

Treizièmes Journées nationales de la FFER (Paris, 17–19 septembre 2008)

Don d'ovocytes et syndrome de Turner

Oocyte donation in Turner syndrome

J. Ohl

*Centre d'Assistance médicale à la procréation (AMP) de Strasbourg, CMCO-SIHCUS,
19, rue Louis-Pasteur, 67300 Schiltigheim, France*

Reçu le 24 juin 2008 ; accepté le 26 juin 2008

Disponible sur Internet le 9 août 2008

Résumé

Le syndrome de Turner représente un peu plus de 10 % des indications de don d'ovocytes. Les taux de grossesse sont aussi bons que dans les autres indications sous réserve d'une préparation endométriale adéquate. Malheureusement le syndrome de Turner s'accompagne d'anomalies somatiques susceptibles d'induire des complications obstétricales et même un risque de mortalité non négligeable, en particulier par dissection aortique. Il s'agit alors de définir avec une extrême précision les éléments du bilan médical préalable à la prise en charge en don d'ovocytes ainsi que les modalités de la surveillance pendant la grossesse qui permettraient de garder les patientes à l'abri de complications sévères.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Turner syndrome represents about 10% of the indications of oocyte donation. Pregnancy rates are as satisfactory as for other indications when endometrial preparation is sufficient. Unfortunately patients with Turner syndrome present somatic abnormalities inducing obstetrical complications and even an elevated mortality rate, in particular by aortic dissection. So, it is absolutely necessary to define with extreme precision the elements of medical check up previous to oocyte donation as well as the forms of medical care during pregnancy which would protect the patients from severe complications.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome de Turner ; Don d'ovocytes ; Grossesse ; Assistance médicale à la procréation (AMP)

Keywords : Turner syndrome; Oocyte donation; Pregnancy; Assisted Reproductive Techniques (ART)

1. Introduction

Le syndrome de Turner est une affection chromosomique liée à l'absence d'un chromosome X en partie ou en totalité. Sa prévalence à la naissance est de 1/2500 nouveau-nés de sexe féminin.

On assiste ces dernières années à une évolution des idées concernant ce syndrome. Les facultés mentales sont identiques à celles de la population générale et les patientes atteintes mènent une vie normale sous réserve d'un soutien psychologique et d'un diagnostic précoce avec traitement par hormone de croissance

puis par estroprogestatif. Le désir d'enfant devient légitime. Du fait de la dysgénésie ovarienne, les grossesses spontanées sont très rares (1–2 %) et l'aménorrhée avec infertilité sont presque constantes [1]. Le recours au don d'ovocytes ou éventuellement à l'accueil d'embryons est actuellement largement répandu dans cette indication car cette Assistance médicale à la procréation (AMP) devient le seul recours possible pour obtenir une grossesse [2]. Les taux de grossesse en cas de syndrome de Turner sont aussi bons que dans les autres indications du don d'ovocytes. Hélas, le problème réside dans le fort taux de morbidité et même de mortalité qui accompagne ces grossesses. Un bilan médical normal préalablement à la prise en charge, en particulier sur le plan cardiovasculaire, ne semble pas mettre les patientes à l'abri de complications sévères.

Adresse e-mail : jeanine.ohl@sihcus.fr.

2. Résultats de programmes de don d'ovocytes en Europe

Delbaere et Englert en 2002 [3] dans leur série de neuf patientes ayant bénéficié de 15 cycles de don d'ovocytes rapportent cinq grossesses dont trois évolutives. Les auteurs concluent à des taux de grossesse dans le Turner comparables à ceux des dons réalisés pour une autre indication. Cependant, pour ces auteurs, le taux de fausse couche est plus élevé, de l'ordre de 40 à 50 %. Cette élévation pourrait s'expliquer par un certain degré d'hypoplasie utérine persistant malgré le traitement hormonal préparatoire avec une hypovascularisation. D'autres études récentes montrent que les taux de grossesse sont bons après don d'ovocytes pour syndrome de Turner, aussi bons que dans les autres indications. Les taux d'avortement spontané précoce ne sont pas accrus [4,5]. Une préparation endométriale avec des doses d'estrogène suffisantes permet d'obtenir un taux d'implantation et un taux de fausse couche comparables à ceux des autres indications de don d'ovocytes [6].

Parmi l'ensemble des patientes accouchant après un don d'ovocytes, toutes indications confondues, plus de 70 % sont césarisées [7]. Dans le contexte du syndrome de Turner ce chiffre atteint volontiers 100 % [4,5]. Différentes pathologies contribuent à ce fort taux de césarienne mais la disproportion fœtopelvienne rend compte à elle seule de la majorité des indications. [3].

