

05

DIAGNOSTICA

Isteroscopia ed infertilità

L'isteroscopia negli ultimi anni ha avuto un notevole ampliamento dei suoi campi di applicazione, specie nel campo dell'infertilità. Grazie alla professionalità acquisita dagli operatori ed allo sviluppo di nuovi strumenti e tecniche si è dimostrata non solo l'indagine più adeguata nel percorso diagnostico riproduttivo di una coppia infertile a fornire informazioni sulla patologia uterina (grado di raccomandazione B)¹, ma si è rivelata particolarmente utile per l'esecuzione di procedure chirurgiche mini-invasive, con il vantaggio di poterle a volte effettuare in regime ambulatoriale, senza ricorrere ad un ricovero ospedaliero



SERGIO SCHETTINI
Direttore Dipartimento Materno-Infantile e Direttore Uoc Ginecologia ed Ostetricia Aor San Carlo di Potenza



GIUSEPPE DI PIERRO
Uoc Ginecologia ed Ostetricia Aor San Carlo di Potenza



MARIATERESA ORLANDO
Uoc Ginecologia ed Ostetricia Aor San Carlo di Potenza

LE MALFORMAZIONI UTERINE congenite (CUA) hanno un'incidenza significativamente maggiore (circa 8,5-12%) nelle pazienti infertili. Il trattamento dell'utero setto, che rappresenta circa il 35% di tutte le CUA, è stato negli ultimi anni oggetto di discussione, anche a causa di alcuni studi randomizzati² che hanno messo in dubbio la reale efficacia dell'intervento di metroplastica per via isteroscopica nel migliorare l'outcome riproduttivo. Una recente metanalisi³ ha effettuato una revisione sistematica della letteratura, evidenziando come la metroplastica si associ ad un aumento del tasso di nati vivi e ad una riduzione del rischio di aborto del I e II trimestre in quelle pazienti con basso outcome riproduttivo. In attesa di ulteriori evidenze pertanto la resezione per via isteroscopia di un setto uterino rappresenta una "good clinical practice" nelle pazienti infertili ed in quelle con storia di aborto ricorrente. Non ci sono ancora evidenze su quale sia il miglior management in una paziente desiderosa di gravidanza con un utero setto che non ha in anamnesi una storia di infertilità o di insuccessi riproduttivi.

L'isteroscopia, oltre ad essere l'esame "gold-standard" per la diagnosi di neoplasia dell'endometrio, ha un ruolo ben definito nel trattamento conservativo "fertility-sparing" del

Carcinoma Endometrioide di Grado 1, Stadio IA, senza invasione miometriale e senza fattori di rischio. Il trattamento resettoscopico del tumore dell'endometrio IA fu descritto per primo da Mazzon nel 2005 e consiste in tre step: resezione del tumore (step 1), dell'endometrio adiacente 4-5 mm alla lesione tumorale (step 2), del miometrio sottostante 3-4 mm la lesione (step 3). Associato all'utilizzo di progestinici orali e/o dispositivo intrauterino con levonorgestrel rappresenta il trattamento più efficace sia per tasso di risposta completa che per il tasso di nati vivi rispetto ad altre operazioni terapeutiche⁴ (Livello di Evidenza II, Grado B). Nell'ultimo decennio diversi studi hanno fatto luce sulla potenziale rilevanza dell'endometrite cronica (CE) come fattore causale di infertilità⁵. La CE è un disturbo infiammatorio persistente dell'endometrio, caratterizzato dall'infiltrazione di plasmacellule nello stroma endometriale e la cui patogenesi sembra essere legata ad un'alterazione qualitativa e quantitativa del microbioma endometriale. È una patologia spesso misconosciuta e clinicamente silente; in alcuni casi determina disturbi lievi e aspecifici, come sanguinamento uterino anomalo, dolore pelvico, dispauronia e leucorrea. Una CE non riconosciuta può ridurre i tassi di gra-

vidanza ed aumentare i tassi di aborto sia nel concepimento naturale che in pazienti che si sottopongono a tecniche di riproduzione assistita. La diagnosi di CE è difficoltosa. L'immunoistochimica con anti-CD138 rappresenta la metodica diagnostica "gold standard", ma al momento non esiste un consenso sui criteri diagnostici. L'isteroscopia, eseguita in fase proliferativa, è l'unica tecnica nelle mani dei ginecologi che permette la visualizzazione dei segni di infiammazione endometriale, definiti "subtle lesions": iperemia, edema stromale, spot emorragici, micropoli ed aspetto a fragola⁶. La recente introduzione dei sistemi di morcellazione meccanica isteroscopica ha permesso di superare alcuni dei rischi legati all'uso della elettrochirurgia e del danno termico per il trattamento di patologie endouterine.

