

INFERTILITETI FEMËROR



Bleta Smajli - Vitia

Specialist i Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës

Infertiliteti përkufizohet si pamundësia e një çifti për të arritur shtatzëni pas tentativave (marrëdhëniet të rregullta) për një vit, si pasojë e mungesës së kapacitetit të një personi për tu riprodhuar qoftë si individ apo si çift. Duhet të theksojmë që edhe pa asnjë trajtim, gjysma e çifteve arrijnë shtatzëninë në vitin e dytë të përpjekjes për të ngelur shtatzënë(2). Kjo periudhë zakonisht shkakton ngarkesë psikologjike te çiftet. Statistikat tregojnë ngritje të numrit të rasteve që kërkojnë shërbime për infertilitet duke marr parasysh faktorët si: martesat në moshë të shtyrë, shtyrjet në planifikim të shtatzënisë, kushtet socio-ekonomike etj.(2). Infertiliteti është gjendje komplekse ku përfshihen aspekte mjekësore, psikologjike, dhe ekonomike. Sipas të dhënave të OBSH-së, infertiliteti prek miliona njerëz në mbarë botën, dhe ka ndikim në familjet dhe komunitetin ku jetojnë. Sipas ESHRE, në EU ka 25 milion njerëz të prekur. Të dhënat tregojnë se 1 në 6 njerëz të moshës riprodutive në mbarë botën e përfshijnë infertilitetin në jetën e tyre.

Etiologjia

Që të arrihet një shtatzëni e suksesshme kërkohen sekuenca të ndërlikuara siç janë: ovulimi, marrja e qelizës vezë nga tubat fallopian, fertilizimi, transporti i qelizës së fertilizuar në mitër dhe implantimi i qelizës së fertilizuar në endometriumin e përgatitur që ta pranojë atë. Në sistemin mashkullor duhet të ketë numër të konsiderueshëm të spermatozoideve kualitative në mënyrë që të depozitohen në cerviks gjatë kohës së ovulacionit. Identifikimi i problemit në sekuenca përkatese rrit shanset e trajtimit të suksesshëm.(3)

Pamundësia për të pasur një shtatzëni mund të vij si pasojë e faktorit mashkullor, femëror, apo edhe nga faktorë të pashpjegueshëm.

Infertiliteti femëror mund të lidhet me çrregullimet anatomike ose funksionale të organeve gjenitale (me ose pa prapavijë gjenetike), çrregullimet hormonale që shkaktojnë çekuilibër të hormoneve riprodhuese si dhe planifikimi i shtatzënisë në moshë më të shtyrë.

Infertiliteti mashkullor mund të vije si pasojë e funksionit/kualitetit jo normal të spermës (me ose pa prapavijë gjenetike), çrregullimeve hormonale, dëmtimet, infeksionet apo edhe anomalitë e traktit gjenital.

Faktorë rreziku mund të jenë edhe duhanpirja, sasia e shtuar e alkoolit, droga dhe mbipesha. Ekspozimi ndaj ndotësve të ndryshëm të ajrit, si dhe toksinave të ndryshme mund të afektojnë qelizat vezë dhe spermatozoidet duke çuar çiftet në infertilitet.

Dallojmë infertilitetin primar/parësor, ku nuk ka shtatzëni të mëparshme, dhe infertilitetin sekondar/dytësor, duke iu referuar infertilitetit pasi që kanë pasur një shtatzëni të mëparshme.

Sipas një studimi të Organizatës Botërore të

Shëndetësisë, nga 8500 çifte me infertilitet, 37% janë me infertilitet femëror, 8% janë me infertilitet mashkullor, ndërsa infertiliteti në çift ku përfshihen të dy partnerët shkon në 35%. Pjesa e mbetur e çifteve futet në grupin e infertilitetit të pashpjeguar.

Infertiliteti femëror

Sipas Qendrës për Kontrollin e Sëmundjeve (CDC) faktorët më të shpeshtë të infertilitetit femëror janë:

- Çrregullimet e ovulacionit (25 %)
- Endometrioza (15 %)
- Adhensionet e pelvikut (12 %)
- Blloku i tubave të fallopit (11 %)
- Anomalitë tjera të tubave fallopiane (11 %)
- Hiperprolaktinemia (7%)

Mosha e rritur, marrëdhëniet seksuale të rralla, ndryshimet beninje në mitër dhe vezore siç janë:

leiomiomat, endometriomat, ndërhyrjet e shpeshta kirurgjike me etiologji gjinekologjike, obstetrike apo edhe jo gjinekologjike, rritin shanset për infertilitet.(4)

Shkaktarët e çrregullimit të ovulacionit

Çrregullimet e ovulacionit mund të paraqiten si ovulacion i rrallë (oligoovulacion) ose mungesë e ovulacionit (anovulation) të cilat çojnë në infertilitet për shkak të mungesës së qelizës vezë për fertilizim. Femrat që kanë cikël të rregullt menstrual dhe që përfshijnë molimina (fryrje dhe ndjeshmëri të gjoksit, dysmenorrhea, fryrje të barkut) zakonisht kanë ovulacion. Nëse ato përfshijnë çrregullime të ciklit menstrual, mungesa të ciklit dhe nëse molimina është e rrallë apo mungon, gjasat janë për mungesë të ovulimit apo edhe ovulim i rrallë. Çrregullimet ovulatore ndahen në 4 grupe: hipotalamike, hipofizare, ovariale si dhe sindroma e ovareve policistike.(5)

