

REGIONE DEL VENETO



**ULSS2**  
MARCA TREVIGIANA



PRESIDIO OSPEDALIERO DI ODERZO  
CENTRO PER LA PROCREAZIONE MEDICO  
ASSISTITA "Gianluigi Beltrame"  
Direttore di U.O. Dott. Roberto Baccichet

REGIONE VENETO  
AZIENDA U.L.S.S. n. 2  
della Marca Trevigiana

Con il patrocinio di

**A.T.I.**  
Associazione Nazionale Centri di Laboratorio  
S.N.L.L. - S.  
SEZIONE PROVINCIALE DI TREVISO  
Sezione Treviso

**SIE**  
Società Italiana di Ematologia

Rete Ematologica Veneta

**HIGHLIGHTS  
IN EMATOLOGIA**

17-18 NOVEMBRE 2017  
TREVISO  
Sala Convegni  
Ospedale Ca' Foncello

Unità Operativa di Ematologia  
Responsabile Dott. F. Gherlinzoni

**L' ESPERIENZA  
DEL CENTRO PER LA  
PRESERVAZIONE  
DELLA FERTILITA'  
FEMMINILE  
dell' AZIENDA ULSS 2  
DI TREVISO**

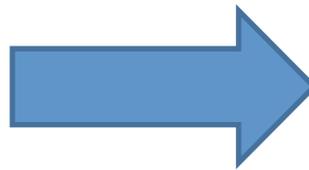
**M. De Santis**

# **Il trattamento delle neoplasie può avere effetti negativi sulla funzione ovarica**

**Chemioterapia**

**Radioterapia**

**Chirurgia**



**Menopausa  
precoce**

**Infertilità**

# RISERVA OVARICA

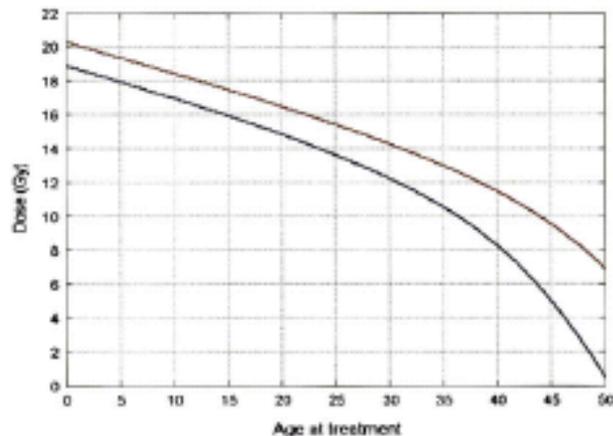
- La riserva ovarica è la potenzialità funzionale dell'ovaio data dal numero e dalla qualità degli ovociti in un dato momento.
- La riserva ovarica è dipendente:
  - dall'età,
  - dalla esposizione ad altri fattori tossici per l'ovaio (fumo, interventi chirurgici ecc)
  - dal patrimonio follicolare individuale
- Ruolo dell' AMH / FA
- La riserva ovarica può quindi essere ridotta rispetto all'età anche prima dell'inizio di terapie gonadotossiche.

