



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΣΦΑΚΙΑΝΟΥΔΗΣ

«Αδιέξοδα στη γονιμότητα δεν υπάρχουν»

Λόγω της οικονομικής κρίσης, οι καιροί είναι δύσκολοι και για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή;

Ποτέ δεν θα πάψουν να υπάρχουν ζευγάρια που έχουν όνειρο ζωής να αποκτήσουν ένα παιδί. Στους καιρούς όμως

που διανύουμε, το ζητούμενο για τα ζευγάρια αλλά και για τον ειδικό θα πρέπει να είναι η ανεύρεση του πιο σύντομου δρόμου για τον κοινό στόχο.

Το μεγαλύτερο στοίχημα λοιπόν για μας είναι να βρεθεί τάχιστα η υποκείμενη αιτία και να αντιμετωπιστεί με

ΟΙ ΠΟΛΛΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΥΝ ΛΥΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΤΙΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ Ν' ΑΠΟΚΤΗΣΕΙ ΚΑΘΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΠΑΙΔΙ, ΕΠΙΣΗΜΑΙΝΕΙ Ο ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΦΑΚΙΑΝΟΥΔΗΣ, ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ, ΕΙΔΙΚΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΔΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ «ΓΕΝΕΣΙΣ», www.sfakianoudis.gr

Είναι υποχρέωση του ειδικού να επικαιροποιεί τις γνώσεις του και να εφαρμόζει στις ασθενείς του την πιο σύγχρονη προσέγγιση προς όφελος της κοινής προσπάθειας.

τον απλούστερο, λιγότερο δαπανηρό και πλέον αποτελεσματικό τρόπο.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν αποτελεί πάντα την πρώτη λύση;

Η υπογονιμότητα δεν συνεπάγεται απαραίτητα και εξωσωματική. Γνωρίζετε για παράδειγμα ότι γυναίκες που δεν κάνουν εύκολα ωορρηξία λόγω πολυκυστικών ωοθηκών δεν χρειάζεται να υποβληθούν σε οποιαδήποτε ορμονική θεραπεία για να λύσουν το πρόβλημά τους αλλά να εφαρμόσουν μια απλή λαπαροσκοπική τεχνική (drilling ωοθηκών) ή να διορθώσουν τον μεταβολισμό της γλυκόζης τους για να αυξήσουν το δυναμικό της γονιμότητάς τους. Γνωρίζετε επίσης ότι στις μισές περιπτώσεις ιδιοπαθούς υπογονιμότητας η υπεύθυνη αιτία είναι η ενδομητρίωση και η θεραπεία της απομακρύνει κατά 50% περίπου την αναγκαιότητα εφαρμογής της εξωσωματικής. Προσωπικά προσπαθώ καθημερινά όταν συναντώ ένα καινούριο περιστατικό υπογονιμότητας να αναζητήσω τα πιθανότερα υποκείμενα αίτια, να τα αντιμετωπίσω με τον απλούστερο τρόπο και, εφόσον αυτό δεν είναι εφικτό, να καταφύγω στην εξωσωματική.

Τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια;

Ευτυχώς ναι! Και θεωρώ αδιανόητο να μην εξαντλούνται τα πλέον σύγχρονα μέσα που εμείς οι ειδικοί διαθέτουμε για την επίτευξη του κοινού στόχου όταν αντιμετωπίζουμε ένα καινούριο περιστατικό εξωσωματικής. Για παράδειγμα, σύμφωνα με μία πρόσφατη μελέτη της οποίας τα ευρήματα επιβεβαιώνουμε με αντίστοιχο ερευνητικό πρωτόκολλο στο Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής «Γένεσις», τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής διπλασιάζονται αν στον προηγούμενο κύκλο από την εμβρυομεταφορά διενεργηθεί μία απλή διέγερση του ενδομητρίου με υστεροσκοπική ή με μία ελαφριά απόξεση (endometrial scratching). Επίσης, στις ανεξήγητα αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής υπάρχει πλέον η δυνατότητα πλήρους ελέγχου του χρωμοσωμικού υλικού των εμβρύων με τη διαδικασία της προεμφυτευτικής διάγνωσης (Array-CGH). Είναι λοιπόν σαφές ότι η σύγχρονη ιατρική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαθέτει λύσεις για όλα τα προβλήματα.

