear no fato de que a endometriose reflui pelas trompas e cresce com o ciclo hormonal natural feminino. Então teremos 3 grupos de pacientes com tratamentos diversos:

1) Aquelas que tem o diagnóstico , mas não querem engravidar:

Estas mulheres deverão ter as mesntruações suspensas, com o uso de contraceptivo hormonal tomado de forma continua. Não irá menstruar e o ambiente da pílula, faz com que o endométrio fique atrofiado, e os focos fora do útero podem diminuir e se fibrosar. Então seria uma prevenção de novos focos e um tratamento para os focos em atividade.

2)Aquelas que querem engravidar:

A endometriose pode provocar o aparecimento de aderências , que irão poder dificultar ou impedir a movimentação das trompas para a captura do ovulo. outra influencia pode se dar na fecundação do ovulo , na presença da endometriose. Chegou-se a esta conclusão , pois estas pacientes na FIV , tem a mesma taxa de gestação das não endometrioticas.

3) Pacientes com indicação cirúrgica:

Pacientes com lesão importante de reto e intestino deverão ser encaminhadas ao cirurgião geral. As lesões que acometem os ureteres e a bexiga , serão direcionadas ao urologista. A cirurgia que antes era feita pelo ginecologista , perdeu espaço , pois se com um bloqueio hormonal eu posso diminuir a doença, e com a in vitro , fazê-la engravidar , qual seria a razão de operar. A endometriose no mês seguinte a cirurgia , retoma a sua atividade. Então eu não curo , apenas diminuo as lesões.

A cirurgia ginecológica , poderia estar restrita hoje aos grandes cistos de ovário (endometrioma), em que o ovário já foi todo destruído , ou nos casos de dor incapacitante , na expectativa de minorar os sintomas. Mas não para tratamento de infertilidade.

Ovários Policísticos

Cerca de uma entre cinco mulheres tem ovários policísticos. Esse termo descreve a aparência dos ovários quando eles são vistos em uma tela de ultra som.

Os ovários policísticos contêm muitos pequenos cistos - no mínimo dez. Alguns desses cistos contêm óvulos, alguns são inativos, e outros podem secretar hormônios. Os cistos são pequenos, em geral com não mais que 8 milímetros, mas bastante claros ao ultra som para permitir um diagnóstico acurado. Dosagens sanguíneas também podem revelar alterações dos níveis hormonais características dos ovários policísticos, mas esses níveis variam consideravelmente de uma mulher para outra.

Os médicos ainda não estão inteiramente seguros de porque algumas mulheres têm ovários policísticos. Pode existir uma ligação hereditária, e eles estão presentes em mulheres de todas as idades, muitas das quais não apresentam sintomas de SOPC. Em outras palavras, os ovários não se tornam repentinamente policísticos; mas as

mulheres que sempre tiveram ovários policísticos podem desenvolver sintomas a qualquer momento.

A base da Síndrome é uma elevação dos hormônios masculinos, e estes levariam a uma disfunção dos hormônios que comandam a função do ovário.

O ovário disponibiliza inúmeros óvulos, a cada ciclo menstrual, mas o estimulo hormonal (FSH e LH) recrutará apenas um deles para crescimento e ovulação. Os outros óvulos disponibilizados se atrofiam. Este processo se dá por uma elevação destes hormônios, e no caso da Síndrome, estes são produzidos de forma constante sem elevações. Isto faz com que diversos óvulos sejam recrutados, mas não consigam crescer o suficiente até o estagio de ovulação. Diversos folículos vão ficando no ovário o que leva a aparência de micropolicistos.

A causa mais comum da elevação dos hormônios masculinos é uma alteração do metabolismo da Insulina, conhecida como Síndrome da Resistência à Insulina, na qual existe um aumento da Insulina circulante, pois esta não consegue atuar colocando a glicose para dentro da célula. Este aumento da Insulina influi na conversão de determinados hormônios, provocando aumento dos níveis de hormônio masculino. A paciente com a resistência a Insulina, é uma forte candidata a diabetes gestacional, ou mesmo vir a desenvolver no futuro uma Diabetes .

Outra fonte de hormônio masculino pode ser por um distúrbio da suprarrenal, ou do próprio ovário. A Síndrome dos ovários policísticos irá cursar, além da falta de ovulação, com reflexos do excesso de hormônio masculino, tais como Acne, aumento de pêlos e obesidade.

O tratamento do ovário policístico é feito com indução da ovulação , para quebrar o circulo vicioso da alteração hormonal. No passado como não sabíamos da fisiopatologia, a indicação era a cirurgia , em que retirávamos um quarto do ovário e com isto a mulher voltava a ovular. Cirurgia puramente empírica, e com efeito colateral grave, formação de aderências pós cirúrgicas o que poderia afetar o trabalho das trompas, e desaparecimento de 1/4 dos óvulos, daquela porção que foi retirada. Qualquer que seja a técnica cirúrgica , as seqüelas são maiores que os benefícios.

O uso de medicações para tratar a resistência a insulina, mostrou-se ineficaz, restando uma única indicação , que seria na paciente obesa. Naquelas que querem engravidar , trabalhamos com indutores da ovulação e controle ultra sonografico. Aquelas que não desejam engravidar , ou usamos a pílula anticoncepcional para manter o ciclo regular ou só uma dose de progesterona por 10 dias , e mantemos o ciclo regular.

Aborto de Repetição

Aborto de repetição é a situação na qual um casal experimenta três ou mais perdas gestacionais. Na espécie humana o abortamento é relativamente freqüente. 10% das gestações se terminam em abortamento. Destes abortamentos 85% tem uma causa genética, isto é, uma alteração cromossômica que inviabiliza a vida e a natureza elimina espontaneamente. Por esta razão a ocorrência de 1 ou 2 abortos é aceitável como natural, apesar de ser difícil de vivenciar.

Com a recidiva de três ou mais abortos, alguma outra causa deve estar interrompendo estas gravidezes.

Dentre as causas conhecidas e pesquisadas estão:
1) Causas fetais
2) Causas uterinas
3) Causas imunológicas
4) Causas auto imunes
5) Causas hematológicas ou trombofilias

Causas fetais:

Estas são as causadas pelas alterações cromossômicas, que inviabilizam a vida. Alterações na estrutura ou numero dos cromossomos, podem ser causadas ao acaso ou induzidas por uma alteração de cromossomos dos pais.

Aquelas que ocorrem ao acaso, não são repetitivas, São as causadoras de abortos ocasionais que estão dentro do percentual de 10% de todas as gestações.

Aquelas herdadas dos pais é que se enquadram na repetitividade. Todo abortamento, mesmo que seja o primeiro, deverá ter o material eliminado analisado. O habitual é realizar o exame histopatológico, isto é, o estudo microscópico do material curetado, por um laboratório de patologia. Este exame dificilmente acrescentará dados a compreensão do problema. O ideal é que se realize um exame genético, que poderá demonstrar na maioria dos casos, a causa mais comum de perda gestacional. Dependendo da alteração, os pais deverão ser estudados. O exame solicitado é o Cariótipo. Este mostrará a estrutura e o numero dos cromossomos.

Se este resultado é anormal, um aconselhamento genético deve ser feito, no qual o geneticista irá calcular a incidência do problema em futuras gestações. E sendo confirmado , poderemos estudar o pré embrião antes de colocá-lo no útero , para termos certeza de que o problema dos pais foi passado para o filho.

Causas uterinas

Alterações da cavidade uterina podem impedir o crescimento da gestação. Existem malformações da cavidade uterina que são incompatíveis com evolução de uma gravidez. Patologias como os miomas, pólipos e processos inflamatórios também podem agir desta forma. O exame para avaliação da cavidade do útero é a Vídeo Histeroscopia. Neste exame, tem-se a visão direta da cavidade uterina, podendo ser fotografada ou filmada.

