

## PËRKUFIZIME DHE KONSIDERATA TË PËRGJITHSHME

**Infertiliteti përkufizohet** si paaftësia për të realizuar shtatzëni klinike pas 12 muajsh marrëdhënie seksuale të rregullta dhe të pambrojtura ose për shkak të një dëmtimi absolut të aftësisë së një personi për t'u riprodhuar me partnerin e tij/saj". Vlerësimi dhe trajtimet e fertilitetit mund të fillojnë më herët se 12 muaj në varësi të historisë mjekësore, seksuale dhe riprodhuese; moshë; gjetjet fizike; dhe teste diagnostike. Termat "subfertilitet" dhe "infertilitet" mund të përdoren në mënyrë të ndërsjellë.

Koha deri në shtatzëni i referohet kohëzgjatjes, e matur zakonisht në muaj, që i duhet një çifti për të mbetur shtatzënë. Ky parametër përdoret shpesh në studimet epidemiologjike si masë e subfertilitetit .

Fertiliteti normal - Shumica e shtatzënanive ndodhin gjatë gjashtë cikleve të para menstruale të tentativës për konceptim.

**Fekondim in vitro (ivf ose fiv)** është një lloj teknologjie riprodhuese e asistuar që konsiston në bashkimin e qelizës seksuale mashkullore (spermatozoidi) dhe qelizës seksuale femërore (ovociti) në kushte laboratorike me qëllim krijimin e embrioneve humane dhe vendosjen e tyre në mitrën e vet pacientes ose të një gruaje tjetër pritëse (Surrogata).

IVF përdoret për trajtimin e infertilitetit në çift, realizimin e shtatzënive në individë "Surrogate" dhe për të shmangur transmetimin e sëmundjeve gjenetike në kombinim me testimin gjenetik të embrionit para implantimit (PGD).

Gjithmonë ai duhet të paraprihet nga një fazë parapërgatitore e cila përfshin vlerësimin e historisë infertile dhe të trajtimeve të çiftit, zgjedhjen e protokollit të duhur të stimulimit dhe aplikimin e medikamenteve apo procedurave të ndryshme të cilat mund të optimizojnë akoma më shumë shanset e suksesit të IVF.

**Inseminimi intrauterin (IUI)** është një teknikë mjekësore e cila konsiston në përgatitjen e spermës në laborator duke rritur cilësinë e saj fertilizuese dhe injektimin direkt në kavitetin uterin përmes një kateteri specifik transcervikal.

**Injeksioni intracitoplazmatik (ICSI)** është një procedurë e fekondimit in vitro (IVF) në të cilën një qelizë e vetme sperme injektohet direkt në citoplazmën e një veze. ICSI është trajtimi më i zakonshëm dhe më i suksesshëm për infertilitetin mashkullor.

**Stimulimi ovarial (OS)** konsiston në trajtimin farmakologjik me synimin për të nxitur zhvillimin e folikujve ovarial. Mund të përdoret për dy qëllime:

- ✓ për marrëdhënie seksuale natyrale të programuara në kohë ose inseminim intrauterin;
- ✓ në ART, për të marrë ovocite të shumëfishta përmes aspirimit folikular.

**Pacientë me përgjigje të dobët ovariale (POR)** në teknologjinë e riprodhimit ovarial të asistuar : Një grua e trajtuar me stimulim ovarial për ART, në të cilën janë të pranishme të paktën dy nga karakteristikat e mëposhtme: (1) Moshë e avancuar e nënës ( $\geq 40$  vjeç); (2) Një përgjigje e mëparshme e dobët ovariale ( $\leq 3$  ovocite me një protokoll stimulimi konvencional që synon marrjen e më shumë se tre ovociteve); dhe, (3) Një test rezervë jonormale të vezoreve (d.m.th. numri i folikulave antral 5-7 folikuj ose hormoni anti-Mullerian 0,5-1,1 ng/ml (kriteret e Bolonjës); ose vlera të tjera referimi të marra nga një popullatë referencë e standardizuar.)

**Përgjigje e lartë ose e tepruar ovariale:** Individët me një përgjigje të lartë ndaj stimulimit ovarial prodhojnë një numër të madh të ovociteve të pjekura dhe/ose nivele të larta të estradiolit. Modifikimi i protokollit të stimulimit është i rëndësishëm për të shmangur sindromën e hiperstimulimit ovarial (OHSS).

**Sindroma e hiperstimulimit ovarial (OHSS):** Një përgjigje e ekzagjeruar sistematike ndaj stimulimit ovarial e karakterizuar nga një spektër i gjerë manifestimesh klinike dhe laboratorike.

Mund të klasifikohet si i lehtë, i moderuar ose i rëndë sipas shkallës së distensionit abdominal, zmadhimit të vezoreve dhe komplikimeve respiratore, hemodinamike dhe metabolike.