**NB: RISERVA OVARICA ADEGUATA NON SI IDENTIFICA CON LA PRESENZA DI MESTRUAZIONI**

# Effetti della radioterapia

**FIGURE 3**

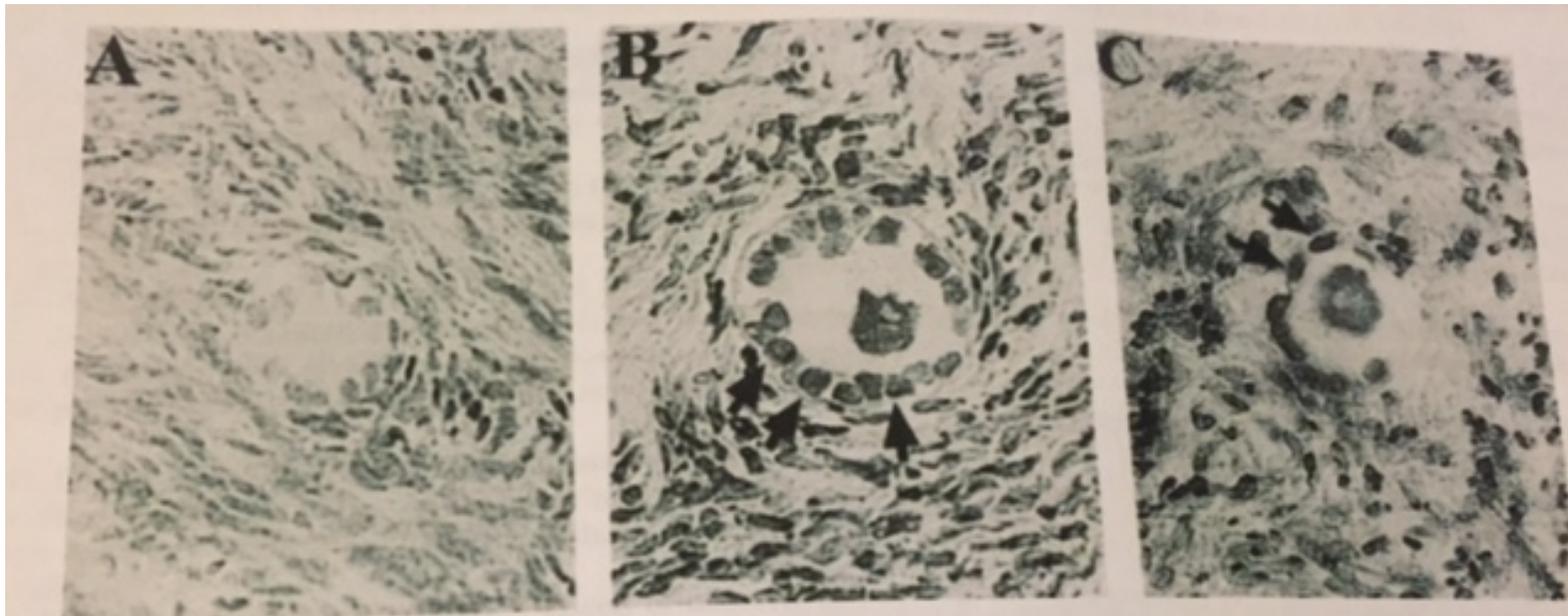
The effective (red, upper) and mean (blue, lower) sterilizing dose of radiation for a given treatment age. (From Wallace et al. [7]. Reprinted by permission of the publisher.)



*Straub. Effects of cancer therapy on ovarian function. Fertil Steril 2009.*

- Una dose compresa tra 5 e 20 Gy sull'ovaio è sufficiente per causare una permanente disfunzione gonadica, indipendentemente dall'età della paziente.
- Alla dose di 30 Gy la menopausa precoce è certa nel 60% delle donne con età inferiore ai 26 anni.

# Chemioterapia



Immunoistochimica della corteccia ovarica: (A) Follicoli primordiali normali dopo coltura in assenza di cisplatino (tessuto di controllo). (B e C) **Follicoli primordiali esposti al cisplatino per 36 ore con evidenti segni di apoptosi a livello delle cellule della granulosa e negli ovociti**

Meirow et al. 1998

## Rischio di amenorrea permanente dopo chemioterapia

**Tabella 2.** Rischio di amenorrea permanente nelle donne trattate con chemioterapia e radioterapia (modificato rispetto all'originale <sup>3</sup>).

GRADO DEL RISCHIO	TRATTAMENTO
Rischio elevato (> 80%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trapianto di cellule staminali ematopoietiche con ciclofosfamide/irradiazione corporea totale o con ciclofosfamide/busulfano.</li> <li>-Radioterapia esterna che includa nel campo d'irradiazione le ovaie.</li> <li>-CMF, CAF, CEF, 6 cicli in una donna con età &gt; 40 anni.</li> </ul>
Rischio intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-CMF, CAF, CEF, per 6 cicli in una donna tra 30 e 39 anni.</li> <li>-AC, per 4 cicli in una donna con età ≥ 40 anni.</li> <li>-AC o EC → Taxani</li> </ul>
Rischio basso (< 20%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ABVD (doxorubicina/bleomicina/vinblastina/dacarbazina).</li> <li>-CHOP per 4-6 cicli (ciclofosfanide/doxorubicina/vincristina/prednisone).</li> <li>-CVP (ciclofosfamide/vincristina/prednisone).</li> <li>-AML (antracicline/citarabina).</li> <li>-ALL (polichemioterapia).</li> <li>-CMF, CAF, CEF, 6 cicli in una donna con età &lt; 30 anni.</li> <li>-AC 4 cicli in una donna di età &lt; 40 anni.</li> </ul>
Rischio molto basso o assente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vincristina.</li> <li>-Metotrexate.</li> <li>-Fluorouracile.</li> </ul>
Rischio sconosciuto	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taxani.</li> <li>-Oxaliplatino.</li> <li>-Irinotecan.</li> <li>-Anticorpi monoclonali (trastuzumab, bevacizumab, cetuximab).</li> <li>-Inibitori delle tirosino-chinasi (erlotinib, imatinib).</li> </ul>