Dependendo da causa um procedimento feito através da videohisteroscopia cirúrgica , poderá corrigir o defeito da cavidade ou remover a lesão.

Causas imunológicas

Uma gestação é formada pela junção de parte do componente genético do marido com parte da mulher. O feto formado a partir de então será um ser com constituição imunológica diferente do pai e da mãe.

Quando uma gravidez se instala, o feto passa a fazer parte do organismo da mãe, como um órgão transplantado. Sendo ele de constituição de parte do pai e parte da mãe, este novo ser tem uma combinação genética diferente da mãe. Habitualmente quando o sistema imunológico entra em contato com um corpo estranho, desenvolve anticorpos específicos. Durante a gravidez, o sistema imune tem então, que "tolerar" esta situação. O reconhecimento ocorre, e algum mecanismo ainda desconhecido faz com que o sistema imunológico não "ataque" a gravidez.

Esta premissa não esta confirmada, não sendo mais aceita pela medicina. O FDA (Food and Drug Administration) que é o órgão governamental dos Estados Unidos da América responsável pelo controle da saúde, avaliou casais que haviam feito o tratamento e outros não. O numero de bebês nascidos foi igual, o que comprova a ineficácia do tratamento. Este tratamento é proibido em todo o mundo e também em nosso país. Deve ser considerado apenas no nível de estudo clinico.

Causas auto imunes

O corpo humano , pode desenvolver o aparecimento de anticorpos contra células ou tecidos do próprio corpo. Não sabemos com exatidão , porque isto acontece, mas o fato é que é mais comum do que se imagina. Exemplo: A maioria dos hipotiroidismo advem de anticorpos anti tireóide. Estes anticorpos irão

gradativamente destruir o tecido sadio, e a tireóide, diminui a produção dos hormônios que são ressonáveis por uma serie de atividades do corpo. (Tireoidite de Hashimoto). Não há cura , mas a reposição do hormônio tireoidiano compensa este déficit. O hipo como o hipertireoidismo , podem levar a abortamento.

Causas hematológicas ou auto imunes

Trombofilias são alterações no processo de coagulação do sangue. Algumas podem levar a trombose, quando o ambiente hormonal aumentado da gestação, ou modificado com uso de anticoncepcionais hormonais. A trombose irá provocar uma interrupção do fluxo sanguíneos nos vasos placentários, e conseqüente falta de irrigação fetal, seguido de parada gestacional.

Um painel de trombofilias poderá avaliar diversos , tipos de "defeitos"que consideramos como trombofilias.

Identificado o problema , iremos tratar com anticoagulantes injetáveis e orais, que devem ser utilizados desde o momento da concepção.

Tratamentos de Fertilidade

Como é o tratamento?

O tratamento é dividido em duas partes. Primeiro existe a fase de pesquisa, em que iremos estudar todos os fatores que podem estar alterando a fertilidade do casal. Ao final desta fase teremos um diagnóstico, e baseado neste, iniciaremos então o tratamento propriamente dito.

Esta pesquisa demora?

Como a mulher tem ciclos menstruais, os exames são realizados em épocas pré-estabelecidas, que devem seguir a fisiologia. As vezes precisamos esperar um novo ciclo para repetir ou dar continuidade a um determinado exame. Habitualmente conseguimos terminar a fase de pesquisa em dois ciclos menstruais.

Como devemos proceder?

O casal deve procurar ajuda preferencialmente junto. A avaliação da causa fica mais fácil quando o casal é visto como um só. Psicologicamente existem vantagens, quando o casal é visto em conjunto. O problema pode ser dividido, compartilhado e suportado mais facilmente.

Lembre-se que o problema será sempre dos dois, mesmo que uma patologia seja encontrada em um dos parceiros, sempre afetará ambos.

O resultado final dependerá do tipo de alteração, mas a força conjunta ajudará a obter este resultado ou a suportar a dificuldade de consegui-lo.

Como são os exames?

Existem três áreas que devem ser analisadas, para se chegar a um diagnóstico. É importante que todas as avaliações sejam realizadas. Todas têm o mesmo peso para se chegar ao diagnóstico final.

Avaliação de espermatozóide

A avaliação do espermatozóide é feita através do espermograma. O esperma é preferencialmente colhido no laboratório, pois o exame se inicia imediatamente após a coleta.

A segunda avaliação do espermatozóide é realizada através do teste pós coito ou teste de Huhner. Nele, vamos avaliar a capacidade do espermatozóide de penetrar e sobreviver no aparelho reprodutor feminino.

No período da ovulação, o casal mantém uma relação sexual na véspera do exame, à noite, e o exame é realizado no dia seguinte. Com isto veremos se o espermatozóide, além de penetrar, tem capacidade de sobreviver no muco do colo do útero.

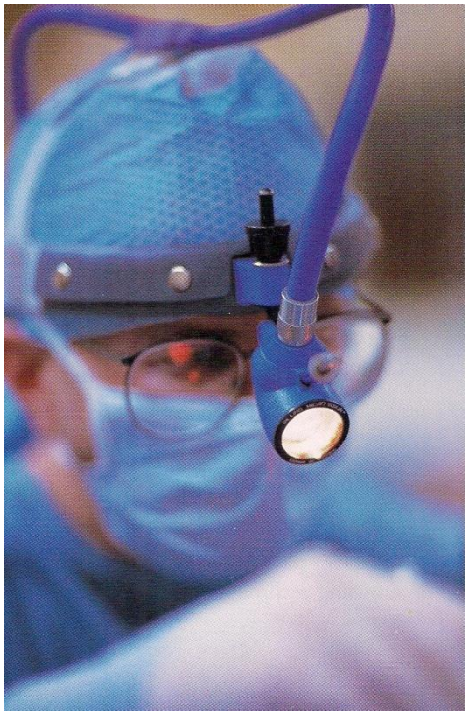
Se algum problema é detectado, nestas duas avaliações, outros exames podem então ser indicados. (dosagens hormonais, avaliações de fluxo sanguíneo, etc.).

Avaliação do óvulo

O estudo da ovulação compreende uma série de exames que irão demonstrar, não só a ovulação, mas todos os fatores que induzem esta a ocorrer, bem como seus reflexos no organismo.

Uma avaliação dos hormônios é realizada em fase ainda menstrual, quando então teremos os valores de base. Este estudo hormonal é reavaliado na fase pós ovulação, quando veremos a produção hormonal do ovário.

Um estudo seriado da ovulação, pelo ultra som, mostrará não só a velocidade de crescimento do folículo, como o seu rompimento, que é o dado físico de que a ovulação ocorreu.



Para a ovulação ocorrer, é necessário o aparecimento de um hormônio chamado LH. O LH aparece um dia antes da ocorrência da ruptura do folículo. Podemos detectar este hormônio na urina, através de um teste realizado pela própria paciente em casa.

O endométrio é o tecido que recobre a cavidade uterina. Este se desenvolve sob influência dos hormônios produzidos pelo ovário. No endométrio é que se fixará o embrião, quando chegar ao útero.

É necessária uma boa condição de maturidade e crescimento para que o endométrio possa receber e permitir a nidação. Fazemos então um estudo deste endométrio, para saber se os hormônios estão fazendo adequadamente a sua preparação.

Feito pela ultra sonografia, avaliamos o crescimento de espessura, linearidade e aspecto ultra sonográfico.

Avaliação de trajeto

Após avaliarmos o espermatozóide e o óvulo, precisamos que os dois gametas se encontrem. Precisamos então analisar o trajeto realizado pelos dois.

O estudo do trajeto compreende quatro exames:

1. Ultra sonografia:

Mostrará a estrutura dos órgãos. O ultra som tem a propriedade de nos mostrar a estrutura interna dos órgãos. É como se ao analisar uma parede pudéssemos ver a sua parte interna, isto é, ver os tijolos no seu interior.

