ce știi despre FERTILITATEA TA?

MIHAELA COZMOLICI, DIGI24:

„Mi-aș dori mult ca infertilitatea să nu mai fie un subiect tabu în România”

REVISTĂ DE EDUCAȚIE DESPRE FERTILITATE, OFERITĂ DE

ASOCIAȚIA SOS INFERTILITATEA
www.vremcopii.ro

Numărul 5, Iunie 2022

Gynera
Fertility Center
Member of FutureLife

De la clinica reproductivă care a conceput cei mai mulți copii FIV din România

ReproSave IVF

- Pentru pacienți cu eșecuri după proceduri FIV
- Pachet complex de investigații avansate
- Program unic și individualizat de tratament multidisciplinar

✦ Genetică ✦ Imunologie
✦ Imagistică ✦ Receptivitate uterină
✦ Nutriție ✦ Terapie holistică

Din **2022**, program inovativ de investigații și soluții personalizate, în noul centru de reproducere asistată **Gynera Floreasca Park.**

Accesează programul pe **www.gynera.ro.**
Programări în clinică sau online.

Telefon: **0727 833 833**

P

Asociația SOS Infertilitatea lansează, din toamnă, în studioul propriu, podcast-ul „Ce știi despre FERTILITATEA TA?”

La un calcul simplu, 14 ani înseamnă mai mult de jumătate din viața mea de adult care tocmai a împlinit 45. În luna martie, SOS Infertilitatea a împlinit 14 ani de activitate asociativă. Tot atât, 14, ar fi trebuit să împlinească, în toamnă, primele mele fiice – dar pentru că ele au murit în ziua în care s-au născut, Asociația a devenit primul meu copil. Viu.

Îmi iubesc Asociația ca pe un copil și am crescut-o ca atare: cu dragoste, cu răbdare, cu rezistență la frustrare, cu efort, cu dedicare. Si fără pauze: 7/7. Deși am citit într-un studiu că durata medie a implicării voluntarilor într-o cauză, fără pauze, durează între cinci zile și șapte luni.

Unde suntem, 14 ani mai târziu? Și ce urmează să se întâmple în plan asociativ?

După mai bine de un deceniu în care membrii și voluntarii Asociației s-au întâlnit exclusiv prin parcuri, restaurante, casele unora dintre noi sau la acțiunile în sine organizate în spații publice sau închiriate, organizația are, finalmente, un sediu propriu. La preluare, spațiul era, obiectiv vorbind (și există dovezi în arhiva video a comunității online), o hrubă lugubră. Fiică-mii, pe care am cărat-o după mine ca la mai toate demersurile asociative, îi era frică să intre. Însă am ales să văd atu-urile spațiului (*location, location, location*: sediul, cu o suprafață de 104 mp, este situat în blocul Romarta din strada Academiei, la patru minute de Piața Universității și la 40 de secunde de Ministerul Sănătății) și nu am fugit de muncă. Vast șantier, pe alocuri sisific – nu mai intru în detalii. În prezent, spațiul este refuncționalizat, renovat și complet utilat. Din toamnă, un angajat cu normă întreagă va asigura permanența la sediu și vom redemara, de data asta nu prin săli închiriate ca în trecut, ci LA NOI ACASĂ – grupuri de suport psihologic, cursuri de nutriție pentru fertilitate, serile de *movie and debate* și tot ce mai simțim nevoia. Ușa Asociației vă va fi deschisă, nu ezitați să propuneți proiecte. Pentru că atât de mulți dintre noi am „sărit pârleazul” și suntem părinți de multpreadoriți, vom avea si o sală dedicată copiilor în sediu, unde se va afla mediateca francofonă „Les amis de Lara”, cu un fond de peste 1.500 de cărți, DVD-uri, jocuri. În sala de ședințe își va avea sediul Biblioteca SOS Infertilitatea, cu un fond de peste 250 de carți despre fertilitate,

Nicoleta Cristea-Brunel
Președinta Asociației SOS Infertilitatea

infertilitate, adopție, sarcină și parenting, în limbile română, engleză și franceză.

În decembrie 2021, am realizat, cu sprijinul MERCK, o serie de trei podcast-uri cu medici FIV din România, transmise pe pagina și în grupurile Asociației. Impactul a fost peste așteptări, mii de vizualizări doar în primele zile – în condițiile în care podcast-urile rămân arhivate *ad vitam aeternam* și pot fi ascultate chiar și peste ani, fondul discuțiilor rămânând de actualitate. Menționez că eu nu am fost remunerată pentru conceperea și moderarea acelor podcast-uri, o parte din fonduri, care au tranzitat contul Asociației, având drept destinație închirierea studioului de podcast și plata echipei tehnice. Așa s-a născut ideea. Și am și implementat-o: în prezent, Asociația SOS Infertilitatea are în sediu propriul studio de podcast complet funcțional, cu echipamente de top (investiția financiară depășește 11.000 de euro) și tehnicieni sub contract. Din toamnă, ne vom bucura să invităm în studio stakeholder-i din domeniul social-politic, pacienți / părinți, medici, embriologi, jurnaliști sau persoane publice, pentru a discuta despre fertilitate, infertilitate, reproducere umană asistată medical, adopție.

Pe lângă revistă și podcast, Asociația SOS Infertilitatea își va relansa în toamnă și website-ul, actualul datând de prin 2013, ceea ce, la cât de rapid evoluează noile tendințe în webdesign, îl transformă într-un dinozaur – dar ne este drag dinozaurul, este tare multă muncă acolo, îl vom arhiva și va continua să fie accesibil. Una din marile mele bucurii este că forumul Asociației – forumul: marea mea iubire, acolo, în anii de aur, am învățat, văzând și făcând, ce înseamnă *community building* – este în continuare viu, în mod organic; iar arhiva forumului rămâne neprețuită! De aproape un an, din motive de doliu, eu nu mai particip activ, în nume propriu, la discuțiile cotidiene din comunități, dar mă bucur să constat că acestea continuă să funcționeze și să ofere informație și suport unui public din ce în ce mai larg (31.000 de membri pe grupul de infertilitate, 18.000 de membri pe grupul de adopții, 11.000 de membri pe grupul de sarcină și parenting, 3.000 de membri pe grupul de ovodonație, 2.000 de membri pe grupul de debutante / *trying to conceive*).

Acțiunile de advocacy, la nivel macro, continuă, la fel și mediatizările pentru cauză (nu am refuzat niciodată, în 14 ani, o invitație din partea presei, nu am risipit niciodată *awareness*-ul pe care știm că îl aduc aparițiile în media). În proiectul de Crăciun al Asociației s-au acordat pană în prezent 92 de proceduri FIV, cu o valoare de piață de circa 400.000 de euro, și s-au născut deja 44 de copii. Pe 12 iunie am lansat a doua ediție a Grantului Memorial Eva și Clara Brunel, dedicat familiilor care au pierdut o sarcină foarte avansată sau un bebeluș, iar în august vom acorda primul Grant Memorial Jean-Pierre Brunel, cu acces universal.

Am muncit mult pentru ca această revistă să vadă „lumina tiparului" (deși mulți oameni de marketing m-au sfătuit să o las doar în format electronic – rezist; eu nu fac un PDF, fac o revistă!) și să ajungă la voi. Dar dacă fie și o singură persoană va alege calea corectă dupa ce va citi revista și va ajunge să își țină copilul în brațe, va fi meritat.

Cu gânduri bune,

Nicole

Revista **„Ce știi despre FERTILITATEA TA?"** este un proiect educativ non-profit al **Asociației SOS Infertilitatea.**
www.vremcopii.ro

Articolele din paginile marcate cu **P** reprezintă contribuții în regim de **parteneriat**. Mulțumim sponsorilor și partenerilor care au făcut posibilă **distribuirea gratuită** a acestui instrument de educație pentru fertilitate.

Regăsiți informațiile și online: **www.fertilitateaTA.ro**

Concept: **Nicoleta Cristea-Brunel**

Redacția: **Daniela Dinu**
Ana Ghelmez

Traduceri: lect. univ. dr. **Carmen Ciobâcă**

Marketing: **Florentina Mihalache**

Grafică: **Denisa Simionescu**
Ilustrație: **shutterstock.com**

Tipar: Tipografia **Everest**

Asociația SOS Infertilitatea desfășoară din 2008 o campanie de advocacy pentru drepturile persoanelor afectate de infertilitate, în domeniul reproducerii umane asistate medical şi în cel al adopției.

Alăturați-vă nouă pe facebook.com/groups/sustinSOSInfertilitatea. Mult mai mult decât încă un grup Facebook. Implicare şi ACȚIUNE colectivă, empatie şi SPRIJIN concret!

Studentele de la Cambridge vor participa la cursuri despre fertilitate

Colegiul Murray Edwards din cadrul Cambridge propune seminarii despre fertilitate cu scopul de a le ajuta pe studente să înțeleagă că o sarcină trebuie planificată spre a fi obținută cel târziu în jurul vârstei de treizeci și cinci de ani. În caz contrar, poate fi mult prea târziu.

Reprezentanții Biroului Național de Statistică din Regatul Unit au declarat că „au fost înregistrate scăderi relativ abrupte ale ratelor lunare ale fertilității" în perioada 2020–2021.
Dorothy Byrne, noul președinte al Colegiului Murray Edwards, a spus că aceste cursuri „vor acorda mai mult control" studentelor, care vor înțelege mai multe despre fertilitatea proprie. Dorothy Byrne, care a născut unica sa fiică la vârsta de 45 de ani, sarcina fiind obținută prin FIV, a declarat pentru publicația sus-amintită că **a devenit „aproape un tabu" să le întrebi pe femei dacă au planuri reproductive**. Aceasta a adăugat: „Suntem în mod clar la o extremă." „Tinerelor li se spune că trebuie să obțină performanțe școlare, să obțină o diplomă, să aibă o carieră de succes și să arate bine", spune ea. „În tot acest iureș, uităm să ne gândim că poate vrem și copii. Asta mi s-a întâmplat mie, cel puțin."
Vârsta medie la care femeile dau naștere primului copil în Regatul Unit este 30 de ani, dar studiile arată că fertilitatea feminină începe să scadă în jurul vârstei de 35 de ani. După această vârstă, scăderea este una abruptă. Conform Societății Britanice pentru Fertilitate, fertilitatea feminină continuă să scadă în fiecare lună după această vârstă, deoarece ovocitele sunt din ce în ce mai puține și de mai slabă calitate.
Dorothy Byrne a adăugat că tinerele primesc informații despre „cum să evite o sarcină" de la medici, părinți și profesori, dar nu li se spun suficiente lucruri despre fertilitate. **„Le vorbim fetelor despre consimțământ, despre hărțuire, dar nu le vorbim în mod clar și direct despre propria fertilitate"**, a adăugat ea. „Femeile trebuie să aibă dreptul să poată alege să aibă copii."
Profesorul Adam Balen, fost președinte al Societății Britanice pentru Fertilitate, a declarat că femeile consideră în mod greșit că vor fi la fel de fertile și după vârsta de 40 de ani deoarece văd că o mulțime de celebrități au copii după această vârstă. Profesorul Balen a spus: „Șansele ca tratamentele de fertilizare să dea roade scad pe măsură ce vârsta feminină crește. **Vedetele care au copii fiind bine trecute de 40 de ani îi au mai degrabă recurgând la donare de ovocite și nu folosind ovocitele proprii. Desigur, foarte puține vedete recunosc însă acest lucru."** Acesta a mai spus că femeile care își doresc mai mult decât un copil ar trebui să încerce să aibă primul copil înaintea vârstei de 30 de ani. Spre exemplu, femeile care își doresc doi copii ar trebui să înceapă să încerce să obțină o sarcină la vârsta de 28 de ani, iar femeile care vor trei copii „ar trebui probabil să încerce să obțină o sarcină în jurul vârstei de 23 de ani". •

(continuare din numerele anterioare ale revistei)

Glosar de fertilitate

Preconception genetic screening
Testarea genetică a viitorilor părinți, înainte de concepție, pentru mai mult de 100 de boli și sindroame. Teste genetice pentru gene comune în anumite grupuri etnice, maladii recesive şi gene care ar putea provoca boli grave la descendenți.

Pregătirea spermei (spălarea spermatozoizilor)
Separarea spermatozoizilor de lichidul seminal. Pentru FIV, această procedură se efectuează de obicei după colectarea ovocitelor de la femeie, în timpul ICSI.

Progesteron (P4)
Valoarea P4 indică dacă femeia a ovulat, când a ovulat, dacă femeia are/a avut o sarcină ectopică sau un avort spontan. Nivelul progesteronului crește înainte de ovulație și va continua să crească dacă apare o sarcină.

Prolactina
Hormon eliberat de glanda pituitară, care va declanşa producerea laptelui după naştere. Un nivel foarte mare al prolactinei interferează cu producerea ovulației, fiind o posibilă cauză de infertilitate.

Puncția ovariană
Etapă în procedura FIV prin care un ac fin este introdus în ovare ca să absoarbă foliculii ce conțin ovocitele. În aceeaşi zi, ovocitele sunt fertilizate fie prin fertilizare directă, fie (îndeosebi în cazul unei hipofertilități masculine) prin injecție intracitoplasmatică a spermatozoidului direct în ovocit (ICSI).
Nu din toți foliculii puncționați pot fi extrase ovocite, rata medie de extragere este de cca. 80%.

Rezervă ovariană
Capacitatea ovarelor de a produce ovocite.

Rezervă ovariană scăzută
Capacitatea redusă a ovarelor de a produce ovocite.

RUAM – Reproducere Umană Asistată Medical (în engleză, ART – Assisted Reproductive Technology)
Ansamblul tehnicilor şi practicilor care îmbunătățesc fertilitatea, în scopul obținerii unei sarcini. Termenul acoperă toate procedurile care procesează ovulul şi sperma, respectiv embrionii.

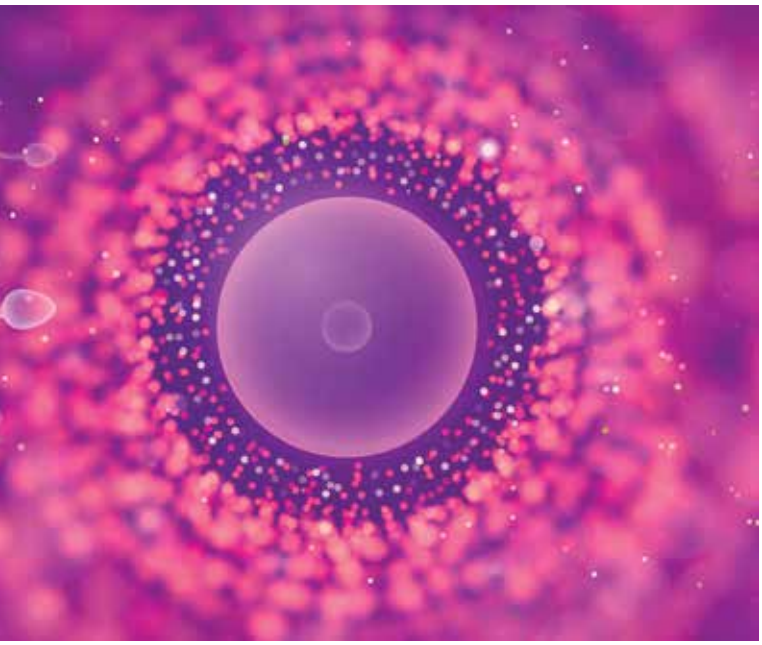
Sac gestațional
Învelișul (structura) în care se dezvoltă embrionul. Fătul va crește în sacul gestațional.

Sarcină (bio)chimică
Termen medical folosit pentru a descrie un avort spontan timpuriu, care se întâmplă de obicei în primele zece zile după implantarea embrionului în uter.

Sarcină confirmată clinic (clinical pregnancy)
O sarcină care a fost confirmată prin două metode: ecografic (cu ajutorul ecografiei au fost depistate bătăile inimii sau sacul gestațional) şi printr-un nivel ridicat al betaHCG (hormonul care indică sarcina).

Sarcină ectopică (extrauterină)
Sarcină în care embrionul se implantează altundeva decât în uter (cel mai adesea în trompele uterine). Mai poartă denumirea de „sarcină tubară".

SET – Single Embryo Transfer
Transferul unui singur embrion, ceilalți embrioni obținuți fiind crioprezervați. SET este „golden standard", fiind opțiunea recomandată unanim, în vederea evitării sarcinilor multiple.



Sindromul Ovarului Polichistic – SOP (în engleză, Polycystic Ovary Syndrome – PCOS)
Afecțiune în care ovarele produc cantități foarte mari de hormoni masculini şi dezvoltă multe chisturi de dimensiuni reduse. Aceste dezechilibre hormonale pot afecta/împiedica ovulația.

Sonohisterografie
Tehnică prin care se vizualizează ecografic interiorul uterului.

Specialist în infertilitate
Obstetrician-ginecolog cu pregătire suplimentară şi specializare în domeniul infertilității și procedurilor de reproducere umană asistată medical.

Sperm DNA fragmentation – fragmentarea ADN-ului spermatic
Atunci când materialul genetic nu este de o calitate satisfăcătoare, firele lungi de ADN sunt susceptibile de rupturi (fragmentare a ADN-ului). Gradul de fragmentare a ADN-ului poate fi un predictor important al unei fertilități masculine scăzute. Pacienții care prezintă un nivel ridicat al fragmentării ADN-ului spermatic au o fertilitate scăzută, în cele mai multe cazuri nerealizându-se fecundarea ovulului, adesea sarcina incipientă oprindu-se din evoluție. În tratamentele de reproducere umană asistată, folosirea metodelor de selectare a spermatozoizilor fără fragmentații ale ADN-ului poate reduce riscul de pierdere a sarcinii.

Spermatozoid
Celula reproducătoare masculină, produsă în testicule şi prezentă în lichidul seminal.

Spermogramă
Evaluare medicală a numărului spermatozoizilor, a morfologiei şi a motilității acestora. Spermograma trebuie efectuată doar în laboratoare ale clinicilor FIV, unde lucrează embriologi certificați, cu experiență.

Stimulare ovariană controlată (în engleză, controlled ovarian stimulation – COS)
Stimularea procesului de ovulație cu ajutorul medicamentelor pentru fertilitate (precum Clomid sau Metformin).

TB – temperatură bazală
Este temperatura organismului în stare de repaus. De obicei, după ovulație apare o creştere de aproximativ de 0,5 grade, care se menține până la următoarea menstruație. Este recomandat să se măsoare temperatura bazală în fiecare zi la aceeaşi oră, dimineața, înainte de a vă ridica din pat.

TESE
Procedură de extracție a spermatozoizilor din testicule cu ajutorul unui ac. Un bărbat poate fi supus acestei proceduri dacă lichidul seminal nu este eliminat prin penis în timpul ejaculării sau dacă are vasectomie.

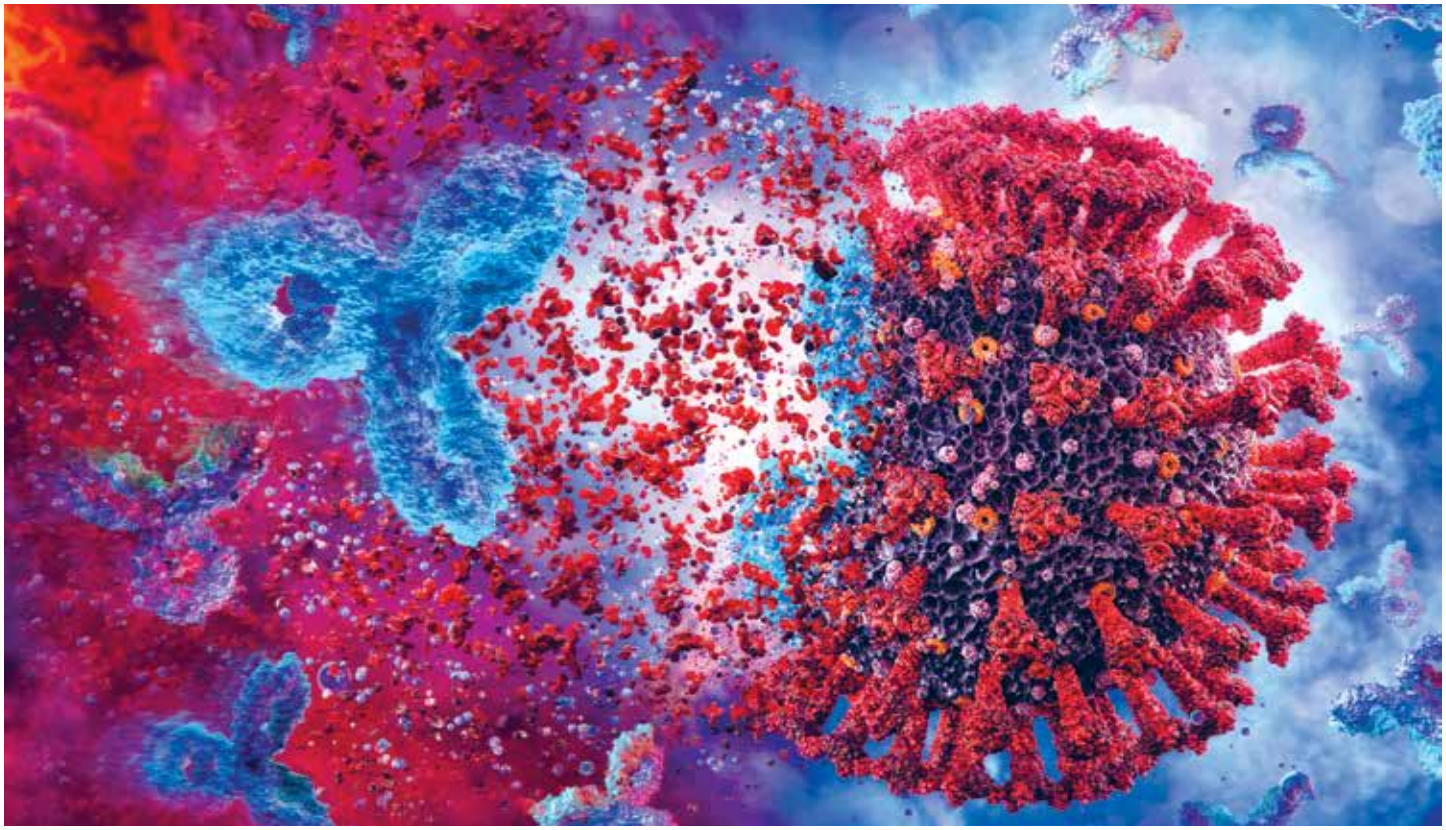
Test de ovulație
Teste folosite acasă pentru a detecta ovulația.

Testosteron
Hormon sexual masculin, produs în testicule (contribuie la producerea de spermatozoizi – spermatogeneză).

TPC – test post-coital
Cunoscut şi sub numele de testul Sinus-Huhner, are scopul de a demonstra posibilitatea fizică a spermatozoizilor de a penetra stratul de mucus cervical.

Trompe uterine (Trompele lui Fallopio)
Tuburi subțiri, dispuse de o parte şi de cealaltă a uterului, care unesc ovarele de uter. Ovulul și sperma se întâlnesc într-una din trompe pentru a începe procesul de fertilizare.

Să nu ne temem de anticorpi



Efectuarea profilului TORCH, analiză esențială în perioada de preconcepție, declanșează adesea temeri nemotivate. Mulți oameni nu își amintesc să fi avut unele dintre infecțiile la care au, totuși, anticorpi, iar neînțelegerea importanței și a semnificației acestora le trezește angoase considerabile. Încerc mai jos să fac puțină lumină în lumea complicată a imunității anti-infecțioase.

Ce e profilul Torch?

Este un test de screening care verifică prezența de anticorpi de fază acută – imunoglobuline M (IgM) și de anticorpi de fază cronică sau de imunitate pe termen lung – imunoglobuline G (IgG) pentru infecțiile cu Toxoplasma gondii, virusul rubeolic, citomegalovirus (CMV), virusul herpes simplex, dar și pentru alte infecții, cum ar fi hepatitele virale B și C, varicelă, infecția cu virusul Epstein Barr, infecția HIV.

Când se recomandă efectuarea acestei analize?

În principiu, analiza ar trebui efectuată înainte de a demara orice demers pentru a obține o sarcină, inclusiv înainte de a renunța la metodele contraceptive în vederea obținerii în mod spontan a unei sarcini. Toate infecțiile de mai sus, dacă sunt contactate în timpul sarcinii, pot duce la tragedii (moartea copilului în uter, declanșarea prematură a travaliului, malformații sau boli grave ale nou-născutului), iar cunoașterea statusului imun permite măsuri adecvate de prevenție. Astfel, femeile care nu au IgM și IgG pentru rubeolă sau varicelă se pot vaccina cu minimum 3 luni înainte de instalarea unei sarcini. Femeile care sunt infectate cu HIV sau cu virusurile hepatitei B sau C pot preveni, prin metode specifice, transmiterea infecției la copil, atât în timpul sarcinii, cât și în timpul nașterii și după aceea.