Mosha luan rol të rëndësishëm në infertilitetin femëror. Rënia e fertilitetit me rritjen e moshës së femrës lidhet direkt me rënien e kualitetit dhe numrit të qelizave vezë. Fetuset e gjinisë femërore brenda në mitër posedojnë 6 deri 7 milion folikuj. Në momentin e lindjes së foshnjës janë rreth 1-2 milion folikuj, përderisa në moshën e pubertetit kemi rreth 300 mijë folikuj. (6) Rënie të theksuar të numrit të folikujve kemi rreth mesit të të tridhjetave.(7,8). Në këtë rënie ndikojnë duhanpirja, rrezatimet, hemoterapia dhe sëmundjet autoimmune.(9,10,11).

Femrat të cilat kanë reduktim të rezervave ovariale mund të kenë ende ovulacion të rregullt, por mund të kenë probleme në arritje të shtatzënisë për shkak të kualitetit të dobët të qelizave vezë. Disa mekanizma hipotetik përfshijnë ndryshimet midis qelizave gjermative që janë formuar në jetën intrauterine, dëmtimet e tyre që akumulohen ndër vite, ose kualitetin e qelizave

granulose që rrethojnë qelizën vezë i cili bie me kalimin e moshës.(12).

Sipas të dhënave epidemiologjike, janë bërë studime krahasuese nëse cistet e vogla ovariale kanë rol në infertilitet në raport me largimin kirurgjik të tyre i cili mund të jetë më dëmtues në rezervën ovariale se sa vet cista.(13)

Anomalitë e tubave fallopiane / adhesionet e pelvikut

Nëse kemi bllok të tubave fallopian, pengohet transporti i qelizave vezë dhe spermatozoideve dhe në këtë mënyrë pengohet shtatzënia. Shkaktari parësor i infertilitetit tubar janë sëmundjet inflamatore të pelvikut si pasojë e infeksionit me gonorrhea apo klamidia. Shkaktarë tjerë janë endometrioza, mandej adhesionet e shkaktuara nga ndërhyrjet e mëparshme kirurgjikale (apendicitet, sëmundjet inflamatorë të zorrëve), TBC e pelvikut, dhe divertikuloza e tubit fallopian. Bllokimi proksimal tubar ndodh si pasojë e grumbullimit të mukosit apo debrisëve apo edhe si pasojë e spazmeve të ostiumit uterotubal që në realitet nuk llogariten si okluzione të vërteta anatomike.(14) Blloku distal tubar mund të çojë në hidrosalpink, i cili ulë shkallën e suksesit të fertilizimit in vitro. Hidrosalpingu ndal migrimin e spermatozoideve, dhe si pasojë kemi rrjedhje retrograde në kavitetin uterin ku krijohen kushte të pafavorshme për implantim të shtatzënisë. Në këto raste, largimi i tubës rrit shanset për arritje të shtatzënisë me fertilizim in vitro.

Mitra

Pengesa në implantim qoftë me natyrë mekanike apo si pasojë e zvogëlimit të pranueshmërisë endometriale, janë baza e infertilitetit sa i përket faktorit uterin.

Leiomiomat janë tumore beninje, monoklonale të muskullit të lëmuar. Janë të shpeshta (1 në 5 femra). Varësisht prej lokalizimit mund të shkaktojnë infertilitet. Edhe pse ka të dhëna kundërthënëse, ato tregojnë se miomat me komponentë submukosale ose intrakavitare mund të zvogëlojnë shanset për arritje të shtatzënisë dhe shkallën e implantimit, duke rritur shanset me largimin kirurgjikal të tyre.

Anomalit e mitrës mund të shkaktojnë infertilitet duke interferuar në implantim. (15,16) Anomalitë Mulleriane kanë signifikançë të lartë në humbjet rekurrenente të shtatzënisë, ku septumi i mitrës prinë me shkallën më të ulët të fertilitetit. (17) Anomalitë e tjera strukturale që shoqërohen me infertilitet janë: polipet endometriale dhe sinehiet e formuara nga kyretazhet e mëparshme.

Qafa e mitrës

Në mesin e ciklit menstrual, lirohet mukus cervikal i cili ndihmon në lëvizjen e spermatozoideve.

Malformacionet kongjenitale dhe traumat e qafës së mitrës (duke përfshirë edhe ndërhyrjet kirurgjike) mund të rezultojnë në stenoze dhe pamundësi të qafës së mitrës për të krijuar mukus normal, dhe kështu pengojnë fertilizimin.

Defekti në fazën luteale i referohet anomalive

të trupthi të verdhë dhe rezulton me prodhim joadekuat të progesteronit, i cili ka rol kyç në përgatitjen e endometriumit për implantim.

