

INFORMATIVA
PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' IN PAZIENTI A RISCHIO DI ESAURIMENTO FOLLICOLARE
NON DI NATURA ONCOLOGICA

Io sottoscritta

nata a

il

Documento:

Dichiaro di essere stata resa edotta e di aver chiaramente compreso quanto segue:

Per la preservazione della fertilità la procedura maggiormente consolidata resta il congelamento embrionario (linee guida “American Society for Reproductive Medicine”, 2013), attualmente non praticabile in relazione alle normative vigenti (Legge 40/2004).

In Italia, ai fini della preservazione della fertilità, in caso di patologie **ginecologiche non oncologiche** (endometriosi, fibromatosi con indicazione ad intervento chirurgico), che vadano ad impattare sulla riserva follicolare o patologie correlate ad un **rischio di esaurimento follicolare precoce (POF)/ insufficienza follicolare precoce (POI)** o tutte le **malattie cronico-degenerative (sclerosi multipla, patologie autoimmuni)** il cui impatto sulla riserva ovarica è tempo dipendente, è possibile attuare le seguenti procedure in associazione al *fertility sparing*.

Congelamento degli ovociti

La procedura consiste in un prelievo trans-vaginale, ecograficamente guidato, di ovociti che vengono congelati per poter essere successivamente utilizzati per procedure di fecondazione “in vitro”. Per effettuare la tecnica di congelamento degli ovociti è necessario effettuare una stimolazione ovarica controllata con assunzione di farmaci quali gonadotropine ed antagonisti del GnRH. La letteratura internazionale riporta per

INFORMATIVA
PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' IN PAZIENTI A RISCHIO DI ESAURIMENTO FOLLICOLARE
NON DI NATURA ONCOLOGICA

la procedura di congelamento ovocitario tassi di gravidanza per *transfer* dal 15% al 30% circa (Borini *et al.*, 2008; Tomasi - Cont *et al.*, 2014).

In caso di pazienti in cui non sia possibile congelare un numero adeguato di ovociti, è possibile eseguire un Doppia stimolazione (Duo Stim) o più procedure su ciclo spontaneo per garantire un accumulo ovocitario. (Garcia- Velasco *et al.*, 2016; Vaiarelli *et al.*, 2019, 2020).

Congelamento di tessuto ovarico

La tecnica prevede l'esecuzione di un intervento chirurgico in laparoscopia, atto a rimuovere un intero ovaio o parte di esso. È indicato in pazienti candidate a terapie interventi chirurgici a rischio di danno gonadico (cause iatrogene) o in pazienti con patologie a rischio di esaurimento follicolare precoce. Il tessuto ovarico prelevato viene tagliato in piccoli frammenti e congelato. In seguito alla guarigione è possibile procedere ad un secondo intervento di auto-trapianto dei frammenti scongelati in sedi anatomiche prestabilite (ovaio controlaterale, peritoneo ecc.). Una volta osservata la ripresa funzionale del tessuto stesso è possibile intraprendere un percorso di concepimento spontaneo o con tecniche di riproduzione assistita. Sebbene i dati in letteratura siano incoraggianti la procedura è da considerarsi ancora sperimentale e non è garantito l'attecchimento del tessuto reimpiantato, né tantomeno l'ottenimento della gravidanza. Con tale metodica sono state riportate, al mondo, più di 100 gravidanze (Andersen *et al.*, 2008 Anderson *et al.*, 2015; Jensen *et al.*, 2015 von Wolff *et al.*, 2019). Va precisato che la tecnica non esclude completamente il rischio di reintrodurre all'interno dell'organismo cellule tumorali presenti nel tessuto di origine. Tuttavia, le probabilità che ciò avvenga sono estremamente basse ed è possibile effettuare prevenzione mediante l'esecuzione di specifici esami sul tessuto ovarico prelevato in fase pre-congelamento e pre-reimpianto (Meirow *et al.*, 2008; Rosendahl *et al.*, 2013; Meirow *et al.*, 2016).

Sulla base di quanto esposto, chiaramente compreso e pienamente consapevole dei rischi, acconsento alla preservazione della fertilità tramite:

INFORMATIVA
PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' IN PAZIENTI A RISCHIO DI ESAURIMENTO FOLLICOLARE
NON DI NATURA ONCOLOGICA

1) Congelamento degli ovociti

2) Congelamento di tessuto ovarico *Totale singolo ovaio*
Parziale singolo ovaio

Napoli,

Il medico

La paziente

I tutore responsabile in caso di pazienti minorenni