# “Two hit” effects

## **Effetto immediato**

Si manifesta durante il trattamento

Effetto temporaneo

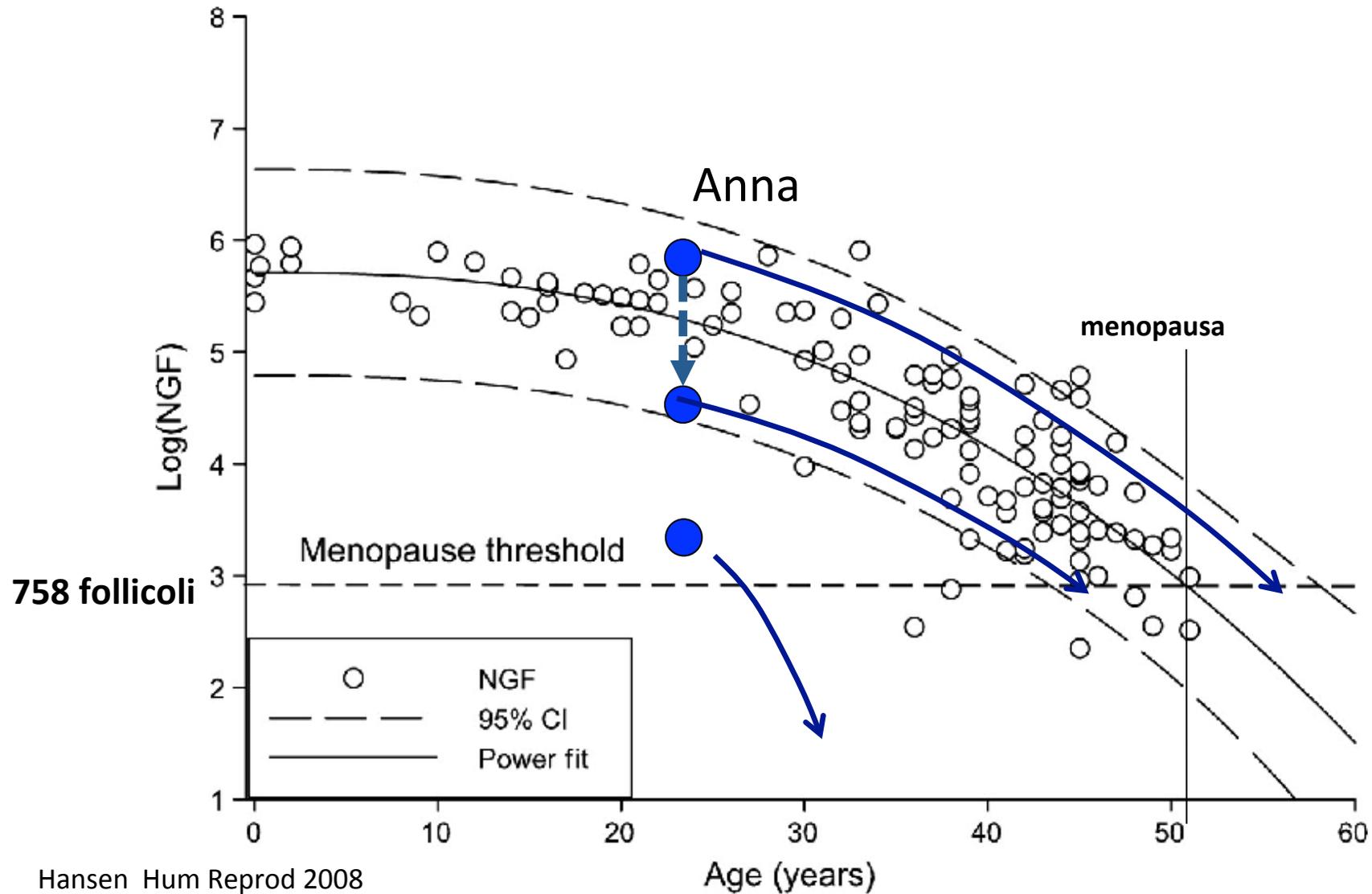
Induce amenorrea

risulta dalla perdita della popolazione follicolare  
in crescita

## **Effetto tardivo**

Consequente alla perdita dei follicoli primordiali

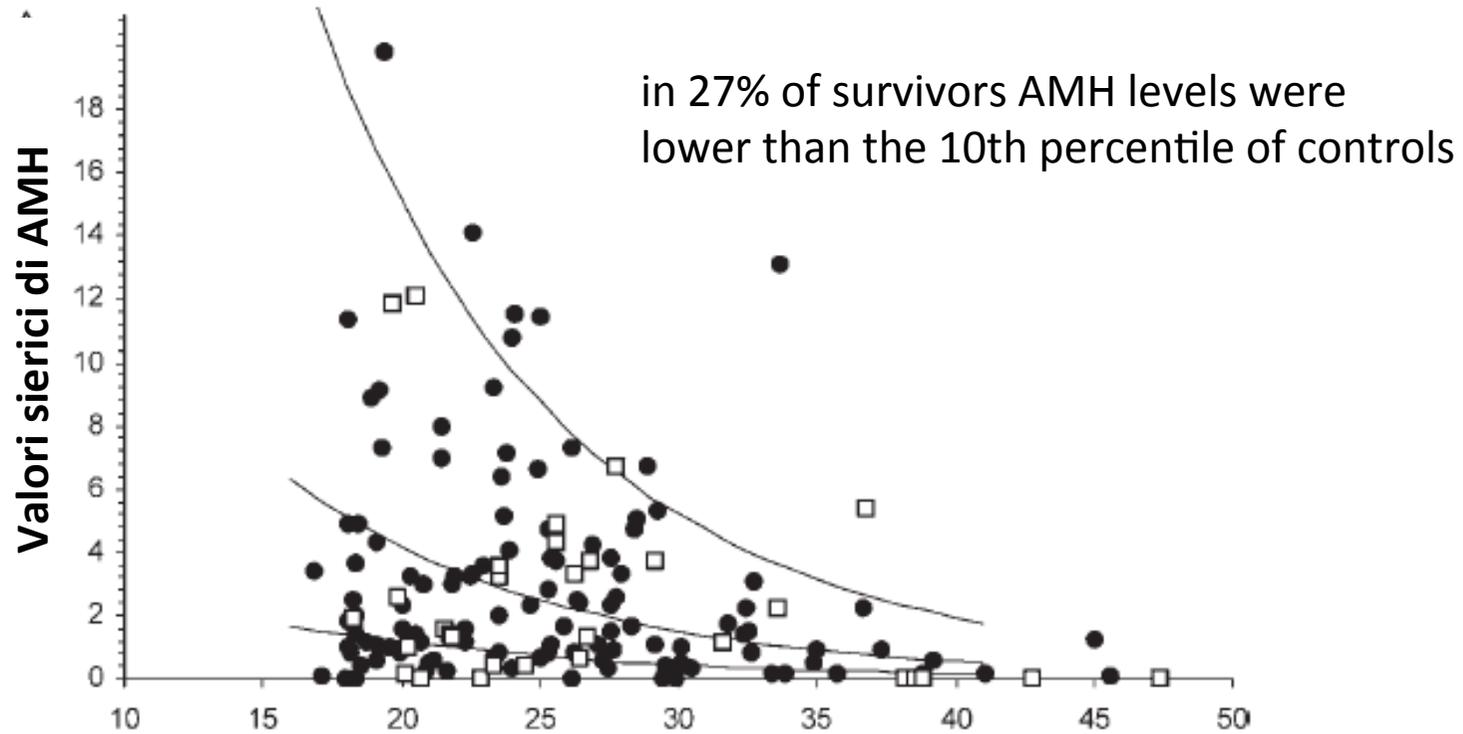
# Le terapie oncologiche riducono la riserva ovarica



Hansen Hum Reprod 2008

Te Velde Hum Reprod 2002

## Le donne giovani sopravvissute al cancro hanno una RO più bassa



## I Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici: la migrazione sanitaria è legata soprattutto al cancro. Tutela della fertilità per i pazienti

[Cronologia articolo](#) 15 maggio 2014



### Il diritto alla fertilità

L'obiettivo è lo zero per cento. Entro due anni, nessun paziente con diagnosi di cancro in età riproduttiva dovrà essere escluso da una consultazione sulla preservazione della fertilità. Oggi purtroppo non è così: molti malati infatti non vengono informati sulle tecniche esistenti e perdono la possibilità di diventare genitori. Nel 2013 si sono registrate in Italia 366mila nuove diagnosi di cancro, 14.000 fra i 20 e i 39 anni.

VOLUME 31 · NUMBER 19 · JULY 1 2013

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

LINEE GUIDA  
2017



clinical practice guidelines

*Annals of Oncology* 24 (Supplement 8): vi160-vi170, 2013  
doi:10.1093/annonc/mdt1189  
Published online 27 June 2013

### Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up<sup>†</sup>

F. A. Peccatori<sup>1</sup>, H. A. Azim Jr<sup>2</sup>, R. Orecchia<sup>3</sup>, H. J. Hoekstra<sup>4</sup>, N. Pavlidis<sup>5</sup>, V. Kestic<sup>6</sup> & G. Pentheroudakis<sup>5</sup>, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group\*

