

# Endométriose et infertilité



Dr F Jaffré

Endofrance le 4 octobre 2014

# Introduction

Prise en charge de l' endométriose / projet de grossesse

25 à 40% ( 20 à 50% ) d' endométriose chez des patientes infertiles ( 80% légère ou modérée )

Risque infertilité x 10 si endométriose

30 à 40% des patientes auront un problème d' infertilité.

Dans le cadre de l' infertilité et endométriose : prudence des conduites proposées, car il n' existe pas à ce jour de consensus

# Les causes de l'altération de la fécondité due à l'endométriose

- ✓ **des conditions biologiques délétères**
  - **altération de la maturation folliculaire et défaut de maturation cytoplasmique**

Induction de l'ovulation corrige cette anomalie
  - **l'effet anti-sperme**
    - Macrophagie des spz – Interleukines
    - Destabilisation de la membrane des spz

IIU dépasse cette anomalie
- ✓ **Altération de la réserve ovarienne**: chirurgie des endométriomes
- ✓ **Altération du transport tubaire** ( coaptation ovaro-tubaire ) : seulement en cas d'inflammation, d'adhérences.
- ✓ **Trouble de l'implantation** : adénomyose – hydrosalpinx
- ✓ **Trouble de la sexualité** : dyspareunie

# Bilan d'infertilité de base

- Bilan féminin
  - Interrogatoire: facteurs de risque
  - Bilan de l'ovulation ( réserve ovarienne )
  - Echographie endovaginale ( endomètre, fibromes, masse annexielle, hydrosalpinx... )
  - HSG – sérologie de clamydiae
- Bilan masculin
  - Spermocytogramme +/- test de survie
- Test post-coital

# Place de la chirurgie

## - Infertilité inexpiquée:

✓ Bilan de base négatif ( et qui le reste )

→ **Pas de cœlioscopie** ( probabilité de retrouver une lésion significative est faible )

→ **PMA** : Induction de l'ovulation puis IIU +/- FIV  
Fonction de l'âge de la patiente, durée infertilité..

✓ Lésions significatives suspectées : endométriose, adhérences, hydrosalpinx, masse annexielle organique...

→ coelio-chirurgie

- Endométriose légère à modérée

Coelio-chirurgie complète  
pas de traitement médical  
Prise en charge en PMA

- Endométriose sévère ou extensive:

Chirurgie possible sur certaines formes symptomatiques, par coelio-chirurgie. Difficile.