Ce sunt IGG și IGM?

Imunglobulinele sunt niște proteine care îndeplinesc rolul de anticorpi: recunosc anumite microorganisme (bacterii, virusuri, paraziți), se fixează pe aceștia și fie îi distrug, fie îi fac ușor de identificat de către leucocite și alte celule inflamatorii care îi pot distruge.
IgM sunt proteine mari, care apar în sânge la scurt timp de la contactul cu stimulul imun specific (microorganism sau vaccin), au o durată scurtă de persistență (câteva săptămâni) și rol protector mic. Nu trec prin placentă, deci prezența lor în sângele nou-născutului arată faptul că infecția a avut-o sau o are copilul.
IgG sunt proteine mai mici, apar mai lent, persistă perioade foarte lungi, uneori toată viața și, majoritatea lor, au rol protector împotriva unei noi infecții cu același microorganism.

Cum ar trebui să fie un profil Torch perfect?

Cea mai bună dintre variante este IgG pozitiv (și cât mai mare) pentru Toxoplasma, rubeolă, CMV, herpes, varicelă și Epstein Barr, IgM negative, HIV negativ, anticorpi de hepatită C (anti-HCV) negativi, anticorpi anti-HBs (de hepatită B) pozitivi prin vaccinare prealabilă, iar restul anticorpilor de hepatită B negativi.

Mențiuni speciale

Toxoplasma este un parazit care se transmite prin materiile fecale ale câinilor și, mai rar, ale pisicilor. Prezintă risc animalele nedeparazitate corect și regulat, mai ales cele care trăiesc pe stradă. Mângâierea lor poate contamina mâinile cu ouă de parazit de pe blană, acestea fiind apoi introduse accidental în gură. Risc semnificativ poartă și legumele incorect spălate, precum și icrele consumate tradițional, fără preparare termică (pisicile și câinii pot contamina cu ouă de paraziți straturile, precum și apele curgătoare și stătătoare). Nu prezintă riscuri animalele ținute în casă, corect și frecvent deparazitate. Femeile care nu au IgG de Toxoplasma vor repeta analiza in fiecare trimestru al sarcinii și vor menține o igienă strictă a mâinilor. Nu vor mânca legume nespălate, icre sau produse crude din pește, carne, ou.

Virusul rubeolic este foarte contagios pentru femeile gravide care nu au IgG pentru el. Obligatoriu, dacă nu aveți imunitate pentru rubeolă, vaccinați-vă cu minimum o lună înainte de sarcină, folosind o singură doză din preparatele Priorix sau M-R-Vaxpro. Vaccinarea nu este permisă în sarcină.
Pentru femeile care intră, totuși, în sarcină, fără imunitate pentru rubeolă, evitați cu strictețe copiii nevaccinați și familiile lor.

Femeile cu **hepatită cronică B și C sau cu infecție HIV-SIDA** au dreptul și posibilitatea de a aduce pe lume copii sănătoși, inclusiv concepuți prin manevre de RUAM.
Este foarte recomandată vaccinarea împotriva hepatitei B înainte de sarcină (trei doze de Engerix B) pentru toate femeile care nu sunt infectate cu acest virus.
Femeile cu hepatită B, C sau infecții HIV vor primi tratament pe perioada sarcinii și vor naște prin cezariană, astfel riscul de trasmitere al infecției la copil fiind extrem de mic. Anunțați întotdeauna personalul medical care vă tratează dacă aveți o astfel de infecție. În condiții speciale, clinicile oferă inclusiv servicii de FIV acestor pacienți.

Virusul herpes simplex are două subtipuri, o tulpină care dă infecții genitale și una care dă infecții ale gurii și ale buzelor. O dată intrat în organism, virusul rămâne latent toată viața și se reactivează când imunitatea scade. E important să evitați infecția inițială în sarcină. Dacă aveți IgG și istoric de erupții anterioare sarcinii, reactivarea lui în timpul sarcinii nu prezintă niciun pericol pentru făt. Mamele cu leziuni active de herpes genital la momentul nașterii au indicație de cezariană pentru a evita infectarea fătului în timpul expulziei.

Virusul citomegalic (CMV) dă, de obicei, infecții asimptomatice, de aceea multe persoane au IgG fără istoric cunoscut de boală. Indiferent de statusul imun, testați IgG și IgM de CMV trimestrial în sarcină, reinfectarea este posibilă la gravide care au imunitatea diminuată. Nu există vaccinare.
Virusul se transmite doar prin fluide corporale, deci este necesar un contact strâns cu persoana infectată pentru transmitere.

Varicela, infecție dată de virusul varicelo-zosterian, poate recidiva la unii indivizi. De aceea, e important să știți, înainte de sarcină, dacă aveți imunitate, adică IgG. Dacă nu, chiar dacă vă amintiți să fi avut varicelă în copilărie, vaccinați-vă cu două doze de Varilrix, la interval de minimum 6 săptămâni, a doua doză cu minimum 3 luni înainte de instalarea unei sarcini. Vaccinul este interzis în sarcină.

Virusul Epstein-Barr determină o boală numită mononucleoză infecțioasă, care poate trece adesea neobservată.
Multe persoane au anticorpi IgG pozitivi.
Dacă nu aveți la începutul sarcinii, efectuați trimestrial teste pentru IgG și IgM.
Nu există vaccin.

În concluzie, o viitoare mamă informată și imunizată va aborda sarcina cu mult mai puține temeri și riscuri și va avea șanse mult mai mari de a avea o sarcină perfectă și un copil sănătos.

Dr. Cristiana Popp,
Moderator al comunității SOS Infertilitatea

O nouă hartă a politicilor referitoare la tratamentele de fertilitate în Europa

O analiză a politicilor și finanțării procedurilor de reproducere umană asistată, care a avut în vedere statele europene, dezvăluie că doar patru din cele 43 de țări analizate pot primi calificativul „excelent" în baza unei liste care include nouă criterii referitoare la tratament. Asociația Fertility Europe (organizația paneuropeană în care Asociația SOS Infertilitatea este membră încă din 2010) și Forumul Parlamentului European pentru Drepturi Sexuale și Reproductive subliniază că este nevoie de o schimbare majoră de paradigmă în privința acestor politici.

Ce anume definește o țară care are cele mai bune politici în domeniul reproducerii umane asistate? Acest lucru este stabilit în baza a nouă criterii:

- Legislație dedicată reproducerii umane asistate, care să asigure stabilitatea accesului la aceste proceduri
- Registre naționale de tratamente și donatori
- Acces la tratamente asigurat tuturor persoanelor care au nevoie de ele
- Acces la testare genetică pentru detectarea bolilor grave
- Donare non-anonimă
- Finanțarea completă a tratamentului, care să includă șase inseminări și șase cicluri FIV/ICSI
- Suport psihologic
- Consultarea pacienților înainte de adoptarea oricăror modificări de ordin legislativ
- Educație pentru fertilitate în școli

Analiza, prezentată ca un Atlas al Politicilor referitoare la Tratamentele de Fertilitate la jumătatea lunii decembrie 2021, a dezvăluit că **tabloul referitor la legislație și finanțare este unul neomogen**. Doar patru țări au primit calificativul „excelent" (Belgia, Israel, Olanda și Franța), obținând scoruri de minim 84% conform criteriilor enunțate mai sus. La cealaltă extremă, 11 țări au primit calificativele „slab" sau „insuficient", obținând scoruri mai mici de 50% - țările care au obținut punctajele cele mai slabe sunt Albania (13%), Armenia (26%), Polonia (27%) și Irlanda (27%).

Prin urmare, autorii studiului au subliniat că este nevoie de „o schimbare majoră de paradigmă" în domeniul infertilității, prin care factorii de decizie să recunoască drepturile universale ale persoanelor de a avea copii, să asigure accesul egal la tratamente și să acorde finanțare din fonduri publice.

Din cele 43 de state care au făcut obiectul studiului, 38 aveau legislație pentru tehnologiile reproductive, iar 33 deținea un registru național de activitate. Din păcate, **România este una din țările în care nu există legislație dedicată acestui domeniu**.

În materie de finanțare există, de asemenea, decalaje la nivelul întregului continent. Doar 12 state asigură până la șase inseminări și doar trei state oferă până la șase cicluri FIV/ICSI complet acoperite din fonduri publice. 35 de state, printre care și România, nu oferă decât finanțarea parțială a acestor proceduri.

Anita Fincham, manager al Fertility Europe și coautor al studiului, a declarat: „Fiecare țară ar trebui să obțină calificativul excelent și să dispună de o legislație de calitate care să asigure accesul egal,

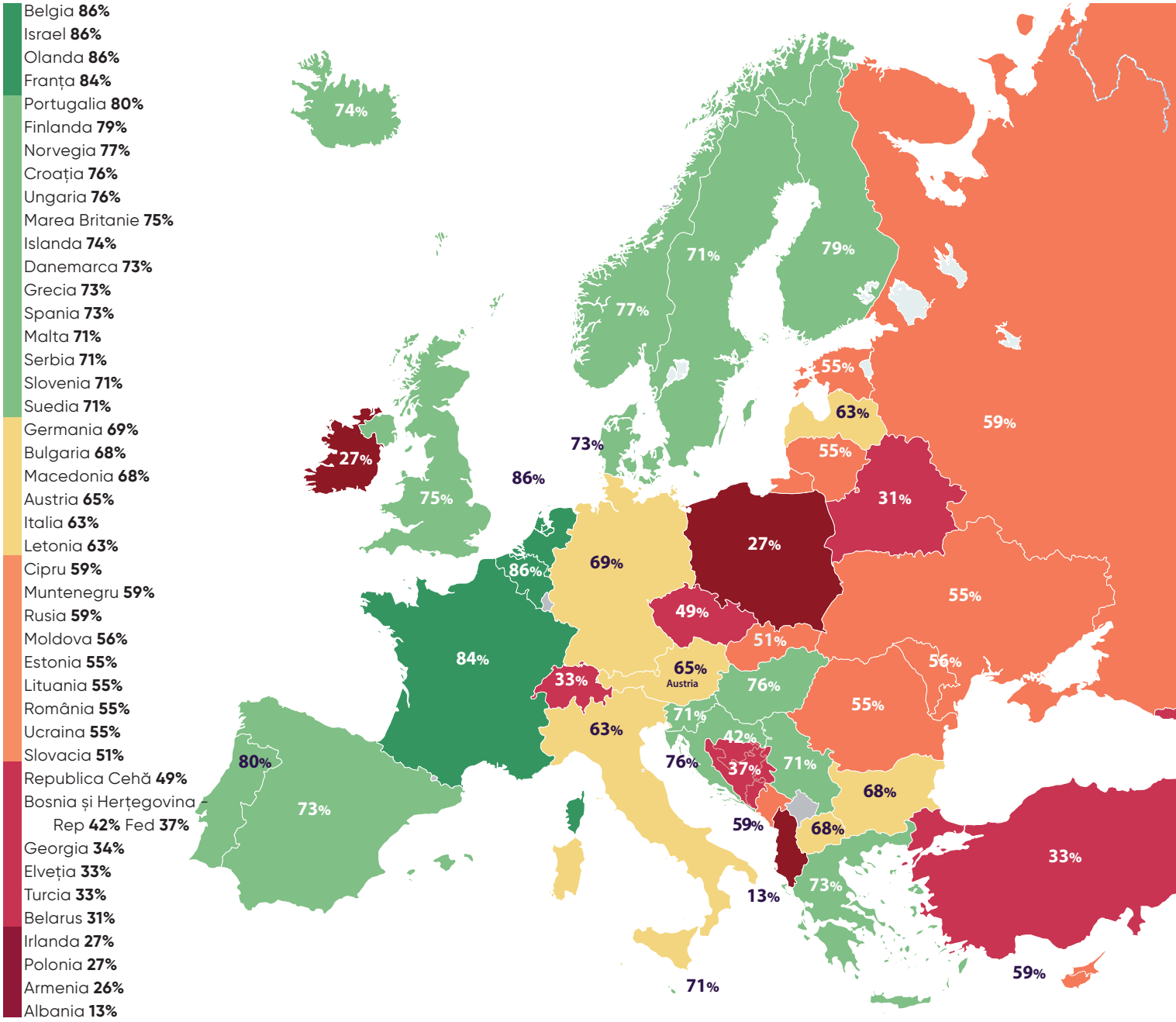
sigur și eficient la tratamente de fertilitate tuturor celor care au nevoie de ele."

Europarlamentarul Frances Fitzgerald, din cadrul partidului Fine Gael, a declarat următoarele: „Marea majoritate a statelor europene asigură finanțare pentru câteva cicluri FIV, pe când Irlanda nu finanțează nici măcar un singur ciclu FIV... Cuplurile și familiile din Irlanda au nevoie de acces la asemenea servicii și tratamente fără întârziere.

Contribuția ESHRE, care se bazează în principal pe date extrase din Sondajul Consorțiului de monitorizare a fertilizării in vitro (EIM) cu privire la tehnicile de reproducere umană asistată și inseminare, are în vedere aspecte precum legislația, regulamentele, finanțarea și registrele existente în statele europene. ESHRE a fost reprezentată de președintele său, Carlos Calhaz Jorge. O perspectivă suplimentară de ordin psihologic a fost asigurată de Mariana Martins, fost coordonator al SIG Psychology & Counselling, care a subliniat tendințele societale care au în prezent un impact în ceea ce privește infertilitatea, în special cele referitoare la concepția pe bază de material donat. În ceea ce privește acest aspect, analiza a arătat că **18 state păstrează în continuare anonimatul procesului de donare, 11 state asigură donarea anonimă, dar și non-anonimă, iar 11 state oferă scheme pe baza cărora poate fi aflată identitatea donatorilor**.

În baza rezultatelor obținute, cercetătorii au lansat un apel adresat factorilor de decizie, formulând cinci cereri-cheie: recunoașterea dreptului universal de a avea copii în Uniunea Europeană; asigurarea accesului egal la tratamente de fertilitate; asigurarea finanțării din fonduri publice a acestor tratamente; încurajarea sectorului public să furnizeze informații de calitate referitoare la problema infertilității și să se încerce eliminarea stigmatului care marchează încă această afecțiune. •

Sursa: **Fertility Europe**



Elizabeth Carr, primul copil conceput prin FIV în Statele Unite, a împlinit 40 de ani

Foto: **New York Post**

Prestigioasa publicație New York Post a publicat un amplu articol dedicat lui Elizabeth Carr și începuturilor fertilizării în vitro, din care preluăm extrase relevante.

Puțini bebeluși vin pe lume într-un asemenea tam-tam și înconjurați de atâtea controverse precum Elizabeth Carr. Nașterea acesteia a fost filmată de o echipă a televiziunii PBS, în timp ce protestatari manifestau în fața spitalului.

Era 28 decembrie 1981, în Norfolk, Virginia. Tocmai se năștea primul bebeluș obținut prin fertilizare in vitro în Statele Unite . „Am avut dintotdeauna parte de atenția presei – așadar, știu că nașterea mea nu a fost una ca toate celelalte", a declarat Elizabeth Carr pentru publicația *The Post*. A fost un interviu acordat de acasă, din Keene, New Hampshire, cu câteva zile înainte să împlinească 40 de ani.

De fapt, Elizabeth a aflat despre modul extraordinar în care a fost concepută atunci când avea 6 sau 7 ani, în cabinetul medicului său, acolo unde colegii medicului se uitau la un reportaj referitor la nașterea sa. „Doctorii mei erau lângă mine și analizau documentarul referitor la nașterea mea împreună cu mine – explicându-mi cu această ocazie detalii de ordin științific."

Aceste detalii de ordin științific erau ceva SF la vremea respectivă chiar și pentru părinții lui Elizabeth. Judith și Roger Carr, o profesoară și un inginer de douăzeci și ceva de ani, erau complet deznădăjduiți deoarece nu reușeau să aibă un copil. Judy rămânea însărcinată, dar pierdea sarcinile: a avut trei sarcini ectopice, caz în care ovocitul fertilizat se implanta în afara uterului. Fiecare sarcină s-a terminat cu un avort spontan, iar din această cauză a trebuit în cele din urmă ca medicii să-i extirpe trompele uterine.

La vremea respectivă, cercetările referitoare la fertilizarea in vitro în Statele Unite ale Americii erau marcate de teamă și preocupări de ordin etic. Louise Brown — primul copil din lume conceput prin fertilizare in vitro – se născuse în anul 1978 în Regatul Unit. Chiar dacă medicul lui Judy nu știa foarte multe despre această nouă tehnică reproductivă, a făcut rost de un pliant cu ocazia unei conferințe medicale și i-a recomandat pacientei să încerce fertilizarea in vitro,

Merck

Încrederea contează

Cu portofoliul nostru larg de opțiuni de tratament, dispozitive și tehnologii avansate de fertilitate, ne propunem să contribuim la rezultate îmbunătățite ale tratamentului care ajută cuplurile să-și îndeplinească visul de a fi părinte.

Merck® a contribuit la nașterea a peste 4 milioane[1] de copii, datorită inovației și cercetării continue, utilizând hormoni ai sistemului reproductiv feminin la fel cum se întâmplă și în ciclul natural al femeii în perioada foliculogenezei, unde LH-ul și FSH-ul sunt în mod natural prezenți.[1]

Merck Romania SRL

Strada Gara Herăstrău 4D,
Clădirea C, Etajul 6, Sector 2
020334 București · România
Telefon: +40 21 319 8850 |
Fax: +40 21 319 8848

1. Boron W & Boulpaep E. Medical Physiology. Saunders, 2012

RO-PER-00072 | Iunie 2022

MERCK

spunând „Tehnica aceasta încă n-a fost pusă în practică în Statele Unite, dar în Anglia a avut ceva succes – poate sunteți dispusă să o aveți în vedere."

Cuplul s-a adresat echipei de medici formată din Howard și Georgeanna Jones, soț și soție, care înființaseră prima clinică de fertilitate de acest tip în cadrul Universității de Medicină din statul Virginia de Est. „Părinții mei au plecat din statul Massachusetts, acolo unde fertilizarea in vitro era ilegală, în statul Virginia, pentru a avea un copil", a spus Elizabeth Carr.

„Pe vremea aceea nu exista această abordare pe bază de cicluri multiple. Te duceai la medic, erau prelevate ovocitele și sperma, apoi era transferat în uter un embrion. Și așa am venit eu pe lume – asta e povestea mea", spune Elizabeth Carr, referindu-se la fertilizarea in vitro, o tehnică reproductivă aflată atunci la începuturi, dar care s-a dezvoltat enorm în ultimii 40 de ani. Astfel, în anul 2019 se estima că peste 8 milioane de copii au fost concepuți prin FIV în întreaga lume.

La câteva ore de la nașterea sa, publicația National Enquirer a trimis părinților săi o telegramă prin care se oferea să cumpere drepturile exclusive referitoare la povestea nașterii bebelușului Elizabeth. Telegrama era însoțită de un buchet de trandafiri. Judy a oferit un răspuns subtil: „Mulțumesc pentru trandafiri." „De fapt, mama voia să spună că acest lucru nu se va

întâmpla în niciun caz." Totuși, oamenii au reacționat în mod negativ la aflarea poveștii. „Au existat mulți oameni care au spus lucruri oribile – și care încă spun, chiar după atâția ani", spune Elizabeth Carr. Aceasta a mai declarat că părinții ei au hotărât în cele din urmă să iasă din anonimat cu scopul de a educa publicul. „Părinții mei aveau posibilitatea de a-și păstra anonimatul, astfel încât să poate duce o viață «normală», dar au vrut ca oamenii să știe că fertilizarea in vitro este o opțiune și că am fost un copil normal și sănătos. Este un lucru atât de important pentru cuplurile care se luptă cu infertilitatea."

Elizabeth Carr se prezintă cu mândrie ca fiind primul bebeluș din Statele Unite obținut prin FIV – dar nu suportă să i se spună că a fost concepută „în eprubetă". „Toate articolele scrise despre mine în acea perioadă în întreaga lume menționau că este vorba despre primul copil conceput în eprubetă în Statele Unite", își amintește ea, destul de iritată. „Din fericire, terminologia aceasta a dispărut încet-încet – este vorba despre o formulare cu totul inadecvată, deoarece, în realitate, nu sunt utilizate deloc eprubete."

Într-adevăr, Elizabeth s-a obișnuit cu faptul că modul în care a fost concepută a fost marcat dintotdeauna de prejudecăți și de superficialitate. „Cel mai dureros era faptul că oamenii pur și simplu nu înțelegeau ce este fertilizarea in vitro. A trebuit să învăț de mică să-mi apăr povestea."

O critică extrem de dură a venit din partea jurnalistei Ellen Goodman, câștigătoare a Premiului Pulitzer. Aceasta a scris un articol de opinie pe această temă chiar înainte de nașterea lui Elizabeth Carr. „Era un articol extrem de răutăcios, în care autoarea susținea că fertilizarea in vitro e groaznică și că vom sfârși prin a avea o mulțime de bebeluși identici în întreaga lume, ceea ce îl va mânia pe Dumnezeu", spune Elizabeth Carr. Elizabeth a lucrat la rândul ei ca jurnalistă în cadrul publicației *The Globe* mai mult de șase ani. Atunci când a părăsit publicația *The Globe*, în anul 2014, Elizabeth Carr nu a ratat ocazia de a-i adresa într-un final câteva cuvinte colegei sale: i-a scris lui Ellen Goodman un e-mail de rămas-bun și i-a amintit de articolul denigrator pe care aceasta îl semnase cu ani în urmă. „Mi-a spus că îi pare foarte rău", își amintește Elizabeth Carr. „M-a lăsat fără cuvinte. Nu i-am mai spus decât că este editorialist, și-a exprimat opinia pe care o avea la momentul respectiv și asta e."

Părinții lui Elizabeth, care nu au încercat să mai obțină altă sarcină, au învățat să accepte fascinația continuă manifestată de public în ceea ce privește viața fiicei lor. Elizabeth a făcut același lucru. „Practic, presa ne

vâna tot anul, dar mai ales cu ocazia zilei mele de naștere", spune ea. Își amintește ziua când a împlinit 10 ani, în 1991. „Îmi amintesc că am fost la New York, eram subiectul unei transmisiuni din cursul dimineții și a trebuit să mă întorc acasă să răspund la o invitație pentru o altă emisiune", spune ea, amintindu-și lungul drum din Massachusetts la New York. „Era ceva de genul: OK, trebuie să ne întoarcem acasă, apoi să mergem din nou la New York. Tocmai împlineam 10 ani – iar eu nu voiam decât să stau acasă și să mă joc cu jucăriile mele."

Această atenție neobosită a presei a adus cu ea și priviri iscoditoare – o povară perpetuă pentru Elizabeth Carr: „Am știut dintotdeauna că sunt în lumina reflectoarelor, așadar trebuia să mă comport așa cum trebuie, să vorbesc frumos, să pot comunica eficient. Nu puteam să-mi fac de cap, să fiu rebelă. Știam că oamenii vor comenta orice gest pe care îl fac", spune ea.

În adolescență era uneori întâmpinată acasă de echipajul unei televiziuni – „Vă dați seama cât de ciudat." Dar, în loc să respingă presa, a acceptat-o și chiar i s-a alăturat timp de mai mulți ani, în calitate de jurnalist. „Sunt foarte familiară cu interviurile – am dat interviuri încă de când eram foarte mică", declară Elizabeth Carr. A fost jurnalist pe probleme de medicină, dar se consideră și o susținătoare a drepturilor pacienților pe probleme de fertilitate.

Elizabeth Carr s-a gândit dintotdeauna că i-ar plăcea să fie mamă. „Am știut dintotdeauna că vreau copii. Desigur, exista o glumă în familie, și anume că ziarele vor scrie «Copilul conceput în eprubetă are la rândul ei un copil conceput în eprubetă»." Fiul său, Trevor, a fost conceput spontan în 2010, tatăl acestuia fiind primul soț al lui Elizabeth. Așadar, ea nu a avut probleme de fertilitate. Totuși, sarcina a fost una stresantă. „Din cauza istoricului mamei mele, mi se părea că ceva poate să meargă rău." Deși presa a început să-i dea târcoale, în căutarea unui nou subiect, Elizabeth Carr a refuzat să dea orice declarație înainte de a naște. Astăzi, Trevor este destul de uimit de toată atenția de care se „bucură" mama sa. „Nu prea înțelege tot tam-tamul de care am parte. Mama e mama – nimic spectaculos."

Pentru mulți oameni care au întâlnit-o, Elizabeth Carr reprezintă speranța care a făcut să se nască milioane de alți copii. Ea spune că este un „privilegiu" să poată asculta poveștile dureroase ale oamenilor, dar nu știe dacă merită toată această apreciere. „Le tot spun: OK, oameni buni, eu chiar nu am făcut nimic special, părinții și medicii au purtat tot greul – eu doar am apărut pe lume."

