

LA CRIOCONSERVAZIONE DEL TESSUTO OVARICO

di Antonio Giordano*



*Università degli Studi di Siena - Director Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine and Center of Biotechnology



Per quanto riguarda la sfera ginecologica il miglioramento delle tecniche chirurgiche e delle terapie oncologiche nel trattamento dei tumori mammari e ovarici, associato ad un progressivo abbassamento dell'età di incidenza di tali patologie, ha messo progressivamente in evidenza la necessità di affrontare il tema della conservazione della fertilità nelle donne sempre più giovani che si trovano ad affrontare tali tipi di tumori.

Il carcinoma mammario è il tumore femminile più frequente nei paesi industrializzati. È documentata una tendenza all'aumento negli ultimi 20 anni. Tale incremento è in parte dovuto alla diagnosi precoce legata alla maggiore diffusione dei programmi di prevenzione ma in parte è reale.

Il carcinoma ovarico è la seconda più comune forma di tumore ginecologico ed è la prima causa di morte per neoplasia ginecologica nell'emisfero occidentale oltre che la quarta causa di morte per tumore nelle donne dei Paesi industrializzati. L'incidenza di questa

malattia è in aumento, esordisce generalmente fra i 55 e i 65 anni, tuttavia forme borderline e talvolta invasive possono insorgere anche in età più precoce. Mentre in tessuti a rapida proliferazione cellulare, quali il midollo osseo o l'intestino, il danno cellulare da chemioterapia e radioterapia è pressoché totalmente reversibile, a livello ovarico, dove il numero di cellule germinali è limitato e già determinato alla nascita, esso è progressivo ed irreversibile portando quindi ad una perdita della fertilità nella maggioranza dei casi.

Infatti i trattamenti chemio e radioterapici sono in grado di causare in una percentuale rilevante delle pazienti alterazioni dei flussi mestruali transitorie o persistenti e, nel lungo periodo, menopausa precoce; tali terapie inoltre danneggiano in maniera imprevedibile il patrimonio genetico degli ovociti. L'entità del danno al potenziale riproduttivo è variabile e dipende dall'età della paziente, dal tipo di trattamento scelto dagli oncologi e dalla dimensione

iniziale della riserva follicolare ovarica.

L'illustrazione dei problemi relativi alla perdita della fertilità e alla loro possibile soluzione al momento della diagnosi oncologica offre qualche speranza in più in un futuro in cui, guarite dal cancro, la vita delle donne deve tornare ad essere il più possibile normale.

Mentre nell'uomo si può prevenire una futura sterilità secondaria ai trattamenti chirurgici e/o chemioterapici mediante crioconservazione del liquido seminale, nella donna questo è molto più difficile poiché è necessario un atto chirurgico per il prelievo degli ovociti o del tessuto ovarico per una successiva crioconservazione.

Rispetto alla crioconservazione degli ovociti nel caso della crioconservazione di tessuto ovarico si ha l'indubbio vantaggio di poter prelevare il tessuto mediante laparoscopia, senza quindi necessità di terapia ormonale preliminare e senza attendere un tempo eccessivo prima di iniziare chemioterapie. L'utilizzo successivo di tale tessuto scongelato avviene mediante auto-trapianto. Le ricerche nel campo della crioconservazione hanno conosciuto un notevole impulso negli ultimi tempi, quando nuovi studi hanno consentito più successi adottando tecniche di congelamento più moderne.

Continua nella versione web di www.doctmag.com >>