O ultra som poderá nos mostrar se existem miomas na parede do útero ou outras anomalias que possam intervir na forma do útero ou pressionar a cavidade causando distúrbios da sua dinâmica.

2. Histerosalpingografia:

É um exame de raios-X, realizado com contraste, que nos mostrará as alterações da cavidade uterina, como pólipos, cicatrizes etc. O trajeto tubário é o dado mais importante mostrado por este exame. Este, hoje, é o único exame que pode nos mostrar o estado do interior da trompa bem como da passagem do contraste, comprovando seu trajeto.

Futuramente teremos um exame que poderemos avaliar o interior da trompa, através da visão direta por endoscopia.

3. Histeroscopia:

É o exame que avaliaremos diretamente a cavidade do útero, através de um endoscópio. Este, é uma sonda fina de 3 mm de diâmetro que acoplado a uma câmera de televisão, nos permite entrar pelo colo do útero e avaliar diretamente o

interior do útero. Este exame habitualmente é realizado em consultório. Indolor, pode em alguns casos produzir uma leve pressão ou cólica, dado a entrada do gás que utilizamos para distender a cavidade uterina.

4. Laparoscopia:

Através deste exame avaliaremos diretamente a cavidade abdominal, e poderemos diagnosticar as alterações que podem dificultar o trabalho das trompas e dos ovários, sejam elas por aderências, endometriose etc..

Trata-se de uma pequena cirurgia, realizada em ambiente hospitalar, sob anestesia. Através de uma pequena incisão no umbigo, se insere um tubo acoplado a uma câmera de televisão. Veremos então com nitidez, toda a cavidade abdominal, podendo então diagnosticar toda e qualquer alteração que possa interferir com a função de trompa e ovário.

Nem todos os exames são necessários, mas devem ser aplicados com critério em cada caso. O importante é que chegue a uma conclusão do ou dos fatores que interferem na fertilidade, e a partir daí, se faça um plano de tratamento.

Também na avaliação poderemos ter dois exames de sangue que possam sugerir alterações. Um mede a dosagem de CA125 que poderá indicar endometriose, e o outro exame fará a pesquisa da presença de um anticorpo contra uma bactéria chamada Clamídia Tracomatis, a presença do anticorpo significa, que o individuo já entrou em contato alguma vez com a bactéria. Esta bactéria tem uma predileção por atingir as trompas, sendo o exame positivo, a atenção se volta para uma provável lesão tubária. Dificilmente com este exame consegue-se detectar uma fase aguda, portanto na positividade não é necessário tratamento antibioterápico. A

clamídia é uma doença transmitida por via sexual e dificilmente apresenta algum sintoma, o organismo debela a bactéria através dos anticorpos.

Antes de iniciar um Tratamento

O casal com alteração da fertilidade deve se submeter a uma série de exames para determinar a causa do problema. O profissional médico que irá tratar o casal deve ter em mente três objetivos primordiais quando se inicia um tratamento de fertilidade:

1- Pesquisar e tratar as causas de infertilidade. Com avaliação e tratamento adequados, as chances de uma gravidez bem-sucedida aumentam significativamente;

2- Fornecer informação farta e atualizada, desmistificando preconceitos e crendices difundidas por amigos e pela internet;

3- Apoiar psicologicamente o casal durante a investigação. Esta tarefa cabe ao próprio médico responsável pela pesquisa, ou a um terapeuta, quando necessário.

Tratamento para Infertilidade Masculina

O diagnóstico da infertilidade masculina estará baseado sempre na quantidade e qualidade final da análise do esperma com ou sem tratamento possível.

Poderíamos resumidamente colocar o individuo com:

- Ausência de espermatozóides (Azoospermia de produção): doação de esperma

- Ausência de espermatozóides (azoospermia de eliminação): aspiração do espermatozóide do epidídimo ou testículo = fertilização in vitro com injeção intracitoplasmática FIV-ICSI

- Quantidade baixa, mobilidade e morfologias muito alteradas: FIV – ICSI.

- Quantidade e qualidade moderada: Inseminação Artificial

- Alteração da quantidade /qualidade causa hormonal: Estimulo hormonal

- Alteração da quantidade /qualidade/ causa varicocele: Cirurgia corretiva

- Alteração quantidade/qualidade: Causa genética: FIV-ICSI com diagnóstico genético pré-implantacional do pré-embrião

Fertilização in Vitro com Injeção Intracitoplasmática (ICSI)

A FIV é a técnica do "bebê de proveta", sendo o procedimento de concepção assistida mais amplamente praticado no mundo. Na FIV um ou mais óvulos são removidos do ovário, fertilizados no laboratório com um ou mais espermatozóides. Uma pequena seleção dos embriões resultantes é transferida para o útero, iniciando assim a gravidez.

Embora a FIV tenha sido desenvolvida para tratar casais cuja principal causa de infertilidade é uma lesão tubária na mulher, a técnica também foi considerada útil para casais cujos problemas são causados pelo número de espermatozóides abaixo da média ou por deficiência morfológica. As modernas técnicas de preparo dos espermatozóides (lavagem e cultura) podem melhorara viabilidade das amostras de espermatozóides e tornar a fertilização mais provável. Nas causas masculinas, indicamos sempre a injeção intracitoplasmática – injeta-se um espermatozóide pré-selecionado diretamente no interior do óvulo.

Tratamento para Infertilidade Feminina

O tratamento feminino poderá ser:

Transtornos da ovulação: indução da ovulação com hormônios, sendo preferencialmente os naturais.

Transtornos do trajeto:

Alterações da vagina: cirurgia ou inseminação artificial

Alterações do colo útero: ausência do colo ou alteração na secreção do muco cervical: Inseminação artificial

Alterações da cavidade uterina: Cirurgia ou Doação temporária do útero

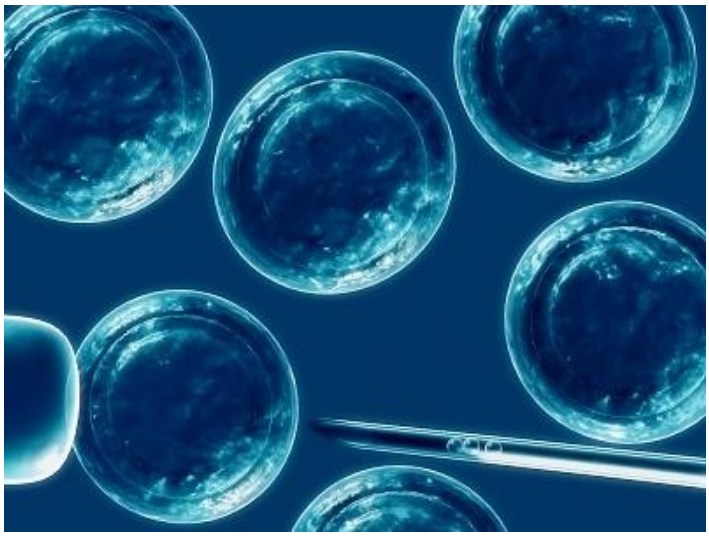
Alterações tubárias: Cirurgias corretivas ou Fertilização in vitro

Alterações da captura do óvulo: Cirurgia ou Fertilização in vitro

Doação de Óvulos

A doação de óvulos é alternativa para aquelas pacientes que não possuem os ovários ou estes, por alguma razão, não produzem óvulos. É uma opção também para mulheres que não conseguem mais, por causa da idade, gerar um filho com seus próprios óvulos.

