

Procreazione Medicalmente Assistita
CENTRO PMA
PALMER
Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Grazia Torelli

PMA

Procreazione Medicalmente Assistita

CON TE NEL PERCORSO DI UNA NUOVA VITA

www.pma.centropalmer.it



Procreazione Medicalmente Assistita

Il Centro Palmer si occupa di Procreazione Medicalmente Assistita da oltre 30 anni; la nostra mission è quella di accompagnare le coppie che si rivolgono a noi con problemi di infertilità, attraverso un percorso che li possa portare a coronare il proprio sogno di diventare genitori.

Per fare questo **ci avvaliamo di professionisti di elevata capacità ed esperienza nel campo delle tecniche PMA e delle più moderne tecnologie che ci permettono di offrire un servizio di alta qualità ai nostri pazienti.**



Perché le coppie continuano a scegliere il Centro Palmer da oltre 30 anni?

Perché disponiamo di specialisti di elevatissimo valore e con una grandissima **esperienza maturata in oltre 30 anni di trattamenti.**

Perché offriamo un servizio di elevata qualità senza dimenticarci che di fronte abbiamo persone che si affidano a noi per raggiungere un traguardo importantissimo.

Perché elaboriamo un trattamento personalizzato per ogni caso di infertilità.

Perché abbiamo degli ottimi tassi di gravidanza.

Perché abbiamo a cuore il futuro della vostra famiglia anche dopo il trattamento.





1° Consulenza

Durante la prima consulenza il medico apre una cartella clinica della coppia dove raccoglie: dati anamnestici, tutti gli esami e gli eventuali referti pregressi già in possesso della coppia se derivanti da precedenti tentativi di fecondazione assistita. Viene fatta una valutazione del quadro clinico e vengono prescritti gli esami facenti parte del panel che per la Legge 40 bisogna effettuare per potersi sottoporre a tecniche di PMA Omologa o Eterologa.

Questo primo incontro ha anche il compito di chiarire alla coppia eventuali dubbi sul loro stato di infertilità.



2° Consulenza

Durante la seconda consulenza il medico prende visione degli esami che erano stati richiesti durante il primo incontro in modo da decidere l'iter terapeutico più indicato tra quelli di 1° o II° livello.

Il medico espone poi alla coppia le percentuali di gravidanza (che si rifanno alla media nazionale di riuscita delle tecniche) e le eventuali complicanze derivanti dalle terapie che richiedono le procedure.

Le possibilità che si prospettano per la coppia sono le seguenti:

- **Tecniche Omologhe**
- **Tecniche Eterologhe**

Si parla di fecondazione omologa quando gli spermatozoi e gli ovociti utilizzati appartengono ai componenti della coppia.

Si parla di fecondazione eterologa quando gli spermatozoi e gli ovociti appartengono ad un donatore o donatrice estraneo alla coppia.