<sup>†</sup>Fertility and Procreation Unit, Division of Gynaecologic Oncology, European Institute of Oncology, Milan, Italy; <sup>2</sup>Department of Medicine, BREAST Data Centre, Institut Jules Bordet, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium; <sup>3</sup>Department of Radiotherapy, European Institute of Oncology, Milan, Italy; <sup>4</sup>Department of Surgical Oncology, University Medical Centre Groningen, Groningen, The Netherlands; <sup>5</sup>Department of Medical Oncology, University of Ioannina, Ioannina, Greece; <sup>6</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

### Fertility Preservation for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

Alison W. Loren, Pamela B. Mangt, Lindsay Nohr Beck, Lawrence Brennan, Anthony J. Magdalinski, Ann H. Partridge, Gwendolyn Quinn, W. Hamish Wallace, and Kutluk Oktay

Fertility Preservation for Patients With Cancer:  
American Society of Clinical Oncology Clinical Practice  
Guideline Update

*Alison W. Loren, Pamela B. Mangos, Lindsay Nehr Beck, Lawrence Breeman, Anthony J. Magidanski,  
Ann H. Partridge, Gwendolyn Quinn, W. Hannah Wallace, and Kutluk Oktay*

Se la paziente oncologica ha una *giovane età* e se la *prognosi* della malattia da cui è affetta è relativamente *buona...*

**L'ONCOLOGO DOVREBBE VALUTARE CON LA  
PAZIENTE L'OPPORTUNITÀ DELLA PRESERVAZIONE  
DELLA SUA FERTILITÀ,**

in previsione di un futuro desiderio di gravidanza, offrendole al tempo stesso anche una maggiore tranquillità nell'affrontare la malattia e le relative cure.

