



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Échecs répétés de fécondation in vitro : anomalies retrouvées sur le bilan diagnostique

Repeated in vitro fertilization failure: Abnormalities identified in the diagnostic assessment

M. Lambert^a, C. Hocké^a, C. Jimenez^b, S. Frantz^a, A. Papaxanthos^b, H. Creux^{a,*}

^aService d'assistance médicale à la procréation, centre Aliénor d'Aquitaine, hôpital Pellegrin, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

^bLaboratoire de biologie de la reproduction, centre Aliénor d'Aquitaine, hôpital Pellegrin, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 mai 2016

Accepté le 22 août 2016

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Infertilité

FIV

Implantation

Échecs répétés d'implantation

Échecs de FIV

Réceptivité utérine

RÉSUMÉ

Objectifs. – Étudier la proportion d'anomalies retrouvées sur le bilan diagnostique réalisé après échec d'au moins deux tentatives de FIV. Discuter l'intérêt du bilan diagnostique.

Méthodes. – Étude descriptive rétrospective. Entre janvier 2008 et janvier 2012, 205 couples présentant au moins deux échecs de FIV ont bénéficié du bilan suivant : caryotypes du couple ; auto-immunité, thrombophilie, échographie-doppler pelvienne et hystérocopie diagnostique chez les femmes.

Résultats. – Les principales anomalies biologiques étaient auto-immunes pour 23,9 % des patientes : anticorps antinucléaires (5,7 %), antithyroperoxydase (11,5 %) et antithyroglobuline (8,3 %) ; thrombotiques avec des anticorps antiphospholipides pour 8,2 % des patientes (1,4 % d'anticoagulant circulant lupique et 6,8 % d'anticorps anticardioliopines) et 9,5 % de mutations hétérozygotes du facteur II. Les caryotypes féminin et masculin étaient pathologiques dans 2,1 % et 0 % des cas respectivement. L'échographie doppler s'est révélée anormale dans 44,7 % des cas (index de pulsatilité des artères utérines ≥ 3 et/ou *notch* protodiastolique) et l'hystérocopie diagnostique dans 14,6 % des cas. Afin de cibler le véritable échec d'implantation, nous avons comparé les groupes « < 8 embryons transférés » versus « ≥ 8 embryons transférés » et « grossesse après la 3^e et/ou la 4^e tentative » versus « absence de grossesse à l'issue de la prise en charge », aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence.

Conclusion. – Le bilan diagnostique réalisé en cas d'échecs répétés de FIV retrouve des anomalies biologiques, caryotypiques et morphologiques, avec une prévalence proche de la littérature. D'autres études devront être réalisées afin d'évaluer l'impact réel de ces anomalies dans les échecs d'implantation et l'utilité d'une prise en charge thérapeutique.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – Investigate the proportion of abnormalities identified on the diagnostic assessment performed after at least two previous failed IVF attempts. Discuss the real benefit of this evaluation.

Methods. – Retrospective descriptive study. Between January 2008 and January 2012, 205 couples with at least two consecutive failed IVF attempts had a diagnosis evaluation which consisted in couple's karyotypes; autoimmune and haemostasis biological check-up, pelvic ultrasound-Doppler and hysteroscopy for women.

Results. – The main biological anomalies were autoimmune for 23.9% of women: antinuclear antibodies (5.7%), antithyroid peroxidase (11.5%) and antithyroglobulin (8.3%); thrombotic with antiphospholipid antibodies for 8.2% of women (1.4% lupus anticoagulant and 6.8% anticardiolipin antibodies), and

Keywords:

Infertility IVF

Implantation

Recurrent implantation failure

IVF failure

Uterine receptivity

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : helenecreux@gmail.com (H. Creux).

heterozygous prothrombin gene mutation for 9.5%. Karyotypes were abnormal for 2.1% of women and 0% of men. Ultrasound-Doppler appeared to be abnormal in 44.7% of cases (pulsatility index of uterine artery ≥ 3 and/or protodiastolic notch), and diagnostic hysteroscopy was abnormal in 14.6% of cases. In order to target the real implantation failure, we compared the groups “ < 8 embryos transferred” versus “ ≥ 8 embryos transferred” and “pregnancy after the third or fourth IVF cycle” versus “no pregnancy”, but no statistically significant difference was found.

Conclusion. – The diagnostic assessment carried out for recurrent IVF failure can detect biological, karyotypic and morphological abnormalities, in the same proportion that in previous studies. Further studies will have to be conducted to evaluate the real impact of these abnormalities in the recurrent implantation failure and the effectiveness of therapeutic care.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Malgré l'évolution des techniques de laboratoire et l'optimisation des protocoles de stimulation ovarienne, le taux de grossesse clinique par transfert reste stable en Europe et en France : 33,2 % en fécondation in vitro (FIV) classique et 32 % en FIV avec micro-injection (ICSI) en Europe en 2010 [1] et 23,8 % en FIV classique et 24 % en ICSI en France en 2012 [2]. Tous les centres d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont confrontés à des échecs répétés d'implantation embryonnaire en FIV.