Totuși, Elizabeth a avut parte în viață de experiențe unice: spre exemplu, ținuta sa de la prima împărtășanie a fost expusă la Institutul Smithsonian, iar la vârsta de 19 ani a ținut un discurs la sediul Națiunilor Unite. Titlul cărții sale, publicate în ianuarie 2022, „Sub microscop: primul copil conceput prin FIV în Statele Unite" este inspirat dintr-o glumă care circulă în familie. „Este o aluzie cu privire la prima mea fotografie: a fost realizată cu ajutorul unui microscop Nikon. Aveam pe atunci trei celule", spune ea. „Vreau ca oamenii să descopere cine sunt cu adevărat... «Elizabeth Carr, primul copil obținut prin FIV» nu este eticheta care mă definește pe deplin ca om."

Cu ocazia aniversării vârstei de 40 de ani, Elizabeth a obținut din donații suma de 40.000 de dolari pentru asociația Resolve, care militează pentru acces la tratamente de fertilitate pentru toți cei care au nevoie.

Elizabeth Carr nu crede că există doar un singur mod în care poți avea copii. „Poți să ai copii în prezent alegând dintre atâtea opțiuni. Ține de tine să alegi, în funcție de perspectiva personală și de modul în care îți imaginezi propria familie." •

Crioprezervarea ovocitelor din motive non-medicale (sociale)

Dr. Ionela Anghelescu
Clinica Embryos București

Odată cu dezvoltarea tehnicilor de fertilizare in vitro, crioprezervarea gameților (ovocite sau spermatozoizi) a apărut că tehnică folosită la pacientele sau pacienții cu diferite forme de cancer care urmau să facă chimioterapie și/sau radioterapie în zona pelvină.

A fost doar un pas mic de la crioprezervarea ovocitelor pentru motive medicale până la crioprezervarea acestora pentru motive non-medicale, așa-numitele motive sociale: femei, de obicei cu vârstă de peste 35 ani, care își doresc amânarea sarcinii pentru dezvoltarea carierei, dar și femei singure, de obicei cu vârstă de peste 35 ani, care nu au un partener cu care să întemeieze o familie în viitorul apropiat.

Prezervarea fertilității pentru motive medicale are un caracter urgent – trebuie finalizată înainte de inițierea chimioterapiei sau radioterapiei, în timp ce crioprezervarea ovocitelor din motive non-medicale nu are acest caracter de urgență, reprezentând o alegere a pacientei.

Tehnica de elecție folosită presupune tratament de stimulare ovariană controlată, urmată de recuperarea ovocitelor prin puncție ovariană transvaginală ghidată ecografic. Ovocitele recuperate sunt prezervate prin vitrificare – o tehnică de congelare care permite supraviețuirea unui număr crescut de ovocite la decongelare. Folosirea ovocitelor decongelate presupune continuarea procesului de fertilizare in vitro: fertilizarea acestora cu spermatozoizi viabili, adesea prin ICSI, cultivarea embrionilor obținuți până la stadiul de blastocist și embriotransfer.

Costul procedurii de prezervare a ovocitelor este de aproximativ 2.000 de euro (incluzând tratamentul de stimulare ovariană și costul de stocare). Folosirea ulterioară a ovocitelor în vederea obținerii unei sarcini va presupune un cost adițional de încă circa 2.000 de euro.

Rata de succes în obținerea unei sarcini viitoare depinde de vârsta la care au fost prelevate și congelate ovocitele (șansele optime sunt la pacientele sub 35 ani) și de numărul ovocitelor congelate. De exemplu, pentru o rată de succes de circa 90% în a obține sarcina, este nevoie de congelarea a 30 ovocite la o pacientă cu vârsta sub 35 ani.

Amânarea sarcinii din motive sociale și programarea acesteia după vârsta de peste 40 ani va fi asociată cu complicații materne mai frecvente, precum diabetul gestațional sau preeclampsia, afecțiuni ce pot avea implicații majore asupra fătului.

Din aceste motive, au apărut dezbateri în privința dimensiunii etice a fenomenului de prezervare a ovocitelor din motive sociale. Dreptul femeii de a programa sarcina, susținut și prin folosirea pilulei contraceptive, repezintă un argument pro-prezervare. De asemenea, declinul fertilității odată cu vârsta reprezintă o limită fină între motivul social și cel medical, fiind de asemenea un argument pro-prezervare: obținerea unei sarcini cu ovocite recoltate la vârstă tânără va asocia un risc redus al fătului de anomalii genetice în raport cu sarcina obținută spontan la vârste avansate.

Femeile care fac apel la crioprezervarea ovocitelor trebuie să fie conștiente că nu întotdeauna ovocitele crioprezervate vor oferi șansa obținerii unei sarcini și, ca atare, trebuie să ia în calcul riscul de a se trezi în fața imposibilității de a mai obține o sarcină cu ovocite proprii.

EMBRYOS
CLINICA DE FERTILITATE & GINECOLOGIE

Reproducerea asistată și rolul său în evoluția umană

În cadrul uneia dintre discuțiile care au avut loc la ultima ediție in real life a Congresului ESHRE, cea de la Viena din 2019, s-a dezbătut posibilitatea ca bebelușii născuți în urma unei proceduri RUAM să aibă un rol în evoluția speciei umane. Până acum nu există date care să dovedească acest lucru, dar subiectul a stârnit o dezbatere intensă.

De la inventarea sa, procedura FIV a fost controversată deoarece permite persoanelor infertile să depășească obstacolele reproducerii umane. Tratamentul de fertilitate permite ca anumite trăsături – poate chiar defecte – să fie transmise următoarei generații de anumite cupluri care, în mod natural, nu ar fi putut procrea. Dar acest lucru înseamnă oare că procedura FIV și alte tehnici similare influențează evoluția umană? Aceasta a fost tema unei discuții aprinse care a avut loc în Viena și la care au participat cercetătorii Hans Ivar Hanevik din Norvegia și Soren Ziebe din Danemarca.

Susținând faptul că procedura FIV poate avea o influență la nivel ereditar, Hanevik a subliniat că tratamentul de fertilitate creează o „presiune a selecției", care este în sine esențială pentru ca evoluția să aibă loc. În orice caz, tipul de presiune asociată procedurii FIV este destul de diferit de presiunea de care are nevoie natura pentru a determina apariția unei vieți. Acest lucru este dovedit, susține el, de faptul că femeile trebuie să piardă din greutate în scopul îndeplinirii criteriului de eligibilitate pentru a participa la proceduri RUAM în anumite regiuni ale Regatului Unit sau de cazul în care embrionii trebuie să ajungă la stadiul de 4 celule al procesului de divizare pentru a putea progresa.
În cazul procedurii ICSI (injectarea intra-citoplasmatică a spermei), influența tratamentului de fertilitate asupra evoluției este și mai evidentă. Sperma trebuie să aibă o motilitate bună, iar spermatozoizii trebuie să fie capabili să se deplaseze pe distanțe lungi pentru ca reproducerea să aibă loc în mod spontan. Dar aceste cerințe nu sunt valabile în cazul procedurii ICSI. „O diferență sistematică există între procesul care are loc în mod spontan și procesul care are loc în cadrul tratamentului de fertilitate", susține Hanevik. „Dacă se schimbă presiunea selecției, cel mai probabil evoluția este la rândul ei influențată."

În orice caz, cercetătorul recunoaște că nu există date referitoare la impactul pe termen lung al procedurii FIV, ceea ce nu permite anticiparea unor consecințe reale asupra evoluției umane. Studiile au sugerat că există o legătură între procedura ICSI și o calitate mai puțin bună a spermei la băieții concepuți astfel, deși cercetătorul a subliniat că aceste riscuri „nu ar trebui să reprezinte un obstacol" în calea tratamentului de care beneficiază persoanele afectate de infertilitate. De exemplu, s-ar putea dovedi că celulele spermatice lente, care au pierdut capacitatea de a înota pe distanțe lungi, pot prezenta alte avantaje – dar pur și simplu până în prezent nu știm care sunt acestea.

Abordând o perspectivă contrară, Soren Ziebe a subliniat că numărul copiilor rezultați dintr-o procedură RUAM în ultimele decenii în raport cu numărul copiilor concepuți în mod spontan nu este semnificativ, astfel încât să poată modifica fondul genetic uman la nivel global. În plus, este nevoie de aproximativ un milion de ani pentru a putea demonstra orice efecte de durată ale modificărilor evolutive. Prin urmare, e o cale lungă până la momentul în care se va putea demonstra orice impact al procedurii FIV asupra umanității în general. Oricum, într-o notă pozitivă, Ziebe a recunoscut că procedura FIV are într-adevăr un impact imens asupra vieții oamenilor, schimbând destinul multor familii – chiar dacă tehnologiile RUAM se bazează pe revenirea la funcția naturală și corectarea erorilor, nu pe crearea unei varietăți mai mari a evoluției. Selecția naturală determină schimbarea în mai bine. Dar Ziebe susține că era dificil de imaginat consecințe ale procedurii FIV la nivelul evoluției atunci când aceasta a rezolvat problema trompelor uterine blocate – în ciuda asocierilor cu endometrioza sau cu boala inflamatorie pelvină.

Procedura FIV nu se bazează pe un plan general care să încalce proiectul avut în vedere de natură, susține Ziebe; pentru a dovedi acest lucru, acesta a insistat asupra faptului că, în cadrul procedurilor de inseminare intrauterină și de FIV, nu există niciun proiect prestabilit – ovocitul este fertilizat de prima celulă spermatică pe care o întâlnește. •

Oncofertilitatea.
Există viață după cancer. Poți da viață după cancer

Dr. Florin Dorneanu
Clinica Gynatal Timișoara

Dezvoltarea continuă a tratamentelor oncologice a dus la creșterea speranței de viață a pacienților, dar și la apariția unor generații de supraviețuitori ai luptei cu boala, care, luptători fiind, își cer dreptul la o viață normală.

Consecință majoră a tratamentului oncologic, infertilitatea afectează aproximativ 70–80% dintre pacientele recuperate, provocând adevărate traume care se așază peste cele provocate de cancerul în sine. Cu toate acestea, apar anual studii și articole care raportează un număr tot mai crescut de nașteri în rândul pacientelor supraviețuitoare și care ne întăresc convingerea că există speranță și că lupta trebuie să continue.

Dacă în alte părți ale lumii discutăm de prezervarea țesutului ovarian ca metodă deja intrată în practica curentă și se caută noi tehnologii pentru prezervarea fertilității, precum maturarea in vitro a ovocitelor imature și a spermatogoniilor, în țara noastră, de elecție rămâne crioprezervarea gameților (ovocite și spermatozoizi) și a embrionilor.

Odată cu stabilirea diagnosticului de neoplazie, conform recomandărilor asociațiilor de reproducere umană asistată ESHRE și ASRM, dar și a Societății de Obstetrică și Ginecologie din România, toți pacienții oncologici ar trebui să beneficieze de un consult în cadrul departamentului de oncofertilitate, pentru a fi corect informați în legătură cu efectele adverse ale viitorului tratament oncologic, medical și chirurgical, asupra fertilității, dar și a posibilităților de prezervare a acesteia.

În cadrul discuției cu pacienta oncologică, este fundamental să nu pierdem din vedere anumite particularități ce țin de fiecare pacientă în parte: vârstă, indice de masă corporală, rezervă ovariană, expunere anterioară la chimioterapie, tipul de neoplazie.

De asemenea, tratamentul de prezervare a fertilității presupune un protocol de stimulare ovariană cu debut în orice moment al ciclului menstrual, random start, și prelevarea ovocitelor prin puncție foliculară sub sedare ușoară. Având în vedere acest random start, tratamentul oncologic nu este întârziat, singurul dezavantaj îl reprezintă, însă, prelungirea zilelor de stimulare ovariană (1–2 zile în plus) și, eventual, un număr mai mic de ovocite recoltate.

Deși cei mai mulți autori au studiat răspunsul la tratamentul de stimulare ovariană al pacientelor oncologice ca un tot unitar, există în literatură date care evidențiază faptul că diferitele tipuri de cancere au anumite particularități. Astfel, pacientele cu cancer mamar urmează un protocol de stimulare modificat, adăugând Letrozole (inhibitor de aromatază), cu scop protectiv, injecțiilor zilnice de gonadotropine. Un studiu din 2014, care a evaluat răspunsul la stimulare împărțind pacientele în patru grupuri în funcție de tipul de neoplazie, a scos în evidență faptul că pacientele din grupul de neoplazii hematologice, deși cel mai tânăr grup, a avut nevoie de cele mai multe zile de stimulare, obținând și un număr de ovocite recoltate mai mic comparativ cu celelalte grupuri.

O discuție aparte le privește pe pacientele cu cancere în sfera ginecologică, în cazul cărora, deși au posibilitatea de a crioconserva ovocite sau embrioni, tratamentul oncologic ar putea presupune histerectomie totală. Aceste paciente vor avea nevoie de ajutorul mamelor surogat, ceea ce în cazul pacientelor din România presupune adresarea către centre din țări care au o legislație permisivă în acest sens.

Adulții concepuți prin FIV se bucură de o mai bună calitate a vieții

Un studiu recent publicat în *Human Fertility* a arătat că este posibil ca adulții concepuți prin intermediul procedurilor de fertilizare să aibă o mai bună calitate a vieții prin comparație cu ceilalți adulți.

Cercetătorii au analizat adesea nivelul de sănătate al copiilor concepuți prin intermediul FIV, dar datele referitoare la adulți sunt limitate deoarece fertilizarea in vitro este o procedură relativ recentă, apărută în anul 1978.

„Rezultatele noastre sugerează că acei copii concepuți cu ajutorul tehnologiilor de reproducere umană asistată medical se bucură de anumite avantaje referitoare la calitatea vieții ca adulți, independent de alți factori de ordin psiho-social", susține dr. Karin Hammarberg, cercetător principal în cadrul Universității Monash din Melbourne, Australia.

Studiul a avut în vedere un grup de 193 adulți care au fost concepuți prin intermediul procedurilor de fertilizare și 86 adulți care fuseseră concepuți spontan. Cercetătorii au luat legătura cu aceștia atunci când aveau vârsta cuprinsă între 18 și 28 de ani, apoi în intervalul de vârstă 22-35 de ani. Studiul a arătat că, indiferent de metoda de concepere, adulții care în primul interval de vârstă beneficiau de condiții psihologice și de mediu mai bune aveau tendința să aibă o mai bună calitate a vieții în al doilea interval de vârstă. „Am descoperit de asemenea faptul că, independent de modul în care a fost concepută o persoană, o mai bună relație cu părinții, mai puțin stres și o situație financiară mai bună la începutul vârstei adulte contribuie la o mai mare calitate a vieții mai târziu. Acest lucru, probabil, nu este deloc surprinzător", a adăugat dr. Hammarberg.

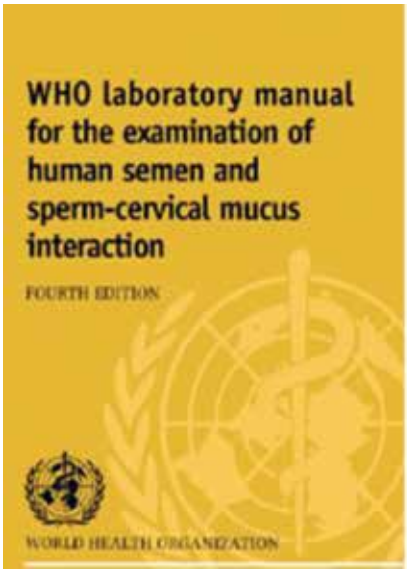
Starea de bine la nivel psihologic în cazul celor două grupuri și pentru cele două intervale de vârstă avute în vedere a fost analizată utilizând instrumentul de evaluare a calității vieții pus la dispoziție de Organizația Mondială a Sănătății. Acesta are în vedere patru aspecte care definesc starea de bine. Aspectul fizic, care face referire la durere, somn și nivelul de energie; aspectul psihosocial, care face referire la sentimente, memorie și învățare; relațiile sociale, care includ susținerea socială și relațiile în general; și mediul înconjurător.

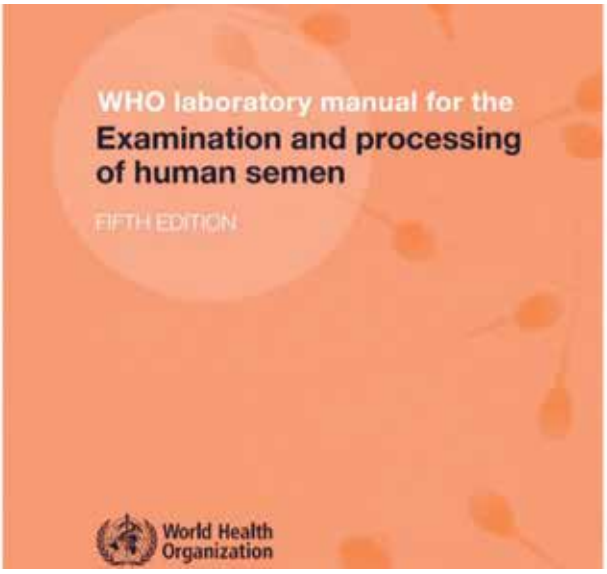
Testele statistice au arătat că adulții care fuseseră concepuți prin intermediul procedurilor de fertilizare obțineau scoruri mult mai mari referitoare la relațiile sociale și la mediu în al doilea interval de vârstă avut în vedere. Cercetătorii au concluzionat că rezultatele pozitive obținute de adulții concepuți prin intermediul tratamentelor de fertilizare ar putea fi explicate prin faptul că aceștia au avut părinți foarte dedicați.

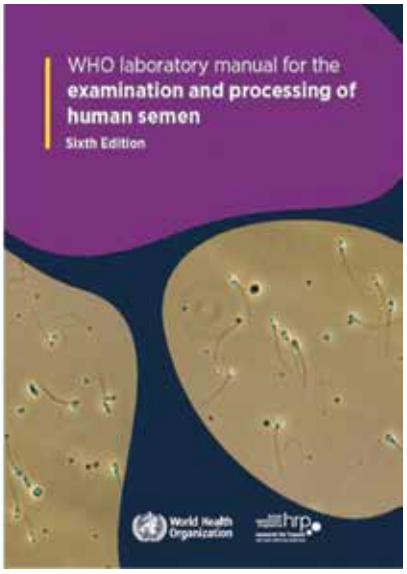
Membrii celor două grupuri au completat de asemenea un chestionar Kessler referitor la stresul psihologic și au dat câte un interviu referitor la starea psihologică în primul interval de vârstă avut în vedere. Acesta a inclus întrebări referitoare la orientarea sexuală, situația financiară, percepția referitoare la greutatea proprie, relațiile de familie, de prietenie și practicarea sportului.

„Acest studiu completează rezultatele studiilor anterioare, care au arătat că persoanele concepute prin tehnici de reproducere umană asistată medical se bucură de același nivel de sănătate ca și cele concepute spontan. În plus, studiul nostru este unul îmbucurător pentru persoanele concepute prin intermediul tehnicilor de reproducere asistată, precum și pentru cuplurile care vor să recurgă la asemenea tehnici pentru a avea copii", a concluzionat coordonatoarea studiului. •

Organizația Mondială a Sănătății prezintă cel de-al șaselea manual actualizat referitor la analiza spermei







În iulie 2021, la zece ani de la ultima ediție, Organizația Mondială a Sănătății a lansat a șasea versiune a manualului care include proceduri și metode de examinare în laborator și de prelucrare a spermei, prezentate etapizat și în detaliu. Acesta este un document de referință, „care are menirea de a menține și de a încuraja calitatea analizei și comparabilitatea rezultatelor".

Manualul este una dintre lucrările de referință cele mai utilizate în domeniul medicinei reproductive, dar este și unul dintre cele mai controversate documente din ultimii ani. După cum au declarat și reprezentanții OMS, ediția anterioară „nu a oferit un format optim, astfel încât tehnicienii de laborator sau oamenii de știință să realizeze în mod etapizat procedura de analiză a spermei în laborator".

A șasea ediție a „manualului OMS care prezintă procedura de analiză și de prelucrare în laborator a spermei umane" înlocuiește versiunea din anul 2010 și include un ghid actualizat și etapizat referitor la analiza și prelucrarea spermei, precum și la evaluarea, crioprezervarea și controlul calității spermei în laborator. Manualul include secțiuni noi, mai ample, referitoare la prelucrarea mostrelor de spermă, markerii care indică prezența unei infecții, analiza computerizată a spermei și proceduri detaliate în vederea realizării analizei de bază, extinse sau avansate, a spermei umane.

Primul manual al OMS a fost publicat în anul 1980 ca răspuns la nevoia din ce în ce mai mare de standardizare a procedurilor și a parametrilor de laborator. Această a șasea ediție propune un ghid mai prietenos cu utilizatorul. Spre exemplu, actualizările includ în prezent instrucțiuni clare,

Parametrii spermei	WHO 1980	WHO 1987	WHO 1992	WHO 1999	WHO 2010	WHO 2021
Volum (ml)	–	≥2	≥2	≥2	1,5	1,4
Concentrație (x10⁶/ml)	20-200	≥20	≥20	≥20	15	16
Numărul total de spermatozoizi (x10⁶)	–	≥40	≥40	≥40	39	39
Motilitatea totală (%)	≥60	≥50	≥50	≥50	40	42
Motilitatea progresivă (%)	≥2[3]	≥25	≥25 (gradul A)	≥25 (gradul A)	32 (a+b)	30
Vitalitate (%)	–	≥50	≥75	≥75	58	54
Morfologie normală (%)	80,5	≥50	≥30	-14	4	4

etapizate și explicații referitoare la ordinea în care trebuie realizate aceste analize după predarea mostrelor în laborator. De asemenea, sunt incluse noi informații referitoare la controlul calității și la evaluarea externă a calității. Sunt prezentate proceduri care includ itemi clari și liste de control care se adresează vastei comunități internaționale de tehnicieni de laborator și oameni de știință care se ocupă cu analiza și prelucrarea spermei umane.

Aplicabilitatea lărgită a acestei ultime ediții este reflectată într-o analiză a rezultatelor referitoare la examinarea spermei obținute începând cu anul 2010, rezultate care sunt incluse în acest manual actualizat publicat în anul 2021. Autorii fac cunoscute datele obținute de la mai mult de 3.500 subiecți provenind din 12 țări de pe cinci continente, care au fost analizate cu scopul de a prezenta „o perspectivă globală a fertilității masculine".

Acest raport menționează faptul că manualul publicat în anul 2021 introduce „limite de decizie" cu scopul de a distinge ceea ce este normal de ceea ce este anormal, o schimbare prin comparație cu versiunea publicată în anul 2010 care prevedea că „valorile de referință pentru o anumită populație (în cazul acesta, bărbații fertili) nu sunt și nu vor fi niciodată utilizate pentru a stabili categorii de tipul bărbați fertili – bărbați infertili". Noua analiză a concentrațiilor de spermă cumulate a indicat într-adevăr faptul că există o „suprapunere considerabilă" între populația de bărbați fertili și populația de bărbați subfertili.

O „limită de decizie", susțin autorii manualului, „se bazează pe considerații de ordin clinic și statistic care indică nevoia de a stabili un anumit diagnostic sau de a realiza o intervenție de ordin terapeutic". Prin introducerea acestei perspective, analiza spermei nu mai este utilizată pentru a stabili dacă un bărbat este fertil sau infertil, ci mai degrabă pentru a decide următorii pași pentru evaluare și aplicarea tratamentului corespunzător.

Evoluțiile înregistrate în ultimul deceniu se regăsesc de asemenea în secțiunile actualizate care fac referire la prelucrarea mostrelor de spermă, markerii care indică prezența unei infecții, analiza computerizată a spermei și analiza fragmentării ADN-ului spermatic. Autorii insistă în manual asupra calității prelucrării și analizei spermei și asupra coerenței rezultatelor obținute în laboratoare. •

Materialul biologic poate fi stocat până la 55 de ani în UK

În Regatul Unit s-a renunțat la limita de zece ani de stocare a ovocitelor congelate, perioada de stocare fiind prelungită până la 55 de ani.

Conform legilor actuale din Regatul Unit, embrionii pot fi stocați timp de 55 de ani, atunci când tratamentul a fost rezultatul unei probleme de ordin medical. În caz contrar, dacă aceștia ar fi fost stocați din motive de ordin „social" – adică motive legate de vârstă, deoarece femeia nu a întâlnit pe cineva cu care să dorească să aibă copii sau deoarece crede că nu își permite în acel moment să crească un copil –, intervalul de stocare a embrionilor este de 10 ani. Pe viitor, orice persoană va putea să apeleze la congelarea de material genetic timp de până la 55 de ani, indiferent de motivul pentru care alege să facă acest lucru.

În ultimii zece ani, cererea de congelare a ovocitelor in Marea Britanie a fost din ce în ce mai mare: de la mai puțin de 230 de cicluri în anul 2009, aceasta a ajuns la 2.400 cicluri în anul 2019.

