

Onzièmes Journées nationales de la FFER (Paris, 11–13 octobre 2006)

## Endométriomés ovariens : effet de la kystectomie laparoscopique sur la réponse ovarienne en fécondation in vitro

### Ovarian endometriomas: effect of laparoscopic cystectomy on ovarian response in IVF-ET cycles

C. Yazbeck\*, P. Madelenat, C. Sifer, A. Hazout, C. Poncelet

*Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, maternité Aline-de-Crépy, hôpital Bichat-Claude-Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France*

Reçu le 22 juin 2006 ; accepté le 5 juillet 2006

Disponible sur internet le 22 août 2006

#### Résumé

**Objectif.** – Étudier la réponse folliculaire à une hyperstimulation ovarienne contrôlée au cours des cycles de FIVETE après kystectomie ovarienne laparoscopique pour endométriomés.

**Patientes et méthodes.** – Dans le cadre d'une étude rétrospective contrôlée, les dossiers de 113 femmes infertiles ayant subi des cycles de FIVETE après cœlioscopie ont été retenus. Le groupe de l'étude (A) comprenait 63 patientes avec endométriose pelvienne sévère et excision d'endométriomés supérieurs ou égaux à 4 cm. Le groupe témoin (B) comportait 50 patientes avec endométriose minimale ou légère. Les interventions ont été les suivantes : kystectomie ovarienne sous cœlioscopie dans le groupe de l'étude, et hyperstimulation ovarienne contrôlée dans les deux groupes.

**Résultats.** – Les données épidémiologiques et les caractéristiques des deux groupes A et B étaient comparables. Les nombres totaux de follicules recrutés ( $9,1 \pm 3,3$  contre  $10,6 \pm 4,2$  ;  $p = 0,001$ ), follicules matures ( $> 16$  mm) ( $4,2 \pm 1,7$  contre  $4,8 \pm 2,2$  ;  $p = 0,04$ ), ovocytes matures ponctionnés ( $5,8 \pm 3,8$  contre  $7,4 \pm 4,6$  ;  $p = 0,02$ ), ainsi que le taux de fécondation ( $48,9 \pm 34,9$  contre  $61,8 \pm 32,1$  % ;  $p = 0,02$ ) observés dans le groupe A étaient inférieurs à ceux observés dans le groupe B, respectivement. Le nombre moyen d'ampoules de FSHr (75 UI) utilisées a été augmenté en groupe A par rapport au groupe B ( $38,1 \pm 20,4$  contre  $29,3 \pm 16,4$  ;  $p = 0,004$ ). Les taux de grossesses cumulées étaient semblables dans les deux groupes ( $27,5 \pm 8,8$  % contre  $37,2 \pm 10,6$  % ;  $p = 0,37$ ).

**Discussion et conclusions.** – La réponse ovarienne au cours des cycles de FIVETE est diminuée chez les patientes ayant des antécédents de kystectomie laparoscopique pour endométriomés par rapport aux patientes ayant une endométriose minimale ou légère sans antécédents de chirurgie ovarienne.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objective.** – To investigate the follicular response to controlled ovarian hyperstimulation (COH) in IVF-ET cycles after laparoscopic ovarian cystectomy for large endometriomas.

**Patients and methods.** – In the set of a retrospective controlled study, the medical records of 113 infertile women who underwent IVF-ET cycles after laparoscopic surgery were reviewed. The study group (A) consisted of 63 patients with severe pelvic endometriosis and endometrioma excision. The control group (B) consisted of 50 infertile patients with mild or minimal endometriosis. Interventions were laparoscopic ovarian cystectomy in the study group, and COH in both groups.

**Results.** – Groups A and B were not different in terms of epidemiologic data. The total numbers of recruited follicles ( $9.1 \pm 3.3$  vs  $10.6 \pm 4.2$ ;  $P = 0.001$ ), mature follicles ( $\geq 16$ mm) ( $4.2 \pm 1.7$  vs  $4.8 \pm 2.2$ ;  $P = 0.04$ ), mature oocytes retrieved ( $5.8 \pm 3.8$  vs  $7.4 \pm 4.6$ ;  $P = 0.02$ ), and fertili-

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [chadi.yazbeck@bch.aphp.fr](mailto:chadi.yazbeck@bch.aphp.fr) (C. Yazbeck).

zation rate ( $48.9 \pm 34.9$  vs  $61.8 \pm 32.1\%$ ;  $P = 0.02$ ) observed in group A were lower than those observed in group B, respectively. While the mean number of rFSH ampoules (75 IU) was increased in group A ( $38.1 \pm 20.4$ ) compared to group B ( $29.3 \pm 16.4$ ;  $P = 0.004$ ), cumulative pregnancy rates were similar in both groups ( $27.5 \pm 8.8\%$  vs  $37.2 \pm 10.6\%$ ;  $P = 0.37$ ).

