



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recommandations pour la pratique clinique

Endométriose et prise en charge en FIV, RPC Endométriose CNGOF-HAS

Endometrioma and management by assisted reproductive technology: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines

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

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

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Résultats
Chirurgie
Alcoolisation
Aspiration transvaginale

Keywords:
Results
Surgery
Ethanol sclerotherapy
Transvaginal aspiration

RÉSUMÉ

La présence d'un endométriose pourrait-elle modifier la prise en charge en AMP? La présence d'un endométriose (< 6 cm) au moment de la stimulation ou d'un endométriose opéré avant la stimulation n'a pas d'impact sur la qualité des embryons et les résultats finaux de la FIV en termes de grossesse et d'accouchement malgré une diminution possible du nombre d'ovocytes ponctionnés et des doses de gonadotrophines potentiellement plus élevées. La découverte d'un endométriose lors d'une stimulation pour FIV ne doit donc pas conduire à une interruption de la tentative. Leur traitement chirurgical avant FIV n'est pas recommandé à seule fin d'améliorer la fertilité. Il est à discuter en cas de symptomatologie douloureuse, en fonction de la taille et/ou en cas de doute diagnostique. Les indications associées de la prise en charge en AMP et les antécédents chirurgicaux pour endométriose sont également à prendre en compte. Il n'y a pas de bénéfice d'une chirurgie prophylactique pour diminuer le risque d'abcès tubo-ovarien post-ponction. Il n'est pas recommandé de réaliser une aspiration trans-vaginale écho-guidée systématique avec ou sans alcoolisation des endométrioses avant FIV afin d'augmenter les taux de grossesse mais elle est réservée en cas d'endométriose pouvant gêner la ponction ovocytaire. La sclérothérapie à l'éthanol diminuerait le taux de récurrence des endométrioses sans altérer les résultats de la FIV alors qu'une seconde chirurgie aurait un effet délétère.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Could the presence of an endometrioma change the management of Assisted Reproductive Technology? The presence of an endometrioma (< 6 cm) at the time of stimulation or an endometrioma operated prior to stimulation have no impact on the quality of the embryos and the final results of IVF about the pregnancy and live birth rates despite a possible decrease in the number of oocytes retrieved and potentially higher doses of gonadotropins used. The discovery of an endometrioma during IVF stimulation should not lead to an interruption of the attempt. Their surgical treatment before IVF is not recommended just to improve fertility. It is discussed in case of painful symptomatology, depending on the size and/or in case of diagnosis doubt. The associated indications for ART management and surgical history for endometrioma should also be taken into account. There is no benefit of prophylactic surgery to decrease the risk of tubo-ovarian abscess post ovarian retrieval. It is not recommended to make a systematic trans-vaginal ultrasound guided aspiration with or without sclerotherapy of endometriomas before IVF in order to increase pregnancy rates, but it is reserved in case of endometrioma that may hinder the oocyte retrieval. Ethanol sclerotherapy decreases the recurrence rate of endometriomas without altering the results of IVF while a second surgery would have a deleterious effect.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

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

1. Introduction

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer l'effet d'un endométriose sur les résultats de la FIV que l'endomètre soit en place ou qu'il ait été opéré avant la stimulation ovarienne et ainsi de préciser une conduite à tenir avant une stimulation et notamment d'évaluer la place de la chirurgie ainsi que de l'aspiration transvaginale et de l'alcoolisation.

Pour ce travail, la recherche bibliographique a été limitée aux publications en langue anglaise et française. Elle a porté sur la période de janvier 2006 au 1^{er} avril 2017. Elle a été réalisée sur la base de données Medline sur la période 2006–2016, avec les mots clés suivants : ((« endometriosis » [MeSH Terms] OR « endometriosis » [All Fields] OR « endometrioma » [All Fields]) AND (« J In Vitro Fert Embryo Transf » [Journal] OR « ivf » [All Fields])) AND (« 2006/01/01 » [PDAT] : « 2017/04/30 » [PDAT]), ((« endometriosis » [MeSH Terms] OR « endometriosis » [All Fields] OR « endometrioma » [All Fields]) AND (« ethanol » [MeSH Terms] OR « ethanol » [All Fields]) AND (« sclerotherapy » [MeSH Terms] OR « sclerotherapy » [All Fields])) AND (« 2006/01/01 » [PDAT] : « 2017/30/04 » [PDAT]). Les sources suivantes ont également 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 494 références. Quatre-vingt-cinq ont été analysées et 64 ont été retenues pour cette étude.

2. Quel est l'impact de la présence d'un endométriose sur les résultats lors d'une stimulation pour FIV ? [1–9]

De nombreuses données existent sur les résultats de la FIV en cas d'endomètre (Tableau 1). Cependant il s'agit principalement d'études rétrospectives avec des groupes de patientes hétérogènes (endomètre unique ou multiple, unilatéral ou bilatéral, parfois antécédent de kystectomie pour certaines ...) comparées à des groupes contrôles hétérogènes : endométriose sans endométriose, ovaire controlatéral sain, endométriose et antécédent de kystectomie, infertilité tubaire, cause masculine ... De plus, il s'agit principalement d'endomètre de petite taille < 6 cm et en moyenne de 2 cm.

