



LA PRISE EN CHARGE DU COUPLE INFERTILE

Éléments de pronostic de la prise en charge du couple infécond

Prognosis criteriae for the management of the infertile couple

C. Dechanet ^{a,*}, J. Belaisch-Allart ^b, B. Hédon ^c

^a *Hôpital Arnaud de Villeneuve, Département de médecine de la reproduction, 371 avenue du Doyen Gaston Giraud, 34295 Montpellier cedex, France.*

^b *Centre hospitalier des Quatre Villes, Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, Site de Sèvres, 141 Grande Rue, 92318 Sèvres cedex, France.*

^c *Université de Montpellier Sud de France, Faculté de médecine Montpellier-Nîmes, Hôpital universitaire A. de Villeneuve, Fédération de médecine et biologie de la reproduction, Pôle naissances et pathologies de la femme, Département de gynécologie-obstétrique, 34295 Montpellier 5, France.*

MOTS CLÉS

Infertilité ;
Assistance médicale
à la procréation ;
Âge maternel ;
Indice de masse
corporel ;
Tabagisme.

Résumé

L'âge de la femme et du conjoint, la présence d'une obésité et d'un tabagisme féminin sont des facteurs à rechercher par le clinicien face à un couple consultant pour une infécondité. Ces facteurs peuvent participer à cette infertilité, perturber les résultats en assistance médicale à la procréation (AMP) et avoir des conséquences fœtales, néonatales et sur le devenir de l'enfant. La fertilité spontanée et les résultats en AMP sont fortement altérés après 40 ans. En AMP, l'âge féminin limite où les chances de réussite sont fortement abaissées se situe entre 42 et 43 ans. Si un âge paternel avancé semble avoir des conséquences fœtales et sur la descendance à long terme, il est difficile d'établir un réel effet négatif d'un âge paternel avancé sur les résultats en AMP. L'obésité, avec un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m², participe à une diminution de la fertilité naturelle et des chances de grossesse en AMP, diminution d'autant plus importante que l'IMC augmente. Le tabagisme féminin est associé à un allongement des délais nécessaires de conception et une diminution des résultats en AMP. En présence d'une obésité et d'un tabagisme, le clinicien aura pour mission d'informer la patiente des risques encourus et d'inciter à un amaigrissement ou un sevrage tabagique. L'âge de la patiente étant le facteur pronostique le plus important, le clinicien devra tenir compte de ce paramètre avant de différer une prise en charge.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Infertility;
Assisted reproductive
technologies;
Maternal age;
Body mass index;

Summary

Advanced maternal age, obesity and cigarette smoking are associated with decreased fertility, adverse Assisted Reproductive Technologies (ART) outcomes and fetal and neonatal complications. IVF failures increase dramatically in women aged between 42-43 years. Advanced paternal age is associated with fetal and neonatal adverse outcomes. However, it remains uncertain that advanced paternal age could impair IVF results. Obesity (Body mass index more than 30 kg/m²) is associated with lower fecundity, pregnancy complications and

* Auteur correspondant : C. Dechanet
clodechanet@gmail.com

Cigarette smoking.

adverse ART results. The rate of complications is increasing with higher BMI. Cigarette smoking is associated with longer time to conceive and decreased IVF results. In case of infertility associated with obesity or cigarette smoking, physicians have to inform their patient about the benefits of smoking cessation and weight loss. However, maternal age had to be considered as the main prognosis factor before delaying ART because of dietary or smoking cessation program.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Face à un couple consultant pour une infécondité, le gynécologue aura pour mission première d'identifier tous les facteurs pouvant à la fois participer à cette infécondité. Certains facteurs sociaux, psychologiques ou médicaux doivent être reconnus avant toute investigation, tels que des problèmes sexologiques, des situations maritales ambiguës ou une maladie grave affectant l'un des deux membres du couple. À côté de ces facteurs sociaux, médicaux ou psychologiques qui peuvent remettre en question la prise en charge, existent d'autres facteurs à identifier comme pouvant affecter la fertilité naturelle et la réussite d'une assistance médicale à la procréation. L'âge, le poids ou le tabagisme font partie de ces éléments. Ils peuvent influencer la décision de prise en charge médicale. L'objectif de ce travail est de rechercher les données dans la littérature qui pourraient aider à la décision médicale dans ces domaines.

