

Preservazione della fertilità femminile: random start versus conventional stimulation, tecniche a confronto.

Amerigo Vitagliano¹, Shara Borgato¹, Carlo Saccardi¹, Salvatore Giovanni Vitale², Antonio Simone Laganà², Salvatore Gizzo¹, Pietro Salvatore Litta¹, Michele Gangemi¹, Marco Noventa¹

1 - Department of Woman and Child Health – University of Padua, Padua, Italy.

2 - Department of Human Pathology in Adulthood and Childhood "G. Barresi", University of Messina, Messina, Italy.

Autore Presentatore:

Amerigo Vitagliano, MD
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino
U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia
Via Giustiniani 3
35128 Padova
Italy
Telephone: +39 333 1467105 - +39 049 8213400
Fax: +39 049 8211785
e-mail: amerigo.vitagliano@gmail.com

Introduzione: L'incidenza globale di neoplasie maligne è in aumento e molte diagnosi riguardano donne in età fertile. I trattamenti antitumorali sono estremamente dannosi per il sistema riproduttivo femminile, per cui negli ultimi anni sono state sviluppate diverse strategie per la preservazione della futura fertilità femminile. Di queste, la stimolazione-ovarica-controllata (COS) con criopreservazione dei gameti rappresenta la tecnica più utilizzata. La stimolazione ovarica convenzionale (CS) prevede la somministrazione di gonadotropine a partire dal secondo/terzo giorno del ciclo mestruale. Tuttavia la necessità di iniziare terapia adiuvanti il più precocemente possibile, impone l'identificazione di nuovi protocolli di stimolazione che vadano incontro alle tempistiche oncologiche.

Materiali e Metodi: Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo su una coorte di pazienti afferita al centro di Fisiopatologia della Riproduzione Umana di Padova (2010-2016) per eseguire criopreservazione ovocitaria per motivi oncologici. Abbiamo confrontato le pazienti sottoposte a CS con le pazienti sottoposte a Random-start-stimulation (RS; che prevede l'inizio della stimolazione in qualsiasi giorno del ciclo). Outcomes sono stati: numero di ovociti totali, ovociti MII, numero di follicoli ≥ 16 mm al momento dell'induzione dell'ovulazione, durata della COS, giorni di

GnRH-antagonista. Abbiamo valutato inoltre se il tipo di neoplasia influisce sull'outcome della stimolazione.

Risultati: 37 pazienti sono state incluse nello studio. 23 pazienti (62,16%) sono state sottoposte a CS (Gruppo A) e 14 (37,84%) a RS (Gruppo B). Non sono emerse differenze statisticamente significative nella durata della stimolazione tra Gruppo A e Gruppo B. Il numero totale di ovociti raccolti ($10,39 \pm 7,6$ vs $6,9 \pm 4,18$), il numero di ovociti maturi raccolti ($7,94 \pm 6,67$ vs $5,72 \pm 3,7$) e il numero di follicoli con diametro maggiore di 16mm ($5,17 \pm 3,24$ vs $3,9 \pm 1,8$) sono risultati significativamente più alti nel Gruppo A rispetto al Gruppo B. Nelle donne con Linfoma di Hodgkin numero di follicoli maggiori di 16mm ($5,15 \pm 3,6$ vs $3,95 \pm 2,14$), numero totale di ovociti raccolti ($10,92 \pm 8,17$ vs $7,1 \pm 4,5$) e numero di ovociti maturi raccolti ($7,85 \pm 7,41$ vs $5,68 \pm 4,17$) sono risultati significativamente più alti rispetto alle donne con carcinoma mammario.

Discussione: La scelta del trattamento più adatto per la preservazione della fertilità in pazienti oncologiche tra CS e RS deve basarsi sulla valutazione del rapporto rischio/beneficio di un'eventuale attesa per l'inizio della stimolazione ovarica convenzionale e del rischio che tale attesa può rappresentare per la paziente in termini di prognosi oncologica.

Conclusioni: CS ed RS si sono dimostrati protocolli validi per la preservazione della fertilità femminile in campo oncologico. Se da una parte CS offre risultati migliori in termini di recupero ovocitario, dall'altra parte RS è da preferire nel caso in cui vi sia urgenza di iniziare terapie adiuvanti.