L'analyse de ces différentes études publiées depuis 2006 ne retrouve pas de différence en termes de taux de grossesse ou de taux de naissance vivante qu'il y ait un endométriose présent ou non au moment de la stimulation pour FIV. Les taux de grossesse clinique retrouvés se situent entre 30 et 50% [1–5].

Cependant certaines études retrouvent une diminution significative du nombre d'ovocytes ponctionnés en cas d'endomètre [1,3,4]. L'endomètre semblerait ainsi donc plutôt altérer la quantité ovocytaire plutôt que sa qualité puisque cela n'influe pas sur les taux de grossesse. Ceci n'est pas retrouvé de manière systématique [2,5] et d'autres études rapportent l'absence d'effet de l'endomètre sur le nombre d'ovocytes ponctionnés par rapport à des ponctions chez des femmes sans endométriose [6–9]. Almog a également montré qu'il n'y avait pas d'effet de la taille ou du nombre d'endomètre sur le nombre d'ovocytes ponctionnés [9].

La présence d'endomètre oblige également à des doses de gonadotrophines plus élevées [1,2,4,5] mais ce n'est pas toujours le cas [3,10]. Les durées de stimulation ne semblent par contre pas modifiées par la présence d'un endométriose [2–4].

Les revues de la littérature issues de ces études récentes concluent donc que l'endomètre semble altérer la quantité ovocytaire avec un nombre d'ovocytes ponctionnés moindre mais pas sa qualité avec des taux de fécondation, d'implantation, de

grossesse clinique et de naissances vivantes similaires en cas d'endomètre [10–13].

Il n'y a pas d'impact des endométrioses (de moins de 6 cm) sur la qualité des embryons et les résultats finaux de la FIV en termes de grossesse et d'accouchement malgré une diminution possible du nombre d'ovocytes ponctionnés et des doses de gonadotrophines potentiellement plus élevées (NP3). Il n'y a pas de données dans la littérature pour les endométrioses de taille > 6 cm.

La découverte d'un endométriose lors d'une stimulation pour FIV ne doit donc pas conduire à une interruption de la tentative (grade C).

3. Quel est l'impact d'un endométriose opéré sur les résultats de la FIV ? [5,14–26]

La revue de la littérature récente et méta-analyse de Hamdan de 2015 [10] montre que les patientes ayant eu un traitement chirurgical de leur endométriose avant FIV par rapport à celles qui n'en ont pas eu ont un taux de grossesse clinique et un taux de naissances vivantes similaires (Tableau 2).

En effet, l'ensemble des études publiées depuis les dernières recommandations de 2006 ne retrouve pas de différence significative entre un endométriose opéré et un groupe contrôle en ce qui concerne le taux d'implantation, de grossesse clinique et de naissance vivante. Selon les études, les groupes contrôles sont différents : endométriose pelvienne sans endométriose, ovaire controlatéral, endométriose non opéré, infertilité tubaire... Les principales différences s'observent sur une diminution du nombre d'ovocytes ponctionnés, une réserve ovarienne plus faible (en terme de compte folliculaire antral(CFA)altéré ou de taux de FSH à j3 élevé) ou des doses totales de gonadotrophines supérieures en cas d'antécédent de chirurgie [5,14–25] même si cela n'est pas retrouvé de manière systématique dans toutes les études [26]. Il semble donc que l'antécédent de chirurgie d'endomètre altère la réserve ovarienne et est responsable d'une stimulation plus forte.

En cas d'antécédent d'une première chirurgie pour endométriose, les résultats de la FIV (taux de grossesse et taux de naissance vivante) ne sont pas modifiés (NP3), on observe une tendance à une diminution de la réserve ovarienne avec un nombre d'ovocytes ponctionnés diminués et des doses de gonadotrophines utilisées supérieures (NP3).

4. Faut-il opérer les endométrioses avant FIV ?

De nombreuses revues de la littérature montrent que la chirurgie des endométrioses avant FIV n'améliore pas les taux de grossesse [27–33]. Les études plaident plutôt en faveur de la non-intervention.

L'intérêt de la chirurgie serait plutôt de diminuer les douleurs en cas de patiente symptomatique, d'éviter les complications infectieuses, de faciliter l'accès aux follicules au moment de la ponction en cas d'endomètre volumineux, d'éliminer tout risque de malignité en cas de doute diagnostique en permettant d'apporter une preuve histologique [11,28,33–35].

Le risque d'abcès tubo-ovarien post ponction est très faible, peu de cas sont rapportés dans la littérature. La revue de la littérature récente de Somigliana n'est pas en faveur d'une chirurgie prophylactique pour éviter ce risque, celui-ci étant estimé ≤ à 1,7%. Cependant le risque existe et en prévention il convient de ne pas ponctionner les endométrioses pendant la ponction ovocytaire, d'utiliser une antibioprophylaxie et de désinfecter le vagin à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926270>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926270>

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