

Faits et arguments

La chirurgie tubaire et utérine a-t-elle un effet délétère sur la fonction ovarienne ? ☆

Is tubal and uterine surgery deleterious to ovarian reserve?

J. Belaisch-Allart^{a,*}, J.-M. Mayenga^a, N. Castaing^a, J.-P. Allart^b

^a Service de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, CHI de Chaville, Saint-Cloud, Sèvres, Ville d'Avray, site de Sèvres, 141, Grande-Rue, 92318 Sèvres cedex, France

^b Hôpital européen la Roseraie, 120, avenue de la République, 93308 Aubervilliers, France

Reçu le 12 septembre 2006 ; accepté le 10 octobre 2006

Disponible sur internet le 22 novembre 2006

Résumé

La stérilisation tubaire est depuis plus de 50 ans accusée d'entraîner des troubles du cycle menstruel. Par analogie, toute chirurgie tubaire, qui risquait d'induire des troubles de la vascularisation ovarienne, a été mise en cause. Les études récentes de la réserve ovarienne, fondées sur les dosages hormonaux et l'échographie, ne confirment pas cette hypothèse. L'hystérectomie et l'embolisation utérine chez la patiente en péri-ménopause semblent altérer la fonction ovarienne. L'embolisation de l'artère utérine chez la femme jeune, en âge de procréer, ne paraît pas perturber la réserve ovarienne.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Changes in menstrual pattern after tubal sterilisation have been reported for more than 50 years. Hence all tubal surgeries have been suspected of altering the ovarian reserve, by damage to the ovarian blood vessels. Recent studies showed that tubal surgery has no significant adverse effect on doppler flow indice and hormonal markers. Hysterectomy and uterine artery embolization seem to decrease ovarian reserve in perimenopausal women. Uterine artery embolization does not seem to have adverse effects on normally functioning ovaries.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Réserve ovarienne ; Chirurgie tubaire ; Chirurgie utérine ; Fibrome ; Embolisation de l'artère utérine

Keywords : Ovarian reserve; Tubal surgery; Uterine surgery; Leiomyoma; Uterine artery embolization

1. Introduction

La stérilisation tubaire est depuis 1951 [1] accusée d'entraîner des troubles du cycle menstruel par le biais d'une réduction de la vascularisation ovarienne. Par analogie, toute chirurgie tubaire, susceptible elle aussi d'altérer l'artère tubo-ovarienne, a été suspectée d'entraîner des troubles de la réserve ovarienne,

préjudiciables en cas de désir d'enfant. La chirurgie tubaire peut effectivement réduire le flux sanguin ovarien et créer ainsi des dégâts tissulaires ovariens. Ces dégâts ont été accusés de provoquer des troubles du cycle et une éventuelle altération de la réserve ovarienne.

La chirurgie des fibromes, classique, ou l'embolisation ont également été mises en cause. De plus, depuis la publication de Mahadevan et al. (1985) il est connu que les adhérences péri-ovariennes perturbent la réponse ovarienne, un effet de pression mécanique ayant été évoqué [2].

Plus de 50 ans après la publication princeps de Williams [1], fondée exclusivement sur les troubles du cycle, et avec les moyens modernes d'investigation dont nous disposons (dosa-

☆ Cet article de synthèse a fait l'objet d'une communication lors des XI^{es} Journées de la Fédération française d'étude de la fertilité (FFER) [Paris, 11–13 octobre 2006], dans le cadre de la session de la Société de chirurgie gynécologique et pelvienne (SCGP). [Ndlr.]

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jbelaisch@promptmail.com (J. Belaisch-Allart).

ges hormonaux, échographie, Dopplers) un point peut être fait sur la réalité des effets délétères ovariens de la chirurgie tubaire ou utérine. De plus, les premières publications ne portaient que sur les troubles du cycle, conséquence des stérilisations tubaires (donc a priori chez des femmes ne souhaitant plus de grossesse) tandis que les publications actuelles prennent en compte les marqueurs de la réserve ovarienne et les grossesses obtenues, preuve s'il en est de la préservation de la fonction ovarienne.

2. Effets ovariens de la chirurgie tubaire

L'architecture vasculaire des trompes de Fallope dérive de l'artère utérine et de l'artère ovarienne. D'après Kamina [3], il existe quatre types d'irrigation ovarienne (Fig. 1). Le type I, fréquent, est représenté par l'anastomose à plein canal des branches ovariennes. De cette arcade se détachent en dents de peigne les artères ovariennes. Le type II, fréquent également, est constitué par deux pédicules internes et externes reliés par une petite anastomose. Le type III, rare, est caractérisé par un seul pédicule d'origine utérine. L'artère ovarienne ne participe pas à la vascularisation de l'ovaire. Dans le type IV, rare également, l'artère ovarienne assure toute la vascularisation. Il est recommandé en cas de salpingectomie d'être aussi proche que possible de la trompe, particulièrement dans la région proximale afin de diminuer les dommages que l'on pourrait créer au niveau de la vascularisation de l'ovaire.

