



HUMANAE VITAE 4 | Tra maternità tardiva, informazioni inattendibili e social freezing

## LA TECNOLOGIA A SUPPORTO DELLA RIPRODUZIONE

di Ludovico Muzii\*

**I**l tema della sterilità è uno dei più complessi nell'ambito della Ginecologia clinica. Si stima che il 15% circa delle coppie in età riproduttiva presenti un problema di subfertilità o sterilità (1), e che nel mondo le coppie interessate siano più di 80 milioni (2).

Oggi, i mezzi di comunicazione permettono alla paziente con problemi di sterilità un facile accesso a informazioni del genere più vario, da fonti scientifiche attendibili, a siti Internet di natura commerciale, dove le indicazioni sono talvolta fuorvianti. Ad esempio, in molti siti Internet di Centri di Riproduzione Assistita vengono fornite percentuali di successo delle procedure di FIVET del 60%, risultati espressi come percentuali di gravidanze a termine per ciclo di stimolazione ovarica iniziato. In realtà, nei registri Internazionali più accurati e completi, le percentuali di gravidanze a termine per ciclo iniziato sono molto più basse; i dati più recenti del Registro Europeo dell'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), pubblicati sulla rivista Human Reproduction nell'ottobre 2014 (3), riportano percentuali di gravidanze a termine per ciclo del 19-20%, pari dunque a meno di un terzo di quanto pubblicizzato sulla rete. I dati ESHRE permettono solo un'approssimazione, in quanto incompleti per alcuni aspetti, mentre il dato delle gravidanze cliniche (quindi comprese le gravidanze che poi si interrompono) per numero di aspirazioni di ovociti (quindi escluse le pazienti che non hanno completato il ciclo di induzione dell'ovulazione) è del 29% sia per la FIVET che per la ICSI (intracytoplasmatic sperm injection). C'è da notare come tali risultati siano stabili per i registri ESHRE degli ultimi 5 anni. Non si è dunque verificato nessun incremento nelle percentuali di successo delle tecniche di FIVET. In Italia le percentuali di successo sono ancora più basse di quelle riportate nel Registro ESHRE, con percentuali di gravidanze a termine per ciclo iniziato del 14.8%, come riportato nell'ultimo documento del Ministero della Salute (4). Le gravidanze cliniche per ciclo iniziato, sempre per il 2014 in Italia, sono il 19.9% (4), dato sovrapponibile all'anno precedente.

Il primo commento da fare, a fronte di percentuali di "bambini in braccio" del 15% per ogni paziente che inizia un ciclo di FIVET, è che i risultati reali sono probabilmente di gran lunga inferiori rispetto a quanto si ritenga comunemente. Le informazioni reperibili sulla rete, o su altri mezzi di comunicazione, sono molto spesso scientificamente inattendibili. In secondo luogo, sui mezzi di informazione si tende a minimizzare l'importanza del fattore più importante per la prognosi riproduttiva di una paziente, e cioè l'età materna. A fronte di un'età materna alla prima gravidanza in costante aumento nei Paesi industrializzati, e che oggi in Italia supera i 32 anni, i mezzi di informazione, talvolta anche di carattere medico,

