



L'hyperstimulation ovarienne:

Elle survient chez des femmes qui ont en général une stimulation forte ou très forte et qui ont une prédisposition génétique (non détectable).

Elle correspond :

- à une augmentation très importante de la taille des ovaires
- à une rétention d'eau qui peut être majeure. Elle peut entraîner des épanchements de liquide dans l'abdomen (ascite) autour des poumons (pleurésie), autour du cœur (péricardites) qui peuvent aussi être graves.

Il existe plusieurs degrés d'hyperstimulation. Au degré 1, il y a simplement prise de poids qui ne nécessite qu'une simple surveillance et le repos. Au degré 3, l'hospitalisation est indispensable, quelquefois en réanimation, pour corriger les déséquilibres par des perfusions et pour une surveillance intensive en cas de péricardite ou de pleurésie importante.

Quand peut commencer une hyperstimulation ? Elle peut commencer pendant la stimulation, mais elle apparaît plus souvent après la ponction et tout particulièrement en cas de grossesse.

Quand suspecter une hyperstimulation ? Toutes les femmes prises en AMP (Assistance Médicale à la Procréation) ont plus ou moins une hyperstimulation dès lors que la réponse à la stimulation est bonne. C'est la sensation de gonflement de gêne ou de douleurs abdominales voire de gêne à respirer qui sont les meilleurs symptômes plus ou moins associés à une prise de poids. Si vous êtes dans un cadre tel que celui-là, n'hésitez pas à retourner voir votre gynécologue ou votre centre en urgence. Selon la gravité une simple surveillance à domicile ou une hospitalisation seront décidées.

Comment traiter une hyperstimulation ? Il n'y a pas de traitement direct, on ne fait que corriger les problèmes par des perfusions ou par des ponctions d'ascite ou de plevre. Dans la plupart de cas un traitement anticoagulant est aussi instauré.

Comment évolue une hyperstimulation ? L'hyperstimulation guérit toujours toute seule dans un délai de 15 à 30 jours. Ce délai est d'autant plus long qu'il y a grossesse.

Quels sont les risques ? Avec les traitements actuels, les risques sont minimes, même si le désagrément et l'inconfort sont majeurs. À notre connaissance, depuis le début de la Fécondation In vitro, aucun cas mortel n'a été rapporté au moins en France. Le risque principal est thromboembolique (caillot sanguin dans les vaisseaux) qui est majoré à cette occasion d'où la mise fréquente sous anticoagulants qui ne préviennent pas du risque à 100 %.

Le risque thromboembolique

Il est pris en compte dans le respect des « Recommandation de bonne pratiques - 15 juillet 2013 – ABM - Thromboses artérielles et veineuses dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP) : prévention et prise en charge).

En faisant augmenter de façon majeure le taux d'œstrogènes, le risque thromboembolique (caillot sanguin dans les vaisseaux) est accru comme il l'est pour une femme enceinte. Ce risque correspond à la survenue de phlébites, d'embolie pulmonaire, voire d'accidents vasculaires cérébraux. Ce risque est très augmenté chez les patientes avec une histoire familiale héréditaire de phlébites (résistance à la protéine C activée, résistance à la protéine S, déficit en antithrombine 3 ...). L'âge est aussi un facteur de risque.

Quand peut-il survenir ? À tout moment de la procédure.

Quand le suspecter ? L'accident peut survenir brutalement sans signes d'alerte (embolie pulmonaire, hémiplegie ...) Mais plus souvent il s'agit d'une phlébite (caillot sanguin dans un vaisseau), soit des membres inférieurs soit des membres supérieurs. Le membre devient douloureux, augmente de volume. Il est souvent rouge et chaud. Il faut consulter en urgence.

Comment le traiter ? L'hospitalisation est obligatoire voire la mise en réanimation en cas d'embolie pulmonaire ou en cas d'accident vasculaire cérébral. Le traitement de base est la mise sous anticoagulant, qui peut être complété par d'autres thérapeutiques si nécessaire.

