



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Vingtièmes Journées nationales de la Fédération française d'étude de la reproduction
(Montpellier, 24–26 septembre 2015)

Y a-t-il une place pour la coelioscopie dans le parcours en assistance médicale à la procréation ?



Laparoscopy in ART?

J. Boujenah ^{a,*,b}, M. Montforte ^{a,b}, J.N. Hugues ^{a,b}, C. Sifer ^{a,b}, C. Poncelet ^{a,b}

^a Pôle Femme et Enfant, groupe hospitalier universitaire Paris Seine-Saint-Denis, site Jean-Verdier, avenue du 14-Juillet, 93140 Bondy, France

^b Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, UFR SMBH, 93000 Bobigny, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 25 juin 2015

Accepté le 16 juillet 2015

Disponible sur Internet le 18 août 2015

Mots clés :

Chirurgie
Coelioscopie
Fertilité
AMP

Keywords:

Surgery
Laparoscopy
Fertility
ART

RÉSUMÉ

La place de la coelioscopie dans le parcours d'un couple pris en charge en infertilité demeure l'objet de controverses. Cependant, ses résultats sur la fertilité spontanée ou assistée de la chirurgie coelioscopique tubo-annexielle et péritonéale sont bons. En cas d'infertilité inexpliquée, elle permet de traiter une pathologie jusque-là non diagnostiquée et, selon son résultat, de privilégier l'AMP ou la procréation naturelle. Le manque d'études randomisées entre la chirurgie et l'AMP impose d'intégrer la coelioscopie dans une démarche diagnostique et thérapeutique. Cette démarche de personnalisation permet de cumuler les chances de grossesse spontanée et celle en FIV, et évite ainsi de réduire la prise en charge des couples aux résultats parcellaires de l'AMP.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The use of laparoscopy in infertility is currently controversial. However, laparoscopic treatment of tubal and peritoneal disease, or endometriosis improves natural fecundity and ART results. The use of laparoscopy in unexplained infertility can be considered because of underestimated pelvic pathology. The result of laparoscopy may help the practitioner for choosing spontaneous pregnancy or ART postoperative management. Although there is a lack of randomized study, laparoscopy is useful for a high overall pregnancy rate (surgery and ART treatment). Rather than opposing ART and laparoscopy, the integrated approach seems better for personal management.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La place de la coelioscopie dans le parcours d'un couple pris en charge en infertilité demeure l'objet de controverses [1]. Jusqu'au milieu des années 1990, la coelioscopie était considérée comme un examen indispensable pour l'exploration anatomique et fonctionnelle de l'appareil génital féminin [2]. Cependant, la publication d'articles ne démontrant pas son bénéfice en termes de diagnostic étiologique de l'infertilité [3,4] ou en termes d'amélioration des taux de grossesses spontanées par comparaison avec les résultats

observés après assistance médicale à la procréation (AMP), a conduit de nombreux praticiens à abandonner progressivement la coelioscopie [5].

Vouloir comparer l'intérêt d'une coelioscopie à celui d'une prise en charge directe en AMP suppose de définir préalablement les critères de jugement les plus appropriés. Le bénéfice absolu de la coelioscopie devrait pouvoir être chiffré non seulement par l'évaluation des pathologies identifiées et traitées mais également par la connaissance des taux de naissance vivante hors AMP. Ceci supposerait de respecter un délai minimal d'observation post-opératoire. Un autre critère de jugement pertinent serait d'évaluer le pourcentage de cas où la stratégie de prise en charge a été modifiée à la lumière des constatations et des gestes opératoires lors de la coelioscopie.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeremy.boujenah@gmail.com (J. Boujenah).

Dans le parcours en AMP, la coelioscopie a deux objectifs : le diagnostic et le traitement de l'infertilité. En France, les recommandations de bonne pratique clinique concernant la prise en charge du couple infertile ont conclu que la coelioscopie de première intention devait être réservée aux patientes suspectes d'endométriose ou de pathologies tubaires (antécédents d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne, de maladie inflammatoire pelvienne, présence d'hydrosalpinx) [6].

De ce fait, pour justifier une coelioscopie en AMP, il conviendrait de répondre à 3 questions :

- quels sont les résultats de la chirurgie de la reproduction en cas de suspicion de pathologie pelvienne ?
- quel est l'intérêt de la coelioscopie pour l'exploration des couples dont l'infertilité est dite inexplicable ?
- existe-t-il un moment opportun pour la réalisation d'une coelioscopie (avant IUI ou FIV, après échec d'IUI ou de FIV) ?

2. Méthode

Une revue de la littérature internationale issue de la base de données Pubmed a été réalisée. Cent vingt-deux articles publiés en langue française ou anglaise entre 1983 et 2015 ont été sélectionnés. Les mots clés et associations utilisés ont été : « tubal surgery fertility », « adnexal surgery fertility », « endometriosis surgery fertility », « laparoscopic ovarian drilling », « laparoscopic tubal reanastomosis », « laparoscopy infertility », « laparoscopy intra-uterine insemination », « laparoscopy in vitro fertilization », « laparoscopy idiopathic infertility ». Lorsque plusieurs études dont la méthodologie et les résultats étaient similaires, celles présentant le plus haut de niveau de preuves ont été choisies. Les études publiées sont essentiellement de grade B et C.

3. Résultats de la chirurgie de la reproduction et fertilité spontanée

3.1. Pathologies adhérentielles et tubaires

Bien qu'il n'existe pas d'étude prospective ni comparative avec la pratique de l'AMP, le traitement des adhérences péri-tubaires permettrait d'obtenir, dans les 12 mois qui suivent la chirurgie, une grossesse intra-utérine évolutive dans 30 à 50 % des cas [7–12].

