

Focus su...

infertilità

► FOCUS SALUTE

**Parlare
di
infertilità
non è
facile.**

Una diagnosi di sterilità paralizza, procura angoscia, rabbia, senso di inferiorità, depressione. Tuttavia, accettare che nell'intimità di coppia entrino degli specialisti significa anche disponibilità alla condivisione: **conoscere insieme i limiti biologici per poterli superare.**

Questo opuscolo vuole essere una **piccola guida** per tutte le coppie che iniziano il loro cammino verso un figlio da conquistare, anche con l'**aiuto della medicina.**

QUANTE SONO LE COPPIE CON QUESTO PROBLEMA?

Anche se solitamente ci si sente soli e unici, in Italia circa il 20% delle coppie presenta problemi di infertilità, intesa come assenza di una gravidanza dopo un anno di rapporti completi, regolari e non protetti. Una percentuale non trascurabile di coppie, però, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), riesce ad avere un figlio dopo due anni di tentativi.

Per questo motivo, si preferisce parlare di infertilità dopo due anni di rapporti non protetti.

COSA DETERMINA L'INFERTILITÀ?

Le cause della sterilità, sia femminile che maschile, sono molteplici: la diagnosi tardiva di un'eventuale patologia (ad esempio, l'endometriosi), l'età avanzata della donna, l'uso di droghe (compresi gli steroidi anabolizzanti usati a volte nello sport), l'abuso di alcol, il fumo, le infezioni sessuali, la magrezza eccessiva o l'obesità (entrambe causa di squilibri ormonali), lo stress, l'inquinamento. In molti di questi casi (infezioni, disturbi alimentari, droghe ecc.) può essere risolutiva una corretta informazione; in altri, come l'endometriosi, cure adeguate e tempestive possono aiutare le coppie a risolvere il problema. Tuttavia, se dopo un adeguato approccio terapeutico le coppie non riescono a superare queste difficoltà, possono decidere di rivolgersi alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA).

INFERTILITÀ FEMMINILE

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) circa il 35,5% dei casi di infertilità di coppia è ascrivibile alla donna. Vediamo quali sono le principali cause.

▪ ETÀ

I profondi cambiamenti socio-culturali degli ultimi cinquant'anni e il ruolo più incisivo della donna nel mondo del lavoro spiegano il motivo per cui sempre più coppie cercano di avere il primo figlio dopo i 35 anni. Ritardare il momento in cui si cerca di diventare genitori, però, si ripercuote sulla fertilità. Il periodo più fertile per una donna è, infatti, tra i 20 e i 25 anni, resta ancora alto fino ai 35, subisce un forte calo dai 35 ai 40 anni, è bas-

sissimo oltre i 40. La causa di questo lento declino dipende dalla riduzione irreversibile della quantità e della qualità degli ovociti (cellule uovo femminili) che sono già presenti nel feto femminile e invecchiano per un processo naturale. La quantità massima (6-7 milioni) di ovociti si ha, infatti, nel feto intorno alla 20^a settimana di gestazione. Alla nascita, la bambina ha già una quantità di ovociti decisamente inferiore (1-2 milioni), che diventeranno 300.000-500.000 alla pubertà, 25.000 a 37 anni, 1.000 a 51 anni. Con l'età aumentano anche i rischi di patologie che possono compromettere la fertilità – come i fibromi (tumori benigni dell'utero), l'endometriosi o problematiche alle tube – ed è più alta la possibilità di aborti spontanei (anche in caso di gravidanze ottenute con le tecniche della PMA).

- **ANOVULAZIONE** (assenza di ovulazione)

L'anovulazione comporta il mancato sviluppo dell'ovocita, la cellula uovo che può essere fecondata dall'incontro con lo spermatozoo. Un segno evidente dell'anovulazione è l'assenza del ciclo mestruale o frequenti irregolarità, ovvero cicli troppo ravvicinati (sotto i 22 giorni) o troppo ritardati (sopra i 35 giorni). È importante sapere che il ciclo mestruale è l'atto finale di un complesso lavoro svolto da diversi organi deputati alla riproduzione, come l'ipotalamo, l'ipofisi e le ovaie. Pertanto, qualsiasi alterazione di questi organi può causare una mancata ovulazione. Tra le cause principali di disfunzioni ipotalamo-ipofisarie ricordiamo: *alterazioni* ormonali, anoressia, calo eccessivo o aumento importante del peso corporeo, stress psichico. Infine, un'altra causa frequente dell'anovulazione può essere l'ovaio policistico.

- **OVAIO POLICISTICO**

Questo termine indica la presenza, all'interno dell'ovaio, di cisti. In realtà, queste cisti sono dei follicoli che non sono in grado di rilasciare la cellula uovo, per cui non c'è ovulazione. La

causa di questa patologia è sconosciuta, ma spesso è ereditaria. Quello che sappiamo è che l'ovaio policistico si associa spesso a un'eccessiva produzione di ormoni maschili che causano acne, tendenza alla calvizie e aumento della crescita di peli nelle zone tipicamente maschili, come il torace, il mento e le guance. Ci sono dei fattori di rischio che predispongono a questa patologia e sono rappresentati dal fumo, dall'eccesso di peso e da casi di diabete in famiglia.