Tecniche I° livello

IUI - Inseminazione Intrauterina

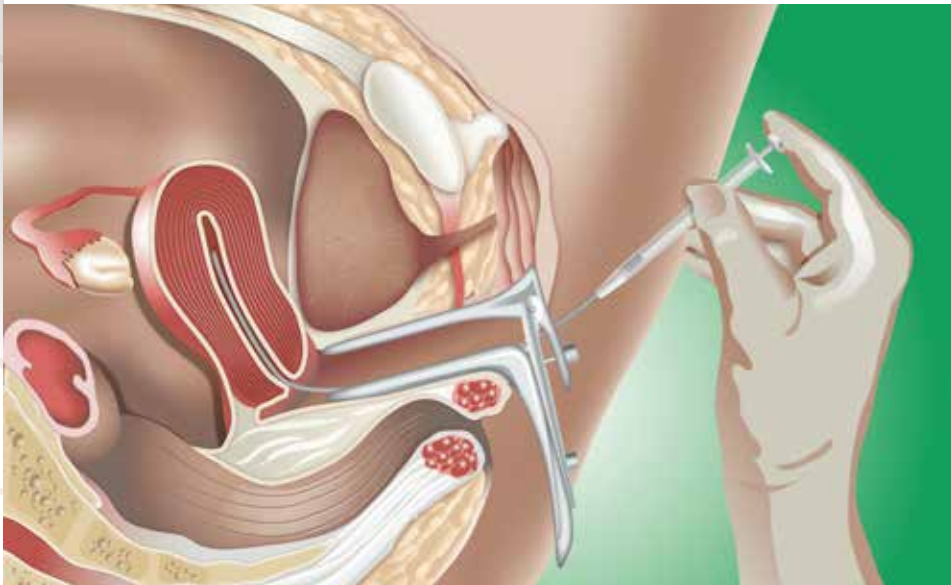
L'inseminazione intrauterina è una tecnica di I° livello che consiste nella deposizione direttamente all'interno della cavità uterina di spermatozoi, adeguatamente preparati, sincronizzando la deposizione nel momento dell'ovulazione.

La IUI può essere eseguita su ciclo spontaneo o in seguito ad ICFM (induzione della crescita follicolare multipla).

Può essere eseguita con spermatozoi del marito (IUI Omologa) o di donatore (IUI Eterologa).

Le principali indicazioni sono:

- Infertilità da fallita eiaculazione
- Endometriosi minima o moderata
- Infertilità inspiegata
- In coppie discordanti affette da HIV o HCV



La IUI comprende le seguenti fasi:

Prima fase:

Induzione o meno della crescita follicolare multipla. Quest'ultima avviene attraverso iniezioni sottocutanee di basse dosi di gonadotropine, ormoni responsabili della crescita follicolare.

Seconda fase:

Monitoraggio dell'ovulazione spontanea o della ICFM durante la quale il ginecologo valuta il numero e le dimensioni dei follicoli ovarici fino al raggiungimento da parte dei follicoli di una dimensione di circa 17-18 mm; a questo punto si procede all'iniezione intramuscolare o sottocutanea di HCG (Gonadotropina Corionica) e dopo 36 ore si effettua la tecnica dell'inseminazione.

Terza fase:

Separazione nemespermatocica.

Quarta fase:

IUI propriamente detta: la paziente viene posizionata in posizione ginecologica, si introduce uno speculum in vagina, si disinfettano i forni vaginali e la cervice, si inserisce il catetere, al quale è stata raccordata la siringa contenente il liquido seminale trattato (capacitato) in cavità uterina spingendo lentamente lo stantuffo della siringa.

14 giorni dopo l'esecuzione della procedura, viene richiesto alla donna di eseguire una ecografia pelvica per la valutazione di utero ed ovaie e un prelievo ematico per la rilevazione dell'HCG per un'eventuale stato di gravidanza.



Tecniche II° livello

Fanno parte delle tecniche di II° livello la **FIVET - FIVET/ICSI - FIVET/ICSI/TESA.**

Diversamente dalle tecniche di I° livello, **la fertilizzazione degli ovociti non avviene nel corpo della donna, ma in laboratorio (in vitro).**

Tutte queste tecniche si compongono di alcune fasi comuni quali: il monitoraggio ecografico ed ormonale della risposta ovarica alla ICFM, l'induzione del completamento della maturazione follicolare e ovocitaria (triggering), il prelievo ovocitario, la raccolta e la preparazione del liquido seminale, l'inseminazione in vitro, coltura degli embrioni ottenuti in vitro, trasferimento degli embrioni ottenuti in vitro in utero, sostegno della fase luteale.

Si parla di stimolazione ovarica quando tramite l'utilizzo di ormoni si ottiene una crescita follicolare multipla. A seconda del protocollo di stimolazione utilizzato la durata dell'intero ciclo di stimolazione ovarica varia da 10 a 15 giorni. Una volta ottenuti follicoli con un diametro superiore a 18-20 mm si induce l'ovulazione attraverso la somministrazione di HCG.