## **Prevalenca**

Prevalenca e infertilitetit ndryshon në bazë të përkufizimit të përdorur dhe variablave të studimit të përfshirë, si koha/periudha, rajoni gjeografik dhe faktorët demografikë të pacientit.

**Ndikimi i rritjes së moshës së femrës** – Prevalenca e infertilitetit në përgjithësi rritet me rritjen e moshës së femrës. Analiza e të dhënave nga Studimi Global i Sëmundjeve të Barrës 2016 raportoi se femrat e moshës 20 deri në 24 vjeç kishin shkallën më të ulët të infertilitetit (afërsisht 3%) ndërsa ato të moshës 35 deri në 39 vjeç kishin normat më të larta (rreth 5.5%) [9]. Kontribuesit specifikë të moshës përfshijnë uljen e rezervës ovariane dhe ndikimin e grumbulluar të sëmundjeve gjinekologjike, sëmundjeve shoqëruese mjekësore dhe infeksionit, ndër të tjera.

**Ndikimi i racës/etnicitetit** – Ndërsa raca/etnia mund të ndikojë në prevalencën e infertilitetit [10], kjo lidhje ka të ngjarë të reflektojë problemet e lidhura me statusin socio-ekonomik, në vend të një marrëdhënieje të vërtetë [11].

**Ndikimi i nulliparitetit** – Për femrat, individët nulliparë kanë më shumë gjasa të përjetojnë infertilitet sesa ata me një shtatzëni të mëparshme, në të gjitha grupmoshat. Në analizën e të dhënave nga Anketa Kombëtare e Rritjes së Familjes në SHBA, individët nulliparë si grup kishin më shumë se dyfishin e prevalencës së infertilitetit krahasuar me individët parë (13 kundrejt 6%) [10]. Individët nuliparë të moshës 35 deri në 39 vjeç kishin një prevalencë gati katërfish më të rritur të infertilitetit krahasuar me homologët e tyre parous (27.2 kundrejt 7%).

Aksesi në shërbimet e shëndetit riprodhues – Aftësia për të aksesuar shërbimet e shëndetit riprodhues shoqërohet me prevalencë të reduktuar të infertilitetit, me gjasë nëpërmjet shqyrtimit dhe trajtimit të përmirësuar të sëmundjeve dhe infeksioneve gjinekologjike [10]. Ky konstatim ka implikime të rëndësishme për politikat publike.

## **Shkaqet e infertilitetit**

Task-forca e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) për Diagnozën dhe Trajtimin e Sterilitetit kreu një studim të 8500 çifteve infertile dhe përdori kritere standarde diagnostikuese për të përcaktuar kushtet mjekësore që kontribuojnë në infertilitet [12]. Në vendet e zhvilluara,

infertiliteti me faktorin femëror u raportua në 37% të çifteve infertile, infertiliteti me faktorin mashkullor në 8% dhe infertiliteti me faktorin mashkull dhe femër në 3%. Pesë % e çifteve kishin infertilitet të pashpjegueshëm dhe 15% mbetën shtatzënë gjatë studimit.

Faktorët më të zakonshëm të identifikueshëm femëror, të cilët përbënin 81% të infertilitetit femëror, ishin:

- ✓ Çrregullimet e ovulacionit (25%)
- ✓ Endometrioza 15%
- ✓ Aderencat pelvike 12%
- ✓ Bllokimi i tubave 11%
- ✓ Anormalitete të tjera tubale 11%
- ✓ Hiperprolaktinemia 7%

Me rritjen e moshës femërore, ka një rritje të përqindjes së grave me infertilitet të lidhur me moshën. Përveç kësaj, rriten edhe faktorë të tjerë që mund të ulin fertilitetin, si leiomioma, sëmundja e tubave dhe endometrioza. Një reduktim në frekuencën koitale me rritjen e moshës ndikon gjithashtu në fertilitetin .

Një studim i bazuar në popullatë raportoi rezultatet e mëposhtme :

- ✓ Faktori mashkullor (hipogonadizëm, defekte posttestikulare, mosfunksionim i tubit seminifer) – 26%
- ✓ Mosfunksionimi i ovulacionit - 21%
- ✓ Dëmtimi i tubit - 14%
- ✓ Endometrioza - 6%
- ✓ Problemet koitale – 6%
- ✓ Faktori i qafës së mitrës - 3%
- ✓ E pashpjegueshme - 28%

Vlen të përmendet se totali në studimin e mësipërm për të gjitha shkaqet e infertilitetit është më i madh se 100% sepse disa çifte kishin më shumë se një problem. Frekuenca e këtyre faktorëve në infertilitet është e ngjashme pavarësisht nëse infertiliteti është parësor apo sekondar dhe nuk ka ndryshuar ndjeshëm gjatë 25 viteve të fundit në vendet e zhvilluara .