



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge en FIV en cas d'endométriose, RPC Endométriose CNGOF-HAS

Management by assisted reproductive technology in women with endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

C. Chauffour*, J.-L. Pouly, A.-S. Gremeau

Département de gynécologie-obstétrique et de reproduction humaine, CHU Estaing, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Endométriose
Résultats
Chirurgie
Analogie de la GnRH

Keywords:
Endometriosis
Results
Surgery
GnRH analogue

RÉSUMÉ

La présence d'une endométriose doit-elle modifier la prise en charge en assistance médicale à la procréation ? Il n'y a pas de différence en termes de taux de grossesse après FIV entre un protocole agoniste ou antagoniste chez les patientes présentant une endométriose laissant le choix libre entre l'un ou l'autre de ces protocoles. Mais la revue de la littérature a mis en évidence une amélioration des chances de grossesse en cas de blocage ovarien avant la stimulation pour FIV par un analogue agoniste de la GnRH ou par la contraception œstroprogestative, notamment en cas d'endométriose sévère. L'endométriose, quel que soit le stade et le type de lésions, n'aurait cependant pas d'effet sur les résultats de la FIV en termes de taux de grossesse et de naissance vivante, mais avec un nombre d'ovocytes recueillis semblant plus faible notamment en cas d'endométriose sévère. Dans un contexte d'endométriose superficielle sans douleur et d'infertilité, il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose superficielle dans le seul but d'augmenter les chances de grossesse en FIV. La chirurgie peut avoir sa place en cas d'échec de FIV afin d'améliorer les résultats de l'AMP. En cas de récurrence de l'endométriose, la chirurgie n'est pas mieux que la FIV, une concertation médicochirurgicale est alors recommandée. Par ailleurs, les études sur la stimulation de l'ovulation pour FIV ne montrent pas d'aggravation des symptômes liés aux lésions d'endométriose, ni d'accélération de son évolution ou d'augmentation du taux de récurrence de la maladie.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Should the presence of endometriosis change the management of assisted reproductive technology? There is no difference in pregnancy rate after IVF between an agonist or antagonist protocol in patients with endometriosis, so the choice between one or the other of these protocols is free. But the review of the literature has shown an improvement in the chances of pregnancy in case of prolonged ovulation suppression before stimulation for IVF with a GnRH agonist analogue or with oral contraception, especially in cases of severe endometriosis. Endometriosis, regardless of the stage and type of lesions, would have no effect on the IVF results in terms of pregnancy rate and live birth rate, but with a lower number of oocytes collected, especially in cases of severe endometriosis. In a context of superficial endometriosis without pain and of infertility, surgical treatment of superficial endometriosis is not recommended just to increase the chances of pregnancy in IVF. Surgery may have a place in case of failure of IVF to improve the results of the ART. In case of recurrence of endometriosis, surgery is not better than IVF, a medico-surgical concertation is recommended. In addition, studies on ovulation stimulation for IVF do not show any aggravation of the symptoms associated with endometriosis lesions, or an acceleration of its progression, or an increase in the rate of recurrence of the disease.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : candicechauffour@gmail.com (C. Chauffour).

1. Introduction

La présence d'une endométriose peut être une cause à part entière d'infertilité et pourrait nécessiter une prise en charge particulière en AMP. L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'effet du stade et du type d'endométriose, l'effet de la chirurgie et l'effet de la présence d'adénomyose sur les résultats en AMP. Il s'intéresse également au type de protocole à favoriser en cas d'endométriose pour améliorer les taux de grossesse dans ce contexte. Il évalue aussi s'il existerait un effet de la stimulation ovarienne sur l'évolution de la maladie.

La recherche a été limitée aux publications en langue anglaise et française. Elle a porté sur la période de janvier 2006 à avril 2017. Une recherche bibliographique a été réalisée sur la base de données Medline sur la période 2006–2016, avec les mots clés suivants : ("Fertilization in Vitro"[Mesh] OR "Reproductive Techniques, Assisted"[Mesh]) AND "Endometriosis"[Mesh] AND ("2006/01/01"[PDAT] : "2017/04/30"[PDAT]).

Les sources suivantes ont aussi été interrogées : Cochrane Library http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_search_fs.html et <https://www.eshre.eu/ESHRE-guideline-on-endometriosis-2013>.

Cette recherche documentaire a permis d'identifier 446 références. Au total, 121 ont été analysées et 62 ont été retenues pour cette étude.

2. Résultats de la FIV en cas d'endométriose

2.1. Effet du type et du stade de l'endométriose sur les résultats de la FIV

L'endométriose est classiquement regroupée en stades selon l'AFS avec les stades 1–2 pour les endométrioses minimales à légères et les stades 3–4 pour les endométrioses modérées à sévères.

Toutes les études ne retrouvent pas les mêmes résultats.

Quand on compare les résultats en FIV entre endométriose tous stades confondus à d'autres infertilités, on ne retrouve pas de différence en cas d'endométriose tous stades confondus sur le taux de grossesse clinique ou de naissance vivante (cf [Tableau 1](#)) [1–9].