În Regatul Unit, Autoritatea pentru Fertilizare Umană și Embriologie (HFEA) le impune clinicilor de fertilitate un cod de bună practică, în care se stipulează că acestea nu trebuie să promoveze rate ridicate de succes care se aplică doar în cazul unor categorii limitate de pacienți. Totuși, mii de femei continuă să creadă în fiecare an că pot cumpăra cu sume deloc neglijabile timp și speranța de a avea cândva propriii copii. •

O abordare cantitativă a selectării spermatozoizilor cu ADN integral în vederea realizării procedurii ICSI

Un algoritm utilizat pentru selectarea computerizată a spermatozoizilor în vederea efectuării procedurii ICSI a confirmat pentru prima dată, în 2021, că motilitatea și morfologia unui spermatozoid indică fragmentarea ADN-ului spermatic și sugerează de asemenea că selectarea spermatozoizilor în funcție de criteriul cantitativ poate atenua riscul de fragmentare a ADN-ului spermatic.

Conform publicației *Focus on Reproduction*, selectarea spermatozoizilor în vederea realizării procedurii ICSI este în continuare o operație pur empirică realizată de embriologi, în principal în funcție de criterii precum morfologia și motilitatea spermatozoizilor. Evaluarea fragmentării ADN-ului spermatic este posibilă doar la nivelul mostrelor de spermă. Spermatozoizii din aceste mostre, odată selectați în vederea realizării procedurii ICSI, este posibil să îndeplinească sau nu criteriile stabilite de embriolog (și de OMS). Selectarea spermatozoizilor în vederea efectuării procedurii ICSI rămâne așadar un demers calitativ, nu cantitativ, și, conform unui raport recent, „se bazează pe subiectivitate și incoerențe". Acest raport este inclus într-un studiu recent care încearcă să stabilească dacă motilitatea și morfologia spermei sunt un indiciu al integrității ADN-ului și dacă criteriile cantitative (și nu doar cele calitative) pot fi aplicate în selectarea unui singur spermatozoid care să prezinte integritate optimă a ADN-ului în vederea realizării procedurii ICSI.

Analiza mostrelor de spermă în vederea detectării fragmentării ADN-ului este în continuare controversată deși, după cum subliniază autorii studiului, există dovezi ale unei asocieri inverse între fragmentarea și fertilizarea ADN-ului spermatic și rata de formare a blastociștilor. Relația dintre motilitatea și morfologia unui spermatozoid și nivelul de fragmentare al ADN-ului acestuia este, prin urmare, „doar o presupunere", au adăugat aceștia, exprimându-și încrederea în rezultatele obținute în baza analizei mostrelor de spermă, dar nu la nivel celular.

Acest nou studiu, realizat în cadrul Universității din Toronto, a aplicat o abordare cantitativă, analizând mostre de spermă care includeau 440 spermatozoizi. Mostrele au fost prelevate în mod aleatoriu de la 17 bărbați. Parametrii de motilitate și morfologie, care au fost definiți ca referință (cu anumite adaptări) conform criteriilor stabilite de OMS, au fost analizați din punct de vedere cantitativ cu ajutorul algoritmilor de vizualizare personalizați dezvoltați de calculator. Astfel, au fost obținute imagini ale spermatozoizilor vii, cu viteza de 30 de cadre pe secundă. După analiza parametrilor de motilitate și morfologie, mostrele au făcut obiectul analizei fragmentării ADN-ului spermatic cu utilizarea testului cometei.

Programul software de selectare a spermatozoizilor a ales 60 de spermatozoizi ca fiind „normali" – ceea ce înseamnă că fiecare parametru de motilitate și morfologie îndeplinea criteriile stabilite de algoritm, în timp ce ceilalți 380 de spermatozoizi prezentau cel puțin o anormalitate. În plus, cei 60 de spermatozoizi normali selectați prezentau un grad de fragmentare a ADN-ului mult mai mic decât spermatozoizii care nu au fost selectați deoarece prezentau anormalități. Cu ajutorul acestei analize, a fost stabilit faptul că selectarea unui singur spermatozoid conform criteriilor calitative ale OMS și în baza parametrilor de motilitate și morfologie asigură o mai mare integritate a ADN-ului spermatic decât analiza generală a mostrei de spermă. De asemenea, atunci când criteriile de ordin cantitativ au fost introduse într-un program software de selectare a spermatozoizilor, operațiunea realizată de programul software a fost net superioară

celei efectuate de embriologi în cadrul unor teste oarbe atunci când scopul era acela de a selecta spermatozoizii care prezintă cel mai înalt grad de integritate a ADN-ului. Autorii au declarat astfel că această tehnică „are potențialul de a atenua factorii de risc pe care îi presupune fragmentarea ADN-ului spermatic" în procesul de selectare a spermatozoizilor pentru realizarea procedurii ICSI. Aceștia au mai spus și că această tehnică non-invazivă „poate în prezent să evalueze 8 din cei 11 parametri de morfologie stabiliți de OMS".

Concluzia a fost următoarea: **„Criteriile cantitative adaptate stabilite de OMS contribuie la reducerea gradului de subiectivitate în cazul procesului de selectare manuală a spermatozoizilor, permit selectarea automată a spermatozoizilor în vederea realizării procedurii ICSI și au potențialul de a standardiza procesul de selectare a spermatozoizilor în cadrul operațiunii ICSI clinice."**

De asemenea, un alt raport prezintă măsura în care tehnologia asistată de computer poate explica viabilitatea celulelor spermatice în cadrul procesului de selectare naturală a spermei și deplasarea cu succes a spermatozoizilor. Câțiva oameni de știință din cadrul unui laborator de andrologie din Germania au declarat că au dezvoltat un model de simulare computerizată „spațio-temporală" a tractului genital feminin al unor mamifere (bovine) și au observat că spermatozoizii, considerați agenți cu „proprietăți concrete", care urmează reguli specifice de mișcare și interacțiune, „înoată" împotriva curentului de mucus fluid. Rezultatele simulării, spun autorii, indică în mod clar proporția de spermatozoizi care ajung în trompele uterine într-un timp rezonabil, datele obținute fiind comparate cu datele deja existente care fac referire la populația de bovine.

Aceste experimente au arătat în mod clar că proprietățile fizice ale spermei, precum velocitatea și stabilitatea direcției, sunt esențiale pentru a fi asigurat succesul. În plus, capacitatea de a înota împotriva curentului de mucus din secrețiile cervicale și de a se deplasa în paralel față de pereții epiteliali ai tractului genital „se pare că are un impact major" asupra șanselor spermatozoizilor de a ajunge cu succes în trompele uterine. •

P

FIV-RUA EUROMATERNA CONSTANȚA

ECHIPA MEDICALĂ

Dr. Cupșa Elena
Medic Specialist Obstetrică - Ginecologie
Supraspecializare în Fertilizare in Vitro
Coordonator Departament FIV

Dr. Shawi Daniela
Medic Specialist Obstetrică - Ginecologie
Supraspecializare în Fertilizare in Vitro

Dr. Șerbu Virginia
Medic Primar Obstetrică - Ginecologie
Supraspecializare în Fertilizare in Vitro

Ghiță Anamaria
Embriolog

Gherghina Larisa
Embriolog

Zaharia Cristina
Biolog

Ghibu Ruxandra
Psiholog Principal

- Prezervarea fertilităţii prin crioconservare de ovocite şi spermatozoizi.
- Sporirea ratei de succes a sarcinilor obţinute prin FIV se datorează echipamentelor ce permit cultura embrionilor până la ziua a VI-a şi selecţia celor mai buni pentru transfer

2021 - rata de sarcini/transfer - 54.7%

- Proceduri cu ovocite donate prin contract cu OVOBANK - Spania
- Proceduri cu spermă donată prin contract cu CRYOS - Danemarca
- Parteneri în programele INFANT şi O NOUĂ ŞANSĂ promovate de Primăriile Constanţa şi Medgidia

Empatia şi profesionalismul echipei vă vor sprijini în împlinirea visului de a deveni părinţi

ZYMOT- o procedură inovativă în tratamentul infertilităţii masculine

Efectul demografic al FIV asupra ratelor de fertilitate scăzute este „mic, dar în creștere”

Având în vedere ratele de fertilitate în cele mai multe țări dezvoltate, aflate la nivelul cel mai scăzut existent vreodată, o întrebare firească este dacă procedurile de reproducere umană asistată medical (RUAM) pot compensa aceste rate de fertilitate în scădere și amânarea prelungită a obținerii sarcinii de către femei.

„RUAM nu este un glonț de argint”, a declarat demografa londoneză Alice Goisis, autoarea unui studiu despre efectul demografic al tratamentelor de reproducere asistată medical asupra ratelor de fertilitate. Ca parte a unei politici a populației, **efectul net al RUAM poate fi „mic” și puțin probabil să compenseze declinul demografic.**

Declinul este real, iar în unele țări, cum ar fi Japonia sau Italia, populația scade la niveluri catastrofale. Într-adevăr, cele mai multe dintre țările dezvoltate, a spus Goisis, au acum rate de fertilitate cu mult sub 2,1 copii, rata considerată necesară pentru înlocuirea demografică. Deci ce s-a întâmplat? Prima sa explicație a fost „parentalitatea târzie”, o tendință rapidă și recentă pentru prima naștere la vârste parentale avansate - aspect aflat în relație cu educația, cariera, locuirea și „incertitudinea economică”. Ultimele cifre Eurostat relevează faptul că în Europa vârsta medie a femeilor la prima naștere este acum de 29,3 ani și de peste 30 de ani în Spania, Italia sau Grecia.

Cu toate acestea, în timp ce ratele de fertilitate scad, numărul tratamentelor RUAM și al copiilor

Se previzionează că piața globală de fertilizare în vitro va crește de la aproximativ 18,3 miliarde de dolari în 2019 la aproximativ 35 de miliarde de dolari în 2025.

concepuți astfel continuă să crească. Cifrele calculate de ESHRE și ICMART sugerează că peste 10 milioane de copii s-au născut de la primul FIV în lume și că, în unele țări, în special în cele cu finanțare de stat generoasă, copiii FIV reprezintă acum procente mari din ansamblul cohortelor generaționale. Într-adevăr, a spus Goisis, **„se preconizează că, peste 80 de ani, între 1,4 și 3,5% din populația lumii va fi constituită din oameni concepuți prin proceduri de reproducere asistată medical".**

Deci, dacă ratele de fertilitate sunt în scădere, dar RUAM în creștere, de ce nu se pot compensa una pe cealaltă? La nivel macro, a explicat Goisis, pare să existe într-adevăr o corelație inversă, cu potențial de efect pozitiv. Dar, la nivel micro, analizând detaliile nașterilor ART într-o anumită țară, este probabil ca orice efect global calculat al RUAM asupra populației să fie supraestimat. Contribuția la un impact asupra populației este un efect „net", nu un simplu raport de registru.

Iar cealaltă mare complicație a acestor calcule este tendința neechivocă a tratamentului în raport cu vârsta femeii (față de femeile mai în vârstă și mai puțin fertile) și caracteristicile sociale, în special educația. Datele unui studiu din 2020 privind nașterile de copii concepuți prin FIV în Norvegia au arătat că cea mai mare proporție a femeilor care au făcut apel la aceste proceduri a fost constituită de femeile cu studii superioare. „Așadar, pentru a înțelege rolul RUAM în afectarea ratelor de fertilitate, avem nevoie de analize demografice care să poată stratifica datele în funcție de statutul socio-economic al femeii". Și, în acest context, vârsta feminină are un rol demografic la fel de important. „Vârsta rămâne o barieră puternică în realizarea intențiilor de reproducere", a spus Goisis, „dar noile tehnologii forțează limitele biologice". Deci, există aici un paradox în estimări – pentru că, în timp ce ratele de fertilitate scad (ca întotdeauna, odată cu avansarea în vârstă), avansul RUAM și o utilizare din ce în ce mai frecventă a donării de ovocite au drept efect nașteri la vârste materne avansate.

„Recurgerea la reproducerea asistată medical poate compensa doar o mică parte a reducerii ratei fertilității legate de amânarea obținerii sarcinii", a adăugat Goisis. „Iar opiniile conform cărora RUAM ar putea juca un rol important în restabilirea ratelor de fertilitate sunt exagerate, chiar dacă tratamentele au devenit mai eficiente". Ea a adăugat că orice calcul precis al unui efect, oricât de mic, este complicat de aspecte precum nașterile multiple, supratratarea și amânarea nașterii pur și simplu din cauza disponibilității RUAM. Reproducerea asistată medical trebuie să fie parte a unei politici publice privind demografia, însă efectul net al RUAM nu poate din păcate să compenseze dimensiunile dramatice ale declinului demografic. •

Număr record de copii concepuți prin FIV în Japonia în 2019

Japonia traversează o criză demografică extrem de îngrijorătoare pentru autorități. Numărul de copii născuți în 2019 în Japonia a totalizat 865.234, în scădere cu nu mai puțin de 53.166 de copii față de anul precedent și marcând cel mai scăzut nivel al natalității înregistrat.

Un aspect interesant în context este recordul de 1 din 14 copii conceput prin fertilizare in vitro în Japonia în 2019, adică nu mai puțin de 7,14% dintre copiii născuți sunt concepuți prin FIV, potrivit datelor compilate recent de către Societatea Japoneză de Obstetrică și Ginecologie. •

Dragi angajatori din România, este timpul să vorbim despre infertilitate!

Este ora 7:20 dimineața, iar asistenta se străduiește să găsească vena Mirunei, ca să-i recolteze sânge pentru analize. Brațele Mirunei sunt învinețite în zona de recoltare. De nouă zile a început o nouă stimulare și săptămâna aceasta a venit în clinică o zi da, una nu, dimineața devreme, pentru analize de sânge. Miruna este membră a comunității SOS Infertilitatea, se află în al patrulea an de proceduri și nu știe când și cum se va termina toată lupta ei.

Miruna nu suferă de cancer sau de alte boli cu risc vital, ci încearcă să aibă un copil. Când a început procedurile, se aștepta să funcționeze rapid. Nu s-a simțit confortabil să vorbească despre „asta" șefului său, a avut „doar" grijă să nu se supraîncarce cu muncă stresantă, să își planifice concediile și zilele libere în funcție de proceduri și nu a aplicat atunci când s-a deschis o poziție mai bună în departamentul ei. Da, cariera ei a fost pusă *on hold*, iar desele sale incursiuni la clinică au rămas un secret la birou. Miruna era concentrată pe ceea ce își dorea – un copil.

Din aprilie 2019, în România există concediul de odihnă suplimentar de care pot beneficia femeile care urmează proceduri de fertilizare in vitro. Practic, concediul anual de odihnă al unei salariate care urmează o procedură FIV se prelungește cu trei zile. Concret, concediul de odihnă suplimentar se acordă astfel: salariata primește concediu în ziua efectuării puncției ovariene și alte două zile libere începând din ziua efectuării embriotransferului.
Potrivit textului actului normativ, cererea de acordare a concediului de odihnă suplimentar trebuie să fie însoțită de o scrisoare medicală eliberată de medicul specialist ce efectuează procedura. Exercitarea acestui drept legal semnifică implicit o informare a angajatorului asupra faptului că urmați o procedură FIV, dar nu uitați că serviciul de resurse umane al angajatorului are obligația de a păstra confidențialitatea privind aspecte ce țin de sănătatea și viața privată a angajaților.

Cazul Mirunei nu este o excepție. Un număr tot mai mare de cupluri se confruntă cu infertilitatea, aproximativ unul din cinci cupluri nu reușește să obțină o sarcină în mod spontan, iar o parte (doar o parte!) dintre aceste cupluri solicită sprijinul unui doctor specializat in infertilitate. În ciuda acestui fapt, politicile și inițiativele majorității companiilor românești sau multinaționale se concentrează asupra angajatelor care au avut succes în demersurile lor de întemeiere sau mărire a unei familii și pe chestiuni precum durata concediului parental, integrarea post-concediu parental și echilibrul dintre viața profesională și cea privată. **În timp ce sarcina și nașterea sunt extrem de vizibile și deseori sărbătorite, provocările legate de (in)fertilitate tind să fie invizibile și tăcute.** Pentru multe cupluri, este o experiență foarte personală și uneori incredibil de dureroasă și de dificil de împărtășit chiar și cu prietenii apropiați sau cu familia. Ideea unei discuții pe acest subiect cu superiorii ierarhici sau cu colegii de job poate fi resimțită de către membrii cuplului ca o intruziune, ca o expunere a intimității cuplului imposibil de realizat.

Multe femei ezită să-și împărtășească la job lupta cu infertilitatea din cauza îngrijorărilor cu privire la impactul acesteia asupra carierei lor. Potrivit unui sondaj realizat de Fertility Network UK, 50% dintre femei au păstrat secret faptul că fac proceduri de reproducere asistată de teamă că angajatorul nu le va lua în serios și peste 40% din cauza îngrijorărilor cu privire la efectele negative asupra perspectivelor lor de carieră.

Tratamentele de fertilitate în care este nevoie de timp îndelungat pot avea un impact emoțional, fizic și financiar notabil asupra unei femei și a partenerului acesteia. Există mai multe acțiuni pe care persoanele cu responsabilitate din instituții și companii le pot întreprinde pentru a înțelege acest impact și pentru a încuraja un mediu de sprijin și incluziune. Organizațiile care permit angajaților să avanseze și să aibă satisfacții în cariera lor inclusiv când aceștia traversează capitole dificile de viață vor putea atrage și păstra angajați cu experiență și cu potențial ridicat. Concret, primii ani de formare a carierei pot implica program mai lung de lucru, mult timp petrecut călătorind pentru muncă și timp dedicat formării profesionale. Pentru femei, această perioadă se suprapune adesea cu anii de fertilitate optimală. **Unele femei simt că se confruntă cu o alegere: construiește-ți o carieră sau fă copiii pe care ți-i dorești.** Pentru un număr tot mai mare de femei, amânarea maternității până la stabilizarea carierei este resimțită ca o decizie corectă. În timp ce această planificare familială întârziată funcționează pentru multe, adevărul incomod este că fertilitatea femeilor scade brusc după vârsta de 35 de ani. Acele femei care își doresc copii trebuie să știe că probabilitatea de a avea nevoie de tratamente de fertilitate crește odată cu înaintarea în vârstă, iar rata de succes scade, rezultatul fiind adesea tratamente de lungă durată. Pe măsură ce tratamentul se prelungește, combinația unor eventuale efecte secundare fizice cu stresul tratamentelor eșuate lună de lună poate fi în detrimentul sănătății emoționale a unei femei (dar și a celei a partenerului). Costul financiar al procedurilor poate perturba sever o familie. Pentru a complica situația și mai mult, aceste provocări pot afecta și relația unei femei cu partenerul ei. Multe cupluri rezistă și se „întăresc" în confruntarea cu infertilitatea, însă **un studiu din Marea Britanie a revelat că cuplurile care trec prin tratamente de fertilitate nereușite au de trei ori mai multe șanse să divorțeze sau să pună capăt relației**. Același studiu a arătat că aproximativ jumătate dintre femeile care se confruntă cu infertilitatea au evaluat-o ca fiind cea mai stresantă experiență din viața lor, iar 61% dintre femei au considerat-o mai stresantă și mai frustrantă decât divorțul.

Infertilitatea și munca: o experiență tăcută

Cercetările arată că experimentarea infertilității poate avea un impact extraordinar de puternic asupra vieții de zi cu zi și a rolurilor profesionale ale femeilor. Parcurgerea luptei cu infertilitatea în tăcere împiedică femeile să primească sprijin de la angajatori pe tot parcursul procesului. Asociațiile de pacienți din organizația paneuropeană Fertility Europe au identificat următoarele aspecte problematice legate de muncă:

Efectuarea programărilor

Angajamentele referitoare la proceduri pot deveni atât de frecvente, încât femeia poate simți că este imposibil să gestioneze drumurile la clinică și, totodată, să continue să lucreze. Programările sunt consumatoare de timp și imprevizibile, iar adesea necesită timp de recuperare, adăugând stres unui proces deja copleșitor. Dacă viața și munca nu sunt modificate pentru a crea spațiu pentru acest nou factor de stres, se poate ajunge rapid la epuizare și potențial depresie, împingând o femeie într-un cerc vicios de stres, performanță redusă și perspective de fertilitate din ce în ce mai reduse.

Pierderea sprijinului

În unele cazuri, provocările fizice și emoționale ale tratamentului inhibă o femeie de la performanțe cât mai bune. Faptul că o angajată își ia „timp liber" în mod frecvent sau că uneori poate rata întâlniri importante poate fi interpretat de către angajatori sau colegi drept slăbiciune sau lipsă de motivație. Acest lucru poate avea ca rezultat evaluări slabe ale performanței și ratarea unor promovări sau noi oportunități.

Reținerea
Multe femei își schimbă stilul de viață pentru a evita stresul, pe care îl resimt drept corelat cu șanse mai mici de a obține sarcina. Unele femei pot lăsa un rol stresant pentru unul care este mai ușor de gestionat, în condițiile unor tratamente solicitante. În așteptarea unei potențiale sarcini, unele femei nu solicită promovări, posturi mai bune sau proiecte noi.

Conducerea - informată asupra infertilității
Liderii și managerii de resurse umane care nu sunt conștienți de provocările unui angajat se află în întuneric atunci când își evaluează ambițiile sau evaluează performanța, lăsându-l pe angajat în dezavantaj și înăbușind eforturile axate pe diversitate și păstrarea angajaților. Dacă angajații nu știu că vor fi sprijiniți, vor fi reticenți în dezvăluirea situațiilor lor personale.

Dacă sunteți în măsură să creați sau să influențați politicile companiei în care lucrați, luați în considerare următoarele acțiuni pentru a vă asigura că vă sprijiniți angajații pe parcursul tratamentelor de fertilitate:

Dați glas tăcerii. Recunoașteți că infertilitatea este un aspect normal al vieții noastre și discutați-o deschis; nu vă abțineți de la utilizarea unor termeni precum „infertilitate", „FIV" sau „avort spontan". Normalizarea conversației în jurul fertilității poate fi un pas important pentru ieșirea din tabu și crearea unui mediu în care femeile se simt sprijinite să împărtășească cu angajatorul lor planurile de tratament și carieră.

Creați politici bazate pe in/fertilitate. În ciuda faptului că infertilitatea este o condiție medicală, majoritatea planurilor de beneficii pentru angajatori nu acoperă tratamentul acesteia. Ca atare, de cele mai multe ori angajații nu pot face apel la concediul medical sau la alte mecanisme de sprijin disponibile pentru persoanele care se confruntă cu alte boli cronice. Crearea unei politici de fertilitate care să acopere beneficii, cum ar fi timpul liber înainte de concepție, orele și sarcinile reduse, consilierea și sprijinul financiar pot ajuta angajații să avanseze în provocările din jurul tratamentului lor. Acest aspect poate transmite, de asemenea, un semnal puternic că sunteți un angajator prietenos cu familia, ceea ce va juca un rol în a atrage și a păstra angajații valoroși.

Oferiți îndrumare managerilor. Educați managerii despre impactul tratamentelor de fertilitate asupra muncii și oferiți îndrumări cu privire la soluțiile potențiale. Managerii trebuie să țină cont de faptul că gestionarea programărilor medicale poate fi dificilă, iar blândețea și oferirea unui program care să permită angajaților să iasă de la birou pe măsură ce trec prin tratament pot contribui mult la generarea sentimentului că se simt susținuți. De asemenea, este important să înțelegem că tratamentele pentru fertilitate pot necesita concediu medical.

Oferiți flexibilitate în planificarea carierei. În timp ce unele femei pot alege să se mute în poziții mai puțin stresante în timpul tratamentului, altele pot prefera să caute oportunități provocatoare în așteptarea unui ritm mai lent după sarcină sau ca o compensare emoțională pozitivă a luptei cu infertilitatea. Prima categorie trebuie să beneficieze de programe care o vor ajuta să revină atunci când este pregătită, în timp ce cea de-a doua categorie apreciază sprijinul pentru a-și urmări în mod liber ambițiile, în ciuda condițiilor de viață imprevizibile. Flexibilitatea în planificarea carierei le permite ambelor categorii de angajate să prospere.

Mai multe informații despre International Fertility Education Initiative, *aici:*
www.britishfertilitysociety.org.uk/special-interest-groups/fertility-education-initiative/

Mesaje de educație despre fertilitate pe cutiile de prezervative

Cutiile cu prezervative și pilule contraceptive ar trebui să fie inscripționate cu mesaje de susținere a fertilității de tipul „nu amânați o sarcină pentru mult prea târziu", spune un medic specializat în domeniul-infertilității.

Profesorul Adam Balen, președintele asociației Inițiativa pentru educație în domeniul fertilității, a declarat că pilulele contraceptive ar trebui să fie însoțite de mesaje de avertizare cu privire la amânarea unei sarcini pentru mult prea târziu – așa cum și pe pachetele de țigări sunt expuse riscurile la adresa sănătății asociate fumatului.

„Țigările sunt însoțite de diverse avertismente referitoare la efectele adverse ale fumatului asupra sănătății. Mesaje similare s-ar putea regăsi și pe pachetele cu produse contraceptive, fie că este vorba despre pachete de prezervative sau de anticoncepționale", a declarat acesta pentru publicația *The Mail*.