Âge maternel

Depuis quelques décennies, l'âge moyen du premier enfant ne cesse d'augmenter chez la femme. Le désir de grossesse est plus tardif, souvent pour des raisons socio-économiques. On constate aussi, de façon parallèle, une augmentation de l'âge moyen des femmes ayant recours à une assistance médicale à la procréation (AMP). Le rapport annuel de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) montre que, en 2005, en Europe, 50,5 % des patientes traitées par fécondation *in vitro* (FIV) avaient plus de 35 ans et 15,4 % avaient plus de 40 ans. En France, la même année, 49,1 % des patientes traitées par FIV étaient âgées de plus de 35 ans et 15,2 % avaient plus de 40 ans [1].

Le vieillissement des patientes demandeuses d'une AMP amène à poser de façon encore plus pressante la question de la limite d'âge de prise en charge. Cette limite d'âge doit tenir compte des conséquences d'une grossesse chez une femme d'un âge avancé, de l'altération physiologique des capacités de reproduction chez les femmes âgées et de l'effet négatif d'un âge avancé sur les chances de succès d'une prise en charge en AMP.

Âge maternel et fertilité spontanée

La fertilité diminue avec l'âge, et cette diminution commence bien avant que la ménopause n'apparaisse. Dans la population des Huttéries des États-Unis, où aucune limitation des naissances n'est pratiquée, l'âge moyen de la dernière grossesse est de 41 ans [2].

Menken *et al.* ont estimé la proportion de femmes n'ayant pas eu d'enfant en fonction de l'âge de la femme au moment du mariage. Ils ont observé une proportion de

femmes sans maternité de 5,7 % chez celles qui se sont mariées entre 20 et 24 ans, de 9,3 % entre 25 et 29 ans, 15,5 % entre 30 et 34 ans, 29,6 % entre 35 et 39 ans et 63,6 % entre 40 et 44 ans [3].

Au sein de la population française, Leridon *et al.* ont évalué la proportion de femmes définitivement stériles à 5 % à 35 ans, 17 % à 40 ans et 55 % à 45 ans [4].

Dans des populations ne pratiquant pas ou peu la limitation des naissances, Vincent *et al.* ont évalué la proportion de femmes infécondes en fonction de leurs années de mariage. Dans cette étude, la proportion de femmes ne pouvant pas avoir d'enfant a été évaluée chez celles qui n'ont pas encore eu d'enfant, ainsi que chez celles qui ont un antécédent de maternité. Chez les patientes nullipares, leur estimation est de 3,5 % de femmes stériles chez les femmes âgées de moins de 20 ans, 6 % chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, 10 % chez les femmes de 25 à 29 ans, 16 % chez les femmes de 30 à 34 ans, 33 % chez les femmes de 35 à 39 ans, 69 % chez les femmes âgées de 40 à 44 ans et 90 % chez les femmes âgées de 45 à 49 ans. Parmi celles qui ont déjà eu 2 enfants et sont donc en théorie fertiles, ils ont observé que 3,0 % des femmes âgées de moins de 20 ans n'arrivaient pas à obtenir une troisième grossesse. Ce taux atteignait 4,5 % entre 20 et 24 ans, 8,0 % entre 25 et 29 ans, 15,0 % entre 30 et 34 ans, 32 % entre 35 et 39 ans, 60 % entre 40 et 44 ans et 100 % entre 45 et 49 ans [5]. Ces observations montrent que, même chez des patientes fertiles, la perte définitive des capacités de reproduction intervient vers 45 ans.

Au vu de ces différentes études sur les capacités de reproduction des femmes, il semble que plus de la moitié des femmes ne peuvent plus concevoir au-delà de 40 ans et que la fonction de reproduction devient quasi nulle après 45 ans (NP4).

Âge maternel et complications obstétricales

Parallèlement à la chute des capacités de reproduction au-delà de 40 ans, une augmentation de la prévalence des complications obstétricales, fœtales et néonatales est observée.

Ziadeh *et al.* ont évalué les complications maternelles et fœtales chez des patientes nullipares âgées de plus de 40 ans ($n = 50$), en les comparant à un groupe de patientes nullipares âgées entre 20 et 29 ans ($n = 610$). Il y a une augmentation significative de la prévalence de la prééclampsie chez les femmes de plus de 40 ans (6,6 *versus* 3,9 %, $p < 0,01$), des saignements prépartum (2,0 *versus* 0,5 %, $p < 0,01$) et du diabète gestationnel (4,0 *versus* 1,1 %, $p < 0,01$). Il y a aussi une augmentation du taux de nouveau-nés admis en soins intensifs (10,0 *versus* 6,0 %, $p < 0,012$), et de scores d'Apgar bas (< 3) à une minute (2,0 *versus* 1,0, $p < 0,01$), sans différence par ailleurs concernant ce score d'Apgar à 5 minutes [6].

De la même manière et dans une plus grande série, Gilbert *et al.* ont étudié la relation entre âge supérieur à 40 ans et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273033>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273033>

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