Dopo 38-36 ore si può procedere al prelievo ovocitario.

Il giorno del pick up la paziente viene accompagnata dal personale infermieristico, in barella, nell'ambulatorio chirurgico, ambiente ad uso esclusivo delle procedure di PMA. La paziente digiuna e a vescica vuota, previa profilassi antibiotica, viene posta in posizione ginecologica. Si prepara il campo operatorio sterile e si procede all'anestesia locale o alla sedo-analgesia eseguita da un anestesista.



Il medico applica uno speculum e procede alla disinfezione della vagina, dopodiché si toglie lo speculum e si inizia il prelievo ovocitario.

La procedura avviene sotto guida ecografica, per via trans vaginale, tutti i follicoli presenti con diametro superiore a 16 mm delle due ovaie vengono aspirati, i liquidi follicolari sono raccolti in provette che vengono consegnate al laboratorio PMA attiguo e controllati al microscopio per la ricerca degli ovociti. Alla fine del prelievo ovocitario si riapplica lo speculum vaginale per controllare eventuali colporragie o cervicorragie, si esegue con catetere apposito transfer di prova.

Dopo il prelievo ovocitario la paziente rimane in osservazione presso il Centro, in apposita stanza degenza per 2-3 ore al fine di poterne valutare lo stato di benessere.





Il partner maschile deve essere disponibile il mattino dell'intervento per la donazione del liquido seminale, che verrà trattato dai Biologi dell'equipe di PMA.

Le istruzioni che il partner maschile deve osservare per la raccolta del liquido seminale sono:

- astinenza sessuale per 3-4 giorni prima del prelievo oocitario
- accurata disinfezione dei genitali il mattino della raccolta
- raccolta completa in un contenitore sterile che viene fornito dal personale del centro una volta in sede.

In presenza di una condizione maschile che ha reso necessario un prelievo chirurgico o una crioconservazione degli spermatozoi, è possibile che non sia necessario procedere a un esame del campione seminale a fresco.

Gli ovociti prelevati vengono messi in piastra con una parte di liquido seminale previamente trattato, l'inseminazione deve avvenire entro 3-4 ore dal prelievo oocitario. Dopo circa 16 -18 ore di incubazione vengono osservati e viene valutata l'avvenuta fecondazione.

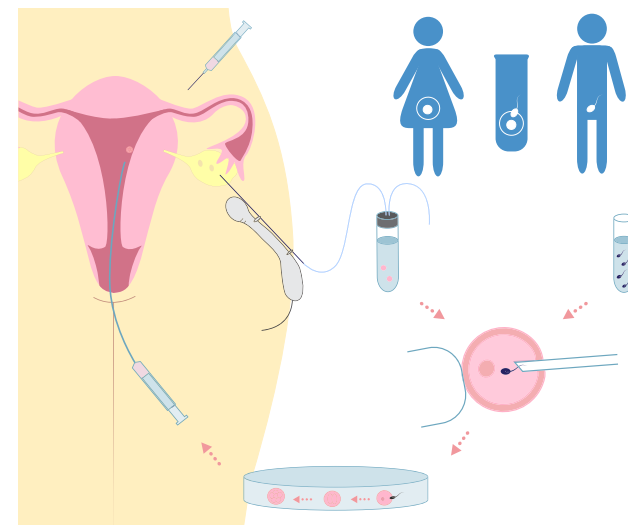
Vengono nuovamente osservati dopo 24, 48 e 72 ore per evidenziare lo sviluppo embrionale. Gli embrioni possono dividersi sino a 5-6 giorni dall'inseminazione raggiungendo lo stadio di blastocisti.



TRASFERIMENTO DEGLI EMBRIONI

Sulla base della qualità embrionaria, verificata dai biologi dell'equipe PMA, si decide il trasferimento embrionario a 24, 72 ore o a 5 giorni (stadio di blastocisti).

