



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Issues obstétricales des grossesses obtenues par Assistance médicale à la procréation chez les femmes endométriosiques



Adverse pregnancy outcomes after Assisted Reproduction Technology in women with endometriosis

A. Carassou-Maillan^{a,*}, J.-L. Pouly^a, A. Mulliez^b, L. Dejou-Bouillet^a,
A.-S. Gremeau^a, F. Brugnol^a, L. Janny^a, M. Canis^a

^a Pôle gynéco-obstétrique-reproduction humaine, CHU Estaing, 1, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^b Département d'information médicale, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 11 septembre 2013

Accepté le 20 janvier 2014

Disponible sur Internet le 27 mars 2014

Mots clés :

Endométriose

Assistance médicale à la procréation

Issue de grossesse

Prématurité

Placenta prævia

RÉSUMÉ

Objectifs. – Si l'association entre endométriose et infertilité est bien connue, son retentissement sur l'issue obstétricale est encore peu étudié. Notre objectif était de déterminer l'impact de l'endométriose sur les issues obstétricales des singletons. L'objectif secondaire était de déterminer si la sévérité de la maladie avait une influence sur ces issues.

Patients et méthodes. – Nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique portant sur une population de 1204 femmes infertiles dont 258 endométriosiques ayant obtenu, par assistance médicale à la procréation, une grossesse unique évolutive au-delà du stade embryonnaire. Deux analyses ont été réalisées. La première comparait les femmes endométriosiques aux femmes présentant une autre cause d'infertilité. La seconde observait les complications obstétricales en fonction des stades AFS-R de l'endométriose.

Résultats. – Le taux global d'enfants vivants à la naissance était de 95,8 %. En présence d'endométriose, il existait une augmentation significative de l'incidence des accouchements prématurés, surtout avant 32 SA (6,2 % vs 3,1 % dans le groupe « sans endométriose », $p = 0,03$), des métrorragies (5,3 % vs 2,2 %, $p = 0,01$) et du placenta prævia (4,9 % vs 0,9 %, $p < 0,0001$). L'incidence du diabète gestationnel était significativement diminuée (0,4 % vs 2,7 %, $p = 0,04$). Il n'y avait aucune corrélation entre la présence d'endométriose et le taux de césarienne ou de prééclampsie, ni entre le stade AFS-R et les issues obstétricales.

Discussion et conclusion. – L'endométriose est un facteur de risque obstétrical indépendamment de l'infertilité qu'elle entraîne. Le score AFS-R ne semble pas être représentatif du pronostic obstétrical au-delà du premier trimestre de grossesse chez les femmes porteuses d'endométriose.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – While association between endometriosis and infertility is well established, there are few studies about the impact of endometriosis on adverse pregnancy outcomes. The aim of this study was to determine the effect of endometriosis on obstetric outcomes and whether the severity of the disease had an influence on these.

Patients and methods. – We performed a retrospective study to investigate the obstetric outcomes of a population of 1204 subfertile women, including 258 with endometriosis, who obtained, thanks to assisted reproduction technology, a singleton pregnancy evolving beyond embryonic stage. Two analyzes were performed. The first compared women with endometriosis to women with other causes of infertility. The second observed adverse pregnancy outcomes according to AFS-R stages of endometriosis.

Keywords:

Endometriosis

Assisted reproduction technology

Adverse pregnancy outcome

Preterm birth

Placenta previa

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ananda_carassoumaillan@yahoo.fr (A. Carassou-Maillan).

Results. – The overall rate of live birth children was 95.8%. In case of endometriosis, there was a significant increase of the incidence of preterm delivery, especially before 32 weeks amenorrhea (6.2% vs 3.1% in the group “without endometriosis”, $P = 0.03$), antenatal bleeding (5.3% vs 2.2%, $P = 0.01$) and placenta previa (4.9% vs 0.9%, $P < 0.0001$). The incidence of gestational diabetes was significantly decreased (0.4% vs 2.7%, $P = 0.04$). There was no correlation between endometriosis and cesarean section or preeclampsia, or between the AFS-R stage and adverse pregnancy outcomes.

Discussion and conclusion. – Endometriosis is a factor of obstetrical risk, independently of the infertility it causes. The AFS-R score does not seem to be representative of obstetric outcomes beyond first trimester of pregnancy for women with endometriosis.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'endométriose se définit par la présence de tissu endométrial composé de glandes et de stroma cytogène en dehors de la cavité utérine [1]. Il s'agit d'une affection bénigne dont les processus de développement et d'invasion présentent les caractéristiques des maladies malignes [2]. La physiopathologie de l'endométriose est complexe. Elle s'appuierait sur quatre axes : la prédisposition génétique, la dépendance estrogénique, la résistance à la progestérone et l'inflammation [2]. Sa prévalence est estimée entre 6 et 15 % des femmes en âge de procréer [1–4]. Ses principales localisations sont péritonéales, ovariennes et sous-péritonéales profondes. Le score *American Fertility Society-Revised* (AFS-R) permet d'objectiver la sévérité de la maladie en fonction des différentes localisations et de la profondeur des lésions [5].