Agonistes GnRH en preop

Traitement médical = pas amélioration de la fertilité

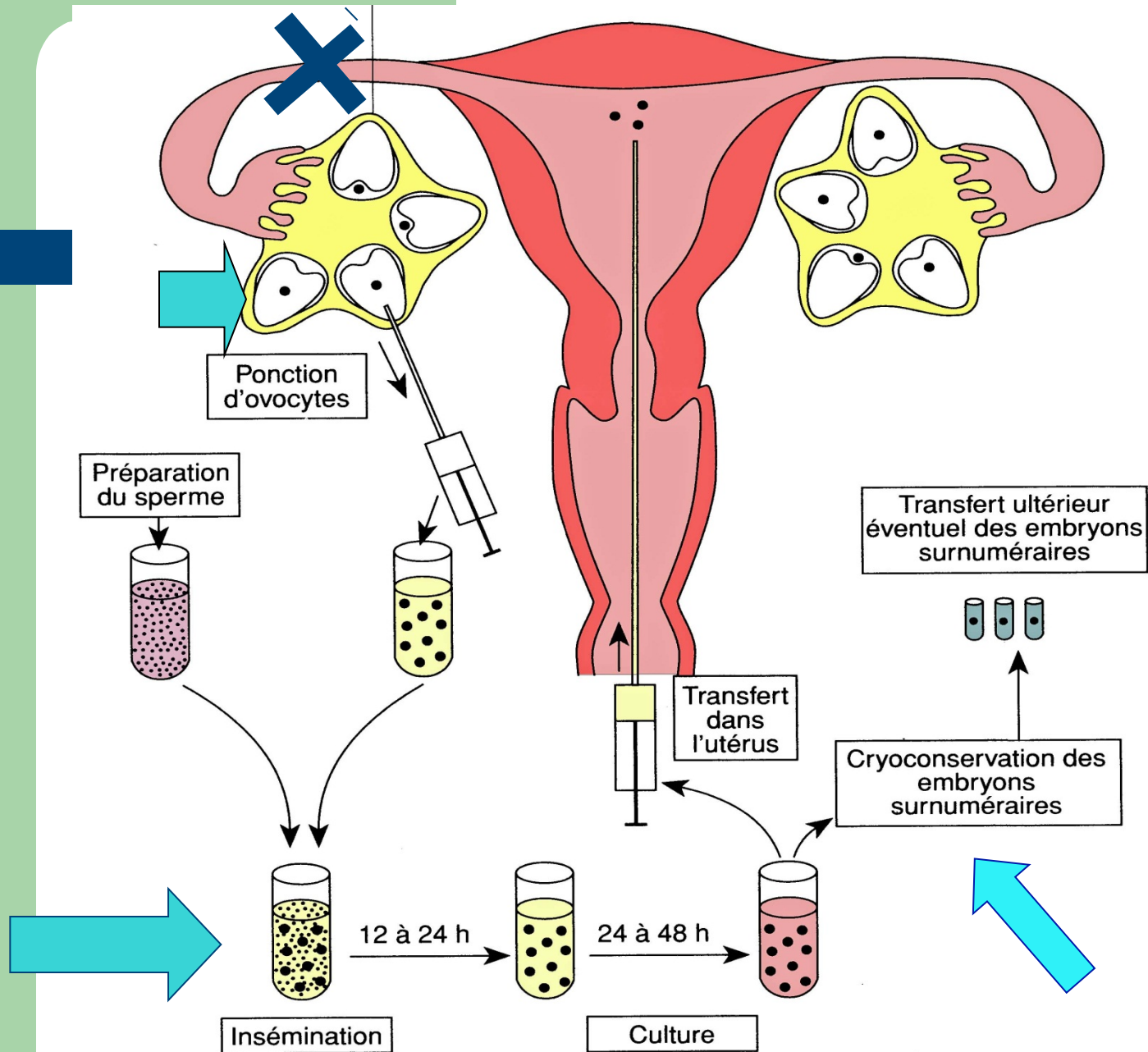
PMA

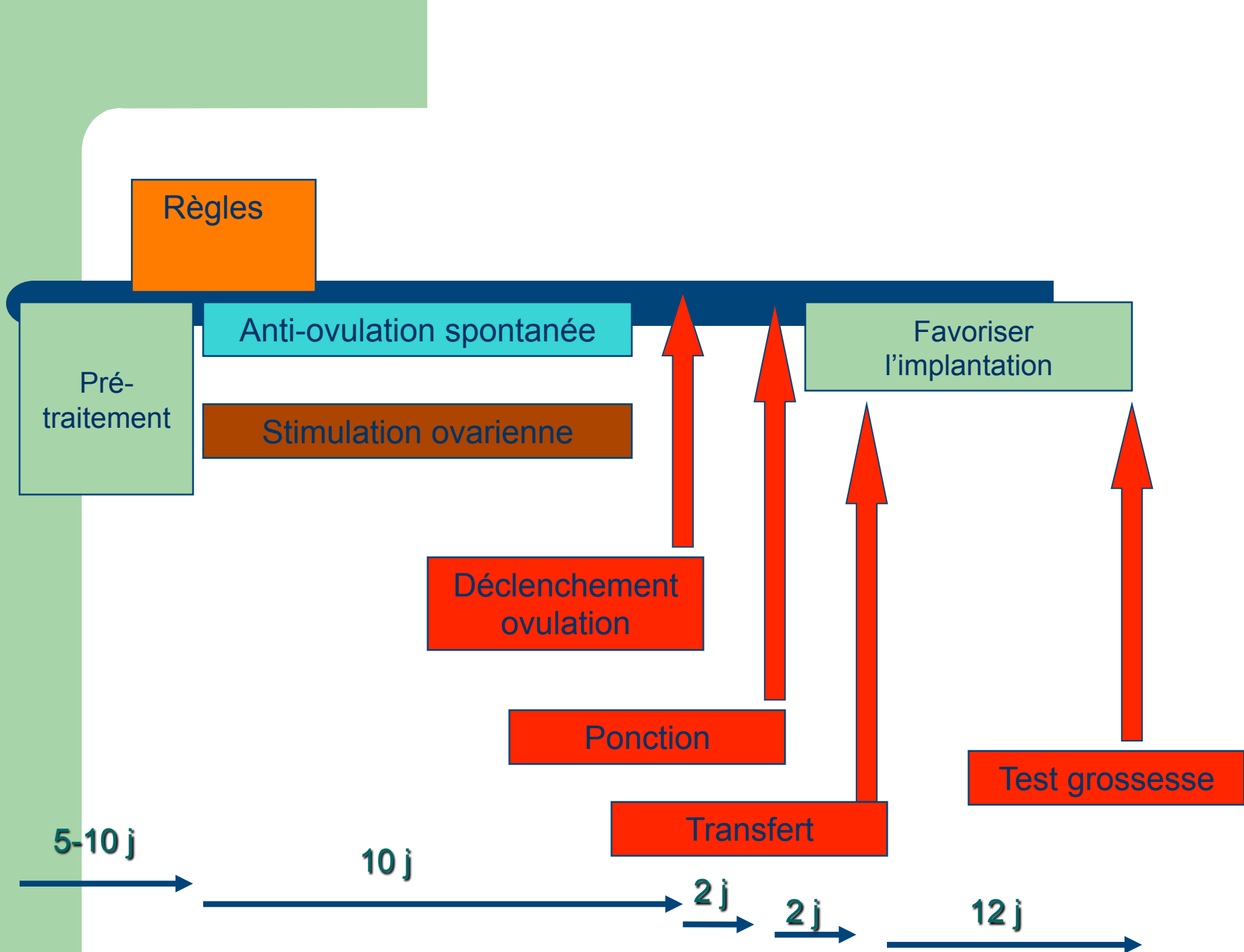
# La Procréation médicalement assistée

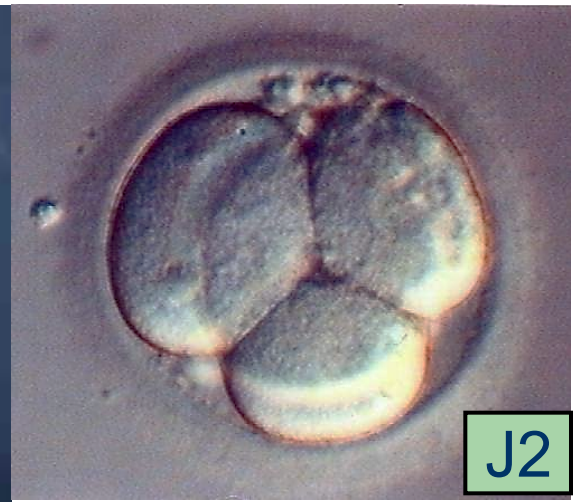
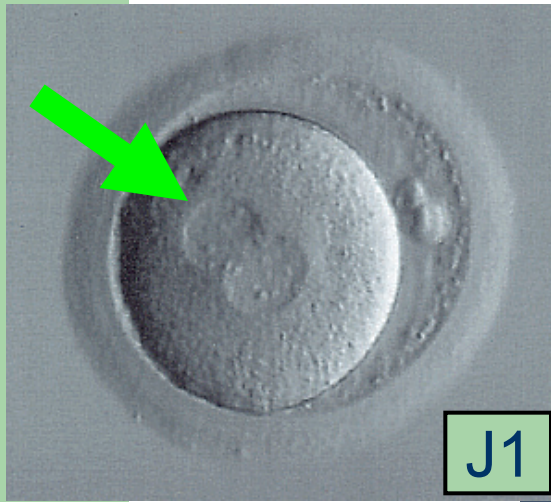
- Induction de l'ovulation
- Insémination intra-utérine
- Fécondation in vitro +/- ICSI
- Préservation de la fertilité : vitrification ovocytaire



# Le principe de la FIV







# Quelques problématiques spécifiques en FIV

- Adapter protocole au traitement médical déjà en place
- Endométriome → stimulation - ponction

Kystectomie ?

Ponction alcoolisation?

Vaporisation laser?

Ne rien faire ?

Pas de corrélation taille / stimulation

- Annulation
- Ponction blanche
- Douleur lors de la stimulation et ponction

# Dans notre centre

- 1200 ponctions de FIV /an
  - Etiologie :10,4% endométriose (contre 6,3% FIVNAT)
    - 26,5% d' inexpliquée
    - 26,5% mixte
  - En 2014: 23% gr/cycle et 30% gr/transfert
- Taux de succès de dépend pas de l' endométriose

Au total 50% des patientes obtiennent une grossesse après FIV

# Conclusion

- Penser a endométriose dans infertilité
  - Pas trop de chir
  - Agir – pas trop attendre
  - Centre spécialisé
  - Lourdeur de la pma / taux d'abandon
- Prise en charge globale de la patiente  
(douleur infertilité suivi psycho)