2.1. Effets des différentes techniques de stérilisation tubaire

En 1951, pour la première fois a été rapportée la survenue de saignements utérins anormaux après stérilisation tubaire par Williams et al. [1]. Donnez et al. [4], en 1984, avaient rapporté des taux de progestérone inférieurs chez les femmes stérilisées

par rapport à un groupe témoin. Puis la Collaborative Review of Sterilization (CREST), étude multicentrique sur 5070 femmes aux États-Unis ayant bénéficié d'une stérilisation tubaire, a mis en évidence une augmentation significative des troubles du cycle menstruel chez ces femmes à cinq ans par rapport à la période antérieure à l'intervention ou à la première année [5]. Bien que d'autres études aient abouti à des résultats inverses et n'aient pas mis en évidence de troubles du cycle (De Stephano et al. [6], Peterson et al. [7]) le doute était soulevé. Différentes étiologies et physiopathologies ont été évoquées dans la genèse de ces troubles : torsion ovarienne, troubles de l'innervation tubaire, altération de la phase lutéale, troubles hormonaux, modifications histologiques de l'endomètre et surtout vascularisation ovarienne insuffisante, par lésion de l'artère tubo-utérine bien que l'artère ovarienne ne puisse pas être affectée par la stérilisation [8]. Chez l'animal, il a été montré que le nombre d'ovocytes recueillis après ligature des vaisseaux tubo-ovariens est diminué par rapport à l'ovaire controlatéral où la vascularisation est intacte [9]. Il avait même été rapporté que les stérilisations par électrocoagulation ou par technique de Pomeroy entraînaient davantage d'effets ovariens néfastes que la pose de clips (Donnez et al. [4], Sumiala et al. [10]), l'hypothèse étant que la pose de clips n'altérerait pas l'artère tubo-ovarienne contrairement à l'électrocoagulation ou à la technique de Pomeroy mais les données de la littérature ne sont pas unanimes sur ce point [11]. Bhiwandiwalla et al. [12] ont comparé les changements du cycle menstruel sur 10 004 femmes après stérilisation par électrocoagulation ou par trois types d'anneaux et n'ont rapporté aucune différence significative. La plupart de ces études présente toutefois des méthodologies contestables. En particulier, il n'est pas toujours précisé si ces anomalies regroupées sous le terme de syndrome postligature tubaire n'existaient pas avant l'intervention et surtout elles portent souvent sur des femmes de la quarantaine. Curieusement

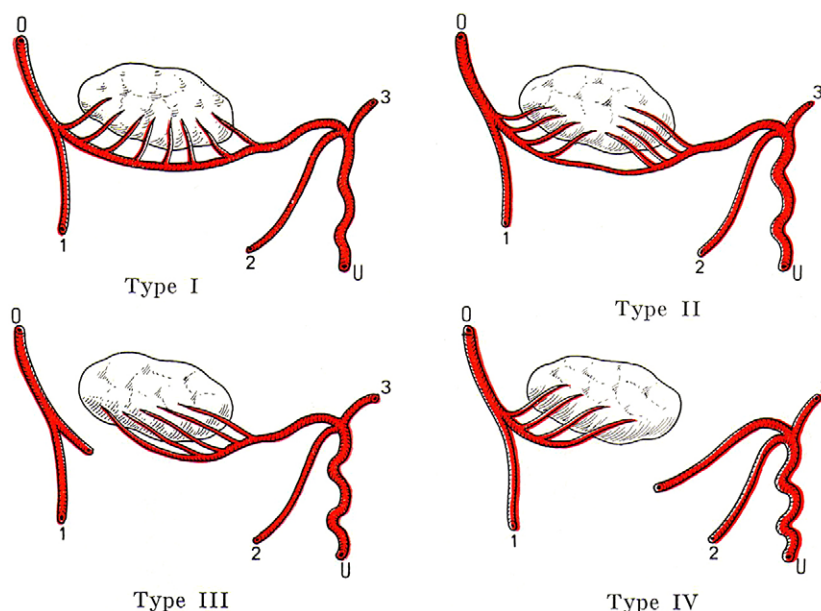


Fig. 1. Les quatre types de vascularisation de l'ovaire d'après Kamina.

1 : artère tubaire externe ; 2 : artère tubaire interne ; 3 : artère du fond utérin ; O : artère ovarienne ; U : artère utérine.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952997>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952997>

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