



LA PRISE EN CHARGE DU COUPLE INFERTILE

La chirurgie de la reproduction

Reproductive surgery

C. Yazbeck ^{a,*}, A. Fauconnier ^b, J.-L. Pouly ^c

^a Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, Hôpital Bichat Claude Bernard, APHP, 46 rue Henri Huchard, 75018 Paris, France.

Inserm UMRS 1018, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, 16 avenue Paul Vaillant Couturier, 94807 Villejuif, France.

^b Service de gynécologie et obstétrique, CHI Poissy-St-Germain, Université Versailles Saint-Quentin, 10 rue du Champ Gaillard, BP 3082, 78303 Poissy cedex, France.

^c Département de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHU Clermont-Ferrand, Hôpital Estaing, 1 place Lucie Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France.

MOTS CLÉS

Infertilité ;
Chirurgie de la
reproduction ;
Endométriose ;
Myomes ;
Pathologie tubaire.

KEYWORDS

Infertility ;
Reproductive
surgery ;
Endometriosis ;
Myomas ;
Tubal pathology.

Résumé

La place de la chirurgie dans la prise en charge du couple infertile demeure un sujet de controverses. Les bons résultats de l'assistance médicale à la procréation ont contribué à la diminution des indications chirurgicales dans la prise en charge des patientes infertiles. À travers une revue exhaustive de la littérature, nous avons sélectionné les articles les plus pertinents dans un but d'établir des recommandations pour la pratique clinique, basées sur l'évidence scientifique, concernant les indications et les bénéfices de la chirurgie dans le traitement des principales causes de l'infertilité féminine.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

The place of surgery in the management of an infertile couple is still under debate. Good pregnancy outcomes in assisted reproductive technologies have led to a decrease in surgical indications. In this evidence based review, we updated our data of high powered articles in order to establish national guidelines for clinical practice about the role and benefits of surgery in principal etiologies of female infertility.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La place de la chirurgie dans la prise en charge du couple infertile est un sujet de controverses. Les principales causes d'infertilité d'origine féminine sont les troubles de l'ovulation (32 %) et les pathologies tubaires (26 %) [1].

Des études récentes défendent la supériorité de l'assistance médicale à la procréation (AMP), et ne reconnaissent plus que de rares indications à la chirurgie dans la prise en charge des patientes infertiles : certains cas d'occlusions tubaires distales, de myomes ou d'endométriose [2].

Le but de ces recommandations est de rétablir un état des lieux précis, basé sur l'évidence scientifique, concernant la

* Auteur correspondant : C. Yazbeck
chadi.yazbeck@bch.aphp.fr

place actuelle de la chirurgie dans le traitement des principales causes de l'infertilité féminine.

Méthodologie

Une revue de la littérature a été effectuée sur les principales questions relatives à la chirurgie de l'infertilité féminine en consultant les bases de données Cochrane et Medline jusqu'en février 2010. Une sélection d'environ 250 articles a été réalisée en introduisant dans les moteurs de recherche (MeSH) les mots clés suivants : « infertility, polycystic ovary syndrome, tubal pathology, fallopian tube diseases, endometriosis, ovarian cysts, myoma, polyp, uterine malformation, reproductive surgery, laparoscopy ». Cette sélection a tenu compte en priorité des méta-analyses et des essais randomisés contrôlés comparant une attitude thérapeutique *versus* abstention. En l'absence de telles études, ont été sélectionnées secondairement des études à plus faible niveau de preuve.

Indications et bonnes pratiques du *drilling* ovarien en cas de dysovulation

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) a été l'objet de nombreuses polémiques, tant sur les modalités de son diagnostic que sur sa prise en charge. En 2003, un consensus a été établi quant à son diagnostic [3]. Cependant, les modalités de sa prise en charge sont restées controversées et ont justifié l'organisation d'une nouvelle conférence de consensus internationale en 2007 [4].

Place du *drilling* ovarien

Le traitement de choix pour l'induction d'ovulation est le citrate de clomiphène qui permet d'obtenir une ovulation

cumulative sur six mois dans près de 80 % des cas [5-6]. Compte tenu du coût et de l'innocuité de ce traitement, la pratique d'un *drilling* ovarien cœlioscopique en première intention ne paraît pas rationnelle. Les résultats d'une étude randomisée contrôlée récente [7] confirment cette hypothèse en évaluant les taux de grossesse chez 72 patientes ayant un SOPK et randomisées pour un traitement par citrate de clomiphène ou *drilling* cœlioscopique en première intention. Le taux de grossesse n'était pas plus élevé dans le bras traité par *drilling* ovarien, la tendance étant plutôt en faveur du citrate de clomiphène (OR = 2,1 ; IC à 95 % : 0,7-5,8) (NP1).

En traitement de deuxième intention, chez des patientes résistantes au citrate de clomiphène, la méta-analyse de Farquhar [8] qui regroupe neuf études randomisées contrôlées n'a pas mis en évidence de supériorité des gonadotrophines par rapport au *drilling* ovarien laparoscopique en termes de grossesses et de naissances vivantes (OR = 1,08 ; IC à 95 % : 0,69-1,71 et OR = 1,04 ; IC à 95 % : 0,59-1,85, respectivement) (Tableau 1). Cependant, le *drilling* ovarien diminuait le risque d'hyperstimulation ovarienne et de grossesses multiples (OR = 0,13 ; IC à 95 % : 0,03-0,52) (NP1).

L'efficacité de ce traitement est maximale dans les 6 mois suivant l'intervention, mais peut persister plus longtemps. La diminution du taux de LH, du rapport LH-FSH, de la testostérone et des androgènes ovariens en postopératoire en témoignent [9].

À notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'intérêt du *drilling* au moment d'une chirurgie de l'infertilité indiquée pour une autre pathologie.

Effets secondaires du *drilling* ovarien

Les complications peropératoires sont rares ; deux laparotomies, une pour hémorragie et une autre pour perforation digestive ont été recensées dans une série de 778 *dril-*

Tableau 1 Taux de naissance vivante et de grossesse gémellaire après *drilling* ovarien *versus* stimulation ovarienne aux gonadotrophines. Méta-analyse [8].

Table 1 Live birth and multiple pregnancy rates after ovarian drilling versus gonadotropin ovarian stimulation. A meta-analysis [8].

Étude	<i>Drilling</i> ovarien	Gonadotrophines	Odds Ratio (IC 95 %)
Taux de naissance vivante			
Farquhar <i>et al.</i> , 2002	4/29	4/21	0,68 (0,15-3,10)
Bayram <i>et al.</i> , 2004	52/83	51/85	1,12 (0,60-2,08)
Total	56/112	55/106	1,04 (0,59-1,85)
Taux de grossesse gémellaire			
Bayram <i>et al.</i> , 2004	1/56	9/57	0,10 (0,01-0,79)
Farquhar <i>et al.</i> , 2002	0/5	0/5	Non estimable
Kays, 2005	0/6	2/6	0,14 (0,01-3,63)
Lazovitz, 1998	0/14	2/9	0,10 (0,00-2,44)
Vegetti, 1998	0/2	1/5	0,43 (0,01-14,08)
Total	1/84	14/82	0,13 (0,03-0,52)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273039>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273039>

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