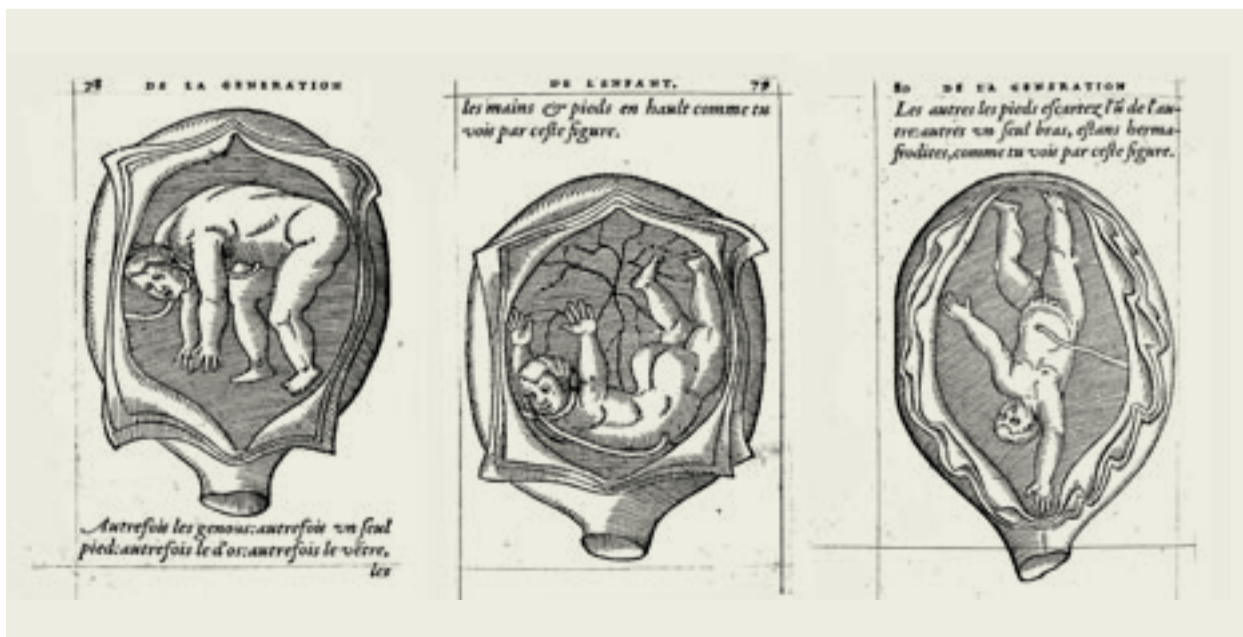
Il primo sistema di morcellatore meccanico è stato approvato dall'FDA nel 2005⁷ per arrivare ai nostri giorni in cui lo scenario di resettori meccanici si è ampliato con strumenti di calibro sempre minore, dotati di sistemi di pompa precisi tali da rendere possibile il trattamento delle patologie endocavitare anche in un setting completamente ambulatoriale, in tempi rapidi, di facile esecuzione, minimo discomfort.

Questa tecnologia incorpora un dispositivo di taglio meccanico da pochi mm che taglia e aspira contemporaneamente il tessuto patologico endocavitario (polipi endometriali, miomi sottomucosi G0 e G1), senza usare energia elettrica. L'uso della morcellazione meccanica può anche migliorare la visualizzazione durante l'intervento evitando la formazione di bolle o la produzione di frammenti di tessuto associati all'approccio elettrochirurgico. Pertanto, questa nuova tecnologia presenta potenziali vantaggi per la paziente (accettabilità, dolore, infezione, sicurezza), per il chirurgo (velocità, fattibilità, completezza della procedura) e per il servizio sanitario (evitando delle procedure di seconda fase in anestesia).⁸

Studi recenti dimostrano che nella popolazione di pazienti infertili la rimozione dei polipi endometriali tramite morcellazione meccanica non ha effetti avversi sul tasso di impianto, di gravidanza, di aborto spontaneo e sul tasso di natalità al primo transfer di embrioni congelati.

NOTE

1. Linee guida isteroscopia ambulatoriale SEGI
2. Septum resection versus expectant management in women with a septate uterus: an international multicentre open-label randomized controlled trial. Rikken JFW et al. Hum Reprod. 2021 Apr 20;36(5):1260-1267.
3. Uterine septum with or without hysteroscopic metroplasty: impact on fertility and obstetrical outcomes. A systematic review and meta-analysis of observational research. Vitagliano A. et al. J Clin Med. 2022 Jun 8;11(12):3290.
4. Linee guida ESGO/ESHRE/ESGE per il trattamento fertility-sparing del carcinoma dell'endometrio. Int J Gynecol Cancer. 2023 Feb 6;33(2):208-222
5. Chronic endometritis and altered embryo implantation: a unified pathophysiological theory from a literature systematic review. Buzzaccarini G et al. J Assist Reprod Genet. 2020 Dec;37(12):2897-2911.
6. International Working Group for Standardization of Chronic Endometritis Diagnosis. Unified diagnostic criteria for chronic endometritis at fluid hysteroscopy: proposal and reliability evaluation through an international randomized-controlled observer study. Cicinelli E et al. Fertil Steril. 2019; Jul;112(1):162-173.e2.
7. The Intra Uterine Morcellator: a new hysteroscopic operating technique to remove intrauterine polyps and myomas. J Minim Invasive Gynecol. 2005 Jan-Feb;12(1):62-6.
8. Office hysteroscopic morcellation service: Evaluation of women experience and factors affecting satisfaction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Sep; 264:294-298
9. The effects of hysteroscopic morcellation of endometrial polyps on frozen embryo transfer outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio. 2021 Dec; 267: 241-244.



AMBROISE PARE
La posizione del feto nell'utero durante la gravidanza. Incisioni da De la generation des enfants, XVI secolo