„Ar trebui să existe niște mesaje de avertizare de tipul: «Nu uita! Nu amâna o sarcină până când devine prea târziu!» Există de asemenea ocazii, cum ar fi momentul în care femeile se prezintă la medic pentru realizarea testului Papanicolau sau pentru a obține recomandări cu privire la contracepție, în care acestora să li se vorbească despre obținerea unei sarcini la o vârstă adecvată."

Acesta subliniază faptul că fertilitatea feminină tinde să se prăbușească odată ce femeia se apropie de vârsta de 40 de ani. Profesorul Balen, care a fost președinte al Societății Britanice pentru Fertilitate, a declarat: „Dacă alegeți procedura de congelare a ovocitelor și aveți o șansă reală de a avea un copil pe viitor, ar trebui să faceți acest lucru înainte de împlinirea vârstei de 37 sau 38 de ani."

Apelul său de a inscripționa produsele contraceptive cu mesaje de avertizare după modelul mesajelor care se găsesc pe pachetele de țigări a fost susținut și de profesoara Geeta Nargund din cadrul asociației private Create Fertility, care vine în sprijinul pacienților care au nevoie de FIV. Aceasta a sugerat ca pachetele de produse contraceptive să fie inscripționate și cu grafice care să indice modul în care scade fertilitatea odată cu vârsta.

„Oamenii au mai degrabă tendința să analizeze un grafic care se regăsește pe pachet decât să citească mesaje scrise cu caractere de mici dimensiuni", spune aceasta. Propunerile lor au fost formulate la câteva zile după ce guvernul britanic a dezvăluit că lucrează la un proiect prin care pacienților să li se permită să recurgă la congelarea de spermă și ovocite până la limita de vârstă de 55 de ani, proiect care s-a și aprobat ulterior.

Susținătorii acestor măsuri spun că ele vor determina pacienții să ia mai devreme decizii de ordin reproductiv, dar criticii susțin că femeile ar trebui să cunoască riscurile amânării unei sarcini și ar trebui să știe că procedura de congelare a ovocitelor nu garantează faptul că vei reuși să ai un copil.

Profesorul Balen a susținut această propunere, care ar asigura „echitate din punct de vedere legislativ persoanelor care doresc să recurgă la congelarea materialului genetic din motive sociale", dar a adăugat: „Tinerii nu ar trebui să se bazeze prea mult pe tehnologie pentru a-și prezerva fertilitatea pe viitor... Congelarea de ovocite nu este o garanție că vei avea cândva un copil. O sarcină nu ar trebui amânată pentru prea târziu, iar oamenilor nu ar trebui să li se ofere o falsă senzație de siguranță." •

Mihaela Cozmolici, Digi24:

Mi-aș dori mult ca infertilitatea să nu mai fie un subiect tabu în România

Foto: **Denisa Simionescu**

Mihaela Cozmolici nu este o exponentă a clișeului „fata de la Meteo", ci este o jurnalistă: a absolvit Facultatea de Litere și Facultatea de Jurnalism, ambele din cadrul Universității din București. Lucrează în televiziune de peste zece ani: în primii ani și-a fructificat pasiunea pentru muzică profesând ca VJ la o televiziune muzicală, iar din 2018 lucrează la Digi24, unde prezintă rubrica meteo. În urmă cu câteva luni, Mihaela a anunțat public că se retrage temporar din fața camerelor, din motive care deveniseră evidente: iminenta naștere a copilului său. Ceea ce Mihaela încă nu a declarat public, și o face acum în premieră, este cât de mult l-a dorit și l-a așteptat pe Tudor, care este conceput prin fertilizare in vitro. Interviul a fost realizat având drept fundal sonor gângureli de bebeluș.

Mihaela, de ce ți-ai dorit copii?

Iubesc copiii. Mi-am dorit dintotdeauna copii. Trei. Mi-am dorit să fiu o mamă tânără. Doar că nu m-am așteptat ca a deveni mamă, mai exact a obține sarcina, poate fi atât de complicat, o atât de mare provocare.

Când ai început trying to conceive?

În 2019, soțul meu și cu mine am decis că este momentul să facem primul copil (repet: ne dorim trei), și ne așteptam ca sarcina să se întâmple în luna imediat următoare. Mai ales că eu aveam 29 de ani, iar analizele realizate la indicația medicului de familie și la cea a

medicului ginecolog arătau perfect. Am primit încurajări că totul va decurge foarte bine. După șase luni, eu am început să îmi pun semne de întrebare. Bineînțeles, toți cei din jur îmi spuneau că exagerez, că totul este în capul meu, să nu mai fiu stresată, că de aceea nu reușesc. Inclusiv medicul din acea vreme mi-a spus asta – și nu cred că este OK ca un medic să te liniștească excesiv, în loc să te trimită la specialistul în infertilitate. Aproape doi ani mai târziu, planul nostru rămăsese tot un plan. Sarcina multdorită nu apărea. Am înțeles singuri că în mod cert sunt aspecte medicale care împiedică apariția sarcinii și că este cazul să ne adresăm unei clinici de fertilitate. Am făcut investigațiile în clinica Genesis Athens, iar acestea au relevat probleme de ordin tubar, la nivelul trompelor uterine, și ni s-a recomandat fertilizare in vitro.

Cum ai primit această veste?

A fost o mare ușurare și, cumva, o mare bucurie pentru mine. Aveam în sfârșit un diagnostic, știam de ce nu obținusem sarcina. Și mai știam și că această problemă medicală, de natură tubară, este surmontabilă doar prin fertilizare in vitro. Nu m-a speriat deloc perspectiva FIV, m-am simțit bucuroasă și recunoscătoare că trăiesc într-o epocă în care medicina a avansat suficient de mult încât există astfel de soluții medicale miraculoase, salvatoare. M-am simțit foarte liniștită. Am știut că am nevoie doar de răbdare, de putere, de credință și de încredere că voi reuși.

Cum a decurs procedura în sine?

Foarte simplu nu a fost. Dar perioada în care am făcut FIV a fost mult mai serenă decât perioada în care încercam, fără succes, să concep spontan. Eu am raspuns bine la stimulare, conform vârstei, însă embrionii nu evoluau optim. Am făcut două stimulări și două puncții ovocitare, din care au rezultat trei embrioni evolutivi. Unul dintre ei a devenit Tudor, iar doi

au fost crioprezervați (ți-am spus deja că îmi doresc trei copii? – *râde*)

Ce schimbări societale ai vrea să vezi în sfera infertilității, Mihaela?

Mi-aș dori mult ca infertilitatea să nu mai fie un subiect tabu în România, să vorbim despre infertilitate cu naturalețea cu care vorbim despre oricare altă condiție medicală, să existe mai multe grupuri de suport pentru cuplurile infertile, să existe multi psihologi voluntari care să acompanieze cuplurile care își doresc copii. Mi-aș dori, evident, ca autoritățile statului să sprijine real aceste familii, sprijinul financiar să fie consistent și ușor de accesat. Felicitări vouă, SOS Infertilitatea, pentru tot ce ați schimbat în domeniu, pentru toate aparițiile media și pentru toate informațiile utile de pe grup, pe care le-am accesat și eu și care m-au ajutat mult, felicitări pentru acești mulți ani de muncă în care ați oferit un cadru organizat de informare și suport persoanelor infertile.

Ce mesaj ai dori să adresezi cuplurilor care se confruntă cu infertilitatea?

Vreau să le spun să nu renunțe. Să nu creadă că sunt singuri, să se informeze și să acționeze, să continue lupta și să își găsească drumul spre copilul mult-dorit. Și să îi asigur că, atunci când îl vor ține în brațe, se va șterge cu buretele totul. Nu, nu vor uita suferința și neputința, dar cumva nimic din ce s-a întâmplat anterior nu va mai conta, altfel decât ca amintire. Acel moment, când îți vei strânge copilul în brațe, va face să merite în mod absolut toată această luptă. Vă urez tuturor, din suflet, să vi se întâmple!

Interviu realizat de
Nicole Brunel

Totul pentru viitorii embrioni, totul pentru victorie!

Dr. Uliana Dorofeyeva
Director medical al Ovogene, Slovacia

În cele câteva zile ce au urmat invadării Ucrainei de către Rusia din 24 februarie 2022, șoselele care duceau spre granițele Ucrainei erau extrem de aglomerate. Ucrainienii își părăseau casele, căutând locuri mai sigure, departe de mitraliere și rachete. Mii și mii de autoturisme se îndreptau către granițele țării.

„Ucraina era cunoscută ca o destinație cu prețuri accesibile pentru pacienții care aveau nevoie de tratamente de infertilitate de înaltă calitate și era, de asemenea, cunoscută pentru grija acordată pacientului. În timp ce oportunitățile pentru programele de ovocite donate, dar mai ales pentru mamă-surogat, sunt destul de limitate în restul lumii, Ucraina era una dintre țările de top care oferea toate aceste servicii. Faptul că aceste două programe erau clar reglementate prin lege a determinat mulți pacienți străini să le acceseze. Așadar, multe mii de embrioni concepuți pentru pacienți din toată lumea erau stocați în clinicile FIV din Ucraina în ziua în care Rusia a început războiul", a spus dr. Uliana Dorofeyeva, medic obstetrică-ginecologie, director medical al Ovogene Donor Bank din Lviv.

„Fiecare pacient are dreptul să-și aleagă medicul și clinica, însă nici medicul și nici clinica nu sunt proprietarii materialului biologic al pacientului. Este responsabilitatea doctorului să garanteze siguranța și eficiența tratamentului aplicat pacientului său. De asemenea, clinica trebuie să comunice și să asigure o colaborare eficientă cu pacientul. Acesta a fost mereu obiectivul nostru, iar în ziua în care a început invazia Rusiei ne-am concentrat să păstrăm în siguranță materialul biologic al pacienților și am comunicat permanent cu aceștia."

Uliana își amintește: „În acele momente, numeroase persoane de pe tot globul erau sub un stres imens, deoarece nu aveau nicio știre despre ce se întâmplă cu embrionii lor și erau disperați să afle informații. Noi am înțeles că pentru mulți pacienți nu a fost ușor să aleagă Ucraina drept țară unde să se trateze, însă ne-am străduit întotdeauna să fim cei mai buni, tocmai pentru ca ei să fie siguri că au luat cea mai bună decizie. Iar când a venit războiul, am știut că prioritatea noastră era să securizăm materialul biologic al pacienților noștri."

În ziua începerii războiului, dr. Uliana Dorofeyeva își părăsea de asemenea țara, alegând drept destinație Bratislava, capitala Slovaciei, țară vecină cu Ucraina. Uliana a trebuit să facă cinci drumuri Ucraina-Slovacia pentru a transporta tot materialul biologic stocat în unitatea medicală a Ovogene din Lviv. Plasate în azot lichid în mari containere de transport, celulele reproductive au fost transportate și stocate în siguranță la Bratislava.

„Pacienții îmi trimiteau mailuri și mă sunau 24/7, întrebându-mă când și unde vom muta propriul lor material biologic stocat la noi. În prima zi, îmi amintesc că priveam disperată aplicația de navigație a mașinii, care, deși acest drum se face în mod normal în câteva ore, îmi spunea că voi ajunge în Slovacia în câteva zile. Dar, din fericire, deoarece eu transportam material genetic, scopul călătoriei mele fiind deci relocarea medicală, am avut dreptul să utilizez o bandă specială, acest aspect scurtând foarte mult timpul călătoriei."

În contrast cu traficul aglomerat din primele zile ale războiului, autostrăzile libere din timpul ultimelor sale drumuri au făcut-o pe Uliana să se simtă ca și cum ar veni apocalipsa. „Era înspăimântător să mă întorc în Ucraina, deoarece părea că toată lumea plecase. Cu alarmele care sunau apocaliptic și cu alertele la radio care ne direcționau către locuri sigure, totul în țara mea părea ireal și înfricoșător. Protejarea și transportul

materialului reproducător este o adevărată problemă pe timp de război – una rar dezbătută. Deși poate părea un aspect nesemnificativ pentru alții, pentru cuplurile și persoanele care își doresc copii în viitor, acel material biologic reprezintă totul."

Datorită popularității ei ca destinație pentru programe de mamă-surogat, datorită serviciilor accesibile ca preț și legislației clare și permisive și pentru străini, Ucraina are stocați mii de embrioni de la nenumărate cupluri și persoane de pe tot globul. Gameții și embrionii ucrainienilor care își doresc să conceapă erau, de asemenea, stocați în țară. Mulți doctori și membri ai personalului adiacent din clinicile de fertilitate, cum este și dr. Dorofeyeva, au considerat că este prioritatea lor să se asigure că materialul biologic al pacienților este stocat în siguranță.

„Transferul materialului biologic peste graniță nu este simplu deloc. Din fericire, Ovogene poate transporta în siguranță containere mari cu material biologic, datorită experienței și colaborării cu mulți clienți internaționali. Majoritatea pacienților Ovogene locuiesc în afara Ucrainei, de aceea îi avem ca parteneri pe ARKCryo, o companie globală de transport al materialului biologic, care se ocupă de documentația vamală și de toată logistica pentru a distribui materialul pe întreg mapamondul", a spus dr. Uliana Dorofeyeva. ARKCryo a început să transporte materialul biologic al pacienților care își doreau să aibă acces la el sau care își doreau să îl stocheze în altă locație imediat ce dr. Dorofeyeva a reușit să aducă tot materialul biologic în Bratislava. Pacienții străini și cei ucraineni care s-au refugiat au putut să continue procedurile la clinica parteneră a Ovogene din Bratislava.

Întâmplarea face că exact la sfârșitul lui februarie 2022 ar fi trebuit să aibă loc primul transport de ovocite către România. Ovogene inițiase colaborări cu clinici FIV din România încă din toamna lui 2021, iar în acel moment, al începerii războiului, ar fi trebuit să fie primul transport de ovocite. A fost o perioadă extrem de stresantă atât pentru partenerii Ovogene, cât și pentru pacienții români care își puseseră speranța în banca de ovocite din Ucraina. Însă echipele Ovogene și ARKCryo s-au mobilizat extrem de repede și, împreună cu clinica parteneră, precum și cu ajutorul autorităților competente din România – Agenția Națională de Transplant –, la jumătatea lunii martie au reușit să aducă materialul biologic în siguranță pentru primii pacienți români.

„Ne dedicăm în totalitate cuplurilor din toată lumea care apelează la serviciile noastre și suntem bucuroși că acum putem să contribuim și la îndeplinirea visurilor vecinilor noștri români", a spus dr. Uliana Dorofeyeva, Director Medical al Ovogene Donor Bank.

ovogene

Ultimele progrese în domeniul reproducerii umane asistate medical: care sunt așteptările?

Guvernul britanic a anunțat recent că dorește să extindă intervalul de stocare a ovocitelor, spermei și embrionilor congelați la 55 de ani. În acest context, Sarah Norcross, directoarea Trustului Educațional pentru Progres (PET), a organizat evenimentul „Ultimele progrese în domeniul reproducerii umane: care sunt așteptările?", sub egida PET, pentru a analiza unde se afla domeniul reproducerii umane acum 55 de ani. La acel moment, încă nu se născuse primul bebeluș conceput prin FIV. În acest context, Norcross a adresat următoarea întrebare: „Unde va ajunge domeniul RUAM peste 55 de ani?"

Conform BioNews, primul intervenient, Rod Mitchell, profesor de endocrinologie în cadrul Universității din Edinburgh, a vorbit despre progresele actuale în domeniul RUAM în cazul factorului masculin. Pacienții cu azoospermie se află în imposibilitatea de a recurge la congelarea unor probe de spermă. Este vorba inclusiv despre copiii care fac obiectul anumitor proceduri medicale care le pot afecta fertilitatea, cum ar fi chimioterapia. Profesorul Mitchell a declarat că ar fi posibil în schimb să fie prezervate celule stem spermatogoniale, deoarece acestea sunt prezente atât la adulți, cât și la copii. Acest lucru ar putea fi realizat prin extragerea și congelarea unor fragmente mici de țesut testicular care conține celule stem. Pe viitor, țesutul ar putea fi retransplantat în testicule sau ar putea fi utilizat pentru a produce spermă matură în laborator. O atare cercetare care vizează transplantarea de țesut este parte a progreselor clinice din ultima vreme și a dat recent anumite rezultate pozitive în cadrul studiilor pe primate.

Al doilea intervenient, Evelyn Telfer, profesor de biologie reproductivă în cadrul Universității din Edinburgh, a vorbit despre progresele referitoare la maturarea ovocitelor umane în laborator, un domeniu de care s-a ocupat grupul său de cercetare. Cercetarea pe care o coordonează a fost prezentată în context: rezerva ovariană a femeii este complet formată încă dinainte de naștere, dar doar 0,1 la sută din ovocite ajung la ovulație pe parcursul vieții femeii. Celelalte ovocite se pierd. Așadar, ne întrebăm dacă ar fi posibil să fie recuperate anumite ovocite din restul rezervei ovariene de 99,9 la sută.
În anii '90, cercetători din cadrul Universității din Edinburgh au reușit să congeleze țesut ovarian care conținea foliculi cu ovocite imature. Ulterior, mai mult de 130 de copii s-au născut în întreaga lume după intervenții de transplant de țesut ovarian astfel prelevat. Profesorul Telfer a avertizat însă că această abordare nu se aplică în cazul tuturor pacientelor – spre exemplu, în cazul pacientelor care suferă de cancer ovarian, nu poate fi prelevat țesut care să fie retransplantat în corp după tratament, deoarece acesta poate conține celule maligne. De aceea avem nevoie de o alternativă – și anume dezvoltarea in vitro a ovocitelor.
Echipa de cercetare a profesorului Telfer a demonstrat că pot fi obținute ovocite mature prin aplicarea acestei metode. Următorul pas este acela de a verifica dacă aceste ovocite sunt viabile și pot fi utilizate în siguranță. Studiile care au în vedere ovocite de oaie dezvoltate în laborator vor fi demarate anul viitor. Echipa de cercetare a profesorului Telfer analizează de asemenea modul în care poate fi adaptat procesul de maturare folosind țesut ovarian prelevat de la copii, de la pacienți transgen și de la pacienți care suferă de boli cromozomiale, cum ar fi sindromul Turner. Profesorul Telfer consideră că pacienții care optează în prezent pentru prezervarea de țesut pot beneficia de anumite avantaje pe viitor, precum dezvoltarea de mini-ovare și obținerea de ovocite noi cu utilizarea celulelor stem ovariene.

Al treilea intervenient, Adele Marston, profesor de biologie celulară în cadrul Universității din Edinburgh, a vorbit despre una dintre cauzele importante ale infertilității și pierderilor de sarcină: ovocitele care prezintă un număr anormal de cromozomi, fenomen numit aneuploidie. Se consideră că în jur de 30-40% din ovocite sunt aneuploide, în timp ce doar 2% din spermatozoizi prezintă aneuploidii. Probabilitatea apariției aneuploidiilor crește odată cu avansarea în vârstă, ceea ce explică numărul mai mare de pierderi de sarcină în cazul femeilor care au depășit vârsta de 40 de ani.
Aneuploidia se produce în timpul procesului de meioză, procesul de diviziune celulară care determină dezvoltarea ovocitelor la femei sau a spermatozoizilor la bărbați. Profesorul Marston a prezentat acest proces și a explicat că ovocitele imature sunt învelite la început într-un strat de proteine care contribuie ulterior la alegerea și divizarea cromozomilor. Deteriorarea acestor „proteine de sortare" de-a lungul vieții femeii poate reprezenta unul dintre motivele de apariție a aneuploidiilor. Profesorul Marston speră ca cercetările pe embrioni și gameți obținuți prin donație după efectuarea procedurilor de reproducere umană asistată medical ne vor ajuta să înțelegem mai multe despre aneuploidii, iar în cele din urmă rezultatele acestea vor fi folosite

pentru a oferi opțiuni potrivite pacienților care recurg la proceduri medicale.

Ultimul intervenient, David Albertini, profesor de biologie celulară în cadrul Fundației de Cercetare Bedford din Massachusetts, a oferit o perspectivă istorică asupra domeniului reproducerii umane asistate medical. Înainte de anul 2010, multe descoperiri fundamentale în domeniul fertilității umane au avut la bază studii pe animale și multe tehnologii de reproducere care au fost inițial testate în laborator au ajuns să fie aplicate în cele din urmă în cadrul clinic. Ultimul deceniu a fost marcat însă de dezvoltarea „tehnologiilor reproductive suplimentare" – acele tratamente opționale care pretind că determină rezultate mai bune în cadrul procedurilor RUAM. Profesorul Albertini a utilizat acest exemplu pentru a sublinia faptul că știința reproducerii umane ar putea aluneca foarte ușor către tentația comercială. Acesta a prezentat de asemenea noile limite și cele mai recente direcții de cercetare, cum ar fi editarea genomului, proces care presupune de asemenea probleme de ordin etic.
Profesorul Albertini a declarat că discuțiile care au în vedere probleme de ordin etic ar trebui să fie în centrul atenției, astfel încât să fie abordate teme precum latura comercială a tehnologiilor reproductive, neîncrederea publică a oamenilor de știință și temerile legate de o societate distopică a viitorului. Noile tehnologii ar putea fi folosite în scopul selectării sau chiar îmbunătățirii calității embrionilor umani.
Cercetările în domeniul fertilității au în vedere în prezent obținerea de gameți folosind diferite tipuri de celule stem. Editarea genomurilor pare să devină din ce în ce mai exactă. Este posibilă în prezent obținerea de embrioni care să conțină ADN mitocondrial obținut de la un donator. Deși această tehnologie a fost dezvoltată cu scopul de a evita transmiterea bolilor mitocondriale, anumiți cercetători încearcă să o transforme într-un tratament adresat persoanelor care suferă de infertilitate. Profesorul Albertini a spus în încheiere că domeniul RUAM are cu ce să se mândrească: aproape zece milioane de copii s-au născut ca urmare a procedurilor de fertilizare. Acesta a mai adăugat însă că trebuie să ne gândim la viitorul acestor tehnologii și la potențialul lor de a ajuta, dar și de a dăuna.

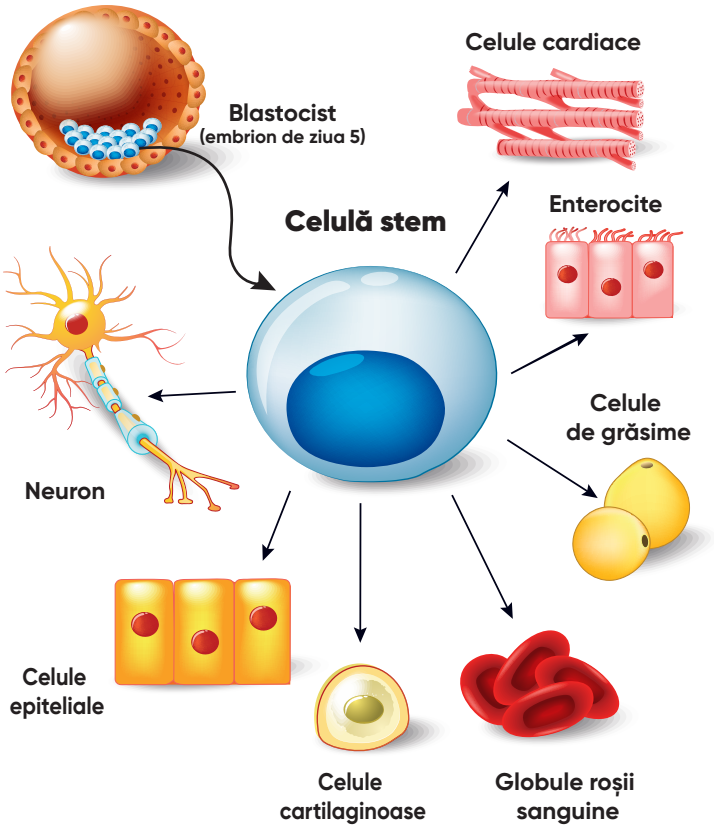
După ce discursurile au luat sfârșit, au existat multe întrebări din public. Anumiți participanți au întrebat dacă este acceptabil din punct de vedere medical sau etic să ai copii după ce embrionii au fost stocați timp de aproape 55 de ani. Profesorul Telfer a spus că este foarte puțin probabil ca pacienții să aleagă să devină părinți la vârste într-atât de avansate, iar profesorul Mitchell a reamintit publicului că uneori se stochează gameți sau țesut reproductiv obținute de la pacienți foarte tineri, caz în care este justificată perioada lungă de stocare. Cineva a întrebat de asemenea dacă o femeie cu rezerva ovariană scăzută ar putea fi ajutată să obțină ovocite suplimentare. Profesorul Albertini a spus că această ipoteză face obiectul cercetărilor, dar rezultatele deocamdată nu sunt promițătoare. Este mai fezabilă stimularea foliculilor ovarieni care conțin ovocite imature decât generarea de ovocite complet noi.
Un participant a întrebat dacă crioprezervarea afectează stabilitatea cromozomilor și meioza. Profesorul Marston a spus că încă avem o înțelegere incompletă a ceea ce înseamnă aspectul „normal" al cromozomilor în cazul ovocitelor sănătoase. Profesorul Telfer a recunoscut la rândul său că studiile referitoare la congelarea ovocitelor nu au avansat foarte mult, în ciuda aparențelor. Există încă multe întrebări care așteaptă un răspuns referitoare la diferitele tehnici utilizate și la modul în care congelarea afectează procesul de dezvoltare. •

Modele asemănătoare embrionilor obținute din celule stem umane

Un nou model de embrion uman obținut din celule stem a fost dezvoltat de cercetători din Statele Unite.