Compreender a diminuição do numero de óvulos, é simples, pois a mulher nasce com todos os óvulos nos ovários, e durante a vida reprodutiva "gasta" os óvulos, que não são repostos pelo organismo. Com isto à medida que a idade avança, diminuem o numero de óvulos no ovário. No momento que estes terminam, a mulher entra então na menopausa.



A idade acomete também a qualidade do óvulo. Isto já é mais difícil de explicar. Existe algum fator, que ciência desconhece que vai atuar na qualidade genética do óvulo. Diminui a capacidade de fecundação do óvulo, e aumenta a incidência de malformações fetais que podem levar a um aborto espontâneo ou uma malformação compatível com a vida, sendo que a mais comum na espécie humana é a síndrome de Down.

A tabela abaixo demonstra o resultado de fertilização in vitro, de acordo com a idade da paciente. Podemos também comparar estes resultados aos índices de gravidez conseguidos naturalmente, e estes são muito semelhantes. Demonstramos com isto que a dificuldade estaria ligada estreitamente apenas ao fator idade.

Outro fato importante é o aumento da incidência de má formação fetal, que cresce proporcionalmente com a idade. Existem malformações compatíveis com a vida e incompatíveis. As primeiras são aquelas que chegam ao nascimento e sobrevivem por períodos distintos. Aquelas incompatíveis terminam em abortamento, como se a natureza eliminasse um ser que não tem capacidade nenhuma de sobrevivência. (veja o exemplo da taxa de aborto em relação à idade na tabela acima).

Como exemplo a tabela abaixo mostra a incidência da Síndrome de Down:

Idade Risco da Síndrome de Down
20 anos 1 em cada 1667 bebês é afetado
35 anos 1 em cada 378 bebês é afetado
37 anos 1 em cada 250 bebês é afetado
40 anos 1 em cada 106 bebês é afetado
41 anos 1 em cada 82 bebês é afetado
43 anos 1 em cada 49 bebês é afetado
45 anos 1 em cada 30 bebês é afetado

Se aliarmos a dificuldade de produção de óvulos, com o aumento da taxa de malformação e abortamento, teremos um grupo de mulheres em que o tratamento utilizando-se o próprio material genético torna-se praticamente negativo. Outras não têm os ovários ou já estão na menopausa. Para estas mulheres existe a possibilidade de utilizar óvulos doados.

Congelamento de Óvulos

A criopreservação de óvulos é uma excelente alternativa para a manutenção do futuro reprodutivo das mulheres. Quando a mulher nasce, os óvulos já estão prontos, aguardando o momento da ovulação. Algo acontece, e não sabemos qual o mecanismo, em que a idade da mulher afeta a qualidade genética dos óvulos. Estas

alterações poderão fazer com que o óvulo ao ser fecundado apresente uma anomalia genética, levando a incapacidade de continuar a sua divisão celular e vir a se fixar no útero. Isto faz com que diminua a possibilidade de gravidez. Outras alterações podem ocasionar abortos espontâneos ou que a criança nasça com alguma alteração genética. A mais comum é a Síndrome de Down.

A técnica vem sendo pesquisada há 25 anos. Após uma estimulação, semelhante ao tratamento da fertilização in vitro, os óvulos são aspirados por via vaginal com controles ultra sonográfico e sedação leve (processo indolor), levados ao laboratório, são selecionados e congelados através da técnica de vitrificação. O congelamento a 196º negativos em nitrogênio liquido, os óvulos poderão ser preservados eternamente. Os aperfeiçoamentos da técnica têm demonstrado resultados satisfatórios, obtendo índices de gestação comparáveis aos obtidos com embriões congelados.

Congelamento do Tecido Ovariano

Sem opções de preservar a fertilidade, muitas mulheres que se submeteram a um tratamento de câncer, irão passar mais da metade de suas vidas na menopausa, e serem consequentemente inférteis. Os tratamentos de radioterapia e da quimioterapia acarretam danos a função ovulatória e os médicos especialistas em

reprodução humana já estão explorando as várias opções para preservar a função ovariana e a fertilidade, focando na criopreservação de tecidos.

O autotransplante do tecido ovariano crio preservado tem a vantagem de não necessitar um parceiro, ao contrário do congelamento embrionário que acontece hoje quando a mulher é casada. E também diferentemente da criopreservação de óvulos e embriões, não necessita de adiamento da quimioterapia, para se coletar os óvulos. Outro fato, é que os folículos primordiais são mais resistentes a criopreservação, comparados com óvulos maduros ou imaturos. Após a recuperação da paciente, curada do câncer, o tecido ovariano crio preservado poderá ser transplantado em um local próximo da localização natural dos ovários (Transplante ortotopico) ou em um local fora da pelve (heterotopico). Algumas gravidezes foram reportadas nos dois tipos de transplantes.

Doação Temporária de Útero

A doação temporária de útero é indicada para casais em que a mulher tirou o útero ou parte dele, o que inviabiliza uma gestação. Também há casos de mulheres que têm alterações congênitas que modificam de tal forma a anatomia uterina que impossibilitam gestar um filho.

Assim acontece o procedimento da utilização temporária de útero: a paciente produz seus óvulos. Estes são aspirados – como numa fertilização in vitro convencional - e conduzidos ao laboratório, onde são fecundados pelos

espermatozóides do marido. Durante todo o tratamento de indução da ovulação, a doadora de útero tem seus hormônios monitorados e ajustados para que esteja preparada para receber os embriões. Estes são transferidos para o útero da doadora por um fino cateter plástico, técnica assistida por com.

Esta transferência é um procedimento extremamente simples. É indolor como um exame ginecológico. Após a transferência, a paciente deve observar repouso relativo por dois dias. Em seguida, vida normal.

A medicação é mantida por 12 semanas de gravidez, pois neste período a produção hormonal é de responsabilidade do ovário; como o órgão não participou do tratamento de estimulação hormonal, precisa ser suplementado.

Após a 12ª semana de gestação, a placenta assume o comando da produção hormonal e interrompe-se a administração do medicamento. A gravidez se desenvolve então de maneira semelhante a uma gestação obtida de forma natural.

Mulheres que já entraram na menopausa podem ser doadoras de útero, pois o que importa é o útero. Se este está sadio responderá igualmente aos estímulos hormonais necessários, independentemente de estarem sem funcionamento devido à menopausa. Este tratamento tem uma taxa de gravidez de 40 a 45%.

O Conselho Federal de Medicina normatiza que este procedimento só deverá ser utilizado com parentes de até segundo grau. Isso em razão do normal apego que qualquer mulher sente pelo feto que está em gestação no útero dela.

Ovulação Induzida

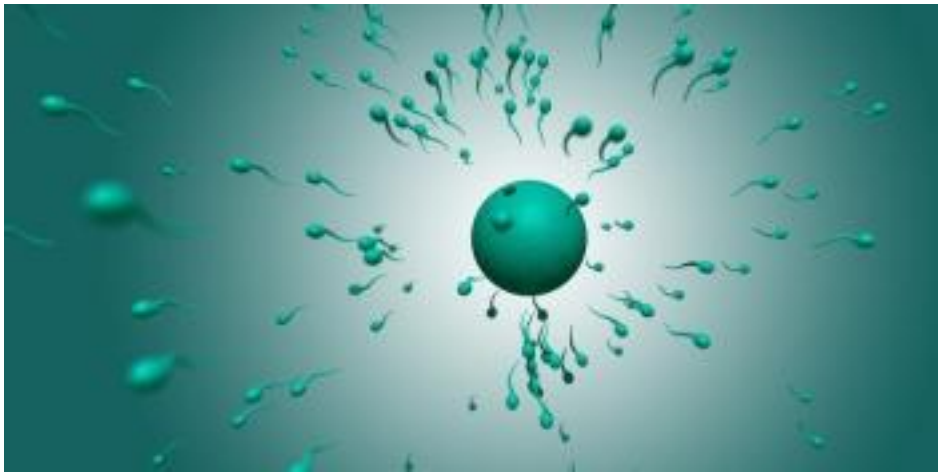
Há duas indicações básicas para se recorrer à indução de ovulação: pacientes que não tenham ovulação e aquelas que, que apesar de ovular, apresentam baixa qualidade hormonal;

No entanto, pacientes com ovulação normal também recorrem a este procedimento. Segundo estudos, a chance de gravidez em ciclos estimulados é estatisticamente maior do que em ciclos naturais. Para induzir ou melhorar a ovulação, utilizamos medicamentos que estimulam o organismo a produzir hormônios. Outro procedimento é fornecer diretamente os hormônios que atuam no ovário.

