

La poliabortività e fallimento ricorrente dell'impianto

Con il termine di poliabortività o aborto spontaneo ricorrente si definisce l'interruzione entro le prime 12 settimane di gestazione di due o più gravidanze successive, non intervallata da una gravidanza portata a termine.

Nella popolazione generale mediamente il 5% delle donne ha avuto 2 aborti ricorrenti, mentre solo l'1% ne avrà 3 o più.

L'aborto spontaneo è un evento molto frequente che riflette l'estrema delicatezza del primo trimestre di gravidanza e che segna l'interruzione di circa il 20% delle gravidanze riconosciute. E' dimostrato che questa percentuale aumenta fino al 50% circa, se consideriamo complessivamente tutte le gravidanze, le clinicamente accertate e i concepimenti che passano inosservati in quanto il fallimento viene scambiato per un semplice ritardo mestruale.

Per fallimento ricorrente dell'impianto embrionario dopo riproduzione assistita FIVET o ICSI si intende l'assenza di impianto o gravidanza clinica dopo ripetuti transfer embrionari.

Le cause che portano ad una interruzione o un mancato impianto sono svariate e spesso sovrapponibili; fra le più frequenti:

CAUSE ANATOMICHE

Alterazioni morfologiche congenite (malformazioni) e acquisite (fibromi, miomi, sinechie endometriali, cicatrici) principalmente dell'utero, che ne impediscono la normale distensione, costituiscono circa un 10 % dei motivi di insuccesso.

CAUSE ENDOCRINE

Fra i responsabili le alterazioni ormonali quali i difetti di produzione di progesterone da parte del corpo luteo ma anche alterazioni della prolattina e del livello di LH, classicamente nelle donne con ovaio policistico e nell'amenorrea.

La funzione tiroidea alterata, particolarmente l'ipotiroidismo anche subclinico, non sembrerebbe essere responsabile di aborto anche se è importante riportare gli ormoni ad un range di attività fisiologica.

La tiroidite autoimmune caratterizzata dalla presenza di anticorpi anti-tiroide è invece fattore prognostico negativo.

CAUSE IMMUNOLOGICHE

Il sistema immune può interferire con l'impianto o il regolare sviluppo del feto attraverso meccanismi tipo rigetto ma anche attraverso meccanismi autoimmuni.

L'autoimmunità è il processo mediante il quale il nostro organismo produce anticorpi contro se stesso. Il ritrovamento di questi anticorpi (antinucleo, anti-fosfolipidi, anti-cardiolipina, ecc) sia in presenza che in assenza di malattia autoimmune clinicamente manifesta, ha delle ripercussioni negative sul microcircolo utero-placentare da cui scaturisce l'interruzione di gravidanza.

DIFETTI GENETICI

Alterazioni cromosomiche, responsabili del 3-5 % degli insuccessi, sono più frequenti nel prodotto abortivo che nelle coppie coinvolte. L'analisi della mappa cromosomica dei due partner e, quando possibile, del prodotto del concepimento (materiale abortivo) è utile nell'identificazione di questa causa.

CAUSE INFETTIVE

Il ruolo dei processi infettivi è ancora controverso; tra i germi più comunemente incriminati: Chlamydia, Mycoplasma, Ureaplasma, Listeria, Cytomegalovirus e Toxoplasma.

CAUSE METABOLICHE

Elevati livelli di glicemia nel primo trimestre aumentano il rischio di aborto, allo stesso modo il diabete, particolarmente quando scompensato o complicato da danni vascolari del microcircolo.

CAUSE VASCOLARI E COAGULATIVE

Anomalie ereditarie di alcuni fattori della coagulazione, come il deficit di antitrombina III, di proteina C e S, la mutazione congenita del fattore V di Leiden o della MTHFR responsabile di elevati livelli di omocisteina, predispongono geneticamente all'ipercoagulabilità e ai susseguenti difetti di vascolarizzazione, responsabili di aborti e mancati impianti.

FATTORI AMBIENTALI

L'influenza del fumo, del consumo di alcool e caffè è minima, tuttavia è sconsigliabile l'uso di tabacco, alcool, droghe e altre sostanze tossiche. Basse concentrazioni di acido folico prima della gravidanza e nel I trimestre sono associate ad aborti spontanei così come l'esposizione a gas anestetici, benzene, formaldeide, ossido d'etilene.

La possibilità di intervenire, oggi, con una corretta diagnosi e un'adeguata terapia ci permette di ridurre i fallimenti e di portare avanti con successo numerose gravidanze; purtroppo, però, nel 30-40% delle pazienti non è possibile individuare una spiegazione plausibile che giustifichi l'interruzione della gravidanza o il mancato impianto dell'embrione.