Certaines études rapportent une diminution du nombre d'ovocytes, voire du taux d'implantation dans les stades sévères par rapport aux autres causes d'infertilité ou aux stades 1–2 [3,6,10–12], mais avec des taux de grossesse et de naissance vivante qui n'en sont pour autant pas diminués [6,10,12].

Les résultats de la FIV en cas des stades 1–2 sont similaires à ceux obtenus en cas de pathologie tubaire [13].

Dans les études récentes, la plupart ne retrouve pas de différence sur les résultats de la FIV en termes de taux de grossesse avec des résultats entre 15 et 63 % pour les stades 1–2 et entre 10 et 45 % pour les stades 3–4 ni en termes de taux de naissance vivante avec des résultats entre 26 et 79 % pour les stades 1–2 et entre 19 et 82 % pour les stades 3–4 (cf. [Tableau 2](#)) [2,3,6,9,10,12,14].

L'endométriose, quel que soit le stade, n'aurait pas d'effet sur les résultats de la FIV en termes de taux de grossesse et de naissance vivante (NP3). Le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible notamment en cas d'endométriose sévère (NP3).

Il n'y a pas de données suffisantes sur les taux cumulés de grossesse incluant les transferts d'embryons congelés.

L'étude rétrospective de Yang et al. compare les résultats de la FIV chez les mauvaises répondeuses selon le stade de l'endométriose et en fonction de l'âge. Il n'y a pas de différence sur les résultats de la FIV selon le stade de l'endométriose, mais il y a

surtout un effet âge avec une augmentation du taux de naissance vivantes en dessous de 35 ans [15]. Lin étudie aussi cet effet âge avec un *cut-off* à 35 ans. En cas d'endométriose, on a une diminution significative du nombre d'ovocytes, du taux de fécondation et d'implantation et des taux de grossesse clinique par rapport au contrôle pour les patientes d'âge ≤ 35 ans. Alors que pour les patientes d'âge > 35 ans, seuls les taux de fécondation diffèrent en cas d'endométriose, les différences liées à l'endométriose devenant non significatives par rapport à celles liées à l'âge après 35 ans [9].

Certaines études s'accordent à regarder plutôt le type de lésion en parlant d'endométriose superficielle ou péritonéale, d'endométriose ou d'endométriose profonde. La présence d'endométriose profonde est un facteur important sur le taux de grossesse en FIV [16] avec des taux moins bons en cas d'endométriose profonde avec des taux de grossesse par patiente de 58 % chez les femmes avec endométriose profonde versus 83 % en l'absence d'endométriose profonde ($p = 0,03$).

Dans l'étude de Maignien et al., les résultats sont comparés en fonction du phénotype des lésions. On ne retrouve pas de différence en termes de taux d'implantation, de taux de grossesse clinique et de taux de naissance vivante entre l'endométriose superficielle, l'endométriose et l'endométriose profonde avec respectivement des taux d'implantation de 25 %, 23,4 % et 21,6 %, des taux de grossesse clinique de 30,5 %, 27,5 % et 23,1 % et des taux de naissance vivante de 13,7 %, 16,5 % et 16 %. Le phénotype ne semble pas influencer les résultats, mais une réserve ovarienne altérée ou l'antécédent de chirurgie pour endométriose et/ou endométriose semble être des facteurs prédictifs de grossesse puisque les taux de grossesse diminuent dans ces cas là [17].

2.2. Effet de la chirurgie sur les résultats de la FIV

2.2.1. Endométriose superficielle

En cas d'endométriose superficielle, une étude rétrospective d'Opoïen et al. compare les résultats de la FIV après chirurgie complète d'endométriose de stades 1–2 à des coelioscopies diagnostiques seules avant FIV. Il retrouve une augmentation significative du taux d'implantation (31 versus 24 %), du taux de grossesse (40 % versus 29 %) et du taux de naissance vivante (28 versus 21 %) au cas de chirurgie complète, puis FIV par rapport à la FIV sans résection chirurgicale avant [14]. Cependant, il n'y a pas d'étude randomisée contrôlée pour prouver le bénéfice de la chirurgie avant FIV sur les stades précoces pour améliorer les taux de grossesse en FIV [18].

Dans un contexte d'endométriose sans douleur et d'infertilité avant une prise en charge en FIV, il n'est pas recommandé de réaliser un traitement chirurgical de l'endométriose superficielle dans le seul but d'augmenter les chances de grossesse.

2.2.2. Endométriose profonde

En cas d'endométriose profonde, l'effet même de la chirurgie de l'endométriose profonde sur les résultats de la FIV postopératoire reste difficile à évaluer, mais il semble y avoir un effet bénéfique de la chirurgie au moins sur le taux de grossesse spontanée [19–21].

La FIV première trouve sa place en cas de récurrence d'une endométriose opérée ou d'abdomen chirurgical, d'adénomyose, d'endométrioses bilatéraux et des autres indications associées de FIV (altération de la réserve ovarienne, facteurs spermatiques, tubaires). Cf chapitre endométriose profonde et FIV.

2.2.3. Endométriose

En cas d'endométriose, la chirurgie peut diminuer la réserve ovarienne, elle représente un coût et elle n'est pas dénuée de risque de complications per- et postopératoires. Elle reste une option

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926269>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926269>

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