Todo estímulo à ovulação deve ser monitorado para que não haja dúvida quanto à resposta e garantir que a dosagem da medicação utilizada é adequada. Em estimulações mais simples, este controle é monitorado por ultra sonografias.

Outros de maior complexidade, além do ultra som, exigem a avaliação da produção hormonal do ovário. Um protocolo específico é feito, de acordo com o perfil hormonal e o tipo de estímulo.

A dúvida mais freqüente é quanto ao uso de hormônios. Habitualmente os hormônios que atuam diretamente no ovário são derivados humanos. Ou seja, são retirados de mulheres na menopausa ou de grávidas. Nos dois casos, há produção excessiva destes hormônios. Atualmente, usam-se também hormônios produzidos por engenharia genética, pois são absolutamente puros.



Os que agem estimulando o organismo a produzir hormônios são sintéticos, mas a atuação deles se faz à distância. Outra dúvida comum é se a ingestão de hormônios engorda. A ovulação produz uma quantidade maior de hormônio ovariano, o que faz com que a paciente apresente certo "inchaço”, semelhante àquele que ocorre no

período pré-menstrual o que habitualmente desaparece com a interrupção do medicamento. Há ainda a tensão emocional que pode causar um substancial aumento da "fome".

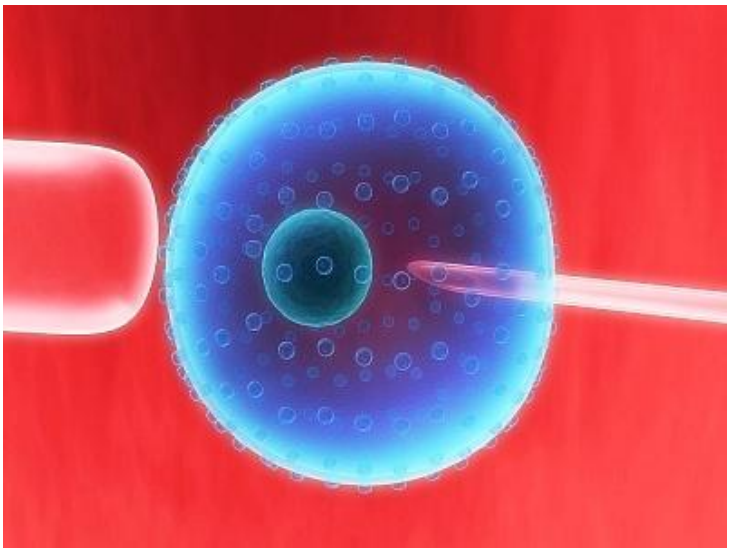
Os protocolos de estimulação da ovulação conseguem aproximadamente 80% de resultados positivos. Os 20% restantes são resultado de má resposta à indução ou retenção folicular ocasionada por flutuações inadequadas dos hormônios.

Inseminação Artificial

A inseminação artificial é um método utilizado para tratamento de algumas alterações da fertilidade do casal. Existem diversos tipos de inseminação artificial, mas todos eles têm a mesma finalidade, qual seja aproximar o espermatozóide do óvulo, transpondo um obstáculo feminino ou melhorando-se a qualidade do espermatozóide.

Como ilustração, imaginemos como o processo natural se desenvolve. O esperma, na relação sexual é depositado no fundo da vagina. O esperma compõe-se do líquido espermático e dos espermatozóides. Este líquido tem como finalidade transportar os espermatozóides do aparelho genital masculino até a vagina, e de neutralizar a acidez natural feminina. Só os espermatozóides penetram no útero, o liquido espermático é eliminado pela vagina após a relação.

A parte inicial do útero é chamada de colo, e faz a ligação da vagina com o útero propriamente dito. O colo produz uma secreção chamada muco cervical, que tem como finalidade, na época da ovulação, permitir que os espermatozóides penetrem com facilidade no útero.



A produção deste muco está sob controle do hormônio Estrogênio que cresce à medida que nos aproximamos da ovulação, isto é, quanto mais próximo da ovulação mais quantidade e maior qualidade do muco haverá. A interação do muco com os espermatozóides é um dos exames fundamentais na avaliação de um problema de fertilidade.

Os problemas encontrados nestes casos podem ter uma causa ou do muco ou dos espermatozóides. No lado feminino as alterações do muco podem estar ligadas a uma incapacidade de produção, uma alteração da qualidade, o aparecimento de anticorpos anti espermatozóides, entre outras.

No lado masculino as alterações de volume, numeração, mobilidade, e morfologia podem incapacitar o espermatozóide a penetrar, e sobreviver no muco cervical. A inseminação artificial é um método pelo qual nós tentaremos suplantar uma das dificuldades descritas acima.

Como é o tratamento:

A fertilização ocorre na trompa, pelo encontro do espermatozóide que foi depositado na vagina e percorreu o útero e a trompa, e pelo óvulo que foi captado pela trompa no momento de sua expulsão do ovário.

Lado feminino:

Como o procedimento ocorre no momento da ovulação, precisamos monitorá-la para saber qual o melhor momento. Teremos então dois tipos de tratamentos:

Um para as pacientes que tem ovulação espontânea e outro para aquelas que necessitam de uma estimulação.

Ciclos espontâneos: Nestes casos monitoramos a ovulação pelo ultra som e pela avaliação da presença do hormônio que desencadeia a ovulação na urina.

No 1° ou 2° dia do ciclo menstrual realizamos uma ultra sonografia para avaliação dos ovários. Se não contiverem nenhuma formação residual, prosseguiremos com o tratamento proposto.

No 9º dia do ciclo reiniciamos o seriado, que deverá então ser feito diariamente, ou a critério meu ou do ultra sonografista.

A partir do dia em que aparecer imagem de um folículo maior ou igual a 15 mm, a avaliação do aparecimento do hormônio LH na urina deve ser iniciado. Utiliza-se o Kit do CLEAR PLAN fazendo a reação com a primeira urina da manhã e com a urina do início da tarde. No momento que a cor se modificar significa que a ovulação deverá ocorrer de 24 a 40 horas depois. A inseminação é realizada o mais próximo deste momento.

Ovulação induzida:

Três indicações básicas:

- Pacientes que não tenham ovulação.

- Pacientes que tenham ovulação, mas com uma qualidade hormonal baixa.

- Pacientes com ovulação normal. Segundo alguns trabalhos científicos; a chance de gravidez em ciclos estimulados é estatisticamente maior que nos ciclos naturais.

Utilizamos para induzir ou melhorar a ovulação, medicamentos que atuarão estimulando o organismo a produzir hormônios, ou fornecendo diretamente os hormônios que irão atuar no ovário. Todo estímulo de ovulação deve ser monitorado para termos certeza da resposta, e para sabermos se a dose da medicação utilizada é adequada.

Este controle pode ser feito em estimulações mais simples, apenas pela ultra sonografia seriada. Outros de maior complexidade, exigem além do ultra som, a avaliação da produção hormonal do ovário. Dependendo de cada caso, faremos um protocolo específico, atendendo a cada perfil hormonal, um tipo de estímulo.