# Il ritardo nell'invio...

Può far la differenza  
fra **POTER** *crio-preservare* e **NON**



**Tutti gli operatori vanno sensibilizzati alla  
necessità di un**

**RIFERIMENTO PRECOCE della  
PAZIENTE**

**ad un centro di preservazione della fertilità**

# Metodiche disponibili per la preservazione della fertilità nella donna

- **OPZIONI SCIENTIFICAMENTE VALIDATE**
  - **Crioconservazione di ovociti maturi**
  - **Chirurgia conservativa**
  - **Trasposizione ovarica prima di RT pelvica**
  - **Crioconservazione di embrioni (vietata in Italia art 14, comma 1 Legge 40 del 19/2/2004)**
- **OPZIONI CONSIDERATE SPERIMENTALI**
  - **Crioconservazione di tessuto ovarico**
  - **Crioconservazione di ovociti immaturi o IVM**
  - **Soppressione ovarica con analoghi del GN-RH in corso di trattamenti gonadotossici**

Linee guida ASCO: Loren et al: J Clin Oncol, 2013; Linee guida ESMO: Peccatori et al Ann Oncol 2013; Linee guida AIOM 2017



# LA PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ

GINECOLOGIA E OSTETRICIA  
Centro Procreazione  
Medicalmente Assistita

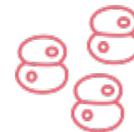
PRESIDIO OSPEDALIERO DI ODERZO



## LA STIMOLAZIONE ORMONALE OVARICA HA EFFETTI SULLA NEOPLASIA?

Allo stato attuale non si suppone esistano effetti negativi in caso di neoplasie non ormono-dipendenti, mentre in caso di neoplasie ormono-dipendenti (*carcinoma mammario, endometriale o ovarico*) l'applicabilità della tecnica è subordinata al nulla osta dell'oncologo; al momento **non esistono dati certi** circa l'effetto della stimolazione ovarica sull'evoluzione della neoplasia.

Dati preliminari del gruppo con maggior esperienza in questo settore (Oktay, Cornell University New York) sembrerebbero indicare un **tasso di recidive** addirittura **minore** nelle pazienti con tumore mammario che abbiano eseguito la stimolazione ovarica al fine di preservare la fertilità.



## COME FARE?

Per poter eseguire la crioconservazione ovocitaria è necessario effettuare degli accertamenti preventivi ed un colloquio con il Personale Clinico della Struttura di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Ospedale di Oderzo, durante il quale si valutano le caratteristiche della paziente e della neoplasia e si forniscono tutte le informazioni necessarie per avviare la procedura.

## A CHI RIVOLGERSI O CHIEDERE INFORMAZIONI?

Nell'Azienda **ULSS 2 Marca trevigiana** è possibile eseguire la procedura del prelievo degli ovociti e successiva vitrificazione presso il centro PMA dell'Ospedale di Oderzo.

Segreteria  
Centro PMA Ospedale di Oderzo

☎ 0422 715.494 ✉ seggineod@ulss.tv.it

da lunedì a venerdì dalle ore **8.30** alle ore **16.00**

<http://www.ulss.tv.it/ospedale/ospedale-oderzo/-/hospital/unit/ginecologia-e-ostetricia-oderzo>

# **A CHI PUO' ESSERE PROPOSTA?**

**Donne di età inferiore ai 40 anni**

**Riserva ovarica adeguata**

**Buona prognosi della malattia**

**Possibilità di rinviare l'inizio dei trattamenti chemio/  
radioterapici di 2 – 3 settimane**



# **COME PROCEDERE?**

**Contattare telefonicamente la segreteria del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita per accordarsi sui tempi del colloquio**

**Invio della paziente da parte dello specialista con impegnativa Regionale con richiesta di visita ginecologica per infertilità**

**Lettera di invio dello specialista con descrizione della patologia in atto e non controindicazione alla stimolazione ormonale per crioconservazione ovocitaria**

# PRIMO COLLOQUIO

Durante il colloquio

- Spiegazione della procedura
- Valutazione ecografica della riserva ovarica
- Prescrizione esami necessari per la procedura