▪ **ENDOMETRIOSI**

È una malattia subdola, dolorosa e capace di causare anche una sterilità permanente. Se in alcune donne non provoca alcun sintomo, in altre si manifesta con mestruazioni molto dolorose, anche se per anni non hanno dato alcun problema. Normalmente, qualora non si verifichi il concepimento, la mucosa (endometrio) che riveste l'utero, dopo essersi preparata ad accogliere l'embrione, viene espulsa con il sangue durante il ciclo. Nell'endometriosi, invece, la mucosa compie un percorso inverso, risalendo attraverso le tube fino alla cavità addominale.

L'endometriosi è una malattia che condiziona severamente la possibilità di concepire e, in molti casi, anche quando si è raggiunta la completa guarigione, la fertilità rimane, almeno in parte, compromessa.

▪ **DANNI ALLE TUBE DI FALLOPPIO**

Le tube hanno la funzione di raccogliere l'ovulo, trasportare lo spermatozoo verso l'ovulo e, dopo la fecondazione, condurre l'embrione verso l'utero. Pertanto, qualsiasi danno alle tube impedirà questo trasporto causando infertilità. I problemi alle tube sono spesso dovuti a infezioni che comportano delle cicatrizzazioni che possono causare una parziale o totale chiusura delle tube stesse. Un malfunzionamento tubarico può anche

derivare da precedenti interventi chirurgici all'addome, che causano aderenze, oppure dall'endometriosi.

▪ **DISFUNZIONI TIROIDEE**

Queste disfunzioni indicano un'alterazione della produzione degli ormoni tiroidei in eccesso (ipertiroidismo) o in difetto (ipotiroidismo). È soprattutto l'ipotiroidismo a interferire con la fertilità perché il rallentamento del metabolismo provoca un rallentamento anche degli ormoni sessuali. Le disfunzioni tiroidee possono avere ripercussioni anche sul ciclo mestruale: nell'ipotiroidismo i cicli si allungano e il sangue è più scarso, mentre nell'ipertiroidismo i cicli si accorciano e il sanguinamento è abbondante. Queste irregolarità mestruali e i disturbi dell'ovulazione possono chiaramente interferire con la fertilità.

INFERTILITÀ MASCHILE

Oggi, finalmente, la sterilità maschile (35,4% dei casi, secondo l'ISS) non è più un tabù e l'uomo è consapevole di poter vivere una normale e felice attività sessuale anche se non può concepire figli. Secondo diversi studi, la fertilità maschile si sarebbe quasi dimezzata negli ultimi cinquant'anni. Pertanto su di essa, oltre alle cause patologiche, sembrano influire lo stile di vita (fumo, alcol, uso di droghe, esposizione a sostanze tossiche come insetticidi) e le condizioni ambientali (inquinamento). Come per la donna, diversi studi dimostrano un declino della fertilità maschile con l'età: una prima riduzione della qualità dello sperma inizia a 35 anni, per diventare significativa dopo i 40 anni.

Le cause della sterilità maschile si possono identificare nell'incapacità o nella diminuita capacità di produrre spermatozoi normali. I problemi riguardanti la quantità e la qualità degli spermatozoi sono diversi, pertanto è impossibile affermare con quale numero di spermatozoi si riesca a concepire.

Oltre alla diminuita capacità di produrre spermatozoi normali, vediamo quali sono le più frequenti cause di sterilità maschile.

- **AZOOSPERMIA** (assenza di spermatozoi nel liquido seminale)
Si parla di *azoospermia ostruttiva* quando c'è una produzione di spermatozoi ma, per un problema di ostruzione delle vie seminali, questi restano confinati nei testicoli. Si definisce, invece, *azoospermia secretiva* la mancata produzione di spermatozoi da parte dei testicoli. Oggi, grazie alla chirurgia, nel primo caso è possibile intervenire prelevando direttamente gli spermatozoi dal testicolo. Più problematica è invece l'azoospermia secretiva perché, come abbiamo detto, il testicolo non produce spermatozoi. A volte, però, si trovano dei focolai di produzione degli spermatozoi nel tessuto testicolare dove è possibile fare dei prelievi chirurgici.
- **OSTRUZIONE DELLE VIE SEMINALI**
In questo caso la difficoltà non consiste nella mancata produzione di spermatozoi, ma nell'ostacolo alla loro emissione. Le cause dell'ostruzione possono essere congenite (cioè presenti dalla nascita), infiammatorie o di origine traumatica. Qualunque sia l'origine dell'ostruzione, oggi è possibile rimuoverla chirurgicamente e ottenere un eiaculato con spermatozoi.
- **EIACULAZIONE RETROGRADA**
Il liquido seminale è normale ma l'eiaculazione, invece di avvenire verso l'esterno, avviene all'interno, nella vescica. Pertanto, il problema può essere risolto recuperando il seme dalle urine emesse subito dopo il rapporto.
- **VARICOCELE**
Questa patologia è una delle più frequenti cause di sterilità maschile. Interessa il sistema vascolare del testicolo e si manifesta come una tumefazione bluastra che si intravede attraverso la

pelle dello scroto (la sacca che racchiude i testicoli). È causata dalla dilatazione delle vene testicolari che hanno il compito di drenare il sangue dal testicolo. Può essere risolta chirurgicamente ma, a volte, possono essere necessari anche 2 anni per ottenere una gravidanza.

