



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Article original

Devenir des grossesses uniques après transfert au stade blastocyste : comparaison avec les transferts précoces

Single pregnancy outcome after blastocyst transfer: Comparison with cleavage stage embryo transfers

L. Martin^{a,c}, C. Frapsauce^{b,c,d,e}, D. Royère^{b,c,d,e}, F. Guérif^{b,*,c,d,e}

^aÉcole régionale de sages femmes de Tours, 37044 Tours, France

^bService de médecine et biologie de la reproduction, CHRU Bretonneau, 2, boulevard Tonnelé, 37044 Tours, France

^cUniversité François-Rabelais de Tours, 37041 Tours, France

^dInra, UMR85 PRC, 37380 Nouzilly, France

^eCNRS, UMR 6175, 37380 Nouzilly, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 26 juillet 2011

Accepté le 26 octobre 2011

Disponible sur Internet le 9 décembre 2011

Mots clés :

Accouchement

Blastocyste

Grossesse

Malformations congénitales

Poids de naissance

Sex-ratio

Stade embryonnaire précoce

R É S U M É

Objectifs. – Le transfert frais de blastocystes a montré son intérêt dans la prise en charge des couples en FIV. Or peu de données ont été publiées sur le déroulement de la grossesse et l'état des enfants nés. Ce travail compare le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'état des enfants à la naissance après transfert au stade blastocyste avec le transfert embryonnaire précoce (à j2).

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective menée au sein du service d'AMP du CHRU de Tours de janvier 2002 à juin 2009. Il a été comparé le devenir de 1547 grossesses uniques chez des femmes primipares et de même âge issues d'un transfert au stade blastocyste ($n = 588$) ou au stade précoce à j2 ($n = 959$). Les données proviennent de l'analyse des fiches grossesses FIVNAT retournées volontairement par les couples.

Résultats. – Avec un retour de fiches grossesses FIVNAT de 97,6 %, nous avons observé que le déroulement de la grossesse, le sex-ratio, le poids de naissance et l'état de l'enfant à la naissance n'étaient pas affectés par le stade embryonnaire transféré dans le cadre de grossesses uniques.

Discussion et conclusion. – En ce qui concerne le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'état des enfants nés après transfert au stade blastocyste, les données de la littérature sont peu abondantes, souvent controversées et associant grossesses uniques et multiples. Les résultats de cette étude sont certes rassurants, mais doivent être confirmés par d'autres séries.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – It has been clearly shown that transfer of fresh blastocysts was efficient in in vitro fertilization cycles. However, only few data have been published about pregnancy outcome and health of children born. This study including only single pregnancies compared pregnancy, delivery and neonatal outcomes after blastocyst transfers in comparison with early cleavage stage embryo transfers (Day 2).

Patients and methods. – A retrospective study has been performed at the hospital of Tours from January 2002 to June 2009. Considering only primiparous women with similar ages, the outcome of 1574 single pregnancies issued from blastocyst transfers ($n = 588$) or early cleavage stage transfers ($n = 959$) has been compared. Data have been collected from FIVNAT forms, filled in by voluntary couples.

Results. – The rate of return of FIVNAT forms was 97.6%. The pregnancy and delivery outcomes, sex ratio, birth weight, health of newborns were similar between both groups.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guerif@med.univ-tours.fr (F. Guérif).

Discussion and conclusion. – Regarding pregnancy, obstetric and delivery outcomes after blastocyst transfers, the literature data remain poor, much debated, and mixing often single and multiple pregnancies. The results of this study seem reassuring but have to be confirmed by further studies.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La faiblesse du taux d'implantation des embryons produits in vitro, la pression des couples souhaitant réaliser leur projet parental le plus rapidement possible, l'exigence de taux de grossesse élevés pour les centres de fécondation in vitro (FIV) sont autant d'arguments qui incitent ou qui ont incité à transférer souvent au moins deux embryons par cycle. En conséquence, la FIV est associée à un taux élevé de grossesse multiple à l'origine de complications maternelles, néonatales et périnatales [1].

De tout temps, les biologistes ont cherché des outils pour identifier les embryons les plus viables afin de réduire le nombre d'embryons transférés. Le développement de la culture prolongée jusqu'au stade blastocyste entre dans ce contexte d'une sélection embryonnaire accrue [2]. En effet, la culture embryonnaire prolongée présente un certain nombre d'avantages théoriques :