# SECONDO COLLOQUIO

Rivalutazione della paziente entro una settimana

Firma dei consensi

Consegna del protocollo farmacologico di stimolazione ovarica

Si programmano:

- visita anestesiologicala
- successivi monitoraggi ecografici e di laboratorio



# Crioconservazione di ovociti maturi

La preservazione della fertilità mediante **vitrificazione** di ovociti presuppone:

- che la paziente possa essere sottoposta a COS
- che la COS sia efficiente nel generare numerosi follicoli
- che la qualità degli ovociti sia tale da sopportare il processo di vitrificazione
- che il protocollo di vitrificazione sia efficiente

# VITRIFICAZIONE



ASRM PAGES



## Mature oocyte cryopreservation: a guideline

The Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology

Society for Reproductive Medicine and Society for Assisted Reproductive Technology, Birmingham, Alabama

There is good evidence that fertilization and pregnancy rates are similar to IVF/ICSI with fresh oocytes when vitrified/warmed oocytes are used as part of IVF/ICSI for young women. Although data are limited, no increase in chromosomal abnormalities, birth defects, and developmental deficits has been reported in the offspring born from cryopreserved oocytes when compared to pregnancies from conventional IVF/ICSI and the general population. Evidence indicates that oocyte vitrification and warming should no longer be considered experimental. This document replaces the document last published in 2008 titled, "Ovarian Tissue and Oocyte Cryopreservation," Fertil Steril 2008;90:S241-6. (Fertil Steril® 2013;99:37-43. ©2013 by American Society for Reproductive Medicine.)

Earn online CME credit related to this document at [www.asrm.org/elearn](http://www.asrm.org/elearn)

**Discuss:** You can discuss this article with its authors and with other ASRM members at <http://fertstertforum.com/goldsteinj-mature-oocyte-cryopreservation-guideline/>



Use your smartphone to scan this QR code and connect to the discussion forum for this article now.\*

\* Download a free QR code scanner by searching for "QR scanner" in your smartphone's app store or app marketplace.

# Fattibilità COS

E' necessario che :

- la terapia per la patologia oncologica possa essere differita per il tempo necessario ad eseguire la COS
- la COS non modifichi la prognosi della patologia oncologica in senso negativo
  - Nessun problema nelle patologie oncologiche non ormono-dipendenti
  - Possibili problemi in quelle ormono-dipendenti ( mammella, endometrio, ovaio )

# Protocollo di Stimolazione

## Protocollo di stimolazione

“patient tailored”

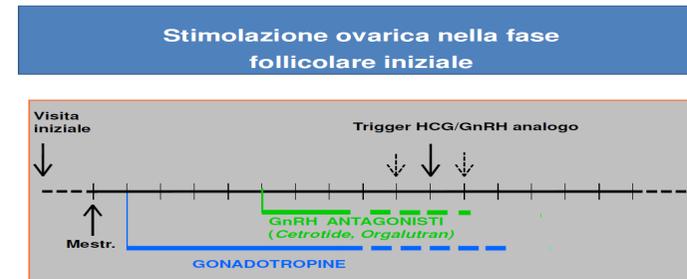
**ABBIAMO UNA SOLA CARTA DA  
GIOCARRE**

**EVITARE LE COMPLICANZE**

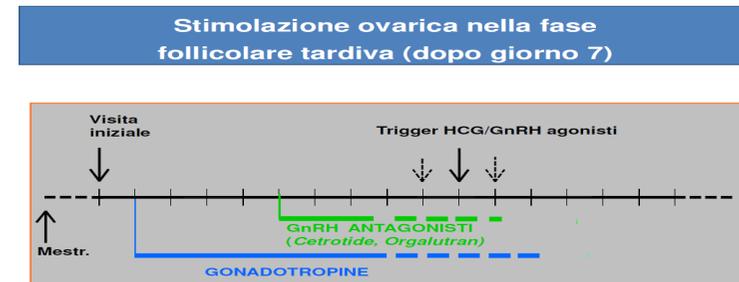
# Il timing di inizio ?

## Secondo urgenza:

- **Fase follicolare iniziale** 1-3 g del ciclo se lo si può attendere



- Fase follicolare avanzata o fase luteale secondo **random start stimulation (RSS)** se c'è urgenza per la chemioterapia



# Random Start Stimulation (RSS)

**Stimolazione ad inizio casuale:**  
risultati comparabili alla stimolazione  
convenzionale

## CASE REPORT

**Random-start controlled ovarian hyperstimulation for  
emergency fertility preservation in letrozole cycles**

*Murat Sönmezer, M.D.,<sup>a,b</sup> Ilgın Türkçüoğlu, M.D.,<sup>c</sup> Uğur Coşkun, M.D.,<sup>d</sup> and Kutluk Oktay, M.D.<sup>e</sup>*

ORIGINAL ARTICLES: FERTILITY PRESERVATION

**Effective method for emergency  
fertility preservation: random-start  
controlled ovarian stimulation**

Hakan Cakmak, M.D., Audra Katz, R.N., Marcelle I. Cedars, M.D., and Mitchell P. Rosen, M.D.  
Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences,  
University of California, San Francisco, California

