

Pretrattamento con pillola nelle pazienti “poor responders”: ha un razionale?

Shara Borgato¹, Marco Noventa¹, Salvatore Giovanni Vitale², Antonio Simone Laganà², Michele Gangemi¹, Giovanni Battista Nardelli¹, Salvatore Gizzo¹, Pietro Salvatore Litta¹, Carlo Saccardi¹, Amerigo Vitagliano¹

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:

Shara Borgato, 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: sharaborgato@gmail.com

Introduzione: Nonostante le numerose innovazioni tecnologiche dell’ ultimo decennio, il miglioramento nella conoscenza dei meccanismi biologici-genetici che sottendono all’ “aging ovarico” e l’ introduzione di nuovi farmaci per la stimolazione ovarica controllata(COS), l’ outcome dei cicli di PMA nelle pazienti “poor responders” è rimasto sostanzialmente invariato, con tassi di gravidanza che rimangono inferiori al 10%.

Il pretrattamento con pillola estroprogestinica in queste pazienti è stato studiato da diversi Autori negli ultimi anni con risultati spesso discordanti, al punto che ad oggi è considerato ancora un trattamento “empirico”.

Materiali e Metodi: Abbiamo effettuato uno studio osservazionale(2015–2016) caso-controllo su pazienti “poor responders” consecutive sottoposte a COS con e senza pretrattamento estroprogestinico. Le pazienti sono state divise in due Gruppi (Gruppo_A:pretrattamento; Gruppo_B:non pretrattamento) e due Sottogruppi (Sottogruppo_1:AMH \geq 0,6ng/mL;

Sottogruppo_2:AMH<0,6ng/mL) Di ciascuna paziente abbiamo raccolto i valori di riserva ovarica e gli outcomes del ciclo: FORT(follicular-output-rate), numero di follicoli >15 mm, numero di ovociti totali, ovociti maturi, embrioni totali, durata della stimolazione e tassi di gravidanza.

Risultati: 69 pazienti sono state incluse nello studio: 38 nel Gruppo_A e 31 nel Gruppo_B; 17 nel Sottogruppo_A1, 21 nel Sottogruppo_A2, 16 nel Sottogruppo_B1 e 15 nel Sottogruppo_B2. 7 cicli di COS sono stati cancellati per mancata risposta, di cui 4 nel Sottogruppo_A2. La durata della COS è risultata maggiore nel Gruppo_A($p<0,001$), così come i giorni di assunzione di GnRH-antagonista($p<0,001$), il numero di follicoli ≥ 15 mm($p<0,001$), il FORT($p=0,001$). Nessuna differenza nel numero di embrioni, ovociti totali ed ovociti maturi è emersa tra i due Gruppi. Analizzando le differenze tra Sottogruppo_A1 e Sottogruppo_B1 si evince che: il numero di ovociti totali è risultato maggiore nel Sottogruppo A_1 ($p=0,008$), così come il FORT($p=0,019$). Viceversa, confrontando Sottogruppo_A2 e Sottogruppo_B2, nessuna differenza è emersa, eccetto che una durata maggiore della stimolazione nel Sottogruppo_A2. ($p=0,048$) Nessuna differenza è emersa nel numero di gravidanze tra i Gruppi e i Sottogruppi.

Discussione: Il razionale del pretrattamento con pillola nelle pazienti “poor responders”, spesso soggette a reclutamento follicolare precoce, sembra risiedere nella “sincronizzazione” dei follicoli antrali, che permette la stimolazione di una coorte follicolare omogenea in corso di COS, seppure a discapito di un maggiore dispendio di gonadotropine. Tale proprietà farmacologica sembra essere vantaggiosa esclusivamente nelle donne con riserva ovarica non eccessivamente compromessa.

Conclusioni: Il pretrattamento con pillola andrebbe considerato solo nelle pazienti con riserva ovarica non eccessivamente compromessa. Nelle pazienti con riserva ovarica esigua, viceversa, il suo utilizzo andrebbe evitato.