- identification des embryons ayant réalisé avec succès la transition génome maternel–génome embryonnaire [3]. Ainsi, certains embryons transférés à j2/j3 n'auraient peut-être pas atteint le stade blastocyste si une culture prolongée avait été réalisée. Par ailleurs, il a été rapporté un taux plus faible d'anomalies chromosomiques pour les blastocystes que pour les embryons dits de « top qualité » à j3 [4]. Cependant, les anomalies génétiques n'empêchent pas le développement embryonnaire jusqu'au stade blastocyste [5] et il a été récemment mis en évidence par Comparative Genomic Hybridization (CGH) que le lien entre aneuploïdie et aspect morphologique des blastocystes était faible [6] ;
- le transfert intra-utérin d'un blastocyste peut être considéré comme plus physiologique que celui d'un embryon précoce (j2/j3). En effet, naturellement l'embryon entre dans la cavité utérine au quatrième jour au stade morula et s'implante dans l'endomètre entre le sixième et le septième jour, au stade blastocyste ;
- dans le cadre de la stimulation ovarienne, l'utérus est exposé à de fortes concentrations hormonales, ce qui diminue la réceptivité utérine [7]. Le transfert différé au stade blastocyste permet alors de réduire la durée d'exposition de l'embryon à cet environnement « hostile ». Par ailleurs, il a été montré que la fréquence des contractions utérines diminuait dans les jours suivant l'administration d'hCG [8]. Le transfert au stade blastocyste serait donc réalisé dans de meilleures conditions de réceptivité utérine.

À l'heure actuelle, toutes les études ayant comparé le transfert frais d'un blastocyste avec celui d'un embryon précoce (j2/j3) ont observé une efficacité accrue du transfert différé [9–11]. Cependant, certains travaux ont soulevé des questions posées par le transfert au stade blastocyste :

- une déviation du sex-ratio vers la progéniture mâle a été observée après transfert au stade blastocyste [12–16] ;
- il a été décrit, il y a quelques années, que la culture in vitro d'embryons ovins et bovins était associée à la naissance de progénitures mâles obèses (« syndrome du gros veau ») avec quelquefois des anomalies de carcasse (croissance prénatale anormale et taux accru de malformations congénitales) [17] ;
- peu de données sont disponibles sur le déroulement de la grossesse et l'état des enfants nés après transfert au stade

blastocyste et elles sont, le plus souvent, issues de cohortes hétérogènes mêlant grossesses uniques et grossesses multiples [18,19].

L'objectif de ce travail rétrospectif était d'analyser le devenir de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état des enfants à la naissance (selon les informations disponibles sur les fiches grossesse FIVNAT collectées au CHRU de Tours) au sein d'une population homogène de grossesses uniques en comparant les transferts tardifs (j5/j6) aux transferts embryonnaires précoces (j2).

2. Patientes et méthodes

Une étude rétrospective portant sur 1547 grossesses uniques (échographie réalisée à 12 semaines d'aménorrhée) recensées entre janvier 2002 et juin 2009 a été menée au sein du service de médecine et biologie de la reproduction du CHRU de Tours. Parmi ces grossesses uniques, 588 étaient issues d'un transfert au stade blastocyste (groupe étudié) et 959 étaient issues d'un transfert d'embryon(s) âgé(s) de deux jours (groupe contrôle). L'âge moyen des femmes était identique entre les deux groupes ($32,6 \pm 3,9$ ans dans le groupe blastocyste versus $32,2 \pm 3,9$ ans dans le groupe embryon j2) ; toutes les patientes étaient primipares.

La collecte des données a été réalisée à partir des fiches grossesse FIVNAT qui ont constitué notre base d'informations concernant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'état des enfants à la naissance. Toutes ces fiches FIVNAT retournées par les couples de janvier 2002 à juin 2009 ont été saisies avec le logiciel Staview® (Version 5.0, SAS Institute Inc.) avec addition d'informations complémentaires : type et nombre d'embryon(s) transféré(s), technique de FIV utilisée, âge de la femme. Le retour de fiche étant basé sur le volontariat, les couples n'ayant pas renvoyé la fiche FIVNAT constituaient les « perdues de vue ». Dans cette étude (période 2002–2009), le taux de retour de fiches était de 97,6 %.

Pour analyser les données relatives au déroulement des grossesses, nous n'avons sélectionné que les grossesses évolutives jusqu'au troisième trimestre ainsi que celles ayant abouti à une interruption médicale de grossesse (IMG). Nous avons donc exclu les femmes ayant eu une fausse couche spontanée (FCS), une grossesse extra-utérine (GEU), une interruption volontaire de grossesse (IVG) et celles pour qui les données étaient indisponibles (= « perdues de vue »). Les critères d'inclusion étaient donc les grossesses pour lesquelles la fin de grossesse était une naissance, une MIU ou une IMG ($n = 444$ pour le groupe blastocyste et $n = 763$ pour le groupe embryon j2).

Afin de comparer le déroulement de l'accouchement et l'état des enfants à la naissance entre les deux groupes, nous avons restreint la population étudiée aux grossesses ayant abouti uniquement à une naissance ($n = 433$ pour le groupe blastocyste et $n = 750$ pour le groupe embryon j2).

Les données ont été exprimées sous forme de moyenne $\pm$ déviation standard (DS). Les paramètres qualitatifs ont été analysés sous forme de tableaux de contingence à l'aide du test χ^2 . Les paramètres quantitatifs ont été comparés par analyse de la variance (ANOVA) à l'aide du test t de Student. Le seuil de significativité a été fixé à 5 % ($p < 0,05$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948627>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948627>

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