Esistono multiple fasi di reclutamento follicolare che possono venire sfruttate durante una stimolazione che inizia anche in fase luteale

# RSS o COS convenzionale ?

- Se esiste un urgenza terapeutica la RSS sembra offrire opportunità analoghe rispetto alla COS convenzionale
- Le evidenze preliminari sembrano indicare una efficacia analoga della COS rispetto alla RSS
- Il riferimento precoce della paziente nella maggior parte dei casi consente di applicare la COS convenzionale

## Effective method for emergency fertility preservation: random-start controlled ovarian stimulation

Hakan Cakmak, M.D., Audra Katz, R.N., Marcelle I. Cedars, M.D., and Mitchell P. Rosen, M.D.  
Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, University of California, San Francisco, California

TABLE 2

Comparison of outcomes of conventional-and random-start controlled ovarian stimulation cycles.

	Conventional start (n = 88; 103 cycles)	Random start (n = 35; 35 cycles)	P value	Late follicular phase start (n = 13; 13 cycles)	Luteal phase start (n = 22; 22 cycles)	P value <sup>a</sup>
Antral follicle count (AFC)	13.0 (11.7–14.5)	11.5 (9.6–13.8)	NS	10.5 (7.8–14.2)	12.1 (9.6–15.2)	NS
Days of ovarian stimulation	9.3 (9.0–9.5)	10.9 (10.4–11.5)	< .001	10.5 (9.6–11.4) <sup>b</sup>	11.2 (10.5–12.0) <sup>c</sup>	< .001
Total dose of gonadotropins (IU) <sup>d</sup>	3,404 (3,180–3,628)	4,158 (3,774–4,542)	.001	3,842 (3,213–4,472)	4,344 (3,860–4,827) <sup>e</sup>	.005
Gonadotropin daily dose (IU/d) <sup>d</sup>	361 (345–378)	372 (343–400)	NS	371 (324–418)	373 (337–409)	NS
Follicles ≥ 13 mm	10.5 (9.3–11.9)	11.8 (9.6–14.5)	NS	10.9 (7.8–15.4)	12.3 (9.5–16.0)	NS
Oocytes retrieved	14.4 (12.8–16.2)	14.5 (11.8–17.8)	NS	13.0 (9.3–18.2)	15.5 (11.9–20.1)	NS
Mature oocytes (MII) retrieved	9.7 (8.4–11.2)	9.9 (7.7–12.7)	NS	9.1 (6.0–13.7)	10.3 (7.5–14.2)	NS
MI I oocytes/total oocytes ratio	0.66 (0.62–0.71)	0.67 (0.59–0.76)	NS	0.68 (0.56–0.82)	0.67 (0.58–0.78)	NS
Oocytes/AFC ratio	1.09 (0.99–1.19)	1.26 (1.07–1.49)	NS	1.24 (0.95–1.62)	1.28 (1.04–1.57)	NS
Mature oocytes/AFC	0.73 (0.65–0.82)	0.85 (0.70–1.04)	NS	0.84 (0.61–1.17)	0.86 (0.67–1.10)	NS
Fertilization rate after ICSI (ZPN/MI I)	0.72 (0.65–0.80)	0.87 (0.72–1.00)	NS	0.85 (0.67–1.00)	0.88 (0.70–1.00)	NS

Note: Data were presented as geometric mean (95% confidence interval) unless otherwise indicated. All comparisons were adjusted for age and BMI with linear regression models. ZPN = two pronuclei; ICSI = intracytoplasmic sperm injection; MI I = metaphase II.

<sup>a</sup> P value obtained after comparison of conventional- vs. late follicular- vs. luteal phase-start groups.

<sup>b</sup> P = .01 vs. conventional start.

<sup>c</sup> P = .008 vs. conventional start.

<sup>d</sup> Arithmetic mean (95% confidence interval).

<sup>e</sup> P = .001 vs. conventional start.

Cakmak. Random-start ovarian stimulation. Fertil Steril 2013.

# RISPOSTA ALLA STIMOLAZIONE

**Non è ancora del tutto chiaro se la risposta ovarica alla stimolazione nelle pazienti oncologiche sia peggiore rispetto ai controlli sani, ed eventualmente in quale patologia (sistemica o localizzata) bisogna attendersi una minore risposta.**