*Discussion and conclusions.* – Ovarian response was reduced during IVF-ET cycles in patients with history of severe endometriosis and laparoscopic excision of endometriomas compared to women with mild or minimal endometriosis without ovarian surgery.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés :* Endométrieuse ; Laparoscopie ; Kystectomie ; Réserve ovarienne ; Assistance médicale à la procréation (AMP) ; FIVETE

*Keywords:* Endometriosis; Laparoscopy; Cystectomy; Ovarian function; Assisted reproductive techniques (ART); IVF-ET

## 1. Introduction

L'endométrieose est fréquemment associée à l'infertilité. Un pourcentage de 30 à 70 % de femmes infertiles atteintes d'endométrieose a en effet été rapporté [1]. Des études antérieures ont suggéré une diminution des taux de succès après Assistance médicale à la procréation (AMP) chez les femmes ayant une endométrieose sévère avec une réponse ovarienne diminuée à l'hyperstimulation ovarienne contrôlée (HOC) par rapport aux témoins [2–4]. D'autres auteurs n'ont pas retrouvé ces effets délétères de l'endométrieose sur les résultats en AMP par comparaison avec les infertilités d'origine tubaire [5].

La chirurgie laparoscopique est actuellement considérée comme le *gold standard* dans le traitement des kystes ovariens endométriosiques chez les femmes infertiles. La kystectomie laparoscopique a montré sa supériorité au drainage-coagulation, avec moins de récives et de réinterventions, et des taux de grossesse plus élevés [6,7] bien que la kystectomie laparoscopique avant le traitement par AMP n'améliore pas les résultats en terme de fertilité [8]. Cependant, après ce type de chirurgie, la réserve ovarienne résiduelle, quant au développement folliculaire pendant l'HOC, est à prendre en considération d'autant plus que les résultats dans la littérature sont discordants. Hemmings et al. [9] ont suggéré que la chirurgie ovarienne dans les cas d'endométriomes pouvait être néfaste pour le cortex ovarien normal résiduel. D'autres auteurs ont trouvé un nombre réduit de follicules recrutés pendant l'HOC après chirurgie ovarienne [10–12]. La quantité de tissu ovarien enlevé par inadvertance pendant la kystectomie pourrait avoir une valeur pronostique, de même que l'effet de la coagulation électrochirurgicale d'hémostase infligée sur le stroma ovarien. En effet, l'excision des kystes ovariens endométriosiques a été associée à une réduction considérable dans la réserve ovarienne sur l'ovaire opéré par rapport au controlatéral [13]. Cependant, d'autres études ont rapporté des résultats identiques en AMP chez des patientes ayant des antécédents de chirurgie ovarienne par rapport aux patientes avec facteur tubaire ou endométrieose de stade I/II [12,14,15].

Cette étude a pour objectif d'évaluer la réponse ovarienne folliculaire à l'HOC et les résultats de la FIVETE chez des patientes ayant des antécédents d'endométrieose sévère avec excision laparoscopique d'endométriomes en comparaison avec des patientes ayant une endométrieose minime ou légère sans antécédents de chirurgie ovarienne.

## 2. Patientes et méthodes

### 2.1. Population

De janvier 1998 à décembre 2001, nous avons sélectionné les dossiers de 113 patientes infertiles ayant subi des cycles de FIVETE dans le service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction de l'hôpital Bichat—Claude-Bernard, Paris. Toutes les patientes présentaient une endométrieose diagnostiquée par cœlioscopie et évaluée selon la classification AFSr [16]. Le groupe de l'étude (groupe A) comprenait 63 patientes ayant une endométrieose stade III ou IV avec antécédents de kystectomie laparoscopique (pour endométriomes de taille supérieure ou égale à 40 mm) réalisée dans le même département. Les patientes incluses dans ce groupe avaient toutes un diagnostic histologique positif de kystes endométriosiques. Le groupe témoin (groupe B) comprenait 50 patientes incluses durant la même période avec antécédents d'endométrieose stade I ou II diagnostiquée par laparoscopie, sans chirurgie ovarienne.

Les caractéristiques cliniques des patientes (âge, durée et type d'infertilité, nombre de tentatives antérieures de FIVETE) ont été enregistrées dans les deux groupes. Avant la stimulation ovarienne, toutes les patientes ont eu une évaluation échographique des ovaires et aucun kyste endométriosique n'a été détecté. La réponse folliculaire, le taux de fécondation, d'implantation et de grossesse dans les deux groupes A et B ont été analysés sur 214 cycles de stimulation ovarienne pour FIVETE. Les analyses du sperme étaient normales d'après les critères définis par l'OMS [18].

### 2.2. Technique chirurgicale

Une kystectomie ovarienne laparoscopique a été réalisée chez les patientes du groupe A selon la technique décrite par Canis et al. [17]. La procédure a consisté en une dissection sous cœlioscopie de la paroi de l'endométriome et du stroma sous-jacent par traction douce et contre-traction. Cette manœuvre est suivie généralement par un écoulement du contenu du kyste sous forme de liquide « chocolat ». Après avoir enlevé le faux kyste de la cavité abdominale, une coagulation bipolaire minime sélective des berges a été réalisée. Aucune suture n'a été nécessaire sur les ovaires opérés. Dans tous les cas, la confirmation histopathologique de la nature du kyste a été obtenue.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950877>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950877>

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