



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE À JOUR

Exploration de la cavité utérine dans le bilan d'infertilité : quel examen choisir ?

Which is the method of choice for evaluating uterine cavity in infertility workup?

Y. Ait Benkaddour^{a,*}, A. Gervaise^b, H. Fernandez^b

^a Service de gynécologie-obstétrique A, pôle Mère-Enfant, CHU de Marrakech, faculté de médecine, université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

^b Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bicêtre, AP-HP, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

Reçu le 4 janvier 2010 ; avis du comité de lecture le 5 août 2010 ; définitivement accepté le 17 août 2010
Disponible sur Internet le 25 septembre 2010

MOTS CLÉS

Infertilité ;
Cavité utérine ;
Hystérosalpingographie ;
Hystérocopie ;
Procréation
médicalement
assistée

Résumé Les infertilités d'origine exclusivement utérine représentent 2 à 3% des infertilités, cependant, les lésions intra-utérines sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes infertiles (40–50%). Ces lésions peuvent interférer avec la fertilité spontanée ou retentir sur les résultats de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Leur diagnostic et leur traitement sont l'un des objectifs principaux du bilan d'infertilité. Les examens classiques pour cette exploration restent l'échographie et l'hystérosalpingographie qui permettent aussi l'évaluation des trompes. L'hystérosonographie est un examen émergent qui prend de plus en plus de place dans l'exploration utérine, elle a l'avantage de la rapidité, le faible coût et l'exploration concomitante du myomètre. L'hystérocopie constitue actuellement l'examen de référence pour le diagnostic des lésions intra-utérines. Cependant, le bénéfice de l'hystérocopie comme examen de première intention dans l'exploration de la cavité utérine dans le bilan initial d'infertilité demeure incertain. La réalisation de l'hystérocopie avant toute tentative de fécondation in vitro (FIV) est une indication potentielle mais ne peut être considérée comme un standard, faute d'évidence scientifique. La seule indication consensuelle de l'hystérocopie reste les échecs répétés d'implantation après FIV et permet d'améliorer les taux de grossesse.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant. BP 20171, Allal fassi, Marrakech 40000, Maroc.
Adresse e-mail : yaitbenkaddour@gmail.com (Y. Ait Benkaddour).

KEYWORDS

Infertility;
 Uterine cavity;
 Hysterosalpingography;
 Hysteroscopy;
 Assisted reproduction

Summary Uterine factors represent only 2 to 3% of infertility, but intra-uterine lesions are much more common in infertile women (40–50%). These lesions can interfere with spontaneous fertility and can compromise pregnancy rates in assisted reproduction. Exploration of the uterine cavity is actually one of the basic explorations in infertility workup. Classically, hysterosalpingography and transvaginal sonography are most communally used for this purpose. Hysteroscopy, with the development and miniaturization of equipment, is currently simple, outpatient cost-effective exploration and it is considered the gold standard for diagnosis of intrauterine lesions. However, the benefit of the systematic use of hysteroscopy in the initial assessment of infertility remains unclear and the exploration of the uterine cavity in the initial assessment of infertility should be based on hysterosalpingography or hysterosonography. Systematic hysteroscopy before IVF is widely accepted practice that is supposed to improve pregnancy rates but still lacks scientific evidence. After repeated implantation failure in IVF cycles, uterine cavity should be reevaluated by hysteroscopy and this practice has been demonstrated to improve pregnancy rates.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'exploration du couple infertile est un processus complexe comportant plusieurs volets : anatomique, fonctionnel et psychologique. Chacun de ces trois volets comportant un versant masculin et un versant féminin et chaque versant comporte plusieurs étapes d'exploration. Ainsi, le bilan féminin doit répondre à plusieurs questions : y a-t-il une ovulation régulière ? Les trompes sont-elles perméables ? La cavité utérine est-elle libre et normale ?

Nous nous intéresserons dans cette revue à l'exploration de la cavité utérine et nous essayerons de répondre à trois principales questions :

- l'exploration de la cavité utérine est-elle justifiée en cas d'infertilité ?
- à quelle étape du bilan d'infertilité la cavité utérine doit être explorée ?
- quel est l'examen de choix pour cette exploration ?

En effet, parmi les trois moyens d'exploration de la cavité utérine (hystérosalpingographie [HSG], hystérosographie [HNG] et hystérocopie), il n'y a pas encore de preuves scientifiques validées de la supériorité de l'un sur les autres dans cette indication et il ne semble pas encore établi si l'exploration de la cavité utérine doit être réalisée dans le bilan initial, avant le passage en assistance médicale à la procréation (AMP) ou après échec de celle-ci.

Impact des lésions intra-utérines sur la fertilité spontanée et en assistance médicale à la procréation

La cavité est le lieu de passage des spermatozoïdes pour atteindre la trompe lieu de rencontre des gamètes et de fécondation. Elle est aussi le siège de l'implantation et du développement de l'œuf fécondé. Plusieurs processus pathologiques peuvent interférer avec ces phénomènes physiologiques et entraîner une infertilité, soit par obs-

tacle au passage des spermatozoïdes ou en empêchant la nidation.

Fibromes sous-muqueux

La relation infertilité et fibrome utérins reste toujours controversée. Il est admis que les taux de grossesse en AMP sont plus bas en cas de présence de fibromes sous-muqueux ou interstitiels déformant la cavité utérine [1]. Approximativement, 5 à 10% des femmes infertiles ont au moins un fibrome et les fibromes utérins représentent l'unique cause de l'infertilité dans 1 à 2,4% des cas [2]. Il a été démontré dans une méta-analyse des études faites à partir de fécondation in vitro (FIV) que les fibromes sous-muqueux compromettent significativement le pronostic en AMP, alors que ni les fibromes sous-séreux ni interstitiels n'ont un effet néfaste sur la fertilité [3]. Plusieurs études suggèrent un effet néfaste des gros fibromes (> 4 cm) sur les taux de grossesse et les taux d'implantation en cycles de FIV [4–10]. Cependant, d'autres études n'ont pas retrouvé de lien [11–16].

Le rôle de la myomectomie dans l'amélioration du pronostic de fertilité a été étudié par plusieurs auteurs. Surrey et al. [17], dans une étude rétrospective, ne retrouvent pas de différence significative en termes de taux d'implantation, de grossesses cliniques ou d'avortements précoces en comparant la myomectomie pour des fibromes sous-muqueux déformant la cavité avec des cas témoins. Fernandez et al. [18] concluent à partir d'une série de 59 cas sur le rôle limité de la myomectomie. Cependant, plusieurs études observationnelles rétrospectives ont retrouvé un impact bénéfique de la myomectomie sur les taux de grossesse [19,20].

Il n'existe aucune étude randomisée et contrôlée d'une puissance suffisante pour prouver le rôle de la myomectomie dans l'amélioration du pronostic de fertilité.

Au total, seuls les fibromes déformant la cavité utérine semblent interférer avec la fertilité. Le diagnostic est habituellement fait à l'échographie mais l'étude précise du retentissement sur la cavité nécessite le plus souvent une exploration endo-utérine.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272948>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272948>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)