En cas de pathologie tubaire distale, seule la coelioscopie permet d'établir un diagnostic lésionnel précis, de réaliser le traitement et d'évaluer le pronostic fonctionnel. En effet, quel que soit l'aspect des trompes en hystérosalpingographie, c'est l'appréciation de la paroi tubaire ainsi que la visualisation des plis muqueux tubaires qui guideront à la fois le geste chirurgical et l'orientation stratégique postopératoire (score de Mage et score de Boer-Moysel) vers une procréation spontanée ou assistée [13,14].

Les taux de grossesses spontanées observés après chirurgie tubaire distale varient entre 25 et 50 % selon qu'une fimbrioplastie ou une néosalpingostomie uni- ou bilatérale a été réalisée [15–19].

En cas de pathologie tubaire proximale, uni- ou bilatérale, suspectée au décours de l'hystérosalpingographie, la classification des lésions fait appel, à la fois, à l'imagerie et aux constatations coelioscopiques. Les résultats de la chirurgie semblent hétérogènes (entre 0 et 52 % selon les séries) [20] du fait de la diversité des pathologies proximales (salpingite isthmique noueuse, tuberculose, endométriose...) et de la technique (implantation utéro-tubaire macrochirurgicale progressivement supplantée par l'anastomose tubo-cornuale microchirurgicale de meilleure pronostique). Néanmoins, il existe des cas où les anomalies observées en imagerie s'avèrent être de simples spasmes tubaires ou des bouchons muqueux. L'épreuve de perméabilité tubaire au bleu de méthylène, éventuellement complétée par un cathétérisme

tubaire par voie hystérosopique ou radiologique (avec l'avantage par rapport à la coelioscopie de visualiser la perméabilité tubaire en temps réel) permet soit de lever un obstacle fonctionnel, soit de confirmer l'atteinte et d'orienter alors la patiente vers l'AMP. Par ailleurs, les taux de grossesse, comparables après chirurgie tubaire proximale et cathétérisme tubaire, ont conduit à l'abandon progressif de la chirurgie dans cette indication [21]. Le manque d'enseignement actuel des techniques de chirurgie tubaire proximale n'est pas étranger au développement de l'AMP dans cette indication.

La décision de recourir à l'AMP après la chirurgie doit donc intégrer le résultat de la chirurgie ainsi que l'anamnèse. Dans une analyse multivariée d'une série de 435 patientes ayant bénéficié d'une chirurgie tubaire distale, Audebert et al. ont montré qu'un antécédent de grossesse extra-utérine, la positivité d'une sérologie *Chlamydiae trachomatis*, une chirurgie tubaire itérative, et un stade 4 de Mage étaient négativement associés à l'obtention d'une grossesse spontanée [16].

3.2. Syndrome des ovaires polykystiques

La coelioscopie associée à un *drilling* ovarien est une alternative intéressante aux gonadotrophines après échec des mesures hygiéno-diététiques et en cas de résistance au citrate de clomifène car elle permet souvent de restaurer une ovulation mono-folliculaire [22]. Il n'existe cependant aucun consensus concernant le nombre, la puissance et la durée des impacts thermiques. Les taux d'ovulation spontanée après *drilling* se situent autour de 50 % [23]. Néanmoins, les taux cumulés de grossesse postopératoire (avec ou sans reprise du citrate de clomifène, voire recours aux stimulations par gonadotrophines) varient considérablement (entre 30 et 90 %) en raison de l'hétérogénéité des études (caractéristiques des patientes, protocoles). Le *drilling* ovarien permet de réduire le taux de grossesse multiples, source d'une morbidité périnatale accrue [23]. Son bénéfice sur la réduction du risque d'hyperstimulation ovarienne est rapporté par certains auteurs [24,25].

3.3. L'endométriose

L'endométriose est probablement plus fréquente au sein de la population infertile que dans la population générale mais sa prévalence exacte est mal connue. Les écarts considérables de sa prévalence rapportés dans la littérature (20 à 68 % versus 2 à 10 %) [26] s'explique par l'hétérogénéité des populations étudiées. En effet, l'endométriose serait plus fréquente chez les patientes d'âge supérieur à 25 ans, présentant un indice de masse corporelle faible [27], une symptomatologie algique cataméniale avec consommation d'analgésiques et retentissement socioprofessionnel [28], une nulliparité [29], un début des menstruations précoce, voire un antécédent d'hémorragies génitales néonatales précoces [30].

En cas de suspicion d'endométriose, la chirurgie permet à la fois le traitement de la douleur et de l'infertilité. La coelioscopie est l'examen incontournable dans la prise en charge de l'endométriose puisqu'elle seule permet d'en faire le diagnostic positif [31] mais aussi d'évaluer son extension, de traiter la maladie et d'orienter la prise en charge postopératoire. Cependant, l'échographie pelvienne endo-vaginale et l'IRM faites par des praticiens expérimentés dans la pathologie ont une excellente valeur prédictive positive et ne devraient pas rendre le recours à la coelioscopie systématique pour poser le diagnostic d'endométriose pelvienne profonde ou d'endométriose [32,33].

La destruction de l'ensemble des lésions d'endométriose péritonéale superficielle améliore les taux de grossesse [34]. En cas d'atteinte plus sévère, le bénéfice de la chirurgie sur les taux de grossesse spontanée est d'autant plus important que la chirurgie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948682>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948682>

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