



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

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



Article original

Drilling ovarien par fertiloscopie : faisabilité, résultats et valeurs prédictives

Ovarian drilling by fertiloscopy: Feasibility, results and predictive values

J.-L. Pouly*, M. Krief, B. Rabischong, F. Brugnion, A.-S. Gremeau, L. Dejou, N. Fabre, G. Mage, M. Canis, X. Folini.

Service de gynécologie, pôle de gynécologie, obstétrique et reproduction, CHU de Clermont-Ferrand, CHU d'Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 7 août 2012

Accepté le 10 décembre 2012

Disponible sur Internet le 6 avril 2013

Mots clés :

Syndrome des ovaires polykystiques

PCO

Infertilité

Drilling ovarien

Cœlioscopie

Fertiloscopie

R É S U M É

Objectif. – Les buts de cette étude était d'évaluer l'efficacité du drilling ovarien, de comparer la technique par fertiloscopie à la technique par cœlioscopie, et de rechercher des facteurs pronostiques de succès.
Patientes et méthodes. – L'étude rétrospective a porté sur 154 drillings ovariens réalisés entre juin 1998 et décembre 2010 où le drilling a été proposé après échec du clomifène et avant stimulation par FSH chez des patientes présentant un PCOS.

Résultats. – Le taux d'ovulation post-drilling est de 62 % ; le taux de grossesse évolutive spontanée est de 31 % et le taux total de grossesse évolutive incluant les stimulations secondaires est de 58 %. Il n'est pas retrouvé de différence significative entre la cœlioscopie et la fertiloscopie. Il a été noté plus de complications peropératoires en fertiloscopie et 20 % des fertiloscopies ont dû être convertie en cœlioscopie dont la moitié pour complications ou difficultés techniques. Les seuls facteurs prédictifs préopératoires retrouvés sont une euthyroïdie qui augmente les chances de grossesses en général (incluant les stimulations secondaires) et un taux de FSH plus bas. Par contre, il apparaît que les chances de grossesse en stimulation sont fortement diminuées si le drilling n'a pas induit d'ovulation versus les cas où il y a eu ovulation mais pas de grossesse (28,8 % versus 58,1 %, $p < 0,003$).

Discussion et conclusion. – Les résultats obtenus en fertiloscopie sont comparables à ceux de la cœlioscopie, ce qui suggère un avantage à cette technique en termes de coût, de confort et de durée d'hospitalisation. Aucun critère de sélection des patientes utilisable en pratique courante n'a pu être mis en évidence. L'étude suggère que l'absence d'ovulation après drilling pourrait être une indication directe de FIV.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objectives. – The aims of this study were to assess the effectiveness of the ovarian drilling, compare the techniques by fertiloscopy or by laparoscopy, and search for prognostic factors of success.

Patients and methods. – This retrospective study focused on 154 ovarian drilling carried out between June 1998 and December 2010 where the drilling has been proposed after failure of the clomifene and before stimulation by FSH among PCOS patients.

Results. – The post-drilling ovulation rate is 62%. The spontaneous on-going pregnancy rate is 31% and the total pregnancy rate scalable including secondary stimulation is 58%. No significant difference was found between laparoscopy and the fertiloscopy. The peroperative complications in fertiloscopy were more frequent but without consequences and 20% of the fertiloscopy had to be converted to laparoscopy, half of them for complications and half of them for technical difficulties. The only found preoperative predictors of success are an euthyroidy that increases the chances of pregnancy in general (including the side stimulation) and a lower FSH levels. However, it appears that the chances of pregnancy in FSH stimulation are dramatically decreased if the drilling did not induce ovulation versus the cases where it induced ovulation but no pregnancy (28.8% versus 58.1%, $P < 0.003$).

Keywords:

PCOS

Infertility

Ovarian drilling

Laparoscopy

Fertiloscopy

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jlpouly@chu-clermontferrand.fr, pouly.jean@orange.fr (J.-L. Pouly).

Discussion and conclusion. – Fertiloscopy results are comparable with those of laparoscopy, which suggests an advantage to this technique in terms of cost, comfort, and length of hospital stay. No usable in practice patient selection criteria could be highlighted. The study suggests that the absence of ovulation after drilling may be a direct indication for IVF.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le drilling ovarien correspond à la multiperforation ovarienne à la surface de chaque ovaire en cas de syndrome des ovaires polykystiques (PCO) défini selon les critères de Rotterdam de 2003 [1].

Le concept de destruction partielle de l'ovaire est connu depuis de nombreuses années avec la résection cunéiforme des ovaires qui était réalisée à partir des années 1935 jusqu'aux années 1960. Le drilling par coelioscopie a été décrit par Gjonnaess en 1984 [2]. Le drilling par hydroculdoscopie ou fertiloscopie a été décrit en 1998 et 1999 par Gordts et al. et Watrelot et al. [3,4]. Le mécanisme d'induction de l'ovulation après drilling ovarien est encore inconnu.

Si l'efficacité de cette méthode est reconnue, sa place à l'ère de l'assistance médicale à la procréation et aux stimulations de l'ovulation restait encore peu claire jusqu'aux recommandations de l'ESHRE en 2008 [5].