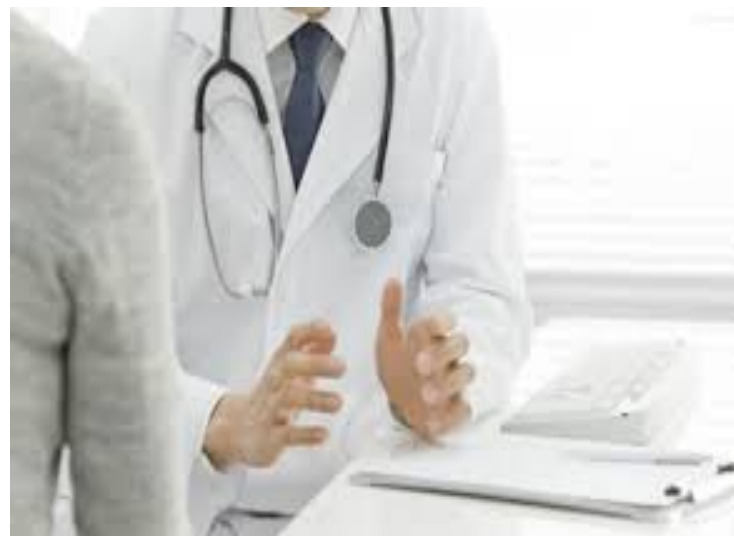
suggeriscono sempre più spesso, negli ultimi tempi, la metodica del "social freezing", e cioè la possibilità di congelare gli ovociti in età giovanile per poi scongelarli e riutilizzarli in età più matura, dopo aver, per esempio, ottenuto successo nella carriera lavorativa. Le metodiche di "preservazione della fertilità" ("fertility preservation" nei Paesi anglosassoni e nella letteratura scientifica internazionale) sono nate inizialmente per permettere a pazienti affette da tumori maligni, il cui trattamento potrebbe metterle a rischio il potenziale riproduttivo, di tentare una gravidanza successivamente, una volta superata la malattia. La tecnologia utilizzata a questo fine, e cioè il congelamento di ovociti o di tessuto ovarico per pazienti oncologici, è stata recentemente traslata anche per le indicazioni non mediche, definite "sociali". Il differimento della maternità con metodiche di "fertility preservation" per esigenze di carriera, o semplicemente per la mancanza di un partner, sta guadagnando le prime pagine dei giornali. Ultimo esempio è la proposta di due colossi della rete, Apple e Facebook, di coprire le spese del congelamento ovocitario per le proprie dipendenti, spese di circa 10mila dollari per la procedura, più 500 dollari l'anno per la conservazione in banca. Diverse sono le perplessità di fronte a notizie del genere. Limitandosi soltanto a quelle di tipo medico, il messaggio falsamente rassicurante, già ingannevole nella terminologia (non è una "preservazione", ma solo un differimento temporale del tentativo di procreare, senza alcuna assicurazione di successo in termini di fertilità successiva), porta a minimizzare i rischi della eventuale gravidanza in età più avanzata. Il fatto di utilizzare ovociti prelevati in età giovanile viene considerata la soluzione per ogni problema legato all'età, come ad esempio l'incidenza di alterazioni cromosomiche o l'elevata abortività spontanea. Con l'età materna avanzata, invece, indipendentemente dall'età degli ovociti, la gravidanza sarà complicata, in maniera significativamente maggiore, da diabete gestazionale, gestosi, parto prematuro, basso peso neonatale, e distacco di placenta (5). Viene poi tralasciato il fatto che il concepimento dopo "social freezing" avverrà necessariamente attraverso metodiche di fecondazione artificiale, con le quali è significativamente aumentata l'incidenza di malformazioni fetali (6). E i costi diretti della riproduzione assistita, più quelli indiretti ben maggiori (prematrità, gemellarità, malformazioni fetali), verranno coperti sempre da Apple e Facebook?

In tutto questo, l'unica tecnologia della riproduzione da opporre alla riproduzione assistita è quella della chirurgia. In caso di patologia tubarica, i risultati della chirurgia in termini di "bambini in braccio" sono, a seconda della patologia, dal 20% al 60%. Dopo chirurgia per endometriosi i risultati in termini di gravidanza sono intorno al 50% (7). E questo senza costi aggiuntivi per il proprio datore di lavoro.





1. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine: Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertility and Sterility* Vol. 98, pagg. 302-307, 2012.
2. Nachtigall RD: International disparities in access to infertility services. *Fertility and Sterility* Vol. 85, pagg. 871-875, 2006.
3. Kupka MS et al: Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* Vol. 29, pagg. 2099-2113, 2014.
4. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita, 30 giugno 2014. Consultabile su: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2185\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2185_allegato.pdf)
5. Williams Obstetrics, 23rd Edition. Chapter 7: Preconceptional counseling. McGraw-Hill Books, 2010.
6. Hansen M et al: Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* Vol. 19, pagg. 330-353, 2013.
7. Muzii L et al: Endometrioma-associated infertility: is surgery still the best way to go? *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders* Vol. 5, pagg. 127-133, 2013.



*\* Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia,  
"Sapienza" Università di Roma*