Ces échecs d'implantation peuvent être secondaires à des facteurs embryonnaires, maternels ou engendrés par une stimulation inappropriée et/ou des transferts difficiles. Ces échecs sont difficiles à accepter par les patients, mais souvent aussi par les soignants. Ainsi, de nombreux centres d'AMP effectuent un bilan non exhaustif à la recherche d'anomalie(s) pouvant expliquer ces échecs [3,4]. Il n'existe pas de réel consensus sur le contenu optimal de ce bilan, sur le moment le plus opportun pour le réaliser, ni sur les thérapeutiques à proposer en cas d'anomalies.

Ce bilan comprend généralement les caryotypes du couple et chez la femme : un bilan auto-immun, un bilan de thrombophilie, une échographie pelvienne avec dopplers utérins et une hystéroskopie. De nombreux centres d'AMP français effectuent ce bilan après échec de 2 ou 3 tentatives de FIV. Dans la littérature, la définition la plus utilisée de l'échec d'implantation semble être celle de l'ESHRE. Elle définit l'échec d'implantation comme l'absence de résultat conceptionnel après 3 tentatives de FIV avec transfert d'embryons de bonne qualité ou après transfert d'au moins 10 embryons frais ou congelés [5].

Dans le centre d'AMP du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, un bilan a été réalisé à partir de 2008, après échec de 2 tentatives de FIV avec transfert d'embryons frais. Nous nous sommes interrogés sur l'intérêt réel de réaliser ce bilan complet après seulement 2 échecs de FIV. L'objectif principal de ce travail était d'étudier la proportion d'anomalies retrouvées sur les bilans effectués dans notre centre entre janvier 2008 et janvier 2012. Les objectifs secondaires étaient de comparer la proportion d'anomalies en fonction de l'âge des patientes, en fonction du nombre d'embryons transférés lors des deux premières tentatives de FIV et en fonction de l'apparition ou non d'une grossesse lors des tentatives de FIV ultérieures.

2. Méthodes

2.1. Population d'étude

Nous avons effectué une étude descriptive et rétrospective dans le centre d'AMP du CHU de Bordeaux entre janvier 2008 et janvier 2012. Les couples sélectionnés étaient ceux ayant eu au moins deux échecs de FIV classique et/ou ICSI avec transfert d'embryons frais. Les critères d'exclusion étaient les azoospermies,

les dons d'ovocytes, les femmes présentant un antécédent personnel de maladie auto-immune ou de thrombose et l'absence de réalisation du bilan diagnostique. Nous avons finalement retenu les couples chez qui avait été réalisée une partie ou la totalité du bilan diagnostique d'échecs répétés de FIV (quel que soit le type d'infertilité primaire ou secondaire). Pour sélectionner notre population d'étude, nous nous sommes servis de l'analyse des données informatiques du logiciel InfoFIV et des dossiers médicaux.

Les caractéristiques initiales de notre population ont été détaillées en paramètres cliniques (âge de la patiente, indice de masse corporelle féminin, infertilité primaire ou secondaire, étiologie de l'infertilité, consommation tabagique du couple), biologiques (réserve ovarienne avec FSH, œstradiol, inhibine B et AMH), échographiques (compte des follicules antraux [CFA]) et hystérosopiques (hystéroskopie diagnostique pré-FIV).

Le bilan réalisé en cas d'échec de FIV comprenait un bilan sanguin chez la femme (TSH, anticorps antithyroïdiens, anticorps antinucléaires, anticoagulant circulant lupique, anticorps anti-cardiolipines, anticorps anti- β 2GP1, dosage de la protéine S, protéine C, antithrombine, recherche d'une résistance à la protéine C activée, mutation du facteur V Leiden, mutation *G20210A* du gène du facteur II, mutation du gène de la *MTHFR*, homocystéine, caryotype constitutionnel), une échographie pelvienne en milieu de cycle avec dopplers utérins, une hystéroskopie diagnostique si non faite initialement ou datant de plus de 2 ans et un caryotype constitutionnel chez l'homme, si non fait lors du bilan initial.

2.2. Analyse statistique

Le critère de jugement principal était basé sur le calcul de la proportion des anomalies retrouvées sur les bilans réalisés en cas d'échec d'au moins 2 tentatives de FIV avec transfert d'embryons frais. Les résultats étaient exprimés en fonction du nombre de données renseignées. Les données statistiques ont été collectées sur le logiciel de statistiques Epi Info 3.5.3 de façon anonyme. La comparaison des pourcentages entre les différents groupes a été effectuée avec un test de χ^2 ou un test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient faibles. Le seuil de significativité était défini par un p inférieur à 0,05.

3. Résultats

Initialement, 329 couples étaient inscrits pour une 3^e, 4^e ou 5^e tentative de FIV classique et/ou ICSI dans le centre d'AMP du CHU de Bordeaux entre janvier 2008 et janvier 2012. Cent vingt-quatre couples ont été exclus, 75 pour absence de réalisation du bilan, 41 pour azoospermie et 8 pour antécédent personnel de maladie auto-immune. Ainsi, la population de l'étude comptait 205 couples. L'infertilité était primaire dans 80,9 % des cas. Les 39 couples avec une infertilité secondaire présentaient un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5695912>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5695912>

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