



Riduzione della fertilità maschile e di coppia legate a cause organiche femminili.

Vincenzo Orlando

Specialista in Ginecologia e Ostetricia, urologia, sessuologia.

Firenze.

Nella nostra epoca vi è una riduzione generale della fertilità di coppia.

Questo dato è dovuto innanzitutto al fattore età in quanto il desiderio di cercare una gravidanza si dilaziona sempre di più nel tempo. La donna riduce la sua fertilità col procedere dell'età anagrafica. Per motivi sociali, relazionali e di carriera ci troviamo a affrontare sempre più la richiesta di assistere la coppia per cercare una gravidanza in età spesso successiva al 35° anno per la donna se non addirittura intorno a 40 anni. In questi casi non solo si ha difficoltà alla fecondazione, ma aumenta l'incidenza di aborto spontaneo o di gravidanze pretermine.

Per dare una giusta risposta alle problematiche di fertilità bisognerebbe sempre avviare le coppie da subito verso un centro specializzato. Infatti presso le unità operative di sterilità verranno intrapresi, senza perdere mesi che possono essere preziosi, i percorsi diagnostici che portano a definire il grado e le opzioni strategiche di azione dei programmi di riproduzione assistita.

Affronteremo il tema della fecondazione omologa.

Secondo le linee guida attuali delle società scientifiche è necessario agire per gradi riservando un primo livello di terapia con tecniche di fecondazione intrauterina, con o senza induzione dell'ovulazione, per le situazioni cliniche secondo la tabella qui riportata:

sterilità inspiegata
infertilità maschile di grado lieve - moderato non altrimenti trattabile dopo relativo inquadramento clinico-diagnostico
endometriosi I-II stadio della classificazione American Fertility Society (AFS)
ripetuti insuccessi nell'ottenere una gravidanza con induzione dell'ovulazione e rapporti mirati in pazienti con anovulazione cronica
patologie sessuali e coitali che non hanno trovato giovamento dall'inseminazione intracervicale semplice
prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive in coppie sierodiscordanti

Si deve invece progredire usando tecniche di fecondazione più sofisticate con prelievo degli ovociti e col successivo impianto per le situazioni di infertilità di coppia riferibili alla seconda tabella di seguito:

fattore tubo-peritoneale: patologia tubarica acquisita o congenita (precedente gravidanza ectopica, precedenti aborti tubarici, anamnesi positiva per flogosi pelvica, interventi chirurgici sulla pelvi)
infertilità maschile di grado moderato non altrimenti trattabile dopo relativo inquadramento clinico-diagnostico e/o quando il trattamento medicochirurgico o inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono stati giudicati non appropriati;
endometriosi di III o IV grado
endometriosi I o II se la chirurgia o le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono state giudicate non appropriate;
infertilità inspiegata se le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o è stato giudicato non appropriato;
seme crioconservato in relazione alla qualità seminale successiva allo scongelamento



fallimento dell'iter terapeutico a bassa tecnologia

quando la causa dell'infertilità di coppia dopo valutazione diagnostica e clinica di entrambi i componenti della coppia è da ricondursi soltanto ad un tempo anagrafico e/o biologico a disposizione per concepire ridotto (età materna superiore a 35 anni e/o bassa riserva ovarica).

Tutte queste situazioni prevedono tecniche denominate di II livello il prelievo di ovociti, fecondazione in vitro con tecniche diverse:

fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET);

iniezione intra-citoplasmatica dell'ovocita di uno spermatozoo quando abbiamo scarsa qualità o numero basso di gameti maschili (ICSI);

trasferimento intratubarico dei gameti maschili e femminili (GIFT) per via transvaginale o guidata o isteroscopica.

Richiamiamo che ogni tecnica può prevedere la crioconservazione dei gameti o degli embrioni sempre rispettando i vincoli di legge.

Vediamo quindi, con l'aiuto delle tabelle, quali sono le cause più frequenti di sterilità o infertilità nella donna che possiamo sintetizzare come di seguito.

Fattore importante, come già abbiamo detto è l'età in cui si decide di affrontare la prima gravidanza, che è sempre più frequente oltre i 35 anni.

L'endometriosi pelvica è molto più diffusa del passato specie perché le tecniche strumentali diagnostiche sono più sofisticate e il personale che esegue il primo livello diagnostico con ecografia e il successivo con RM pelvica è decisamente più preparato del passato. In tutte le unità di Ginecologia delle principali Aziende ospedaliere e universitarie, esistono programmi assistenziali dedicati allo studio e alla cura dell'endometriosi, che possiamo classificare come una causa importante di sterilità.

La patologia infiammatoria tubarica è molto diffusa ed in costante aumento per gli stili di vita della donna del nostro tempo.

Le pregresse gravidanze extrauterine, tubariche o ovariche.

I pregressi interventi sull'ovaio di patologia benigna o maligna.

Le patologie uterine malformative e infiammatorie sono causa importante di sterilità.

Altra componente da tenere presente sono i disturbi della sessualità come vaginismo e vulvodinia, molto più diffusi di quanto si creda, che portano a un diradamento dei rapporti sessuali nella coppia.

Il concetto principale da tenere presente è che la valutazione dei casi di ipo-fertilità deve essere sempre una consulenza alla coppia e sempre multidisciplinare specialistica.

Per gli eventuali approfondimenti ci si può riferire a:

DECRETO Ministero della Salute del 1 luglio 2015 "Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita" (15.A05318)(GU Serie Generale n.161 del 14-7-2015) e dell' All. A punto 2 del CRS 3686 del 12/08/2015 "Schema di regolamento che recepisce la direttiva 2012/39/UE".