A pergunta mais comum diz respeito ao uso de "hormônios". Habitualmente os hormônios que atuam diretamente no ovário, são derivados humanos, isto é, retirados de mulheres na menopausa ou de mulheres grávidas, que possuem estes hormônios em quantidade excessiva. Hoje em dia utilizamos hormônios produzidos por engenharia genética, pois são absolutamente puros se possuem uma consistência de dosagem em cada ampola. Os que agem estimulando o organismo a produzir hormônios, estes são sintéticos, mas a atuação deles se faz à distância.

Outra dúvida comum é: Eles engordam? O estímulo da ovulação produz uma quantidade maior de hormônio ovariano, o que faz com que a paciente apresente certa "inchação”, semelhante àquela que ocorre no período pré-menstrual no que habitualmente desaparece com a parada do medicamento.

Não culpem somente o medicamento. Lembre-se que um estado tensional pode fazer com que haja um aumento da "fome". Os protocolos de estimulação da ovulação conseguem aproximadamente 80% de resultados no que se refere à ovulação. Os 20% restantes são de má resposta à indução ou retenção folicular ocasionada por flutuações inadequadas dos hormônios.

Lado masculino:

Como dissemos, o esperma é formado pelo líquido seminal e pelos espermatozóides.

Na inseminação, o importante é a quantidade dos espermatozóides, sendo o líquido seminal dispensável. Como colocamos os espermatozóides acima do colo do útero, e sabemos que este tem uma ação o de transporte e nutrição só até a vagina, na inseminação ele é substituído por um meio de cultura adequado.

Para isto realizamos uma espécie de lavagem do esperma (capacitação). Após a ejaculação o esperma é misturado a um meio de cultura, e sofre uma separação por centrifugação, o que faz a parte sólida (espermatozóides e células) se separarem do meio líquido. Em seguida colocamos esta parte sólida com certa quantidade de meio de cultura, em repouso na estufa.

Os espermatozóides, pela sua mobilidade, irão nadar para o meio de cultura. Coletaremos então só o meio de cultura, que deverá conter apenas os espermatozóides mais móveis, e será esta amostra que inseminaremos. Além desta técnica, dispomos de outras técnicas de "lavagem", que utilizaremos de acordo com a qualidade espermática.

Todas têm a mesma finalidade, conseguir o maior número de espermatozóides, com a melhor mobilidade, e a melhor morfologia.

Tipos de Inseminação:

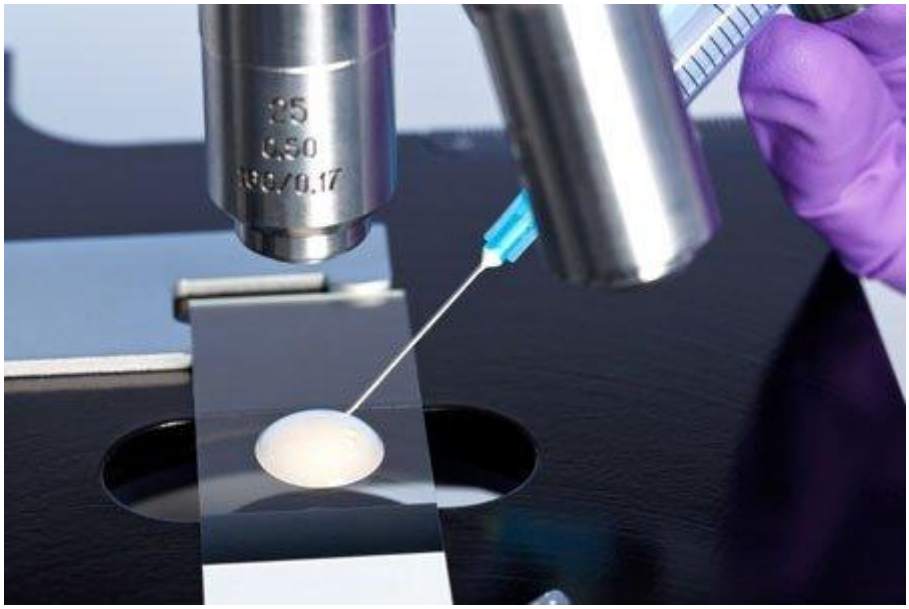
Sabemos hoje que uma ejaculação normal depositaria na vagina no momento da relação sexual, aproximadamente 80 a 100 milhões de espermatozóides (esperma total).

Sabemos também que são necessário em torno de 100 mil espermatozóides em contato direto com o óvulo, para que uma fecundação ocorra in vitro. Se seguirmos este raciocínio, vemos que do total ejaculado, apenas 1% dos espermatozóides chegarão efetivamente ao objetivo final.

Isto se deve a vários fatores, quais sejam: Eliminação de aproximadamente metade do ejaculado entre a perda natural pelo refluxo que ocorre pela vagina ao término do coito, e pela destruição natural do contato com a secreção vaginal.

Como a ejaculação não se dá ao mesmo tempo em que a ovulação, os espermatozóides vão se deteriorando neste período de tempo.

Muitos deles tomam o caminho da trompa errada, outros passam do local da fertilização e caem no abdômen.



Enfim, estes e outros fatores levam ao fato de que o homem necessite produzir um número tão grande de espermatozóides, para que apenas um seja o escolhido para fecundar o óvulo.

Na inseminação o que fazemos é colocar os espermatozóides o mais próximo do óvulo, no momento mais adequado, e com isto suplantar ou o obstáculo feminino, ou a alteração masculina.

Hoje em dia, a técnica que apresenta os melhores resultados é a inseminação intra-uterina. A sua realização é simples e indolor. Em posição ginecológica, temos acesso ao colo do útero, com abertura da vagina por um especulo que é o aparelho utilizado para exames ginecológicos corriqueiros.

Após a desinfecção do orifício do colo, introduzimos um cateter até o interior do útero, ficando a aproximadamente um centímetro do seu fundo, na zona mais próxima das trompas. Injetamos o concentrado de espermatozóides que está diluído em 0,2 ml de meio de cultura.

O cateter é retirado, não havendo refluxo da amostra, a paciente pode se levantar e retomar a sua atividade normal. Não é necessário repouso ou modificação na vida pessoal.

Existem outras técnicas de inseminação que podem ser utilizadas, mas que até o momento não se mostraram ser superiores, em termos de resultado, ao método utilizado por nós.

Resultados:

Sabemos hoje que a chance natural de um casal que não apresente dificuldades se situa em torno de 25% a cada ciclo, de engravidar e levar a sua gestação até o término.

Na inseminação apesar de controlar a ovulação realizar a inseminação no melhor momento com um esperma de boa qualidade ou melhorado ao máximo, a nossa chance real deverá se situar no máximo em torno deste número. Os nossos últimos resultados, que incluíam todas as indicações, foram de 33% por ciclo tentado.

Os extremos desta análise estatística foram de 6 a 8% para as alterações espermáticas severas, e de 55% para a inseminação com esperma de doador, em que o lado feminino era normal e o esperma reconhecidamente normal.

Quantas vezes tentar?

Esta é a pergunta que vocês devem estar fazendo. O número dependerá de cada caso e vários fatores devem ser levados em consideração. O que fazemos habitualmente é tentar três ciclos, e ao final se não obtivermos resultados, reavaliamos o caso, para planejar outra estratégia de fertilização assistida ou persistimos no tratamento, pois é muito importante ter em mente que os resultados apresentados acima não são cumulativos, isto é, as chances não são somadas a cada ciclo tentado, e sim a cada ciclo vocês terão sempre a mesma chance.