Cercetătorii au demonstrat că o metodă utilizată anterior pentru obținerea in vitro a unor modele asemănătoare embrionilor pe bază de celule stem provenite de la șoareci poate fi folosită pentru a genera modele de embrioni pe baza unui anumit tip de celule stem umane. Până nu demult, studiul dezvoltării embrionilor umani avea în vedere în principal embrioni donați în mod voluntar de pacienți ca urmare a efectuării de proceduri RUAM. Pentru a genera un model 3D, cercetătorii au utilizat celule stem umane pluripotente (hPSCs) obținute din celule embrionare dezvoltate in vitro. Este surprinzător faptul că celulele stem aveau în continuare capacitatea de a se auto-organiza, formând structuri asemănătoare embrionilor.

„Capacitatea de a reproduce structura de bază a embrionului pare să fie o proprietate inerentă a acestor celule embrionare primare, o proprietate pe care pur și simplu acestea nu o uită", a explicat, conform BioNews, autorul principal al studiului, prof. Magdalena Zernicka-Goetz, din cadrul Institutului de Tehnologie din California. „Totuși, fie acestea nu au o memorie foarte precisă, fie nu dispunem în prezent de cea mai bună metodă de a ajuta aceste celule să-și recupereze memoria", a adăugat ea, făcând referire la diferențele observate în ceea ce privește structurile similare embrionilor, pe de o parte, și embrionii umani care se formează în mod spontan, pe de cealaltă parte.



Studiul, publicat în jurnalul *Nature Communications*, are la bază o serie de alte studii recente care vizează modelarea dezvoltării inițiale a embrionului folosind diferite tipuri de celule stem. Autorii au utilizat celule stem pluripotente pentru a reproduce dezvoltarea embrionului până la etapa formării blastocistului, care are loc înainte de implantarea embrionului în peretele uterin. Scopul acestui studiu a fost acela de a analiza dacă modelul de embrion astfel obținut poate imita dezvoltarea standard a embrionului, și anume prin divizarea unei celule inițiale în trei straturi de celule, din care provin toate celulele corpului uman.

Utilizând secvențierea ARN-ului, prof. Zernicka-Goetz și echipa sa au comparat tipurile de celule astfel obținute și embrionii care s-au dezvoltat în mod spontan. Au descoperit că în majoritatea cazurilor jumătate dintre gene erau exprimate la un nivel analog celui observat în cazul blastociștilor umani dezvoltați în mod spontan și că niciun tip de celulă nu exprima întreaga gamă a markerilor genetici avuți în vedere. Membrii echipei nu au reușit să continue procesul de dezvoltare prin amestecarea celulelor stem și a celulelor embrionare umane dezvoltate în mod spontan, proces care fusese realizat cu succes în studiile efectuate pe șoareci. „Încă mai avem de lucru... pentru a ajunge la o dezvoltare precisă, așa cum am reușit în cazul studiilor pe celule stem obținute de la șoareci", a spus prof. Zernicka-Goetz.

În ciuda diferențelor de ordin genetic, modelele de embrioni astfel obținute arată și se comportă într-un mod foarte similar embrionilor umani aflați în primul stadiu de dezvoltare. Fiind obținute în întregime din celule stem, este posibil ca aceste modele de embrioni să nu facă neapărat obiectul limitei stricte de 14 zile stabilită pentru studiile pe embrioni de Societatea Internațională pentru Cercetare pe Celule Stem, instituție care și-a actualizat recent ghidul pentru a se adapta rezultatelor noilor studii ce vizează celulele stem. •

Din
2004
alături de pacienți

94
de specialiști
în infertilitate

Din 62
de țări din
întreaga lume

45.000
de cupluri

Peste
10.000
de nașteri

În Salonic, la doar 650 de kilometri de București.

Din 2004, Unitatea de Reproducere Asistată Embryolab a devenit o clinică de fertilizare de top, ajutând mii de oameni din întreaga lume să aibă copii.

Punând preț pe calitate şi pe echipamente de vârf în tehnologie, Embryolab este certificat din 2007 până astăzi cu ISO9001:2015, EN 15224:2017.

Medici, embriologi şi oameni de ştiință din diverse specialități, cu experiență în reproducerea asistată, susțin fertilitatea cu protocoale de tratament personalizate.

Echipa Embryolab oferă cea mai potrivită soluție pentru fiecare femeie şi fiecare cuplu care îşi doreşte să-şi împlinească visul de a avea un copil.

Schimbăm vieți, creăm familii!

Vizitați-ne online și răsfoiți facilitățile noastre aici

vr.embryolab.eu

Conectați-vă cu noi:

www.embryolab.eu

Contactați-ne:

info-ro@embryolab.eu

+30 2310 473000
+30 6943 008060
+30 6995 615485

Ethnikis Antistaseos 173-175
55134 **Salonic, Grecia**

TÜV AUSTRIA
EN ISO 9001:2015
ΕΛΟΤ EN 15224:2017

Greek National Authority of Assisted Reproduction

CRISPR.
Editarea genelor: trecut, prezent și viitor

Profesorul Ben Davies din cadrul Centrului Wellcome pentru Genetică Umană din Oxford a ținut o prezentare care a făcut referire la o temă care a stârnit multe dezbateri și controverse în ultimul an: editarea genetică efectuată în stadiu germinal.

Profesorul Davies, care a declarat că „nu s-a atins niciodată de un embrion uman", este un genetician specializat în dezvoltarea unor metodologii noi și viabile menite să genereze modele modificate genetic cu scopul studierii bolilor. Cercetarea sa se bazează pe studierea șoarecilor. În baza experienței pe care o are cu instrumentele de editare a genelor, acesta a descris modul de funcționare a acestor instrumente, oportunitățile de utilizare a acestora în cazul embrionilor aflați în stadiul pre-implantațional, precum și limitările și neajunsurile pe care le prezintă această tehnologie.

Conform publicației *Focus on Reproduction*, profesorul Davies a declarat că, la un anumit moment în trecut, introducerea unor mutații în cadrul genomului era visul oricărui genetician. Au fost realizate încercări în acest sens cu utilizarea unor modele de ADN, dar metodologiile s-au dovedit dezamăgitoare, deoarece nu au fost eficiente și versatile. Totuși, în anul 1994, un articol publicat în jurnalul *PNAS de Rouet et al.* a prezentat pentru prima dată **„foarfecele molecular", un instrument care permitea editarea liberă a genomului**. Acest foarfece, a explicat profesorul Davies, era **un instrument care includea o enzimă de endonuclează și un model ARN**. Acesta din urmă ghida instrumentul către punctul din ADN avut în vedere, unde endonucleaza opera o tăietură, ceea ce stimula mecanismul de reparare al ADN-ului. Acest instrument, numit în prezent CRISPR, a deschis calea tuturor experimentelor de editare a genomului la șoareci și oameni.

Secvențe video care prezintă injectarea tehnologiei CRISPR în zigoți de șoareci au arătat că această procedură nu necesită doar expertiză, ci și timp. Este în continuare o procedură de durată (două-trei ore) și, dacă nu este realizată cu diligență, poate crea un stres suplimentar pentru embrionul aflat în plină dezvoltare. Pentru a evita acest lucru, laboratorul profesorului Davies utilizează în prezent metoda electroporării ca tehnică alternativă de a introduce tehnologia CRISPR în zigoții de șoareci. Prin intermediul electroporării, susține acesta, „procesul

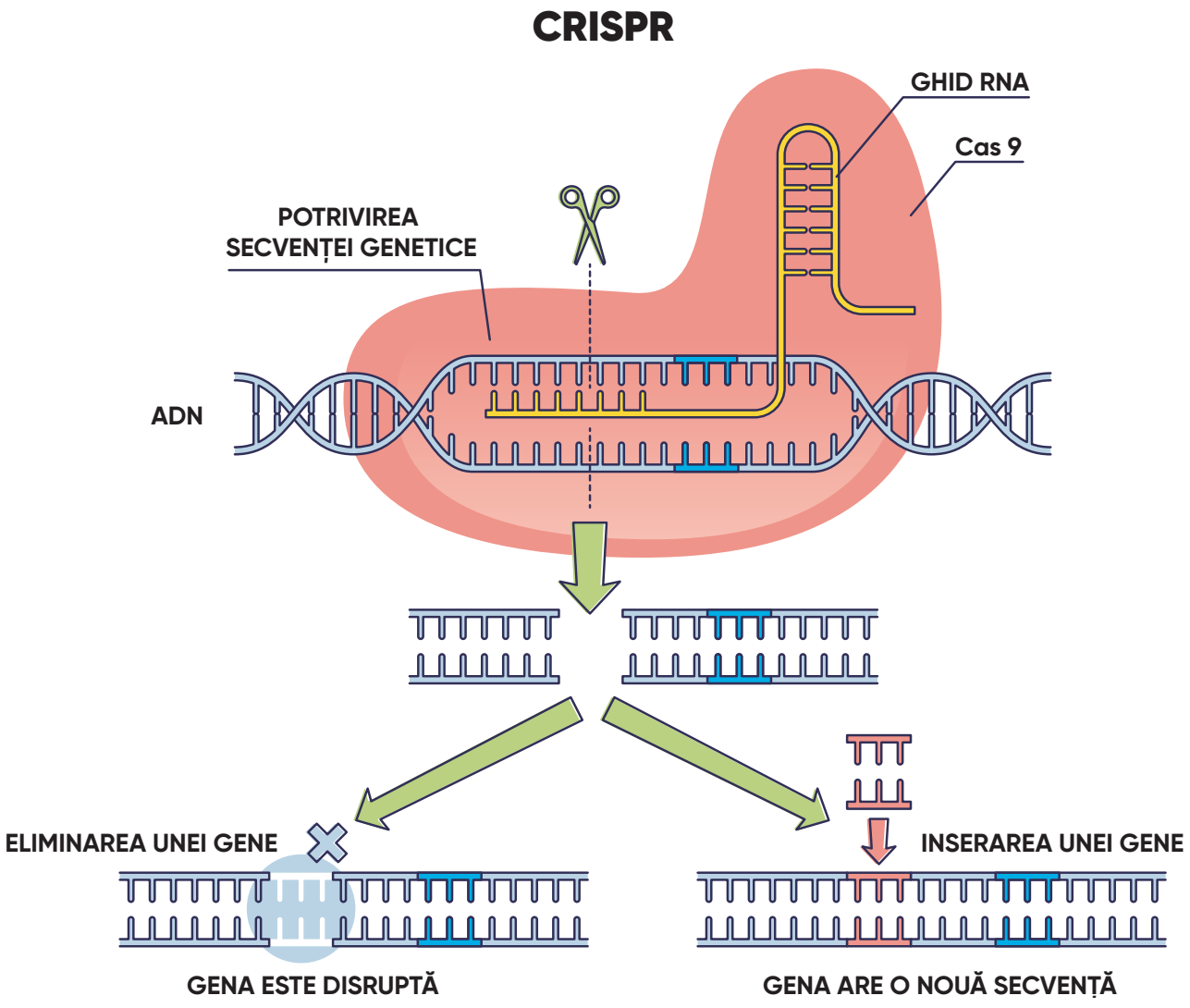
poate fi finalizat în 5 secunde". Acesta spune, de asemenea, că această metodă ar putea permite reactivilor CRISPR să acționeze mai eficient decât în cazul efectuării de microinjecții. Datele au demonstrat într-adevăr că **electroporarea reduce procentajul embrionilor pierduți și contribuie la o mai bună mutageneză**.

Totuși, complicațiile inerente procesului de introducere cu succes a tehnologiei CRISPR în zigotul de șoarece fac ca acest proces să fie unul destul de controversat, existând îngrijorări legate de punerea în aplicare a acestei tehnologii în cazul oamenilor. Printre efectele nedorite se numără mutageneza care se produce accidental în alt loc, mutațiile care pot apărea în cazul în care doar o singură copie a genei a reprezentat ținta avută în vedere pentru editare, mozaicismul și rearanjarea aleatorie a genomului.

Evitarea unor asemenea complicații este esențială pentru ca tehnologia CRISPR să poată fi aplicată în context clinic, susține profesorul Davies. Acesta mai spune că „orice punere în aplicare (în context clinic) nu poate fi avută în vedere pentru moment decât după ce vom înțelege mult mai bine această tehnologie".

Având în vedere această atitudine precaută, sunt explicabile criticile formulate la adresa cercetătorului Jiankui He, care a anunțat nașterea unor gemeni în cazul cărora a fost aplicată tehnologia CRISPR la finalul anului 2020, ceea ce a determinat un val de indignare la nivel mondial. Profesorul Davies a subliniat de asemenea că aceste controverse vor duce la adoptarea unor regulamente clare care să vizeze etica și vor determina un mai bun control al evoluției cercetării în domeniul editării genelor.

În ultima parte a discursului său, profesorul Davies a declarat că dezvoltarea unor reactivi cu specificitate înaltă în vederea editării genelor – spre exemplu a unor endonucleaze care să decupeze cu precizie o anumită secvență a genomului sau a unor editori de bază care să modifice doar o singură literă a secvenței genomului – va contribui la o mai bună înțelegere a tehnologiei de editare a genelor. Poate că abia atunci aplicarea acestei tehnologii în scop terapeutic va putea fi avută în vedere. •



- FERTILIZARE ÎN VITRO
- ICSI - MICROFERTILIZARE
- IMSI - METODA DE SELECTARE A SPERMATOZOIZILOR
- EVALUAREA TIME LAPSE A EMBRIONILOR
- PGS - PGD - DIAGNOSTIC PREIMPLANTAȚIONAL
- CRIOPREZERVAREA SPERMEI
- CRIOPREZERVAREA OVOCITELOR
- CRIOPREZERVAREA EMBRIONILOR
- SSR - PRELEVAREA SPERMATOZOIZILOR PRIN BIOPSIE TESTICULARĂ
- FERTILIZARE ÎN VITRO FOLOSIND SPERMA DE LA DONATOR
- FERTILIZARE ÎN VITRO FOLOSIND OVOCITE DONATE
- IUI - INSEMINARE ARTIFICIALĂ

MITOSIS

www.mitosis.gr

ATHENS - GREECE

CONTACT WHATSAPP: 0030 69 40 10 99 86

CAZARE GRATUITĂ

Sfaturi generale după transferul embrionar

Tocmai ai terminat o procedură de inseminare intrauterină sau de fertilizare in vitro? Ești în acele zece luuuuungi zile de dinaintea unui test de sarcină?

Reține că, deși nu trebuie să faci nimic până la test, **un embrion crește în uterul tău și va încerca să se implanteze.** Îți dorești ca acest embrion să aibă șanse maxime, astfel încât să nu risipești resurse - bani, speranță și timp.

Așadar, iată câteva reguli care te vor ajuta să mărești șansele de a rămâne însărcinată:

- Încearcă să te odihnești cât mai mult, însă nu este nevoie să stai la pat. Studii serioase efectuate în timp pe zeci de mii de paciente FIV nu au demonstrat beneficii ale repausului complet post-transfer.
- Principiul este să continui să duci o viață normală, fără excese.
- Da, poți merge la job și poți călători, cu moderație.
- Nu bea alcool.
- Mănâncă regulat și echilibrat, bea cantități semnificative de apă.
- Nu ridica obiecte grele, nu face muncă solicitantă fizic.
- Nu face jogging, aerobic, tenis, ski, ciclism, cățărări pe munte.
- Ia medicația prescrisă de ginecolog la intervalele de timp prescrise.
- Nu lua medicamente fără rețetă sau alte medicamente prescrise fără acordul echipei medicale FIV.
- Dacă ai deja copii, deleagă partenerului sau altui membru din familia lărgită să aibă grijă de ei o parte din timp, pentru a nu te obosi excesiv.
- Nu face baie în cadă după embriotransfer, alege dușul. Evită apa foarte caldă.
- Nu sta în soare, ploaie sau vânt pentru perioade lungi.
- Nu întreține raporturi sexuale / nu declanșa orgasme feminine până când inima fetusului nu este vizualizată ecografic.
- Nu purta pantaloni foarte strâmți sau alte haine care îți pot presa uterul.
- Încercă să te menții ocupată și optimistă, discută cu partenerul tău și cu cei apropiați. Nu ezita să pui întrebări și să ceri sfaturi pe grupul de suport al Asociației SOS Infertilitatea; conștientizarea faptului că nu ești singură în această aventură te va ajuta să traversezi mai ușor cele 10-12 zile de așteptare.

Succes la beta!

Mame cu brațele goale

Trăim într-o cultură în care călătoria prin maternitate a unei femei pare doar cea cu final fericit, mama cu copilul în brațe. Se vorbește prea puțin despre partea aceea întunecată a acestei călătorii, cea în care dorința de mamă nu se încheie cu happy end, ci cu dezamăgiri și doliu.

Mame cu brațele goale este un proiect colectiv cu valențe artistice creat voluntar și fără finanțare de către Camelia Rangu și Andreea Molocea, un proiect inspirat de experiențele personale legate de pierderea de sarcină. Ne-am dorit un spațiu public în care să discutăm despre doliu și în care să facem vizibile aceste tipuri de experiențe umane prin povești și fotografie.

Scopul proiectului este ca prin abordarea acestui subiect tabu să se ajungă să se discute despre mamele cu brațele pline și mamele cu brațe goale la comun, pentru că ambele sunt yin și yang în ceea ce reprezintă Maternitatea. Maternitatea nu este doar atunci când se naște copilul sănătos, ea se manifestă și atunci când umblăm pe la clinici de fertilitate sau naștem pui nevii. Mama nu este doar femeia cu copilul viu alături, mamă este și femeia care numără anii pruncului său care nu a apucat să fie.

Dorința noastră este să punem umărul în a normaliza experiențele de viață tragice, pentru că 1 din 4 femei pierde o sarcină. Suntem atât de multe încât tăcerea din jurul subiectului, rușinea și ideea de eșec care o învăluie este surprinzătoare. Credem că a repeta în spațiul public că a pierde o sarcină înseamnă doliu este un mod prin care putem aduce o mică înțelegere asupra greului acestor experiențe. Nimeni nu ți-ar spune când pierzi o bunică „lasă, o să treacă, ai să faci alta", dar îți spun asta când pierzi copilul dorit. Printre vorbele pe care le auzi des după ce pierzi o sarcină sunt cele ca „bine că ești sănătoasă, ai să faci altul", „când ți-a spus doctorul că poți încerca din nou?", „lasă, o să treacă când ai să faci altul", „poți adopta" etc. Aceste discuții sunt necesare pentru a elibera din strânsoarea culturală și socială femeile care se luptă cu infertilitatea sau care trăiesc cu doliul după puii pierduți. Pentru că a întreba femeile „dar tu când faci un copil?" este o întrebare invazivă, iar a spune unei femei care a pierdut o sarcină că „e ok, nu a fost să fie" este crud și insensibil. A fi mamă este o experiență complexă care nu are întotdeauna obiectul maternității atașat.

Nevoia noastră de a vorbi despre pierderile de sarcină este pentru a ajuta alte femei care se vor alătura acestui club trist. Fie că ne place sau nu, nu suntem singurele care au pierdut, altele vor veni după noi și este responsabilitatea noastră să ne facem mâinile căuș să le prindem când vor cădea. Ne dorim ca atunci când va pica greul peste inima lor să știe că nu sunt singure, că nu trece așa cum se așteaptă cei din jur, că suntem multe care au trecut prin asta și că se poate trăi cu durerea.

Vă puteți alătura proiectului nostru pe pagina de Facebook **Mame cu brațele goale**.
https://www.facebook.com/mamecubratelegoale •

Procedurile suplimentare („add-ons”) trebuie utilizate cu responsabilitate

ESHRE își reafirmă poziția cu privire la procedurile suplimentare („add-ons”) utilizate în cadrul procedurii de fertilizare in vitro.

ESHRE a participat la întrunirea anuală a Trustului Educațional pentru Progres din Regatul Unit, care deține și site-ul BioNews, accesibil la nivel internațional. Sesiunea organizată de ESHRE a fost una din cele patru care au avut drept temă legislația în domeniul fertilității.
Chestiunea tehnicilor suplimentare utilizate în tratamentul infertilității este în continuare controversată pentru clinici și organele de reglementare, declară Anja Pinborg, fost membru al Comitetului Executiv al ESHRE, în cadrul discursului de deschidere. Aceasta a reafirmat susținerea de către ESHRE a declarației Autorității pentru Fertilizare Umană și Embriologie (HFEA) din Regatul Unit, referitoare la utilizarea responsabilă a tehnicilor suplimentare și a reamintit **obligația clinicilor de a informa pacienții cu privire la dovezile referitoare la eficiența și costul acestor proceduri**. Asemenea dovezi sunt adesea „nesigure sau lipsesc cu desăvârșire”, a spus ea, adăugând de asemenea că majoritatea tehnicilor suplimentare presupun și un cost adițional.

Lista de tehnici suplimentare întocmită de HFEA este oarecum controversată nu doar în ceea ce privește definiția atribuită tehnicilor suplimentare, dar și în ceea ce privește absența flagrantă a unor tratamente „pe deplin aprobate” în cadrul sistemului de evaluare a tehnicilor reproductive. Lista include anumite tehnici studiate pe scară largă, precum **ecloziunea asistată și microabraziunea endometrială** (care se regăsesc pe lista roșie a acestei autorități), dar nu identifică dovezi care să susțină utilitatea unor metode precum **congelarea electivă, filmarea lentă a evoluției embrionului sau testul genetic preimplantațional pentru identificarea aneuploidiilor (PGT-A).** În ceea ce privește ultima tehnică, membrii acestei sesiuni online au vrut să știe dacă biopsia trofectodermului în vederea realizării PGT-A este în continuare interzisă de HFEA. Pinborg a recunoscut că este posibil ca anumite proceduri – chiar dacă nu sunt clasificate ca tehnici suplimentare, precum congelarea selectivă – ar putea fi eficiente în ceea ce privește creșterea ratei de obținere a unor sarcini viabile și de naștere a copiilor vii.

Se speră ca, în colaborare cu ESHRE, următorul ghid să abordeze și dovezi ale eficienței altor tehnici suplimentare utilizate în procedurile de reproducere

asistată. Ghidul ESHRE, care va trebui să aibă în vedere 4 proceduri de diagnosticare, 11 intervenții de laborator, 3 tratamente „selective” și 15 inițiative de management clinic, „va fi un proiect laborios care va necesita timp”, spune Pinborg. Printre intervențiile de laborator care vor face obiectul evaluării se numără activarea in vitro a foliculilor inactivi, testarea afectării ADN-ului spermatic, a inhibitorilor fosfodiesferazei care afectează motilitatea spermei, mediile îmbogățite, procedurile de tipul IMSI și PICSI și, desigur, testul genetic preimplantațional pentru identificarea aneuploidiilor (PGT-A).

Inițiativele clinice evaluate vor include plasma bogată în plachete, stimularea dublă urmată de congelarea tuturor embrionilor, cultura intrauterină, tratamentele imunologice, antioxidanții, zonele de receptivitate endometrială și, desigur, microabraziunea endometrială.
Pinborg a subliniat faptul că dovezile utilității acestor proceduri sunt cele mai importate, dar trebuie avut în vedere și echilibrul necesar între inovație și tratamente de rutină. În acest scop, aceasta a reiterat principiile care se regăsesc în declarația HFEA/ESHRE, conform cărora pacienții trebuie să știe care sunt dovezile care susțin utilitatea oricărei proceduri suplimentare care le este oferită și faptul că utilizarea acestor proceduri poate avea „un rol experimental”. În orice caz, aceasta a reiterat mai multe avertismente deja cunoscute: promovarea tehnicilor suplimentare a căror eficiență e susținută de dovezi nu trebuie să limiteze activitățile de cercetare sau să frâneze inițiativele noi, în special știind faptul că studiile clinice randomizate în medicina reproductivă sunt din ce în ce mai scumpe și sunt deja depășite la momentul în care sunt publicate rezultatele acestora. •

Prof. Paul Devroey:

Persoanele fertile nu au idee despre ce vorbesc atunci când opinează despre fertilizarea in vitro

Paul Devroey este un profesor și cercetător belgian, specializat în fertilitatea umană. A lucrat mai mult de 30 de ani la Spitalul Universitar din Bruxelles, unde a coordonat Centrul de Medicină Reproductivă. Împreună cu alți colegi din Centru, a dezvoltat tehnica injectării intracitoplasmatice a spermei (ICSI), în care un singur spermatozoid este injectat într-un ovul. Centrul său a fost, de asemenea, pionier în diverse alte tehnici care cresc șansele de a avea succes în fertilizarea in vitro, cum ar fi diagnosticul genetic de preimplantare (PGD). Paul Devroey a contribuit în mod direct la conceperea a peste 45.000 de copii.

