

CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Ginecologo Responsabile PMA ***Dott. Renzo Poli***,
coadiuvato da un'equipe di professionisti che condivide e
persegue il miglioramento della qualità attraverso l'analisi
dei risultati e l'applicazione dei principi etici.

• Equipe

MEDICI SPECIALISTI

Dott. Antonio Ferraresso

Dott. Franco Zagato

Dott. Guglielmo Bonanni

Dott. Leopoldo De Besi

Prof. Giovanni Fava

Dott.ssa Elisa Guidoni

Dott.ssa Denise Capuzzo

Ginecologo

Anestesista

Endocrinologo/
Andrologo

Endocrinologo/
Andrologo

Psichiatra

Urologa

Ginecologa

PERSONALE SPECIALISTICO

Dott.ssa Laura Balzan

Psicologa

PERSONALE TECNICO DI LABORATORIO PMA

Dott.ssa Marina Castelli

Dott.ssa Cecilia Zicchina

Biologa

Biologa

PERSONALE TECNICO SANITARIO

Dott.ssa Lidia Levorato

Sig.ra Gaia Pistoiesi

Sig.ra Florica Ciobotaru

Ostetrica

Infermiera

Professionale

Infermiera

Professionale

I NOSTRI OBIETTIVI

Garantire l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali e la
qualità del servizio erogato attraverso l'utilizzo di risorse
professionali e tecnologiche adeguate:

- Adottare e mantenere un sistema di qualità;
- Soddisfare le esigenze dell'utenza;
- Raggiungere e mantenere lo standard di prodotto e di servizio così come programmato, con il fine di perseguire un miglioramento continuo.

DIAGNOSTICA PAVANELLO SRL

PADOVA LOC. PONTE DI BRENTA - Via Bravi, 49
Tel. 049 6225201/202

www.diagnosticapavanello.it

DIAGNOSTICA PAVANELLO SRL



CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA DI III° LIVELLO

DIAGNOSI E CURA DELLA STERILITÀ DI COPPIA

LA SALUTE È IL NOSTRO OBIETTIVO



FASE TERAPEUTICA PER L'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE DI PMA INDIVIDUATE CON LA COPPIA

In base ai risultati ottenuti con gli esami/indagini di primo e/o secondo livello, il Medico Specialista può valutare concordemente con la coppia quale tecnica risulta essere la più idonea per passare alla fase terapeutica, in un percorso graduale a diverso grado di invasività tecnica.

TECNICHE DI BASE (LIVELLO ZERO)

RAPPORTI PROGRAMMATI

Questa metodica si propone di individuare e predire il timing ovulatorio (il giorno dell'ovulazione con la finestra ideale dei rapporti finalizzati alla procreazione). Per raggiungere lo scopo, si ricorre al monitoraggio ormonale ed ecografico del ciclo ovarico ed alla sua eventuale modulazione farmacologica, qualora se ne ravvisasse la necessità. Importante, inoltre, la valutazione della fase luteale per individuare e correggere per tempo eventuali deficit.

TECNICHE DI PRIMO LIVELLO - IUI

(Procedure eseguibili senza anestesia locale)

INSEMINAZIONE CON O SENZA INDUZIONE MULTIPLA DELL'OVULAZIONE

Inseminazioni cervicali, intrauterine, intratubarica, intraperitoneale (in base alle caratteristiche della Coppia) che consistono nell'introduzione degli spermatozoi adeguatamente preparati nel canale cervicale, in cavità uterina, nella salpinge, in peritoneo prossima alla salpinge.

Indicazioni

1. sterilità inspiegata;
2. infertilità maschile lieve;
3. endometriosi I-II stadio e casi selezionati di III-IV stadio della classificazione American Fertility Society (AFS) in particolare dopo intervento chirurgico;
4. ripetuti insuccessi di induzione della gravidanza con stimolazione dell'ovulazione e rapporti mirati;
5. fattore cervicale.

TECNICHE DI SECONDO E TERZO LIVELLO

(Procedure eseguibili in anestesia locale e/o sedazione profonda)

- FIVET
- ICSI
- PRELIEVO TESTICOLARE DEI GAMETI

FECONDAZIONE IN VITRO E TRASFERIMENTO DELL'EMBRIONE (FIVET)

È stata la prima tecnica ad essere applicata con esito positivo alle coppie sterili (1978). Con questa tecnica la percentuale di successo è circa il 28%

Indicazioni

1. fattore tubo-peritoneale: patologia tubarica acquisita o congenita (precedente gravidanza ectopica, precedenti aborti tubarici, anamnesi positiva per flogosi pelvica, interventi chirurgici sulla pelvi);
2. infertilità maschile di grado moderato: quando il trattamento medico chirurgico o inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono stati giudicati non appropriati;
3. endometriosi di III o IV grado;
4. endometriosi se la chirurgia o le inseminazioni intrauterine non hanno dato risultati o sono state giudicate non appropriate;
5. infertilità inspiegata se il trattamento precedente (es: cicli di inseminazione) non ha dato risultati o è stato giudicato non appropriato;
6. seme crioconservato in relazione alla qualità seminale successiva allo scongelamento;
7. fallimento dell'iter terapeutico a bassa tecnologia.

MICROINIEZIONE INTRACITOPLOSMATICA DELLO SPERMATOZOO (ICSI)

Permette di superare la sterilità in quelle coppie dove i parametri seminali sono inadeguati per la FIVET, oppure dove con la FIVET non si è avuta la fecondazione.

Con questa tecnica la percentuale di successo è del 25%.



Indicazioni

1. infertilità maschile di grado severo;
2. azoospermia ostruttiva e secretiva (spermatozoi testicolari o epididimari);
3. mancata o ridotta fecondazione in precedenti cicli di fecondazione in vitro (FIV);
4. ovociti scongelati;
5. ridotto numero di ovociti;
6. seme crioconservato in relazione alla qualità seminale successiva allo scongelamento.

PRELIEVO TESTICOLARE DEI GAMETI

TESE, TESA o PESA (Biopsia del testicolo, Agoaspirato Percutaneo dal Testicolo o dall'Epididimo)

Queste tecniche permettono di recuperare spermatozoi in persone azospermiche o in mancanza di eiaculato, rendendo così possibile la fecondazione degli ovociti.

Indicazioni

- Azoospermia ostruttiva (sia l'epididimo che il testicolo contengono una notevole quantità di elementi germinali maturi), il recupero è del 100% dei casi.
- Azoospermia secretoria (produzione di sperma estremamente povero, in esso così sono pochi spermatozoi prodotti che non possono raggiungere la eiaculazione), il recupero è del 15%.

CRIOCONSERVAZIONE DEI GAMETI (OVOCITI E SPERMATOZOI) E CRIOCONSERVAZIONE DI EMBRIONI

La crioconservazione di gameti, seme, ovociti, embrioni permette di conservare ovociti e gameti maschili per un tempo indefinito ed avere l'opportunità di preservare la fertilità in previsioni di futuri trattamenti medici e clinici che potrebbero alterarla.

Consiste nello stoccaggio del materiale prelevato all'interno di appositi dispositivi (in azoto liquido alla temperatura di -196°C) in una sostanza crioprotettrice in grado di mantenere la vitalità della cellula.

Permette quindi di garantire una possibile futura fertilità anche a quei pazienti che, per patologie e terapie associate o per interventi chirurgici o per lesioni del midollo spinale, sarebbero a rischio di futura sterilità.