▪ INFEZIONI

Le infertilità dovute a infezioni purtroppo sono in crescita. Legate al numero dei partner e alla mancata protezione (più rapporti a rischio si hanno, maggiori sono le probabilità di contrarre infezioni), sono dovute a diversi agenti, come la Candida e la Clamidia. Generalmente, nell'uomo queste infezioni sono asintomatiche fino a quando è la partner a lamentare i primi sintomi. La terapia è semplice e consiste, in genere, nell'assunzione di antibiotici.

INFERTILITÀ DI COPPIA

In una certa percentuale di coppie (15%), entrambi soffrono una condizione di infertilità (*fattore sia maschile che femminile*). Ma ci sono anche casi (13,2%) in cui, pur non essendo sterile né la donna né l'uomo, una coppia non riesce ad avere figli. Le ragioni possono essere diverse e a volte sconosciute: per questo si parla di *infertilità idiopatica*, cioè un'infertilità a cui non si riesce ad attribuire una causa certa. Esistono, inoltre, le *sterilità di tipo immunologico* dovute al fatto che alcune donne producono anticorpi capaci di immobilizzare gli spermatozoi, impedendo loro di risalire il canale cervicale dell'utero. Ricordiamo, infine, le *sterilità cervicali*: gli spermatozoi, perfettamente normali, risalgono il canale cervicale, raggiungono utero e tube ma la gravidanza comunque non avviene. In questo caso, spesso, vi è un'incompatibilità fra i partner a concepire: la donna e l'uomo potrebbero avere dei figli, ma non insieme.

COME ACCERTARE L'INFERTILITÀ

Se una coppia sospetta di avere problemi di fertilità il primo passo da fare è rivolgersi al ginecologo o all'andrologo. Sarà il medico a consigliare i primi esami a cui sottoporsi e a fare una diagnosi. Tutta la storia clinica della coppia dovrà essere raccontata *allo specialista* che, in base alle informazioni raccolte, deciderà quali analisi prescrivere. Indicativamente, il percorso diagnostico prevede i seguenti esami.

PER LEI:

- **analisi ormonali**, per valutare i livelli ormonali presenti nel sangue, la regolarità dell'ovulazione e l'età biologica dell'ovario;
- **ecografia**, per esaminare l'utero, le ovaie e l'ovulazione. Consente, inoltre, di verificare l'eventuale presenza di cisti e fibromi;
- **tampone vaginale**, per ricercare germi comuni come la Candida e la Clamidia;
- **pap-test**, per indagare eventuali alterazioni delle cellule.

PER LUI:

- **analisi ormonali**, per valutare la presenza di eventuali deficit ormonali;
- **spermiogramma**, ovvero analisi del liquido seminale, per avere informazioni sul numero e la forma degli spermatozoi, sulla percentuale di spermatozoi mobili e sulle caratteristiche della loro motilità;
- **spermiocoltura**, esame del liquido seminale per diagnosticare eventuali infezioni.

Qualora questi esami non siano stati sufficienti, verranno richiesti alla coppia ulteriori accertamenti, atti soprattutto a verificare eventuali anomalie dell'utero per la donna e problemi anatomici per l'uomo.

IMPORTANTE Una diagnosi di infertilità causa sofferenza che, inevitabilmente, si ripercuote sulla vita di coppia. Ma accettare le difficoltà e conoscerle è sicuramente un modo per iniziare a superarle. Non chiudetevi nel silenzio! Condividete le difficoltà di questo momento con il vostro partner, la famiglia, gli amici. Non è facile, ma parlare vi aiuterà a vivere meglio le vostre emozioni e a dividerle con chi vi sa ascoltare.

È cruciale agire tempestivamente e parlarne con il ginecologo o con l'andrologo. Questi specialisti sono in grado di fornirvi un prezioso aiuto ed eventualmente indirizzarvi a centri che si occupano esclusivamente di infertilità nel caso in cui siano necessari approfondimenti diagnostici e/o interventi terapeutici mirati.



1^a ristampa, marzo 2017
© copyright 2013 by Percorsi Editoriali di Carocci editore, Roma
Finito di stampare nel mese di marzo 2017 da Eurodit, Roma
Progetto grafico di Falchini&Co./Livia Massacesi