Vă oferim, ca și în alte trei dintre numerele anterioare ale revistei, câteva extrase din memoriile sale, publicate în limba neerlandeză și traduse de către voluntarii SOS Infertilitatea.

Uneori aud oamenii spunând că știința este ceva pervers, dar vă pot garanta că acești oameni nu știu despre ce vorbesc. Până în momentul în care se confruntă ei înșiși cu o asemenea problemă. Pentru că, credeți-mă, cuplurile infertile suferă enorm. Suferința lor este la fel de intensă ca cea a pacienților cu cancer. Dar tăcută. Cuplurile acestea nu vorbesc despre suferința lor. Acest tabu rămâne, deși la nivel global infertilitatea afectează 15% din populație. Deși în afară tac, în fiecare zi aveam 3-4 cupluri care începeau să plângă în timpul consultației. Și în aceste momente acești oameni se sperie de ei înșiși. Îmi spun că în mod normal ei nu plâng niciodată, dar acum este altfel. Infertilitatea taie răni adânci în sufletul unei persoane.

„Orice decizie în doi este menită eșecului” sau despre drama căsătoriei

Îmi amintesc foarte bine un bărbat. Acel bărbat nu producea niciun spermatozoid viabil, chiar dacă noi în laborator făcusem totul pentru a găsi. Azoospermie. La consultație, acest bărbat stătea în fața mea împreună cu soția lui. I-am spus vestea proastă: faptul că este steril. Îmi amintesc și acum perfect reacția lui după ce i-am spus. Bărbatul respectiv s-a întors către soția lui, a privit-o intens și i-a spus: „Draga mea, acesta este începutul divorțului nostru.” Ce șoc! Am încercat să îl calmez. I-am spus că există donatori de spermă și că poate fi o soluție, cu mari șanse de reușită. Dar acel bărbat nu voia să audă. Pentru acel bărbat, viața nu mai avea rost. Și deci nici relația lui nu mai avea rost. Prezicerea lui a fost corectă, după o vreme cuplul respectiv a divorțat. Asta este una din dramele sistemului marital, faptul că sunt mereu doi într-o căsnicie. Nu există mereu consens. Dacă unul zice da și celălalt spune nu, atunci există o mare problemă. De-a lungul anilor de consultații, am văzut mulți bărbați care nu mai doreau să meargă mai departe cu procedurile. Soțiile lor doreau însă să continue. Cu toate efectele, adeseori negative, asupra familiei lor.

Poate suna într-adevăr foarte pesimist, dar aceasta este părerea mea: orice decizie importantă în doi e sortită eșecului. Uitați-vă la lumea corporatistă. Ați văzut vreo mare companie cu câte doi directori generali? De ce nu? Pentru că pur și simplu nu este productiv să ai doi oameni care decid. Aceasta este de fapt una dintre cele mai mari dezamăgiri ale carierei mele. Pe vremuri credeam în consens. Credeam că dacă vorbim suficient despre un subiect ajungem la un consens și totul va fi bine. Cât de naiv eram...

Sună ciudat, dar când e vorba de relații eu am învățat multe de la evrei. Am vorbit de multe ori cu reprezentanți ai multor religii, dar evreii erau cei mai raționali. Înainte de o căsătorie, evreii vorbesc unul cu altul despre lucruri esențiale cum ar fi infertilitatea. Vor ambii parteneri copii? Cei mai mulți dintre noi suntem emoționali, sărim fără să gândim într-o relație. Dacă al nostru copil se naște cu un handicap? Facem avort sau nu? Astea sunt câteva întrebări esențiale la care multe cupluri nu se gândesc, dar care pentru unele cupluri pot însemna chiar despărțirea.

Sănătatea mintală poate fi grav afectată de infertilitate

Linde, o femeie de 25 de ani, a venit la mine la consultație pentru că de trei luni nu îi venise menstra. Femeia era în culmea fericirii, era convinsă că este însărcinată și în gândurile ei era deja total atașată de copil. Îi pregătise până și camera! Mulți părinți pregătesc camera copilului chiar dinainte de a afla că există o sarcină. Foarte dificil de înțeles așa ceva! Dar, mă rog, am consultat-o pe Linde, iar diagnosticul era cât se poate de grav: Linde era deja la menopauză. Așa ceva se întâmplă foarte rar în cazul femeilor foarte tinere, dar se întâmplă. Dar pentru această femeie diagnosticul a fost o lovitură cruntă. A intrat într-o depresie profundă și a fost internată luni întregi la psihiatrie. Diagnosticul ei m-a afectat puternic și pe mine. Asemenea povești nu le poți lăsa la birou seara când pleci acasă. A fi infertil/-ă, dar și a te confrunta îndeaproape cu efectele infertilității asupra altora te afectează până în fundul sufletului.

Un om care nu se confruntă cu infertilitatea și care citește aceste lucruri poate spune că sunt manifestări exagerate, însă aceste 85 de procente care reprezintă persoanele fertile ar trebui să tacă în acest moment, căci nu au habar despre ce vorbesc! •

Recent, eram într-o cafenea în Aalst. Un bărbat a venit la mine și a început spontan să plângă. Printre lacrimi, mi-a spus că mi-a fost pacient, că acum 18 ani eu am făcut ICSI pentru el și soția lui. Mi-a arătat pe telefon o poză cu fiul său. Dar lucrurile nu s-au oprit aici. Prietenul acestui bărbat a venit și el la mine și mi-a arătat și el o poză cu fiul său, în vârstă de cinci ani. Dumnealui nu fusese pacientul meu direct, dar copilul fusese conceput prin ICSI. Și acest domn avea lacrimi în ochi.

Paul Devroey

Cauzele eșecului de implantare în cazul unei proceduri FIV

Succesul unei proceduri de fertilizare in vitro poate fi influențat de factori care țin de sănătate și de stilul de viață și care afectează unul dintre parteneri sau ambii parteneri.

Multe femei consideră în mod implicit că uterul lor este defect sau că organismul lor nu este capabil să accepte embrionul transferat, pe care uterul îl respinge sau îl distruge. Fertilizarea s-a produs totuși în laborator, embrionul s-a dezvoltat in vitro, iar pacienții au și fotografii cu embrionul lor. Embrionul apare odată ce ovocitul și spermatozoidul fuzionează. Odată ajuns la etapa de blastocist, embrionul se divide rapid și este transferat în uter în ziua a 3-a sau în ziua a 5-a de dezvoltare în cadrul unui ciclu FIV. Embrionul se implantează în mucoasa uterină în cazul în care acesta este viabil, iar endometrul este receptiv. Atașarea unui embrion de endometrul uterului este numită implantare. Prin urmare, pacienții consideră că embrionii viabili se vor implanta în mucoasa uterină. În cazul în care acest lucru nu se întâmplă, ei cred că ceva este în neregulă cu uterul sau cu organismul femeii.

Prezentăm în cele ce urmează câteva cauze ale eșecului de implantare în cazul unui ciclu de fertilizare in vitro:

Calitatea ovocitului sau a spermei

Pentru ca un embrion să fie viabil, ovocitul și sperma trebuie să fie de calitate. Este știut faptul că embrionii viabili au cea mai mare șansă de a se implanta; așadar, în timpul procedurii FIV este important să fie utilizate ovocite și spermatozoizi de cea mai bună calitate. Din păcate, calitatea ovocitelor și a spermei poate fi afectată de multiple circumstanțe.
Eșecul recurent de implantare poate fi de asemenea cauzat de anormalități ale spermei. Deteriorarea componentei genetice a spermei, cunoscută și ca fragmentarea ADN-ului spermatic, ar putea afecta, spre exemplu, dezvoltarea embrionului și, prin urmare, șansa de implantare a acestuia.

Vârsta femeii

Vârsta femeii are un impact major asupra fertilității și stării generale de sănătate. Femeile ating maximul reproductiv atunci când au puțin peste 20 de ani. Fertilitatea acestora începe să scadă odată ce depășesc vârsta de 30 de ani. Calitatea ovocitului, dar și numărul de ovocite sunt direct

influențate de vârsta feminină. Atunci când o femeie atinge vârsta de 35 de ani, calitatea ovocitelor începe să scadă. Ovocitele prelevate de la femei care au depășit acest prag au șanse mai mici de a forma embrioni care să se implanteze cu succes în peretele uterin.

Anormalități cromozomiale ale embrionului

Eșecul recurent de implantare este adesea cauzat de mutații cromozomiale ale embrionului. Cromozomii sunt fragmente speciale de ADN care conțin structuri ce se găsesc în interiorul celulelor. Fiecare ovocit și fiecare spermatozoid include 23 de cromozomi care stochează ADN-ul, aceștia fiind transferați de fiecare părinte în timpul procesului de fertilizare. În final, embrionul cuprinde un număr de 46 de cromozomi. Totuși, în timpul procesului de embriogeneză pot apărea anumite anomalii cromozomiale. Aneuploidia

este termenul utilizat pentru a indica anomaliile care pot face referire la numărul de cromozomi prezenți, dar și la modificările de structură care au un impact asupra dimensiunii cromozomilor sau a modului în care ADN-ul este organizat în interiorul acestora.
Este posibilă de asemenea o creștere a cantității de material genetic în interiorul embrionului.
Anormalitățile cromozomiale din interiorul embrionului, indiferent de tipul defectului, determină de obicei o pierdere a sarcinii.
Factorul cel mai important care determină anormalități cromozomiale este vârsta femeii. O rearanjare structurală a cromozomilor poate fi prezentă însă încă de la naștere, ceea ce înseamnă că persoana respectivă va avea ovocite sau spermatozoizi ce vor prezenta defecte cromozomiale. Aceste anormalități pot fi detectate prin efectuarea unui test de cariotip genetic în cazul partenerilor.

Mucoasa uterină

Endometrul trece prin anumite modificări de ordin biochimic, astfel încât embrionul să se poată implanta cu succes. Endometrul se îngroașă și devine receptiv pentru a putea primi un eventual embrion. În același timp, este important ca embrionul să fie viabil.
Fibroamele, polipii endometriali, hidrosalpinxul și endometrioza sunt doar câteva condiții medicale care pot provoca inflamații și pot răni endometrul. Prezența acestora face de obicei ca implantarea embrionului în mucoasa uterină să fie una dificilă.

Condiții medicale și alegeri care țin de stilul de viață

Succesul unui transfer embrionar poate fi influențat de factori care țin de starea de sănătate sau de stilul de viață și care afectează unul dintre parteneri sau ambii parteneri. Anumite probleme de ordin medical ale femeii precum diabetul, boli tiroidiene și alte boli endocrine, precum și bolile autoimune și problemele de coagulare, precum trombofilia, pot împiedica embrionul să se implanteze în mucoasa uterină.
De asemenea, consumul de alcool, fumatul și alți factori care țin de stilul de viață al ambilor parteneri, precum o dietă nesănătoasă, lipsa activității fizice, obezitatea pot duce uneori la eșec repetat de implantare.

Eșecul de implantare este o condiție medicală complicată care are diverse cauze și include diverse mecanisme. Există însă și posibilități terapeutice care să rezolve această condiție medicală. În funcție de cauză, opțiunile de tratament sunt multiple.
Vă recomandăm să vă adresați specialistului pe probleme de fertilitate pentru a afla mai multe în acest sens.

Femeile medic care suferă de infertilitate sunt greu încercate

Având în vedere faptul că medicii petrec ani întregi în rezidențiat atunci când sunt în plină perioadă reproductivă, infertilitatea în rândul medicilor nu este deloc o problemă rară. În Statele Unite se estimează că infertilitatea afectează o femeie din 8. Totuși, în cazul medicilor, este vorba despre o femeie din 4.

Covid a înrăutățit o situație care era deja dificilă. „Medicii care au fost în linia întâi îngrijind pacienții bolnavi de covid și care, pe lângă această povară de ordin fizic și emoțional, se confruntă cu infertilitatea, sunt și mai greu încercați și resimt un stres și mai mare", a declarat pentru CNN dr. Erica Kaye, oncolog pediatru în cadrul spitalului din Memphis. În 2021, dr. Kaye a relatat în publicația *The New England Journal of Medicine* experiența pe care a avut-o, multiplele tratamente de fertilizare și faptul că a trecut prin „cinci pierderi de sarcină greu de suportat". La începutul pandemiei spera să poată programa o altă puncție ovariană, dar nu a mai reușit nici măcar să facă alte analize.

Dr. Soha Patel, medic obstetrician specializat pe situații de urgență în cadrul Centrului Medical Universitar Vanderbilt, programase un ciclu FIV. A început însă pandemia, iar la spital au apărut primii pacienți diagnosticați cu covid. „Am început să purtăm măști, deoarece era obligatoriu. De asemenea, mergeam în continuare la ecografii și îmi făceam cele patru injecții zilnice", își amintește ea. Dr. Patel îngrijea paciente cu sarcini complicate, iar la momentul acela existau multe necunoscute legate de noul coronavirus. „Din punct de vedere profesional era groaznic, deoarece nu știai ce să le spui pacientelor și nu știai cum și dacă o eventuală infectare le va afecta sarcinile", spune ea. „În același timp, însă, îmi era frică și pentru mine. Mă temeam să nu iau virusul, iar acest lucru să nu-mi afecteze tratamentele de fertilitate."

Din cauza virusului, Dr. Patel a trebuit să se prezinte singură la proceduri, fără a fi însoțită de soțul său. „Nu a reușit să se prezinte împreună cu mine atunci când aveam programate ecografiile. De fapt, nu m-a însoțit la niciuna dintre ele", spune Dr. Patel. „Nu a putut fi

prezent nici atunci când am avut puncții ovariene. Eu eram la clinică, iar el era în parcare așteptând în mașină." Absența soțului a făcut-o să se simtă și mai singură. „Cred că oamenii nu înțeleg faptul că tot acest proces te face să te simți foarte singur. Femeile se pot simți abandonate", spune dr. Patel.

Infertilitatea în rândul medicilor

Nu se știe de ce infertilitatea afectează în număr atât de mare femeile medic. „Studiile de specialitate sunt foarte puține", spune Dr. Kaye. „Știm că este o problemă care are un impact major, o problemă despre care nu prea se vorbea până acum câțiva ani." Practica în domeniul medical este foarte intensă și se suprapune în general cu perioada reproductivă, și anume 25-30 de ani. Multe femei medic care fac rezidențiat în diverse domenii au o muncă stresantă și petrec în spital timp îndelungat. „Acești ani de rezidențiat sunt foarte stresanți. Dormi pe apucate, iar ritmul circadian este dat peste cap", spune dr. Kaye.

Timp de mai bine de zece ani, Dr. Kaye a trecut printr-un rezidențiat în domeniul pediatriei și prin două sub-specializări. Uneori nu dormea timp de mai bine de 30 de ore, având în îngrijire pacienți aflați în stare critică. „Cred că, cel puțin pentru anumite femei, acest stil de viață are o influență în lupta cu infertilitatea și în ceea ce privește pierderile de sarcină. Totuși, trebuie cercetări suplimentare pentru a stabili cu claritate acest lucru", spune ea.

Pregătirea intensă din domeniul medical le poate împiedica de asemenea pe femei să-și găsească un partener cu care să-și dorească să aibă copii, amânând astfel aceste decizii pentru mai târziu în viață, când poate fi prea târziu. „Atunci când eram la rezidențiat, aveam câteodată gărzi de noapte și timp de cinci săptămâni la rând", spune Dr. Patel. „În acest context, este foarte dificil să menții sau să inițiezi o relație cu cineva. Ieși la întâlniri, apoi spui «Ne vedem peste cinci săptămâni». Ceilalți înțeleg foarte greu ce înseamnă pregătirea în domeniul medical."

Dr. Ariela Marshall, hematolog în cadrul Clinicii Mayo, s-a confruntat cu infertilitatea și a recurs la tratamente specifice. Aceasta crede că o carieră în domeniul medical nu este foarte compatibilă cu planurile de a avea copii în timpul rezidențiatului sau specializărilor. Astfel, aceste planuri sunt de obicei amânate pentru mai târziu. „E greu dacă ai copii în perioada asta, e greu și dacă nu ai. Dacă încerci să obții o sarcină în timpul anilor de rezidențiat, cei din jur nu te prea susțin", spune ea. „Iar dacă aștepți până după ce termini rezidențiatul și ai o situație financiară mai stabilă, poate fi prea târziu." Această situație le poate chiar determina pe anumite femei să părăsească profesia.

„Avem prea puțini chirurgi și ne întrebăm de ce nu recrutăm și nu menținem în sistem candidații cei mai buni și mai talentați. Dar 50% din studenții la medicină sunt femei. Astfel, nimic surprinzător aici. Dacă privezi oamenii de ceva ce e fundamental în viață și le faci parcursul extrem de dificil, profesia nu mai devine așa de atractivă", susține dr. Erika Rangel, chirurg gastroenterolog în cadrul maternității Brigham din Boston. „Așadar, cu toții putem face câte ceva pentru a ameliora situația."

Dr. Patel nu vrea ca mesajul care ajunge la tinere să fie „Nu dați la medicină". Spune că va afirma în continuare că faptul că a urmat această carieră este, probabil, una dintre cele mai bune decizii pe care le-a luat în viață. „Cred cu tărie că femeile pot avea succes atât pe plan profesional, cât și pe plan personal, dar consider că trebuie discutate din timp aceste aspecte", spune ea. „Dacă vorbim din timp cu studenții la medicină, cu elevii care se pregătesc să dea la medicină, în special cu tinerele fete, le putem spune să aibă acest aspect în vedere și să încerce să schimbe sistemul, astfel încât tinerele să se simtă cu adevărat susținute în timpul acestui parcurs deloc ușor." •

Retrospectiv, ca medic, ar fi trebuit să iau în considerare strict factorul vârsta feminină

Prima sarcină la peste 40 ani, că să nu mai vorbim de 45-47, pare să fie un fenomen extrem de rar, cu excepția vedetelor – la care asta pare să fie mai degrabă regula. Kelly Preston a născut al treilea copil la 48 ani, Susan Sarandon la 46, iar Beverly D'Angelo a născut gemeni la 49 ani (concepuți cu Al Pacino, atunci în vârstă de 61 de ani). Plus multe altele, atât la Hollywood sau Bollywood, precum și în România – unde destul de multe persoane publice rămân gravide la 42+, de multe ori cu gemeni.

De mirare este însă cum aproape nimeni nu se întreabă cum a fost posibil acest lucru. Majoritatea femeilor presupun din start că toate aceste vedete au acces la cele mai noi și performante metode și că, dat fiind că fizicul lor pare neschimbat de trecerea timpului, la fel se întâmplă și cu ovarele. Că este suficient să fii sănătos, să mănânci bio și să faci sport pentru a învinge natura, că fertilizarea in vitro ne ajută cumva să ne depășim limitele biologice și chiar să „alegem" cele mai performante ovule ce vor produce copilul perfect. Nimeni nu se întreabă cum de toate aceste vedete reușesc să aibă, toate, copii sănătoși la aceste vârste înaintate, unde sunt sarcinile oprite din evoluție, unde au dispărut sindromul Down sau alte defecte genetice și cum de niciunul dintre acești copii nu are vreo formă de autism (boală cu incidență mai ridicată la vârste înaintate materne, dar mai ales paterne). La Hollywood, cel puțin, pare mai ușor să ai un copil sănătos la peste 40 ani decât înainte: aproape toate poveștile triste cu vedete care la 30 și ceva de ani se confruntau cu infertilitatea sau pierdeau sarcini dispar miraculos la spre 45.

O bună prietenă care a făcut FIV acum câtva timp, la 35 ani ai săi, îmi povestea cum în grupul de suport în care intrase a descoperit o mulțime de femei de 41-43 și chiar câteva de 47-48 ani care, aproape fără excepție, căutau cauza infertilității în orice altă parte (trombofilie, imunitate, stres, incompetența medicilor), vârsta lor fiind ultimul motiv de care ar fi vrut să se lege. La un moment dat, în sala de așteptare a unui specialist în infertilitate, aceeași prietenă a intrat în conversație cu o doamnă foarte drăguță, profesor universitar la Facultatea de Litere, care se prezentase la medic pentru că nu îi mai venise menstruația de trei luni și voia să știe care sunt șansele de a avea un copil (evident, cu materialul genetic propriu). Avea 49 ani. La final, după ce a ieșit din cabinet, i-a spus furioasă: *cine este ea* (medicul, adică) *să-mi spună mie ce pot și ce nu pot să fac pe banii mei?*

O altă cunoștință îmi spunea că doar doctorii români au o problemă cu vârsta femeilor care fac FIV, căci în SUA se face FIV cu ovocite proprii la peste 45 ani fară probleme. Ce nu știa ea este că recordul mondial (omologat în cartea recordurilor) de sarcină obținută prin FIV cu ovule proprii este de 46 ani (în acel caz au fost transferați toți cei patru embrioni rezultați în urma stimulării și s-a născut un băiat sănătos - însă la doar una dintre sutele de mii de femei care au încercat la vârsta asta). Și că acest record a rămas nedoborât din 2014 și că, dacă e să analizăm povestea, cred că la vârsta asta mai bine te retragi din activitate și îți joci banii economisiți la loto, căci ai mai multe șanse să câștigi și să nu mai trebuiască

să muncești niciodată decât să-ți iasă tocmai ție FIV-ul hiper-mega-ultra-norocos.

Până la urmă, să dai vina pe factori exteriori ție este un mecanism psihologic de protecție care te împiedică să cazi în cea mai neagră depresie după eșecuri, dar din păcate nu este unicul motiv pentru întreținerea iluziei periculoase că, indiferent ce se întâmplă, vei putea face FIV și vei avea copil cu propriul material genetic. La întreținerea iluziei nu contribuie doar vedetele care aleg să spună povești frumoase cu sarcini apărute spontan sau colega de birou de 48 ani care intră în prenatal și care îți povestește că, după trei FIV-uri nereușite, tocmai acum s-a întâmplat minunea - după nu știu ce procedură de rejuvenare ovariană pe care a făcut-o în străinătate. Din păcate, la întreținerea acestei iluzii contribuie și mulți medici, chiar ginecologi, care îți spun la 38-40 ani să te relaxezi că nu ai nicio problemă de sănătate și eventual să aveți un pic de răbdare, că la vârsta asta sarcina apare un pic mai greu, dar la voi nu sunt probleme și că o să apară. Și ajungi apoi la 42-43 ani într-un centru FIV să ai șocul vieții tale când ți se spune că la vârsta ta și cu rezerva ta ovariană șansele să îți transmiți genele mai departe s-au redus la aproape 0 (zero).

Toate aceste vedete sunt diferite de mine și de tine, draga mea, în multe privințe, dar sunt sigură că fertilitatea lor nu este supraomenească. Pot să le înțeleg tăcerea, sunt convinsă că au avut motivele lor întemeiate să ajungă aici și mai cred că ultimul lucru pe care și l-ar dori atât ele, cât și copiii lor, ar fi ca un subiect atât de intim să fie dezbătut de toată lumea. Cu toate astea, mi-aș dori că măcar una să spună că a devenit mamă la capătul unui drum lung și anevoios care a implicat proceduri medicale complexe și compromisuri pe care la 30 ani nu ar fi crezut că le va putea face. De aici ar înțelege fiecare ce vrea, iar multe femei poate nu s-ar mai afla acum în prag de depresie și de ruină financiară după ani de tratamente inutile și nu lipsite complet de riscuri.

Dar ca tu, draga mea, să înțelegi mai bine despre ce vorbesc, trebuie să-ți fac o mărturisire: în 1997, membrii grupei X din seria Y, adică cinci fete și un băiat, terminau Facultatea de Medicină. Și dintre cele cinci fete, care au urmat specializări diferite, doar eu, ginecoloaga, sunt fără copii. Și, în afară de una dintre noi care a născut primul copil în primul an de rezidențiat (și pe care noi toate am considerat-o atunci un pic nesăbuită), toate am trecut prin grele încercări:
Ilinca *(toate prenumele colegelor mele au fost înlocuite)* a rămas gravidă prin FIV la 37 ani, dar a pierdut sarcina, a mai încercat apoi încă trei fertilizări, toate fară succes, iar la 47 de ani a făcut un FIV cu ovocite donate, are acum un băiețel de un an și un pic;
Ioana s-a căsătorit la 44 ani cu partenerul cu care era împreună de doi ani și a făcut direct FIV cu ovocite donate, are acum o fetiță de aproape 5 ani;
Irina a avut o sarcină spontană la 38 ani, miraculos, în prima lună în care și-a propus, dar a fost extrauterină (a rămas fără o trompă, iar medicul ginecolog care a operat-o i-a spus că nu va fi nicio problemă pe viitor, pentru că cealaltă trompă e în regulă), pe la 42 ani a avut o tentativă de FIV, dar nu a răspuns la tratament, iar apoi a adoptat doi frați, în vârstă de 4 și 6 ani.