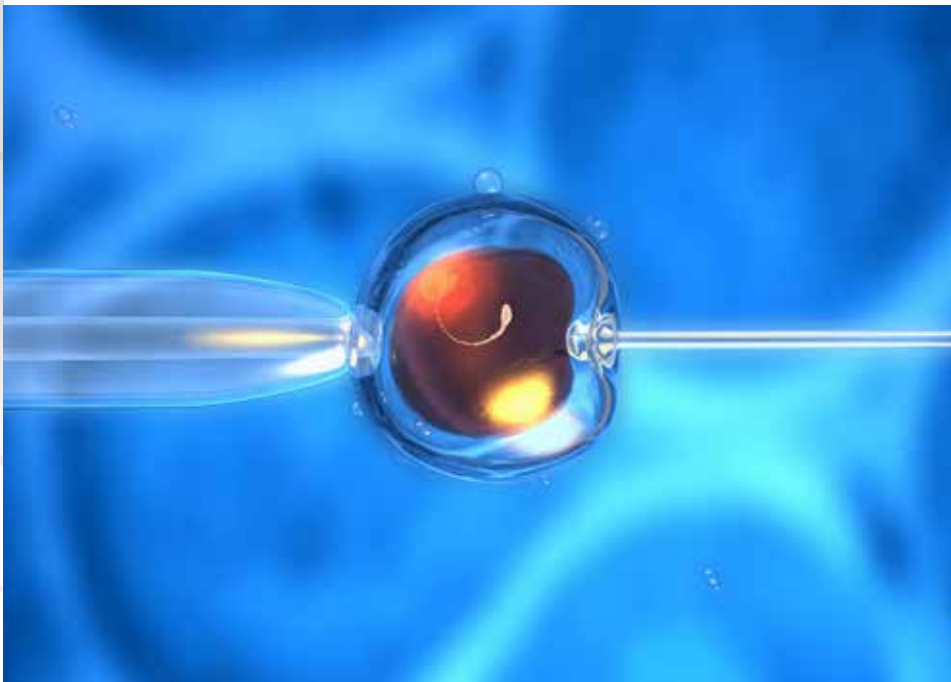
La paziente viene accompagnata nell'ambulatorio chirurgico a vescica piena, viene posta in posizione ginecologica, il medico introduce in vagina uno speculum e sotto guida ecografica inserisce in utero il catetere contenente il numero di embrioni che sono stati precedentemente decisi insieme alla coppia. Il catetere è riaccolato ad una siringa che servirà per favorire il deposito embrionario in utero. Tolto il catetere, questo viene esaminato dai biologi al microscopio per avere la certezza che gli embrioni siano stati depositati in utero. Il medico toglie lo speculum e la paziente viene riportata, dal personale infermieristico, in stanza degenza dove rimarrà sdraiata per circa mezz'ora. Per i successivi 14 giorni la paziente farà un supporto della fase luteale con ovuli vaginali di progesterone, dopodiché potrà eseguire ecografia pelvica di controllo per utero ed ovaie e prelievo plasmatico per il dosaggio dell'HCG per verificare la positività o negatività della gravidanza.





FIVET/ICSI

La ICSI è l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo nella cellula uovo. È una tecnica indicata in caso di infertilità maschile moderata e/o severa. La ICSI può essere utilizzata in caso di coppie con partner maschile affetto da azoospermia, utilizzando spermatozoi epididimari o testicolari o in coppie con pregressi cicli di FIVET con mancanza di fertilizzazione o con bassa percentuale di ovociti fertilizzati. Questa tecnica consiste nel rimuovere enzimaticamente tutte le cellule ovcitarie che proteggono gli ovociti, costituite dalle cellule del cumulo e della corona radiata, e ad introdurre un singolo spermatozoo selezionato direttamente all'interno del citoplasma ovcitario. Per questa procedura è necessario uno strumento di laboratorio che prende il nome di micromanipolatore.



