



Place de la FIV

Pr Catherine RONGIERES
Service Clinico-Biologique d'AMP
Pôle de Gynécologie Obstétrique et Fertilité
CHU Strasbourg

Endométriose et Fertilité 25/03/2021

Place de la FIV ou plutôt de l'AMP Pourquoi?



- 20 à 50 % des patientes qui consultent pour une infertilité ont une endométriose
 - 30 à 40 % des patientes qui ont une endométriose ont aussi un problème de fertilité .
 - Relations entre endométriose et fertilité :
 - Mécanismes :
 - Facteur pelvien : inflammation, effet sur la fécondation
 - Facteur ovarien, lié à la qualité et/ou à la quantité ovocytaire
 - Facteur utérin, perturbant l'implantation.
- MAIS**
- Corrélation entre l'endométriose et l'infertilité
 - n'est pas systématique et absolue,
 - quel que soit le type d'endométriose (superficielle, ovarienne ou profonde)

Ce que l'on sait

RCP CnGOF 2017



- En cas d'endométriose, la fécondité est réduite, quel que soit le stade ASRM
- L'endométriose, quel que soit le stade
 - N'aurait pas d'effets sur les résultats de la FIV en termes de taux de grossesse et NV
 - Le nombre d'ovocytes recueillis semble être plus faible en cas d'endométriose sévère
 - Pas de données suffisantes sur les taux cumulés de grossesse incluant les TEC
- Ainsi Le phénotype ne semble pas influencer les résultats mais
 - Il existe des facteurs prédictifs :
 - Une réserve ovarienne altérée
 - Un antécédent de chirurgie pour endométriose et/ou un endométriome

Endométriose légère à minime



- Si une endométriose superficielle a été diagnostiquée,
 - pas d'indication chirurgicale à proposer dans le but d'améliorer les taux de grossesses
- On peut proposer des inséminations intra utérines **avec** une stimulation par **gonadotrophines**
 - Améliore les taux de grossesse
 - On peut aller jusqu'à 6 max mais plutôt **pas plus de 3** .
 - Moins de grossesses de la 4ème à la 6ème IUI
 - Plus de récurrence d'endométriose avec des IUI qu'avec des FIV
 - Même si une seule étude et rétrospective

Les endométrioses



- La densité des follicules primordiaux dans le cortex adjacent au kyste endométriosique
 - Significativement réduite avec baisse globale de la réserve ovarienne.
 - AMH globalement diminuée / ovaires sans endométriome (Boucret et al J Clin Med 2020)
 - L'impact de l'endométriome sur la RO augmente avec la taille de celui-ci.
- Endométriome de < 6 cm (Pas de données sur des endométrioses > 6cm)
 - Chirurgie = abstention en FIV
- Kystectomie diminue l'AMH mais est supérieure comparée au drainage en terme résultats en FIV
- Risque de diminution de la réserve ovarienne est majorée par sa taille, la récurrence et la bilatéralité

**Il est indispensable d'évaluer la réserve ovarienne (FSH estradiol AMH, CFA)
avant chirurgie**

Endométriose profonde



- La chirurgie de l'endométriose profonde
 - Taux de grossesse \approx taux de grossesses obtenues par AMP chez les patientes non opérées
 - Environ la moitié sont obtenues par conception spontanée
 - Pas de recommandation formelle entre
 - Chirurgie ou AMP en première ligne

FIV ou chirurgie



- Les taux de grossesse en FIV dans l'indication :
« endométriose profonde in situ » = taux de grossesse obtenus par FIV dans les autres indications d'AMP.
- Une prise en charge en FIV en cas d'infertilité liée à une endométriose profonde non opérée peut donc être proposées
 - *Résultats contradictoires des chances de grossesse après FIV, précédée ou non d'une chirurgie dans les endométrioses profondes*

FIV ou et Chirurgie ou et FIV



- Réflexion pluridisciplinaire
 - Symptomatologie de l'endométriose et imagerie
 - Quelle est la priorité de la patiente ?
 - Quel est son âge ?
 - Ses antécédents ?
 - Sa réserve ovarienne (AMH, CFA) +++
 - Le contexte de l'infertilité (ex: indication d'ICSI pour infertilité masculine)
- Pas de perte de temps par
 - Des coelioscopies « diagnostiques »
 - Des traitements par agonistes de la GnRH sans objet

La FIV première

- De récédive
- D'endométriose déjà opérée
- D'un abdomen chirurgical,
- D'adénomyose
- D'endométriomes bilatéraux
- Des autres indications associées de FIV
 - Altération de la réserve ovarienne,
 - Facteurs spermatiques, ou tubaires



En cas d'échec de FIV



- La chirurgie peut avoir sa place
- Mais à partir de quand ou de combien de tentatives doit on se poser la question?
 - Pas d'essai contrôlé randomisé comparant la place de la chirurgie après échec de FIV.

Spécificité de la FIV

- Pas de protocole privilégié (agoniste ou antagoniste)
 - Choix du protocole, gonadotrophines et sa dos \equiv autres
- Pas de démonstration que l'ICSI serait $>$ à la FIV classique
- Le blocage ovarien avant la FIV par un agoniste de la GnRH ou par CO pourrait être un plus
 - PHRC AdenoFIV en cours
- La découverte d'un endométriome au cours d'un traitement de stimulation en vue d'une FIV
 - **Ne doit pas conduire à l'interruption de celle ci.**
- Pas d'aggravation ou de récurrence de l'endométriose après FIV



Conclusion

Primum non nocere



- Diagnostic d'une endométriose
 - Mettre des mots sur des maux (douleurs)
 - Endométriose n'implique pas toujours une chirurgie
 - La chirurgie n'est pas toujours la solution à l'infertilité ou à l'échec de l'AMP
- L'endométriose est une problématique sérieuse
 - Si on opère : **on sait pourquoi, où on va, ce que l'on doit faire et on sait le faire**
 - Préserver la fertilité c'est savoir opérer ou pas .
 - Inclure en AMP sans tarder car l'un n'empêche pas l'autre
- La décision se prend en fonction
 - De différents paramètres pour le bien de la patiente (douleur, risques urinaires, digestifs, désir d'enfant)
 - De la réserve ovarienne, âge
 - D'autres facteurs d'infertilité

Plus jamais seul :

Chirurgiens

Radiologues

Fivistes

main dans la main

pour une prise en
soin optimale