Cât despre mine, eu am fost „norocoasa" cu ovare micropolichistice și, deci, cu rezervă ovariană bună. Am făcut primul FIV la 41 ani (eram la a doua căsătorie, la prima nici nu mi-am pus problema sarcinii, făceam naveta între o maternitate mică de provincie și București) și am obținut în urma stimulării 17 ovocite, au rezultat cinci blastocești, iar după transferul primilor doi, minune: o sarcină unică! Care însă s-a oprit din evoluție pe la 11 săptămâni (am descoperit la ecografia morfologică de la sfârșitul primului trimestru, medicul a bănuit o malformație cardiacă). Mi-au trebuit doi ani să-mi revin, iar la transferul cu decongelare au rezistat doi embrioni din cei trei, i-am transferat, a rezultat o sarcină unică. Însă la testele genetice prenatale s-a descoperit că fătul avea sindrom Down. În urma curetajului, am rămas cu o sinechie uterină care m-a împiedicat de atunci până acum să fac o procedură cu ovocite donate; singura soluție pentru mine ar fi o donatoare de ovocite plus o mamă purtătoare. Sau adopția. Pentru prima variantă, extrem de scumpă și realizabilă doar în străinătate, nu am resurse financiare, iar pentru a doua nu mai simt că am resurse emoționale, pentru că după al doilea eșec am rămas singură (fostul soț are acum un copil cu noua lui soție, semnificativ mai tânără).

Acum mă gândesc cu regret că aș fi vrut să nu am „norocul" unei rezerve ovariene bune; retrospectiv, ca medic, ar fi trebuit să iau în considerare strict factorul vârstă și să fi făcut direct FIV cu ovocite donate, ca Ioana. Nu am făcut. Nu am copil.

Acestea sunt povești adevărate de viață, nu strălucirea de carton de la Hollywood. Aceste povești ar trebui spuse de sute și de mii de ori pentru a fi cunoscute și conștientizate de către toate femeile, încă din universitate sau din liceu. Pentru că, draga mea, informația corectă te face puternică în a alege ceea ce este mai bine pentru tine.

[Testimonial oferit în mod anonim de către o membră a comunității SOS Infertilitatea, medic ginecolog]

Nu voi fi niciodată predictibilă, dar tratamentul meu de fertilitate ar trebui să fie!
Adresați-vă medicului dumneavoastră pentru orice informații legate de infertilitate și alternativele terapeutice.
Ferring Pharmaceuticals Romania S.R.L.
Str. Coriolan Brediceanu nr. 10, City Business Center,
Clădirea C, et. 6, Timișoara, Jud. Timiș
Tel.: +40 356 113 270; Fax: +40 356 113 278
F/384/10/20v2
FERRING
PHARMACEUTICALS

Primul mare event post-pandemic în România:

Regional Spring Forum 2022

Recent, în zilele de 9 și 10 iunie 2022, a avut loc, în București, Regional Spring Forum, primul mare eveniment post-pandemic din sfera infertilității și a reproducerii umane asistate medical, cu participare internațională.

Evenimentul, realizat cu sprijinul Ferring Pharmaceuticals, a fost organizat de către Societatea Română de Obstetrică și Ginecologie (SROG) în colaborare cu Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility (COGI).

Forumul și-a propus să fie o platformă de discuții specializate despre provocările medicale contemporane din domeniul infertilității și a avut un program științific de top, incluzând prezentări, workshop-uri și discuții interactive. Au fost prezenți medici și embriologi din România, Israel, Olanda, Spania, Serbia, Ungaria, Rusia, Polonia, Republica Cehă, Statele Unite ale Americii și Canada. Printre speaker-i s-au aflat următorii medici români: dr. Radu Vlădăreanu, dr. Lucian Pușcașiu, dr. Laura Dracea, dr. Dragoș Albu, dr. Andreea Velișcu, dr. Simona Vlădăreanu, iar alți numeroși medici și embriologi români, prezenți în sală, au participat la viile discuții de grup care au existat după fiecare sesiune de prezentări.

Asociația SOS Infertilitatea a fost prezentă și a participat activ la eveniment și am fost bucuroși să constatăm la final că, din consistentul stoc cu toate cele patru numere anterioare ale revistei „Ce știi despre FERTILITATEA TA?" expuse la stand, aproximativ 90% au fost luate acasă de către participanți.

Despre anonimitatea donării de gameți

De curând, s-a înregistrat o luare de poziție a ESHRE cu privire la chestiunea anonimității donării de gameți. Astfel, Heidi Mertes, coordonatoare a departamentului juridic al ESHRE, care se ocupă și de chestiuni de etică, a prezentat care sunt cele trei sisteme existente în Europa:

- donarea anonimă exclusivă (Spania, Italia, Polonia, Grecia);
- un sistem mixt (Germania, Suedia, Belgia, Danemarca);
- lipsa donării anonime (Regatul Unit, Olanda, Portugalia, Franța).

În orice caz, deși pare să existe o tendință a legiuitorului de a accepta dezvăluirea identității, Heidi Mertes a desemnat această temă ca fiind „o lungă pledoarie referitoare la anonimitate" și a oferit argumente și contraargumente puternice pentru ambele poziții.

Argumentele în favoarea renunțării la anonimitatea donatorilor au în vedere în principal **dreptul copilului de a-și cunoaște originea genetică, un drept consfințit prin două articole ale Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului.** În plus, a adăugat Heidi Mertes, permiterea dezvăluirii identității donatorilor va contribui la protejarea principiului de evitare a prejudiciului, atât psihologic, cât și fizic (prin permiterea dezvăluirii existenței oricărui istoric de boli genetice, de exemplu) și va promova valorile fundamentale ale onestității și transparenței. Desigur, toate aceste argumente sunt susținute de faptul că este aproape imposibil în realitate să fie protejată anonimitatea donatorilor, având în vedere faptul că există baze de date ale ADN-ului uman și servicii de dezvăluire a genealogiei.

Heidi Mertes a reiterat și argumentele în favoarea anonimității donatorilor, în principal **dreptul la viața privată al donatorului și faptul că este discutabil ca dreptul copilului de a-și cunoaște originea genetică s-ar număra printre „drepturile de bază" (este oare acesta un drept sau mai degrabă o curiozitate?).** În orice caz, par să existe mai multe căi prin care o persoană sau o familie să aibă de suferit din cauza dezvăluirii identității donatorilor.

Toate acestea sunt argumente care nu vor găsi un răspuns prea curând, dar pot duce la adoptarea unei rezoluții prin stabilirea unor registre ale donatorilor și ale persoanelor care au fost concepute pe bază de donare de material genetic, registre cu ajutorul cărora cei care doresc să-și afle originile vor putea face mai ușor acest lucru. Aceste registre ar putea include și informații cu privire la riscurile ereditare de sănătate, fiind promovat principiul pe deplin agreat referitor la donarea de gameți, conform căruia **donatorii nu sunt părinții copilului.** •

„Mulțumită ovocitelor Ovobank, putem îndeplini visurile pacientelor noastre”

În ce constă activitatea embriologului? Este munca dumneavoastră decisivă pentru o sarcina reușită?
În sensul cel mai concret, activitatea embriologului constă în formarea embrionului. Așadar pot spune că munca mea, împreună cu cea a medicului ginecolog, muncă de echipă de fapt, este decisivă pentru o sarcină reușită.

Pe baza vastei dvs. experiențe, de la ce vârstă apar problemele de reproducere la femei?
Fertilitatea scade o dată cu înaintarea în vârstă, asta știm cu toții. Dar asta nu înseamnă că pacientele tinere sigur vor obține sarcina. Am întâlnit paciente de 25 de ani care au probleme de reproducere. Vârsta este un criteriu, dar nu unul absolut.

Femeile se nasc având un anumit număr de ovule, ce scade de-a lungul anilor. Există o modalitate de a preveni acest proces?
Din păcate, până în prezent nu există o modalitate eficientă pentru a împiedica procesul de îmbătrânire a ovarului.

Din punctul de vedere al unui embriolog, când este recomandată donarea de ovocite?
În linii mari, donarea de ovocite este recomandată pacientelor tinere cu rezervă ovariană foarte mică, în cazul vârstei înaintate a pacientei (peste 40 de ani) sau în cazul unor mutații genetice ale femeii, ce pot afecta viitorul embrion.

Ovobank, prima bancă de ovule din Europa, vă ajută în căutarea donatoarei ideale pentru fiecare dintre pacientele dumneavoastră. Cum și când a început parteneriatul dumneavoastră?
Parteneriatul nostru cu Ovobank a început in 2018, din dorința de a veni în întâmpinarea cuplurilor care își doresc un copil, dar care nu mai au material reproductiv propriu.

Care este forma dumneavoastră de a lucra împreună?
În cadrul vizitei în Marbella, am beneficiat și profitat de o experiență bogată, unde am învățat multe din modalitatea de lucru a clinicii. În momentul de față, am o foarte eficientă colaborare cu colega dumneavoastră prin sistemul informatic.

Ioana Nistor-Mandache
Embriolog Clinica Wellborn, București

Cum este selectată donatoarea? Care este procesul?
În momentul în care avem autorizația de import, cuplul este anunțat și, în cadrul consultației, selectăm o donatoare, ținând cont de preferințele cuplului.

Echipa de cercetare și dezvoltare a Ovobank a dezvoltat instrumentul Ovotracker, un sistem de control și trasabilitate pentru expedierea eficientă a ovocitelor, care asigură menținerea calității ovulelor până la sosirea lor în clinică. Cum a îmbunătățit acest lucru succesul tratamentelor dumneavoastră?
Acest sistem este clar eficient, în sensul că nu se mai pierd ovocite în procesul de expediere. Ajung la destinație ovocite conforme pentru fertilizare.

Urmați un protocol specific pentru devitrificarea ovocitelor?
În general, am un protocol specific, dar la fel de bine mă pot adapta si altor protocoale, dacă observ un rezultat mai bun. Cred că este importantă maleabilitatea embriologului, disponibilitatea de a se mula pe dorințele cuplului respectiv.

Care sunt avantajele ovulelor vitrificate de la Ovobank pentru centrul dumneavoastră? Și pentru pacienți?
Ovocitele vitrificate reprezintă de multe ori singura șansă a cuplurilor de a deveni părinți. Iar acest vis este chiar palpabil, prin rata de succes a Spitalului Wellborn Militari, unde în 2021 procentul de sarcini obținute cu ovocite donate este de 81%. Acest procent vine în sprijinul pacienților pentru a avea încredere și în ovocitele vitrificate. După experiența acumulată, pot să le spun că nu există diferențe și pot face procedura cu ovocite donate vitrificate în România.

ovobank
The First European Donor Egg Bank

VEZI-ȚI DE BURTA TA!

**Undeva, trăiește o femeie:
are 30 de ani și încă nu are copii**

Oamenii o întreabă mereu: „Încă nu ai copii?" Răspunsurile ei variază de la zi la zi, însă mereu include zâmbete forțate și rețineri. „Nu, nu încă", răspunde cu un zâmbet, înăbușindu-și frustrarea. „Păi să nu aștepți la nesfârșit, ceasul ăla ticăie, să știi", îi spune o înțeleaptă înainte de a pleca, mulțumită de sine că a împărtășit și altora asemenea înțelepciune. Înțeleapta pleacă. Femeia își păstrează zâmbetul. Apoi, plânge singură… **Plânge pentru că a fost însărcinată de patru ori, dar niciodată nu a reușit să ducă sarcina la bun sfârșit. Plânge pentru că prima oară când a încercat să rămână însărcinată a fost în noaptea nunții ei, care a fost în urmă cu cinci ani. Plânge pentru că soțul ei are o fostă soție care i-a dăruit copii. Plânge pentru că și-ar dori să încerce fertilizarea în vitro, însă nu își poate permite costurile. Plânge pentru că prietena ei cea mai bună nu dorește să fie mamă surogat, „ar fi prea ciudat", i-a spus aceasta. Plânge pentru că medicamentele pe care este nevoită să le ia împiedică sarcina. Plânge pentru că această situație îi creează conflicte în căsnicie. Plânge pentru că doctorul i-a spus că totul este în regulă cu ea, dar, în adâncul sufletului, ea știe că ceva este în neregulă. Plânge pentru că soțul ei se învinovățește, iar acest sentiment îl transformă într-o persoană cu care este greu de trăit. Plânge pentru că toate surorile ei au copii. Plânge pentru că una dintre ele nici măcar nu își dorea copii. Plânge pentru că cea mai bună prietenă a ei este însărcinată. Plânge pentru că a fost invitată din nou la un botez. Plânge pentru că mama ei o tot întreabă: „Ce mai aștepți?" Plânge pentru că socrii ei vor să fie bunici. Plânge pentru că vecina ei are gemeni și îi tratează foarte urât. Plânge pentru că fete de 16 ani rămân gravide fără să își dorească asta. Plânge pentru că este o mătușă extraordinară. Plânge pentru că deja alesese nume. Plânge pentru că există o cameră goală în casa ei. Plânge pentru că simte un gol în corp. Plânge pentru că are atât de multe de oferit. Plânge pentru că el ar fi un tată formidabil. Plânge pentru că și ea ar fi o mamă formidabilă, însă nu este.**

**În altă parte, trăiește o altă femeie,
în vârstă de 34 de ani, cu cinci copii**

Oamenii îi spun: „Cinci? Dumnezeule, sper că ți-a ajuns!" Apoi râd, pentru că aceste comentarii li

se par amuzante. Femeia râde și ea, dar doar din colțul buzelor. Apoi schimbă subiectul, așa cum face întotdeauna, și decide să uite acea lipsă de respect. Este doar o nouă zi. Apoi plânge singură… Plânge pentru că este însărcinată din nou și simte că trebuie să își ascundă bucuria. Plânge pentru că întotdeauna și-a dorit o familie numeroasă și nu înțelege de ce oamenii sunt atât de deranjați de acest lucru. Plânge pentru că ea nu a avut frați și s-a simțit foarte singură în copilărie. Plânge pentru că bunica sa a avut 12 copii și ea și-ar dori să fie la fel. Plânge pentru că nu și-ar putea imagina viață fără copiii ei, însă oamenii o tratează de parcă aceștia ar fi o pedeapsă. Plânge pentru că nu dorește să fie compătimită. Plânge pentru că oamenii presupun că nu și-a dorit copiii. Plânge pentru că oamenii o consideră pur și simplu iresponsabilă.
Plânge pentru că oamenii cred că ea nu are nimic de spus. Plânge pentru că se simte neînțeleasă. Plânge pentru că ea și soțul sau se dovedesc perfect capabili să-și întrețină familia, dar acest lucru nu pare să conteze. Plânge pentru că s-a săturat de comentariile „amuzante". **Plânge pentru că ea își vede de treaba ei. Plânge pentru că și-ar dori ca și alții să facă la fel.** Plânge pentru că uneori își pierde încrederea în sine și se întreabă dacă nu cumva ar fi trebuit să se oprească înainte de ultimii doi copii.

Plânge pentru că mulți se grăbesc să critice, însă nu i-ar oferi niciun ajutor. Plânge pentru că este sătulă de control. Plânge pentru că oamenii sunt nepoliticoși. Plânge pentru că prea mulți oameni par a avea opinii legate de viața ei personală. Plânge pentru că tot ceea ce își dorește este să trăiască în pace.

O altă femeie, 40 de ani, un singur copil

Oamenii o întreabă: „Numai unul? Nu te-ai gândit niciodată să ai mai mulți?" „Sunt fericită cu unul", răspunde calmă, un răspuns repetat, pe care l-a oferit de mai multe ori decât poate număra. Destul de credibil. Nimeni nu ar suspecta că atunci când este singură, plânge… Plânge pentru că acea unică sarcină a fost un miracol. Plânge pentru că fiul ei încă mai cere un frățior sau o surioară. Plânge pentru că mereu și-a dorit să aibă cel puțin trei copii. Plânge pentru că a trebuit să întrerupă cea de-a doua sarcină, pentru a-și salva viața, pentru ca primul ei copil să continue să aibă o mamă. Plânge pentru că doctorul ei îi spune că ar fi un risc foarte mare. Plânge pentru că se chinuie să aibă grijă de cel pe care îl are. Plânge pentru că uneori unul se simte ca și cum ar fi doi. **Plânge pentru că soțul ei nici măcar nu lua în considerare posibilitatea de a avea un alt copil.** Plânge pentru că soțul ei a murit și ea nu a mai regăsit dragostea. Plânge pentru că familia ei consideră că un copil este îndeajuns. Plânge pentru că este foarte implicată în cariera ei și nu poate da înapoi. Plânge pentru că se simte egoistă. Plânge pentru că încă nu a dat jos kilogramele acumulate pe parcursul primei sarcini. Plânge pentru că depresia ei postnatală a fost atât de intensă. Plânge pentru că nu se poate imagina trecând din nou prin toate astea. Plânge pentru că are probleme de sănătate, pe care sarcina doar le-ar amplifica. Plânge pentru că încă se luptă cu bulimia. Plânge pentru că a trebuit să facă o histerectomie. Plânge pentru că își dorește un alt copil, însă nu îl poate avea.

Aceste femei sunt pretutindeni. Sunt vecinele noastre, prietenele noastre, surorile noastre, colegele noastre de muncă, verișoarele noastre. Nu le sunt de niciun folos sfaturile sau opiniile noastre. Burțile lor sunt ALE LOR. Haideți să respectăm această realitate.

[Articolul Mind your own womb *a fost publicat în Huffington Post în 2017.]*

MAMA HIMERĂ

Problema cea mai mare a unei femei care a devenit mamă cu ajutorul donării de ovocite este ce, cum și când îi va spune copilului. Dacă îi va spune.

Fetița mea împlinește curând zece ani. S-a familiarizat deja cu noțiunile elementare de anatomie, de reproducere, știe deci în linii mari cum se face sex și cum se fac copiii. Ceea ce nu știe este că ea nu a venit pe lume în urma unei partide de sex și că ușorul pe care eu l-am clocit cu speranță și spaimă timp de nouă luni de zile nu era al meu. Dacă până acum am amânat pentru că era prea mică și putea să vorbească despre asta la grădiniță sau la joacă, acum simt că se apropie momentul de care mă tem de când am luat-o în brațe pentru prima oară.

Sunt cupluri care aleg să nu le spună copiilor un astfel de lucru. Și nu-i pot condamna. Nu eu. Am citit comentariile la știrile / materialele despre tipul ăsta de maternitate și m-am amărât până-n fundul sufletului: în marea majoritate, oamenii sunt convinși că nu sunt copiii noștri, că am făcut noi, cele care am apelat la așa ceva, vreun pas greșit de am ajuns aici, sau chiar ăsta e pasul greșit, de ce nu adopți, sunt atâția copii care... Ai de dat explicații, ești cumva datoare să te justifici. Aș vrea din tot sufletul să trăiesc senină cu chestia asta, să nici nu mă gândesc la ea. Din păcate, sunt genul care plesnește dacă ține un secret, iar ăsta e unul uriaș.

M-am gândit de mii de ori de ce trebuie să risc iubirea copilului meu (sau măcar un frecuș nemeritat în anii ei de adolescență și oricând va fi supărată pe mine). Că este copilul meu o simt până-n cea mai îndepărtată fibră. Nici măcar nu-s convinsă că nu există la un nivel încă nedetectat o transmisie mamă-copil care acum e citită doar în potrivirea de ADN. **Aș putea să jur că va veni un moment când știința va descoperi că există ceva mai delicat, mai subtil decât ADN-ul, ceva care să ateste legătura puternică a unei mame cu copilul pe care l-a purtat în pântece.** Mai mult decât mult-clamata epigenetică, care spune că perioada formării intrauterine influențează semnificativ sănătatea, aptitudinile și dezvoltarea generală a copilului.

Dar cine-mi explică gropița ei identică nu cu a mea, ci cu a mamei mele? Părul ei mătăsos, cu exact aceeași textură ca a părului meu, la fel de greu de prins în clame sau elastice? Vocea ei ușor dogită care sună exact ca înregistrările vocii mele din copilărie? Alunița de pe degetul mic ca a mea? Și atât de multe altele. Iluzii, știu. **Dar inima mea spune altceva.**

Urăsc testele de ADN și ideea de ADN în sine. Aproape toți cei care aud despre gameți sau embrioni donați se cutremură de oroare: *să nu aibă ADN-ul meu, ceeee????* O obsesie care a înlocuit-o pe cea a sângelui din veacurile trecute. Sânge din sângele meu. Aș zice că asta e fata mea, sânge din sângele meu, am fost una, s-a hrănit literalmente din mine; dar uite că nu mai ajunge. Răscolim și mai adânc de atât.

Totuși, până și acest imbatabil ADN se poate modifica în urma unor intervenții medicale cum ar fi transplantul de măduvă. Și mai există ciudatele cazuri ale oamenilor-himeră, cei cu două ADN-uri: unul al lor și, să zicem, celălalt al unui frate geamăn dispărut la scurtă vreme după concepție. Unul din cazuri a făcut vâlvă în presă de curând tocmai pentru că o mamă nu avea același ADN cu al copilului zămislit și născut de ea. Copilul luase ADN-ul uterului mamei, provenit de la o geamănă demult dispărută. Deci, iată că se poate.

Nu ascund că m-am gândit la ambele „soluții": să-mi fac transplant de măduvă sau să-mi aburesc copila că sunt o himeră. Atâta doar că măduva ar trebui să o iau tot de la acea necunoscută care a lăsat la clinică oul din care avea să iasă ea, iubirea mea. Nici în cea mai penibilă telenovelă nu s-ar întâmpla așa ceva. Cât despre povestea cu himera, e poetică și încurcată și ea la culme. Sufletul meu speriat și îndrăgostit se învârte încă în jurul ideii ăsteia stranii.

Deși, probabil, într-o zi o să-i spun pur și simplu, încercând să nu tremur și să nu dau prea mare greutate vorbelor: da, știi cum e chestia aia cu ovulul și sperma care formează embrionul... ei, eu nu aveam ovule bune, așa că am luat unul de la un spital, îl lăsase acolo cineva care nu avea nevoie de el că avea deja copii și mai avea milioane de ouă care se iroseau aiurea, așa că de ce să nu-l iau eu și să-l amestec cu semincioara de la tati și apoi să-l clocesc cu toată dragostea din lume la mine în burtă, de unde ai ieșit la mine-n brațe.

...Iar dacă n-o să mă mai iubească, oricum îmi ajunge dragostea mea pentru ea. **Dragostea mea pentru ea.** Pentru totdeauna.

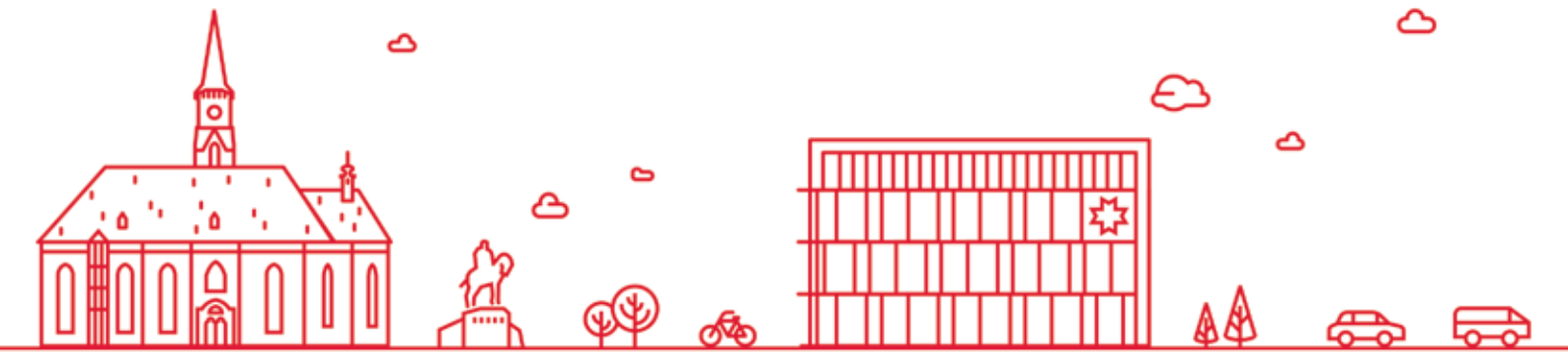
B. F.,
Membră a comunității SOS Infertilitatea

REGINA MARIA
REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE

Alături de tine, pas cu pas, în lupta cu infertilitatea

Centrul de Fertilitate și FIV Cluj

reginamaria.ro/centrul-de-fertilitate-si-fiv-cluj
Call Center: 0264-998
Spitalul REGINA MARIA Cluj
Str. Dorobanților nr. 29, Cluj-Napoca



Infertilitatea poate fi învinsă!

Cere ajutorul experților de la
Centrul de Fertilitate și FIV Columna,
singurul din România cu 5 embriologi seniori

reginamaria.ro/centrul-de-fertilitate-si-fiv-columna
Call Center: 021-9612
Str. Țepeș Vodă nr. 51, sector 2, București

Parte a Rețelei de Sănătate

REGINA MARIA