238. Das M, Shehata F, Moria A, Holzer H, Son W-Y, Tulandi T. Ovarian reserve, response to gonadotropins, and oocyte maturity in women with malignancy. *Fertil Steril*. 2011 Jul;96(1):122–5.
239. Almog B, Azem F, Gordon D, Pauzner D, Amit A, Barkan G, et al. Effects of cancer on ovarian response in controlled ovarian stimulation for fertility preservation. *Fertil Steril*. 2012 Oct;98(4):957–60.
240. Devesa M, Martínez F, Coroleu B, Rodríguez I, González C, Barri PN. Ovarian response to controlled ovarian hyperstimulation in women with cancer is as expected according to an age-specific nomogram. *J Assist Reprod Genet*. 2014 May;31(5):583–8.
241. Quinn MM, Cakmak H, Letourneau JM, Cedars MI, Rosen MP. Response to ovarian stimulation is not impacted by a breast cancer diagnosis. *Hum Reprod*. 2017 Mar 1;32(3):568–74.
242. Alvarez RM, Ramanathan P. Fertility preservation in female oncology patients: the influence of the type of cancer on ovarian stimulation response. *Hum Reprod*. 2016 Jul 1;

# RISCHI DELLA COS

- scelta del dosaggio di gonadotropine deve essere individualizzata per conciliare la migliore stimolazione con i minori rischi di **iperstimolazione**
- aumentato **rischio trombotico** legato all'iperestrogenismo indotto dalla stimolazione deve essere attentamente preso in considerazione in casi già a rischio per il tipo di malattia oncologica

## La tempistica della COS

- E' ovvio che quanto **più è aggressiva è la patologia di base**, tanto **minore è il tempo** a disposizione per la FP e la COS preventiva
- E' altrettanto chiaro che **quanto più tempestivo l'inizio della COS** comporta un risparmio di tempo che può **giovare alla prognosi** finale della paziente

# TEMPISTICA

- **10 – 14 giorni per la stimolazione ovarica**
- **30 giorni circa dal momento della comunicazione alla paziente della diagnosi e dell'invio al nostro centro**

# La Preservazione della Fertilità...

## NOTA 74

DETERMINA 4 agosto 2016.

Sostituzione del testo della Nota 74 di cui alla Determinazione del 27 aprile 2010. (Determina n. 1073/2016).

<p>Farmaci per l'infertilità femminile e maschile:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Corifollitropina alfa</li><li>- Coriogonadotropina alfa</li><li>- Follitropina alfa</li><li>- Follitropina alfa/ Lutropina alfa</li><li>- Follitropina beta</li><li>- Lutropina alfa</li><li>- Menotropina</li><li>- Urofollitropina</li></ul>	<p>La prescrizione a carico del SSN, su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche, secondo modalità adottate dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, è limitata alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• trattamento dell'infertilità femminile:<ul style="list-style-type: none"><li>in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml</li></ul></li><li>• trattamento dell'infertilità maschile:<ul style="list-style-type: none"><li>in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml</li></ul></li><li>- preservazione della fertilità femminile:<ul style="list-style-type: none"><li>in donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.</li></ul></li><li>- Corifollitropina alfa</li><li>- Coriogonadotropina alfa</li><li>- Follitropina alfa</li><li>- Follitropina beta</li><li>- Menotropina</li><li>- Urofollitropina</li></ul>
---	---

# **Un anno di attività - 2017**

**9 consulenze informative**

**6 crioconservazioni**

**Età: 26 – 35 anni**

**4 per neoplasie ematologiche**

**1 tumore alla mammella**

**1 lesione espansiva lobo frontale**

PAZIENTE	DIAGNOSI	ETA'	FA	OVOCITI MII
B.M.	K mammella	32	12	14
D.F.	Mielodislasi	35	16	8
Z.S.	LH	32	15	4
T.A.	Oligodendroglio ma cerebrale	35	7	0
B.K.	LH	27	14	8
V.V.	LH	23	14	7

# CONCLUDENDO...



- **La crioconservazione ovocitaria permette di affrontare più serenamente il duro iter oncologico, migliorando la qualità di vita e riducendo l'incidenza dei disordini psicologici**
- **Ricordiamo che le donne alle quali proponiamo la FP sono donne giovani, spesso nullipare e single**
- **Nelle donne guarite ed infertili può ridurre disturbi della sfera sessuale**
- **Mantiene viva la speranza di aver un figlio anche dopo il cancro (una vera e propria autodonazione), riducendo la possibilità di ricorrere a fecondazione eterologa**

**UOC Ostetricia e Ginecologia  
Presidio Ospedaliero di Oderzo  
Centro PMA “ G. Beltrame”  
Direttore : Roberto Baccichet**

**EQUIPE CENTRO PMA**

<b>Medici:</b>	<b>Dott.sa Silvia Guarnieri Dott.sa Mariagrazia De Vita Dott.sa Michela De Santis Dott.sa Angela Perin</b>
<b>Biologi:</b>	<b>Dott.sa Maura Callegari Dott.sa Valentina Gobbo</b>
<b>Psicologo:</b>	<b>Dott. Denis Rocchi</b>
<b>Segreteria</b>	<b>PMA: Luciana Visintin (infermiera)</b>

**<http://www.ulss.tv.it/ospedale/ospedale-oderzo/-/hospital/unit/ginecologia-e-ostetricia-oderzo>**