Le but de ce travail est d'évaluer les résultats du drilling réalisé par coelioscopie ou par fertiloscopie et de rechercher les facteurs prédictifs d'efficacité.

2. Patientes et méthodes

Le drilling était proposé chez les patientes présentant une PCO et n'ayant pas ovulé ou n'ayant pas été enceinte suite à la prise de clomifène à une dose maximale de 200 mg/jour pendant 5 jours. L'échec du clomifène était défini comme l'absence d'ovulation ou l'absence de grossesse après 6 cycles ovulatoires.

Les données concernant la patiente étaient recueillies en préopératoire ainsi qu'un bilan hormonal (FSH, LH, testostérone, estradiol, TSH).

La technique de drilling incluait la réalisation de 10 perforations de la corticale ovarienne par pointe monopolaire (électrode Storz) par coelioscopie et par fertiloscopie (électrode Versapoint) en utilisant une puissance de 40 watts pendant 2 à 3 secondes par chaque perforation. Malheureusement, l'énergie totale utilisée dans chaque cas n'a pas été relevée lors de cette étude.

Dans les suites du drilling, les patientes étaient encouragées à reprendre une vie sexuelle après une semaine. Les patientes étaient revues en postopératoires à 2,5 mois. La survenue ou non d'une ovulation était jugée sur une courbe de température. En cas d'ovulation, les patientes étaient revues à 6 mois pour envisager une stimulation de l'ovulation du type FSH *chronic low-dose*. En l'absence d'ovulation et/ou de menstruation à 2 mois, la stimulation en protocole FSH *chronic low-dose* était démarrée immédiatement.

Dans l'interprétation des résultats, un succès est défini comme la survenue d'une grossesse évolutive ayant dépassé 12 semaines d'aménorrhée. La survenue de fausses couches précoces ou de GEU est considérée comme un échec.

Les buts de ce travail sont d'évaluer :

- l'efficacité globale du drilling ovarien ;
- de faire une comparaison historique entre coelioscopie et fertiloscopie ;
- de rechercher des facteurs prédictifs de succès ou d'échecs parmi les critères suivants : l'âge, la durée d'infertilité, le type

d'infertilité (primaire ou secondaire), la consommation tabagique, l'IMC, la présence d'une dysthyroïdie, les taux sériques de LH, le rapport LH/FSH, les taux de testostérone, de delta 4 androsténone, de DHEA, les techniques chirurgicales (fertiloscopie ou coelioscopie). Pour des raisons historiques l'AMH n'a pas pu être étudiée.

Entre 2000 et 2010, nous avons réalisé 174 drilling soit par coelioscopie soit par fertiloscopie mais 8 patientes ont été exclues car perdues de vue et 12 car elles présentaient une pathologie annexe importante ayant un impact dans la fertilité : endométriose stade 3 ou 4, pathologies tubaires, altération majeure du sperme du conjoint. Cette étude comporte donc 154 patientes.

La coelioscopie a été utilisée en première intention dans 46 cas, et la fertiloscopie dans 108. Cependant, 23 cas commencés par fertiloscopie ont dû être convertis en coelioscopie.

Pour l'analyse statistique, les comparaisons de moyennes utilisent le test *t* de Student pour les données quantitatives et le test du Chi² pour les variables qualitatives. $p < 0,05$ était considéré comme significatif.

3. Résultats

3.1. Morbidité

L'intervention a été commencée par coelioscopie dans 46 cas et par fertiloscopie dans 108.

Mais finalement, 69 drillings ont été réalisés par coelioscopie et 85 par fertiloscopie car dans 23 cas il y a eu conversion de fertiloscopie en coelioscopie. Les causes étaient :

- dans 10 cas, la visualisation d'une anomalie pelvienne modérée mais nécessitant un traitement chirurgical (endométriose, adhérences, phimosis tubaire, kyste annexiel) ;
- dans 6 cas, une complication peropératoire ;
- dans 7 cas, l'impossibilité de réaliser le drilling par fertiloscopie pour mauvaise visibilité.

Les 6 cas de complications correspondent à deux hémorragies peropératoires avec nécessité d'hémostase par coelioscopie et à 4 cas de perforations rectales qui ont dû être contrôlées par coelioscopie dans 2 cas et non traitées dans les 2 autres. Toutes furent sans conséquence ultérieure. Toutes ces complications sont survenues parmi les 25 premiers cas traités par fertiloscopie et 3 fois par des opérateurs peu entraînés à la fertiloscopie.

Les 7 cas interrompus par fertiloscopie l'ont été pour 5 d'entre eux pendant les 50 premiers cas. Ils sont dus 4 fois à des hémorragies minimes en début de drilling ne permettant de poursuivre le geste malgré des lavages répétés et 3 fois à des difficultés d'accessibilité satisfaisant de l'ovaire chez des patientes obèses.

Dans le groupe coelioscopie deux complications hémorragiques sont également survenues.

La durée d'occupation du bloc opératoire est significativement plus faible dans le groupe fertiloscopie (36 ± 11 minutes versus $50 \pm 20 - p < 0,05$). Il y a significativement plus d'hospitalisations ambulatoires dans le groupe fertiloscopie (73 %), que dans le groupe coelioscopie (24 %) ($p < 0,001$). Ces chiffres d'hospitalisation

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3951703>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3951703>

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