Τι θα συμβουλευάτε λοιπόν τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πολλές αποτυχίες στην εξωσωματική;

Πάνω από όλα να μη χάνουν το κουράγιο τους και να αναζητήσουν το πρόβλημα από την αρχή μαζί με τη

βοήθεια ειδικού επιστήμονα. Θεωρώ πάντως αδιανόητο ένα ζευγάρι να υποβάλλεται σε επανειλημμένες πανομοιότυπες προσπάθειες εξωσωματικής και το μόνο που να αλλάζει να είναι το κέντρο εξωσωματικής ή το χορηγούμενο φάρμακο.

Εννοείται ότι δεν είναι έξυπνο να πηγαίνουν από κέντρο σε κέντρο όταν υπάρχει αποτυχία;

Χρειάζεται να έχουν υπομονή και να εμπιστεύονται τον γιατρό τους, αρκεί αυτός να χρησιμοποιεί έξυπνα και προς όφελος του ζευγαριού τις ειδικές γνώσεις του. Για παράδειγμα, υπάρχει μία σημαντική παράμετρος η οποία λέγεται «παράθυρο εμφύτευσης» και η οποία συχνά αγνοείται. Είναι η μοναδική για κάθε γυναίκα περίοδος (διάρκειας μερικών ωρών) κατά την οποία το ενδομήτριο αλλάζει τη γονιδιακή του έκφραση και είναι δεκτικό στην εμφύτευση εμβρύου. Το «παράθυρο» αυτό είναι στις περισσότερες γυναίκες ανοικτό τη δεύτερη με τρίτη μέρα μετά την ωορρηξία (ωοληψία). Υπάρχει όμως ένα ικανό ποσοστό ασθενών στις οποίες το παράθυρο δεν είναι ανοικτό τότε αλλά αργότερα την τέταρτη και πέμπτη ημέρα μετά από την ωορρηξία. Άρα είναι απαράδεκτο σε γυναίκες με δύο ή τρεις αποτυχημένες εμβρυομεταφορές δεύτερης ή τρίτης μέρας να μην προτείνεται εμβρυομεταφορά στο στάδιο του μοριδίου ή

της βλαστοκύστης (τέταρτη ή πέμπτη μέρα αντίστοιχα). Ευτυχώς είναι πολλά τα περιστατικά που έχω να θυμηθώ και τα οποία έχουν ευεργετηθεί από την εφαρμογή τέτοιου είδους παρεμβάσεων.

Επομένως ο ειδικός στην εξωσωματική θα πρέπει να προτείνει λύσεις και προσεγγίσεις ανάλογα με την περίπτωση;

Ακριβώς! Δεν υπάρχουν ομαδοποιημένες συνταγές ούτε ομαδικές λύσεις. Αν κάτι προσωπικά με συναρπάζει στη γονιμότητα είναι η εναλλαγή και η ποικιλότητα. Απαιτείται μία λεπτομερής και εξατομικευμένη προσέγγιση απέναντι σε κάθε ζευγάρι. Από εκεί και πέρα λύσεις υπάρχουν. Οφείλουμε απλά να τις αναζητήσουμε και να τις εφαρμόσουμε. Ένα είναι το συμπέρασμα: αδιέξοδα στη γονιμότητα δεν υπάρχουν.

Είναι απίστευτο πάντως πόσα πλέον γνωρίζει η επιστήμη για τη διαδικασία της ανθρώπινης αναπαραγωγής...

Αυτό είναι αλήθεια. Γνωρίζουμε περισσότερα από όσα ποτέ και πολύ πιθανόν στο μέλλον χάρη στις εξελίξεις της επιστήμης να γνωρίζουμε ακόμα περισσότερα. Είναι υποχρέωση του ειδικού να επικαιροποιεί τις γνώσεις του και να εφαρμόζει στις ασθενείς του την πιο σύγχρονη προσέγγιση προς όφελος της κοινής προσπάθειας.