L'étude rétrospective de Bodri et al. [5] rapporte le devenir de 21 patientes turnériennes traitées au cours de 30 transferts d'embryons frais obtenus par don d'ovocytes entre 2001 et 2004. Le nombre moyen d'embryons transférés est de deux (un à quatre). Dix-sept grossesses sont obtenues (57 %), dont 12 sont cliniques (40 %). Le taux d'implantation est de 22 % (15/68) et le taux de grossesse évolutive est de 30 % (9/30). Le taux d'accouchements prématurés est de 50 % (4/8) et le taux de retard de croissance intra-utérin est de 55,5 % (5/9). Une hypertension artérielle (HTA) est notée dans 55,5 % des cas (5/9 dont trois prééclampsies). Les auteurs concluent que leurs résultats de don d'ovocytes dans le Turner sont bons mais que les patientes doivent bénéficier d'une surveillance étroite de leur grossesse du fait des complications prévisibles.

Différents auteurs s'accordent pour dire que, du fait des risques obstétricaux accrus en cas de syndrome de Turner, le transfert électif d'un embryon unique doit être privilégié. Il s'agit d'éviter le risque additionnel, en particulier de décompensation hypertensive, de la grossesse gémellaire [3,5].

Le Groupe d'études pour le don d'ovocytes (GEDO) dans son relevé national de 2004 relève que 12 % des demandes de don d'ovocytes en France l'ont été pour un syndrome de Turner ou apparenté. À Strasbourg, notre expérience est limitée car elle n'a débuté qu'en décembre 1999. Au premier juin 2008, 30 patientes présentant un syndrome de Turner pur ou en mosaïque ont fait une demande de don d'ovocytes, ce qui correspond à un pourcentage des indications de 10,5 %. Un total de 18 transferts embryonnaires frais ou congelés a déjà eu lieu pour 12 patientes. À partir des années 2003/2004, ces jeunes femmes ont bénéficié d'une exploration cardiaque avant la prise en charge, avec électrocardiogramme et échographie cardiaque. Ces examens

n'ont montré aucune anomalie. La grossesse n'a pas été contre-indiquée. Il faut souligner qu'une IRM aortique n'a été réalisée que dans un cas. Huit grossesses ont été obtenues (66,7 de grossesse par patiente et 44,4 % de grossesse par transfert). Trois patientes ont présenté un avortement spontané. Deux grossesses évolutives sont en cours. Trois patientes ont accouché dont deux par césarienne. Une grossesse a été d'évolution simple, les deux autres grossesses ont été émaillées d'une cytolysse hépatique et d'une hypertension gravidique... En juin 2008, une jeune patiente de 33 ans décède sept jours après sa césarienne pratiquée à terme pour cholestase gravidique et disproportion fœtopelvienne. L'autopsie met en évidence une dissection de la grosse aortique. Le décès est dû à un hémopéricarde massif. L'échographie cardiaque en préconceptionnel avait retrouvé un bulbe aortique de calibre normal à 35 mm. Au sixième mois de grossesse ce diamètre a été mesuré à 45 mm. Un contrôle a été préconisé dans le post-partum.

Une enquête française est actuellement en cours. Les centres pratiquant le don d'ovocytes sont interrogés sur le déroulement et l'issue des grossesses obtenues chez des patientes présentant un syndrome de Turner. Les résultats devraient être connus dans quelques mois.

3. Malformations, pathologies et complications de la grossesse chez les patientes turnériennes

Les programmes de don d'ovocytes dans le syndrome de Turner ont des taux de grossesse très bons avec des taux de fausse couche comparables à ceux des dons pour d'autres indications. Malheureusement le syndrome de Turner s'accompagne d'anomalies somatiques qui sont susceptibles d'induire des complications obstétricales.

La prévalence réelle des malformations cardiovasculaires n'est pas clairement définie dans la littérature. Pour certains auteurs elles se rencontrent chez 20 à 30 % des femmes atteintes de syndrome de Turner [8–10]. Il peut s'agir d'une coarctation de l'aorte (15–30 %) ou d'une bicuspidie de la valve aortique (30 %) [11]. On peut retrouver aussi des anévrismes aortiques, une dysplasie vasculaire généralisée, des télangiectasies intestinales, des hémangiomes, des varices ou une hypertension artérielle. Pour Ostberg et al. [12] qui rapportent une étude concernant 107 patientes, la prévalence est plus élevée. Lorsque l'échographie cardiaque et l'IRM aortique sont associées, seules 24 % des patientes n'ont aucune anomalie retrouvée !

Les complications obstétricales les plus sévères sont cardiovasculaires, telles la dissection aortique ou les conséquences de l'hypertension artérielle (HTA). La dilatation, dissection ou rupture aortique sont favorisées par la présence concomitante d'une obésité, d'une hypertension artérielle ou d'une cardiopathie congénitale préexistantes à la grossesse [8]. L'hypertension artérielle existe chez 50 % des patientes turnériennes adultes avant même la grossesse [13] et il existe une corrélation entre la sévérité de l'hypertension et la sévérité d'une éventuelle dilatation associée.

Carlson et Sliberbach [14] ont repris récemment 85 cas de dissection aortique de la littérature rapportés entre 1961 et 2006. Ils ont retrouvé 15 % d'HTA isolée préalable, 30 % de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949159>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949159>

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