L'endométriose est une cause reconnue d'infertilité [6–8]. En cas d'endométriose sévère (stades III et IV de la classification AFS-R), les taux d'implantation et de grossesse obtenus par Assistance médicale à la procréation (AMP) sont significativement diminués par rapport à ceux des femmes présentant une autre cause d'infertilité (respectivement risque relatif [RR] = 0,79 [0,67–0,93] ; $p = 0,006$ et RR = 0,79 [0,69–0,91] ; $p = 0,0008$) [6]. Le taux de fécondation est, quant à lui, diminué de 7 % en cas d'endométriose modérée (stade I et II) [6].

Si l'impact de l'endométriose sur l'obtention d'une grossesse par AMP est bien connu, peu d'études ont recherché l'incidence de cette pathologie sur le déroulement de la grossesse. On sait que l'infertilité est en elle-même un facteur de risque de complications obstétricales telles que les accouchements prématurés (*Odd ratio* [OR] = 1,38 [1,25–1,54]), le retard de croissance intra-utérin (RCIU) (OR = 1,24 [1,16–1,45]), le petit poids de naissance (*Odd ratio* ajusté [aOR] = 1,4 [1,1–1,7]), la prééclampsie (aOR = 1,9 [1,4–2,5]), le placenta prævia (aOR = 3,9 [2,2–7,0]) ou encore le décollement placentaire (aOR = 1,8 [1,1–3,0]) [9–11]. Il semble également y avoir une augmentation significative des risques d'induction du travail (aOR = 1,5 [1,3–1,6]), d'extraction instrumentale (aOR = 2,2 [1,8–2,6]) et de césarienne (aOR = 2,1 [1,8–2,4]) [10,11]. Il est légitime de se demander si l'endométriose est un facteur de risque surajouté de complications obstétricales.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'impact de l'endométriose sur les issues obstétricales des singletons. L'objectif secondaire était de déterminer si la sévérité de la maladie avait une influence sur ces issues.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée dans le service d'AMP du CHU de Clermont-Ferrand.

Les grossesses multiples étant en elles-mêmes un facteur de risque de complications obstétricales, nous avons choisi de n'inclure que des grossesses mono-fœtales. Nous avons analysé les données concernant une cohorte de patientes infertiles de 18 à 42 ans ayant obtenu une grossesse unique évolutive au-delà du stade embryonnaire (c'est-à-dire au-delà de 57 jours de gestation)

grâce à une insémination artificielle (IA), un transfert d'embryon congelé (TEC), une fécondation in vitro (FIV) avec ou sans injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) réalisés entre le premier janvier 2007 et le 30 juin 2012. Il n'y avait pas de grossesse obtenue par don d'ovocyte répondant à ces critères. Les critères d'exclusion étaient : fausse-couche spontanée précoce (avant 57 jours de gestation), grossesse extra-utérine, interruption volontaire de grossesse et grossesse multiple. Les femmes ayant poursuivi le suivi de leur grossesse en dehors de notre centre ont été incluses. Les données de ces patientes ont été collectées auprès de médecins correspondants. Le diagnostic d'endométriose et sa stadification AFS-R avaient été réalisés lors d'une coelioscopie.

Deux analyses ont été réalisées. La première comparait les femmes présentant une infertilité liée à une endométriose aux femmes présentant une infertilité liée à une autre étiologie (inexpliquée, tubaire ou masculine). La seconde observait les différentes complications obstétricales en fonction des différents stades AFS-R de l'endométriose.

Les critères évalués étaient :

- les caractéristiques maternelles : âge maternel, tabagisme actif, indice de masse corporelle (IMC), type d'infertilité (primaire ou secondaire), parité, présence d'anomalie utérine et méthode de AMP utilisée (IA, FIV, ICSI et TEC) ;
- les complications obstétricales : métrorragies, placenta prævia, menace d'accouchement prématuré (MAP), rupture prématurée des membranes (RPM), prééclampsie, hypertension artérielle (HTA) gravidique, protéinurie isolée, chorioamnionite, diabète gestationnel, accidents thromboemboliques, cholestase gravidique, RCIU, hospitalisation ;
- les issues de grossesse : terme d'accouchement, mode d'entrée en travail, voie d'accouchement, hémorragie du post-partum (HPP) ;
- les issues fœtales : nombre d'enfants nés vivants, mort fœtale in utero (MFIU), anomalie chromosomique identifiée chez le fœtus, présence d'une malformation fœtale.

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables qualitatives et catégorielles et par des moyennes \pm écart-type associé pour les variables quantitatives.

La comparaison entre deux paramètres qualitatifs a été réalisée via le test du χ^2 ou le test exact de Fisher le cas échéant.

La normalité des variables quantitatives a été vérifiée par le test de Shapiro-Wilk ; les données quantitatives ont été comparées entre groupes par le test de Student ou par le test de Kruskal-Wallis si conditions de Student non respectées.

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation pour un risque de première espèce bilatéral de 5 % sous STATA V10 (Stata Corp, College Station, Texas, États-Unis).

3. Résultats

Au cours de la période d'étude, 4468 couples ont été pris en charge par AMP dans notre centre et 9032 cycles stimulés ont été

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949465>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949465>

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