

Report de la grossesse

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente opinion de comité a été rédigée par le comité sur la génétique, analysée par le comité sur l'endocrinologie de la reproduction et l'infertilité, et approuvée par le Comité exécutif et le conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURES PRINCIPALES

Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.)

Suzanne Tough, PhD, Calgary (Alb.)

COMITÉ SUR LA GÉNÉTIQUE DE LA SOGC

R. Douglas Wilson, MD (président), Calgary (Alb.)

François Audibert, MD, Montréal (Québec)

Claire Blight, inf. aut., Dartmouth (N.-É.)

Jo-Ann Brock, MD, Halifax (N.-É.)

Lola Cartier, MSc, CCGC, Montréal (Québec)

Valérie A. Désilets, MD, Montréal (Québec)

Alain Gagnon, MD, Vancouver (C.-B.)

Sylvie Langlois, MD, Vancouver (C.-B.)

Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Moncton (N.-B.)

Nanette Okun, MD, Toronto (Ont.)

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive

Mots clés : Maternal age, delayed child-bearing, reproductive technology, oocyte donation, late maternal age

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.015>

clinique ont été assurées par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Offrir une synthèse du report de la grossesse et en décrire les conséquences pour les femmes et les fournisseurs de soins de santé.

Options : Le report de la grossesse, phénomène ayant connu une forte croissance au cours des dernières décennies, est associé à une hausse des risques d'infertilité, de complications de la grossesse et d'obtention d'une issue indésirable de la grossesse. La présente directive clinique offre des renseignements qui optimiseront le counseling et les soins offerts aux Canadiennes en ce qui concerne leurs choix génésiques.

Issues : L'âge maternel est le plus important déterminant de la fertilité; les risques obstétricaux et périnataux sont directement proportionnels à l'âge maternel. De nombreuses femmes ne sont pas au courant des taux de réussite ou des limites propres aux technologies de procréation assistée et de la hausse des risques médicaux qu'entraîne le report de la grossesse; parmi ces risques, on trouve les grossesses multiples, l'accouchement préterme, la mortinaissance et la césarienne. La présente directive clinique offre un cadre de référence permettant de traiter de ces questions.

Résultats : Les études publiées entre 2000 et août 2010 ont été récupérées par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed et la *Cochrane Library* au moyen de mots clés (« *delayed child-bearing* », « *deferred pregnancy* », « *maternal age* », « *assisted reproductive technology* », « *infertility* » et « *multiple births* ») et de termes MeSH (« *maternal age* », « *reproductive behaviour* », « *fertility* ») appropriés. Des recherches ont également été menées dans Internet au moyen de mots clés semblables; de plus, les directives cliniques et les déclarations de principe publiées par des sociétés de spécialité médicale nationales et internationales ont fait l'objet de recherches. Les données ont été extraites en fonction des buts, de l'échantillon utilisé, des auteurs, de l'année de publication et des résultats.

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S1–S17

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁰¹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif¹⁰¹.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Commanditaire : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Recommandations

1. Les femmes qui reportent la grossesse sont exposées à un risque accru d'infertilité. Les personnes qui songent à avoir des enfants (et plus particulièrement les femmes) devraient être avisées que leur fécondité et leur fertilité commencent à décliner de façon significative après l'âge de 32 ans. Ces personnes devraient également être avisées que les technologies de procréation assistée ne peuvent garantir l'obtention d'une naissance vivante ou entièrement contrebalancer le déclin lié à l'âge de la fertilité. (II-2A)
2. Une évaluation de la fertilité devrait être mise en œuvre après six mois de relations sexuelles sans protection n'ayant pas mené à une grossesse chez les femmes dont l'âge se situe entre 35 et 37 ans; une telle évaluation devrait être mise en œuvre plus tôt chez les femmes de plus de 37 ans. (II-2A)
3. Les personnes qui songent à avoir des enfants devraient être avisées que la qualité du sperme et que la fertilité masculine se détériorent au fur et à mesure du vieillissement, et que le risque de

voir apparaître des troubles génétiques chez la progéniture augmente en conséquence. (II-2A)

4. Les femmes de 35 ans ou plus devraient se voir offrir un dépistage de l'aneuploïdie fœtale et subir un examen échographique détaillé au deuxième trimestre visant à déceler la présence d'anomalies congénitales fœtales significatives (particulièrement celle d'anomalies cardiaques). (II-1A)
5. Le report de la grossesse est associé à une hausse du taux de complications obstétricales et périnatales. Les fournisseurs de soins doivent garder ces complications à l'esprit et modifier les protocoles de prise en charge obstétricale afin d'assurer l'obtention d'issues maternelles et périnatales optimales. (II-2A)
6. Tous les adultes en âge de procréer devraient être mis au courant des risques obstétricaux et périnataux de l'âge maternel avancé, de façon à pouvoir prendre des décisions éclairées au sujet de la détermination du moment propice à la grossesse. (II-2A)
7. Des stratégies permettant d'améliorer la capacité des futurs parents à prendre des décisions éclairées devraient être élaborées, mises en œuvre et évaluées. Ces stratégies devraient offrir aux adultes l'occasion de comprendre les possibles conséquences médicales, sociales et économiques de la grossesse tout au long des années de fécondité. (III-B)
8. Les obstacles à la saine procréation (y compris les politiques en milieu de travail) devraient être analysés afin d'optimiser la probabilité de connaître une grossesse en santé. (III-C)

ABRÉVIATIONS

- APT Accouchement préterme
- FPN Faible poids de naissance
- HF Hypotrophie fœtale
- IICS Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde
- IUI Insémination intra-utérine
- RC Rapport de cotes
- TPA Technologies de procréation assistée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696014>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696014>

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