

## **Office Hysteroscopy (OH) in un programma di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**

**Autori e enti di appartenenza:** Claudia Nardelli 1; Ettore Cicinelli 2; Stefano Bettocchi 2; Oronzo Ceci 2; Annarosa Chincoli 2; Vita Caroli Casavola 2; Doriana Falagario1; Margherita Patrizia Vacca 1; Paola Masciandaro1; Raffaella Depalo 1

1UOs di PMA e Crioconservazione dei gameti, AOU Consorziiale Policlinico, Bari.

2UOC Ginecologia ed Ostetricia Universitaria II, Università degli studi di "Aldo Moro", AOU Consorziiale Policlinico, Bari.

### **INTRODUZIONE**

Office hysteroscopy (OH) rappresenta il "gold standard" nella valutazione della cavità uterina. Una recente metanalisi di Pundir (2014) dimostra che in donne asintomatiche, OH eseguita precedentemente al primo tentativo di PMA migliora l'outcome clinico. Al momento non esiste consenso sul possibile ruolo positivo di OH nei programmi di PMA. Questo studio valuta retrospettivamente l'incidenza di patologie intrauterine in donne sottoposte ad OH prima di trattamenti di PMA e compara l'outcome clinico della PMA, nelle pazienti con isteroscopia normale e con anomalie uterine, per valutare se OH impatta l'esito del trattamento.

### **MATERIALI E METODI**

1098 pazienti infertili avevano eseguito OH prima di PMA (anni 2007 al 2016). Criteri di inclusione: età  $\leq$  40 anni, normale riserva ovarica, BMI  $\leq$  30 kg/m<sup>2</sup>; criteri di esclusione: patologie uterine conosciute, aborto ricorrente, patologia infiammatoria pelvica/endometriti.

### **RISULTATI**

668(60.83%) pazienti non presentavano patologia, 430(39.16%) mostravano anomalie cervicali (n=147; 34.1%), endometriali (n=262; 60.9%), degli osti tubarici (n=12; 2.7%), della cavità uterina (n=18;4.1%). Le anomalie venivano trattate isteroscopicamente. Nelle pazienti con OH normale e con anomalie isteroscopiche non si osservavano differenze significative di tasso di impianto (11.09% vs 12.14%) e di gravidanza clinica (26.46% vs 24.65%). 366(33.33%) pazienti avevano eseguito in precedenza due o più cicli di PMA con fallimento di impianto; di queste, 234(63.93%) avevano isteroscopia normale e 132(36.06%) patologie uterine. In questi sottogruppi il tasso di impianto (10.21% vs 9.57%) e di gravidanza clinico (24.78% vs 18.93%) non mostravano differenze significative. Lo stesso trend si osservava nelle pazienti con fallimento di impianto ripetuto.

### **DISCUSSIONE**

Lo studio ha valutato l'impatto di patologie endouterine sull'outcome della PMA per determinare se queste anomalie compromettono negativamente l'impianto creando un ambiente sfavorevole e, di conseguenza, il tasso di gravidanza clinico. I risultati dello studio dimostrano che non vi è differenza in termini di tasso di impianto e di gravidanza clinica tra pazienti con o senza anomalie endouterine, benchè si osservi un trend positivo per un migliore outcome clinico nelle donne con isteroscopia normale, sia in pazienti al primo ciclo di PMA che in pazienti con fallimento di impianto ripetuto.

### **CONCLUSIONI**

Il ruolo di OH nello studio dell'infertilità è ancora dibattuto, in particolare come indagine preliminare ad un primo tentativo di PMA e nei fallimenti ripetuti. Questi dati dimostrano una elevata incidenza di patologie endouterine (39,16%) rilevate isteroscopicamente che giustificano l'introduzione di OH nel programma routinario prima di un ciclo di PMA.