PRELIEVO TESTICOLARE

La tecnica del prelievo di spermatozoi direttamente dai testicoli dell'uomo, ovvero senza procedere a raccolta per masturbazione, è attuata nel caso il paziente sia affetto da azoospermia (assenza di spermatozoi nell'eiaculato) o, su indicazione dell'andrologo, da grave patologia del liquido seminale.

Il Medico andrologo può effettuare il prelievo di spermatozoi testicolare mediante 2 tecniche di prelievo:

- **TESA:** aspirazione tramite "ago a farfalla" attraverso la cute del testicolo.
- **TESE:** biopsia del tessuto testicolare.

In ambedue i casi, il campione raccolto viene portato in laboratorio ed esaminato dal personale Biologico per la ricerca degli eventuali spermatozoi.

Gli spermatozoi ottenuti possono essere crioconservati, eliminati (in caso di procedura solo diagnostica) oppure possono essere utilizzati subito per le tecniche di PMA.

La tecnica di PMA indicata in questi casi è la FIVET-ICSI-TESA/E.

In questo caso si procede ad eseguire il prelievo ovcitario e l'Embriologo esegue la tecnica ICSI impiegando gli spermatozoi vitali (mobili) o, in mancanza di questi, gli spermatozoi immobili con morfologia migliore.



CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI

La crioconservazione degli ovociti umani si è diffusa in modo consistente in tutto il mondo. Attualmente le principali indicazioni sono rappresentate da: **preservazione della fertilità nelle donne affette da neoplasie o da malattie sistemiche che provocano infertilità femminile assoluta, programmi di ovodonazione, rischio di iperstimolazione ovarica.** La crioconservazione degli ovociti viene realizzata mediante vitrificazione.

SOCIAL FREEZING

Consiste nella crioconservazione di ovociti da parte di donne giovani che per ragioni esistenziali, lavorative o sociali, momentaneamente non possono avere figli o scelgono di non avere figli ma che tra i loro progetti di vita hanno anche quello di essere madri.

Chi può sottoporsi a social freezing?

Molti autori in letteratura propongono un approccio individualizzato per sottolineare alla paziente l'efficacia della crioconservazione degli ovociti prima dei 35 anni e con test predittivi di riserva ovarica.



CRIOCONSERVAZIONE DEGLI SPERMATOZOI

È una tecnica che si effettua da molti anni.

Le principali indicazioni sono:

- la preservazione della fertilità negli uomini affetti da neoplasie o da malattie sistemiche che provocano infertilità maschile assoluta
- i programmi di donazione degli spermatozoi (banche del seme)
- difficoltà all'emissione di un campione di liquido seminale da parte dei partner di coppie candidate alle tecniche di PMA
- coppie sierodiscordanti candidate alle tecniche di PMA con partner sieropositivi per il virus dell'immunodeficienza umana e/o per il virus dell'epatite C

CRIOCONSERVAZIONE DI EMBRIONI

Le principali indicazioni al congelamento embrionario sono:

- rischio di gravidanze multi fetali
- rischio di sindrome di iperstimolazione ovarica
- endometriosi non idoneo dopo stimolazione ovarica

Centro Palmer si impegna a garantire ambienti sterili, qualità del materiale utilizzato e professionalità del personale medico e biologico.

Ha ottenuto il certificato ISO 9001:2008 in qualità di centro autorizzato per la Procreazione Medicalmente Assistita, rilasciato dal Bureau Veritas.

Procreazione Medicalmente Assistita
CENTRO PMA
PALMER
Direttore Sanitario Dr.ssa Maria Grazia Torelli



www.pma.centropalmer.it

segreteriaipma@centropalmer.it

Via Gian Battista Isacchi 8
ReggioEmilia

0522 792400

segreteria@centropalmer.it

www.centropalmer.it

Via Matteotti 12/b

Rubiera

0522 1754500

segreteriaarubiera@centropalmer.it

www.centropalmer.it

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