Custo

O custo do tratamento inclui:

1 - Custo do acompanhamento ultra sonográfico.
2 - Custo da medicação indutora ou do kit de detecção do hormônio na urina (LH)
3 - Custo da "lavagem" do esperma
4 - Honorários médicos para acompanhamento do ciclo (inclui o acompanhamento da ovulação, inseminação, material utilizado).
5 - Se por algum motivo a inseminação propriamente dita não for realizada, será cobrado o preço de um acompanhamento de ovulação.

Diagnóstico Genético Pré Implantacional (PGD)

Este diagnóstico pode ser realizado no pré embrião, antes de sua transferência para o útero.

O processo da Fertilização in Vitro é feito conforme as explicações anteriores, e a injeção intracitoplasmática é realizada. Colocamos em cultura e no terceiro dia do desenvolvimento celular, no estagio de 6 a 8 células, através de uma abertura a Laser da membrana citoplasmática, retiramos uma célula, que será encaminhada para diagnóstico genético.

O resultado deste exame genético é fornecido pelo laboratório de Genética, em 24 a 40 horas, quando então os pré-embriões selecionados , livres da patologia pesquisada, são então transferidos para o útero.

Esta técnica hoje é recomendada para aqueles casais que apresentem alguma doença que possam ser transmitidas ao feto (talassemia, retinoblastoma e outras). Já existem centenas de doenças passiveis de serem diagnosticadas no embrião antes da sua transferência para o útero. No caso de se fazer o exame apenas por precaução, pela idade da mãe por exemplo, hoje não há uma recomendação, visto

que poderemos perder metade da chance de gestação. Realizamos somente por solicitação expressa do casal, após aconselhamento.

A acuidade do exame é de 90 a 95%, razão pela qual os geneticistas recomendam, que na 14ª semana de gestação o diagnóstico seja confirmado pela Amniocentese.

Este exame é facultativo, ficando para decisão do casal.

A indicação mais comum é referida pela idade da mulher, a qual sabemos que a partir dos 38 anos os riscos de alteração genética, começam a aumentar. As doenças mais comuns relacionadas à idade são: Síndrome de Down (trissomia do 21), Síndrome de Edwards (Trissomia do 18), Síndrome de Patau (Trissomia do 13), bem como as relacionadas aos cromossomos sexuais (Turner e Klinefelter).

Além destas alterações mais comuns, as trissomias do 16 e 22, e as translocações equilibradas também podem ser investigadas.

Videolaparoscopia

Introdução

A completa avaliação das estruturas pélvicas feminina pode fornecer importantes informações no que diz respeito à infertilidade e as afecções ginecológicas.

Freqüentemente estas alterações podem não ser detectados pelo exame físico, raios-X ou ultra sono grafia, fazendo com que seu médico possa recomendar uma

vídeo laparoscopia diagnóstica para se olhar no interior do abdômen, ou uma vídeo histeroscopia diagnóstica para se avaliar o interior do útero.

Se alguma condição anormal for detectada durante o exame, pode-se intervir corrigindo as alterações encontradas, evitando-se assim uma cirurgia posterior. Neste caso o exame passa a ser uma vídeo laparoscopia/histeroscopia cirúrgica.

Vídeo- laparoscopia diagnóstica

A Vídeo laparoscopia pode levar ao diagnóstico de várias alterações ginecológicas, incluindo: endometriose, miomas, cistos de ovário, gestação tubária, e aderências.

Geralmente, o procedimento é realizado após uma investigação clínica básica.

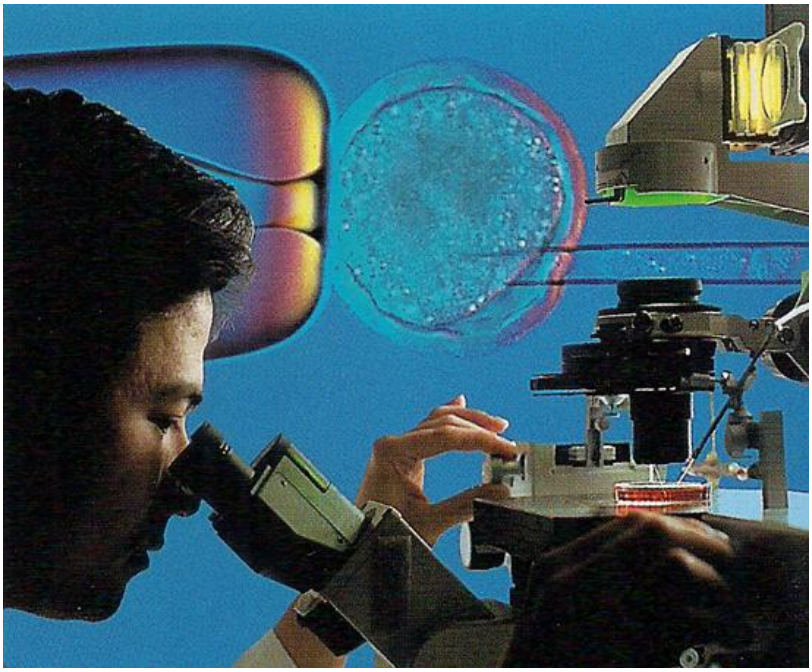
A maioria dos pacientes inférteis requer uma laparoscopia diagnóstica para uma completa avaliação do trajeto útero tubário, da cavidade uterina, da cavidade abdominal, da relação da trompa com ovário e outras alterações que possam causar distúrbio na fertilidade.

A preparação para uma laparoscopia/ histeroscopia incluem uma avaliação médica completa e um exame físico.

Esta avaliação consta, além do exame médico ginecológico, uma avaliação pré anestésica feita com um anestesista.

O procedimento é habitualmente realizado em regime de internação de meio dia (Day Hospital) e sob anestesia geral.

Assim que você estiver adormecida, uma pequena incisão é feita no interior da cicatriz umbilical. Uma agulha é então colocada, e através dela faremos uma insuflação do abdômen com gás carbônico. O gás empurra as alças intestinais para cima, longe dos órgãos genitais, permitindo a inserção de uma ótica acoplada à uma micro câmera de televisão.



Através desta câmera teremos uma visão clara e aumentada em 20 vezes a pelve, podendo avaliar com precisão e segurança o útero, ovários, trompas.

Uma outra pequena incisão (3 mm) é feita na região acima do osso púbico, pela qual se passará um instrumento que nós ajudará a mexer nos órgãos, conseguindo-se ver todas as faces de um mesmo órgão.

Nos casos de esterilidade, um aparelho colocado pela via vaginal, injetará dentro do útero uma solução colorida, que mostrará por transparência o trajeto tubário, e a sua permeabilidade.

Quando o procedimento estiver terminado, apenas um ponto será dado na incisão do umbigo e supra púbica, colocando-se apenas um Band-Aid como curativo.

Vídeo histeroscopia diagnóstica

Principalmente nos casos de alteração da fertilidade, fazemos em conjunto com a laparoscopia diagnóstica, uma Vídeo histeroscopia. Este exame é realizado por via vaginal, sem incisões ou cicatrizes.

Colocamos através do colo do útero uma ótica à 3 mm de diâmetro acoplada à uma câmera de televisão, a qual servirá para visualização do trajeto do colo do útero, da cavidade uterina e dos orifícios tubários.

Veremos através deste exame as alterações da cavidade do útero que podem afetar a anatomia interna uterina. (miomas, pólipos, sinéquias etc.).

Muito útil em ginecologia, para esclarecimento de sangramentos uterinos, localização de lesões, DIUs perdidos etc..

Vídeo- laparoscopia e histeroscopia cirúrgicas

Durante a Vídeo laparoscopia inúmeras desordens podem ser tratadas ao mesmo tempo em que o diagnóstico é feito. Hoje em dia, 90 % das cirurgias ginecológicas são passíveis de serem realizadas por laparoscopia.

Exemplos mais comuns: cistos de ovário, gravidez tubária, mioma, endometriose, aderências e até a retirada do útero em alguns casos selecionados.