Endometrioza - mekanizmi i uljes së fertilitetit të rastet me endometrioze përfshinë shtrembërimin apo prishjen e strukturave të rregullta, dëmtimin e indit ovarial nga endometriomat apo reseksionet kirurgjikale, dhe prodhimin e substancave si citokinet dhe faktori i rritjes të cilat pengojnë proceset normale të ovulacionit, fertilizimit, dhe implantimit.(18,19,20)

Faktorët imunologjik

Autoantitruapat - rastet e infertilitetit si pasojë e sëmundjeve imunologjike janë raportuar shpesh. Testimi imunologjik të çiftet me infertilitet në praktikën klinike nuk përkrahet nga të dhënat ekzistuese. Disa femra të cilat vuajnë nga sëmundjet autoimune janë në rrezik të shtuar për infertilitet i cili nuk është i lidhur direkt me efektin e antitruapeve në fertilizim apo implantim. Për shembull, insuficiencia premature e ovarëve përshkruhet te femrat me lupus erythematos dhe miastenia gravis. Ooforit autoimun mund të ndodh si pjesë e sindromes së insuficiencës autoimune poliglandulare të tipit të parë dhe të dytë, të cilat janë të shoqëruara me antitrupe që atakojnë organe multiple endokrine.

Celiakia - femrat të cilat vuajnë nga celiakia e patrajtuar mund të kenë rritje të anomalive riprodhuese, duke përfshirë infertilitetin, abortet, dhe ngecjen intrauterine.

Shkaktarët gjenetik

Çiftet me infertilitet kanë treguar prevalencë më të lartë të kariotipeve jo normale (trisomie, mosaikëve, translokimeve etj.).(21) Aneuploidite më të shpeshta të shoqëruara me infertilitet janë sy. Turner (45, X), syndrome Klinefelter (47, XXY). Janë identifikuar gjene jtë veçanta të cilat ndikojnë në fekundueshmëri si KAL1 (Syndrome Kallman), receptori GnRH, receptori FSH, nën njësia beta e FSH, receptori LH, FMR1, DAX 1, receptori për leptin, FGFR1 etj.

Infertiliteti i pashpjeguar është diagnozë që u jepet pacientëve pas një ekzaminimi të plotë ku si përfundim nuk është zbuluar shkaku.

Përfundim

Identifikimi i problemit në kohën e duhur sjellë rezultate pozitive. Duke marr parasysh kompleksitetin e sëmundjes edhe metodat trajtuese mund të jenë të kombinuara. Në disa raste trajtimi për infertilitet mund të përfshijë metoda medicinale, kirurgjikale dhe fertilizim in vitro.

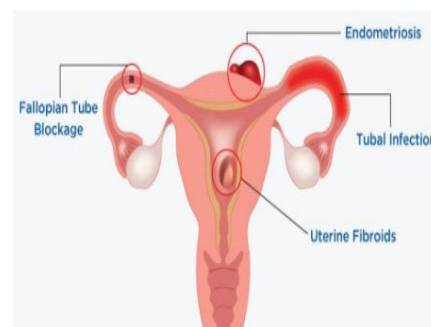


Figura 1. Strukturat patologjike që pamundësojnë arritjen e shtatzënisë. (<https://www.drchanchalsharma.com/female-infertility/>)

Referencat:

- <https://www.eshre.eu/>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertil Steril. 2014 Mar;101(3):633-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.032. PMID: 24559617.
- Williams, Gynaecology, Third edition.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. Fertil Steril. 2014 Mar;101(3):633-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.032. PMID: 24559617.
- Balen AH, Tamblin J, Skorupskaitė K, Munro MG. A comprehensive review of the new FIGO classification of ovulatory disorders. Hum Reprod Update. 2024 May 2;30(3):355-382. doi: 10.1093/humupd/dmae003. PMID: 38412452.
- Baker TG. Radiosensitivity of mammalian oocytes with particular reference to the human female. Am J Obstet Gynecol. 1971 Jul 1;110(5):746-61. doi: 10.1016/0002-9378(71)90271-7. PMID: 4935165.
- Richardson SJ, Senikas V, Nelson JF. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. J Clin Endocrinol Metab. 1987 Dec;65(6):1231-7. doi: 10.1210/jcem-65-6-1231. PMID: 3119654.
- Faddy MJ, Gosden RG. A mathematical model of follicle dynamics in the human ovary. Hum Reprod. 1995 Apr;10(4):770-5. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a136036. PMID: 7650119.
- Jick H, Porter J. Relation between smoking and age of natural menopause. Report from the Boston Collaborative Drug Surveillance Program, Boston University Medical Center. Lancet. 1977 Jun 25;1(8026):1354-5. doi: 10.1016/s0140-6736(77)92562-4. PMID: 69066.
- Cramer DW, Barbieri RL, Xu H, Reichardt JK. Determinants of basal follicle-stimulating hormone levels in premenopausal women. J Clin Endocrinol Metab. 1994 Oct;79(4):1105-9. doi: 10.1210/jcem.79.4.7962282. PMID: 7962282.