Isto tudo sem a necessidade de abertura do abdômen, e obviamente sem o pós operatório de uma cirurgia convencional.

A Vídeo histeroscopia cirúrgica pode também tratar uma infinidade de problemas intra-uterinos que antes só poderiam ser acessíveis com a abertura da cavidade e do útero.

Pólipos, miomas, sinéquias (colamentos da parede do útero), malformações uterinas, são facilmente tratados por Vídeo histeroscopia, via vaginal, sem incisões.

Riscos do exame

Os riscos do exame são mínimos. Certas condições podem aumentar a possibilidade de complicações. Algumas situações como, grandes cirurgias anteriores, processos infecciosos abdominais, obesidade, e certos tumores, são fatores que podem aumentar a chance de risco.

Complicações entre mulheres com boa saúde se submetendo a uma videocirurgia são raras, e situam-se em 3 por 1000 (três por mil pacientes).

Outras complicações podem acontecer, devido a lesões causadas pelos instrumentos aos órgãos abdominais. Todas estas complicações podem ser resolvidas na maioria das vezes pela própria endoscopia ou necessitar uma abertura da cavidade abdominal.

Os riscos de anestesia são observados na visita pré-anestésica, onde serão avaliados e informados às pacientes, pelo médico anestesiologista.

Perguntas Freqüentes

1) Estou tentando engravidar a seis meses sem sucesso, sinto cólicas quando menstruo. Será que tenho endometriose?

R: O prazo ideal de se aguardar para pensarmos em dificuldade de engravidar é de 1 ano sem contracepção. Quando se quer engravidar, os meses que passam são angustiantes, mas é preciso ter um pouco de paciência. Se a menstruação é irregular, vale procurar ajuda já, mas se for um episódio esporádico, não deve haver preocupação.

2) Tomar anticoncepcional durante muito tempo faz com que a mulher demore a engravidar depois?

R: O anticoncepcional bloqueia um hormônio produzido por uma glândula na base do cérebro (hipófise). O ovário em si não é atingido, apenas não tem estimulo para ovular. Quando se para o medicamento, os hormônios voltam ao estado normal e o ovário volta a funcionar. Em alguns casos isto pode demorar de 2 a 3 meses, mas na maioria das mulheres é imediato.

3) Meu marido fez vasectomia há mais de 13 anos. Nós queremos ter um filho e gostaríamos de saber qual é o melhor método para nós?

R: A vasectomia pode ser revertida cirurgicamente, mas chance de sucesso depende de uma série de fatores, como tipo de cirurgia e tempo de vasectomia. É preciso também de um micro cirurgião habilitado para o procedimento. Após 13 anos a chance de sucesso pode ser pequena, já que a literatura mostra que após 5 anos o resultado é baixo. Outra possibilidade, que hoje é a mais utilizada, é a fertilização in vitro com retirada do espermatozóide com uma micro agulha direto do testículo, sob anestesia. O resultado é compensador e evita um procedimento cirúrgico.

4) Quanto tempo uma mulher pode engravidar de novo após um aborto espontâneo?

R: Após o aborto o organismo se recupera de imediato. O fato de ter uma menstruação a seguir, significa que seu organismo voltou a trabalhar normalmente. O "resguardo" é uma atitude do passado, não encontra sustentação medica.

5) Como posso escolher o sexo do meu filho?

R: A chance de ter meninos e meninas é igual. A única possibilidade real, em que podemos aumentar a chance de 50% para 75% é através da inseminação artificial com separação dos espermatozóides no laboratório, e o concentrado mais rico de espermatozóides do sexo desejado é colocado no útero. Porém essa prática só é válida se o sexo é determinante para o desenvolvimento de alguma doença genética, como é o caso da hemofilia, que atinge as pessoas de sexo masculino.

6) Minha mãe tinha problemas de engravidar, então eu posso ter também?

R: A dificuldade de engravidar é pessoal, salvo algumas situações genéticas. Existem problemas adquiridos e outros de formação dos órgãos genitais. A maioria é adquirido. A importante que todas as mulheres façam o controle anual de exames preventivos para evitar problemas futuros.

7) Uso o DIU e o fio não é visível em exame clinico, como vai ser pra retirar o DIU?

R) Inicialmente deveria realizar uma ultra sonografia transvaginal e identificar se o DIU está na cavidade uterina. Feito isto, um procedimento chamado vídeo histeroscopia, visualizará os fios do DIU e este será retirado com facilidade. Se o DIU migrou para cavidade abdominal, será retirado por Videolaparoscopia. Procedimento cirúrgico simples com meio dia de internação e realizado sob anestesia geral.

8) Minha filha tem um mês eu gostaria de saber qual o anticoncepcional que eu posso tomar que não prejudique o bebe na amamentação.

R) Existem anticoncepcionais orais que podem ser utilizados desde este momento, sem interferir na produção do leite, nem passar para o bebe.

Poderia também usar o DIU. Estes dois métodos seriam os mais eficazes. Diminuindo um pouco a eficácia, poderia fazer uso da camisinha ou diafragma. Procure seu ginecologista para lhe orientar e discutir com você o melhor método de acordo com o seu caso.

9) Eu tenho 33 anos e meus exames mostram que estou na premenopausa e antes de descobrir isso estava tentando engravidar esse quadro pode ser revertido? Obrigada!

R) Os exames hormonais podem diagnosticar este estado de premenopausa. Se confirmado, não há nada que se possa fazer.

O ovário recebe todos os óvulos que serão utilizados durante a vida, quando você ainda é feto. Se neste momento algum fator dificulta o aparecimento de óvulos, a quantidade no ovário será baixa e acabará mais cedo, entrando na menopausa. Procure um especialista em reprodução para um aconselhamento

Conclusões

Resumidamente poderíamos dizer que a videocirurgia revolucionou a técnica cirúrgica, ficando hoje a cirurgia convencional (abdômen aberto) apenas para algumas poucas indicações.

A vantagem de não precisar abrir o abdômen para tratamento diagnóstico e cirúrgico não é única, na videocirurgia. Este fato leva a um pós operatório simplificado, visto que só necessita eliminar as substâncias anestésicas para que o paciente tenha alta, o que acontece em 3 a 4 horas.

O fato de não necessitar abrir o abdômen e a curta permanência no hospital, praticamente eliminam a possibilidade de infecção hospitalar.

O retorno da paciente as atividades normais de vida e trabalho, é imediata podendo na maioria dos casos ser iniciada já no dia seguinte ao procedimento. Aliado a tudo isto, o custo hospitalar é também muito menor.

Referencias

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida.
American Society for Reproductive Medicine.
The Endometriosis Association.
Núcleo de Apoio a Mulheres Portadoras de Endometriose - RJ
Polycistic Ovarian Syndrome Association INC.
CliniSul
Sociedade Brasileira de Ultra sonografia.

Contatos

Clínica Dale Botafogo
Rua Lauro Muller, 116 - Grs. 903 / 1202.
Torre do Rio Sul - Botafogo - Rio de Janeiro
CEP: 22290-160
Telefones: (21) 2543.3113 (21) 2543.1355
Fax: (21) 2541.5814

Clínica Dale Barra da Tijuca
Av. Ministro Ivan Lins, 600 - Sala 203.
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22620-110
Telefone: (21) 3502.2792

Nota Importante:
As informações contidas neste site são somente de caráter geral, educativo e de divulgação de conhecimento no campo da Medicina, não tendo como objetivo substituir qualquer etapa do tratamento médico, indicar cirurgia ou medicamentos.
A automedicação é perigosa, motivo pelo qual você deve procurar seu medico de confiança antes de utilizar medicamentos, fazer tratamentos ou exames mencionados neste Site ou em qualquer outro.