Comment les choses évoluent ? En cas de phlébites, les choses rentrent en général vite dans l'ordre, mais le traitement anticoagulant sera poursuivi plusieurs semaines surtout en cas de grossesse. En cas d'embolie pulmonaire ou d'accident vasculaire cérébral, le risque mortel n'est pas exclu bien que rarissime. En cas d'accident vasculaire cérébral, il existe bien sur un risque de séquelles mais il est rare à cet âge si le traitement est instauré rapidement.

Prévention Tout accident thromboembolique justifie, pendant ou après, d'un bilan de coagulation complet. Cependant si une patiente qui va avoir une AMP présente des facteurs de risques personnels (phlébites, embolie pulmonaire) ou familiaux, un bilan est impératif qui peut amener soit à donner une prévention par anticoagulant soit exceptionnellement à une contre-indication de l'AMP. Il est donc nécessaire de signaler au gynécologue du centre PMAtlantique qui vous suit, toute histoire de phlébite ou embolie pulmonaire qu'elle soit personnelle ou dans la famille de madame.

Allergie

Dès lors que l'on prend les médicaments, une allergie peut survenir. Parmi les médicaments donnés en FIV, tous peuvent donner des allergies. Cependant les produits qui donnent le plus d'allergie sont les antagonistes (Cetrotide® et Orgalutran®). Il s'agit d'allergie locale avec une réaction cutanée. Elles sont fréquentes mais fugaces avec les antagonistes, elles ne nécessitent pas d'arrêter le traitement. Les allergies graves sont rares et pour la plupart imprévisible. Il est donc nécessaire de signaler au gynécologue du centre PMAtlantique qui vous suit, toute allergie à un produit ou à un médicament que vous vous connaissez.

Le risque infectieux

Le risque de transmission d'une maladie comme l'hépatite B ou C ou le Sida est impossible en FIV compte tenu des obligations d'utiliser du matériel jetable pour toutes les procédures et du contrôle systématique avant la prise en charge d'un couple.

Par contre la ponction expose toujours à un risque infectieux soit par la réactivation d'une infection des trompes soit par la contamination par un microbe présent dans le vagin malgré la désinfection faite avant la ponction. Il concerne environ une ponction sur 500.

La survenue de température dans les suites d'une ponction doit amener à revenir au centre en urgence pour un examen et un bilan. Dans les cas les plus graves, il peut s'agir de pelvipéritonite ou d'abcès de l'ovaire qui nécessite un traitement antibiotique et souvent une cœlioscopie. Ce genre de complications peut obliger à enlever une trompe et très exceptionnellement un ou les deux ovaires en cas d'abcès.

La prévention de ce type d'infection n'est pas facile et en pratique aucune solution parfaite n'existe. La mise sous antibiotiques ne diminue pas le risque et n'est recommandée que chez les patientes présentant un risque particulier. La mise en place d'ovules dans les jours précédant la ponction ne semble pas non plus diminuer le risque. La base de la prévention reste la désinfection vaginale immédiatement avant la ponction.

Les torsions

La torsion d'annexe (ovaire et trompe) est une complication assez courante. Lors de la stimulation et après, l'ovaire augmente de volume et peut se tordre autour de son pédicule. La torsion d'ovaire se traduit par une douleur très brutale et très intense (comme un coup de couteau). La douleur est unilatérale et irradie souvent vers le rein et vers l'aîne. C'est une urgence.

Quand peut survenir une torsion ? Elles sont rares avant la ponction. Elles surviennent surtout après et particulièrement en cas de grossesse débutante.

Comment elle évolue ? Heureusement dans les torsions survenant lors de stimulation, il est fréquent que l'ovaire se détordre tout seul. La douleur suraiguë laisse place alors à une douleur sourde qui s'estompe en quelques heures. Cependant ceci n'est pas constant et il faut agir.

La conduite à tenir Souvent le médecin propose d'attendre quelques heures en mettant sous antalgiques en espérant une détorsion spontanée. Si au bout de 6 heures, la torsion persiste, il faut agir. La seule solution est de faire une cœlioscopie pour détordre l'ovaire.

Les conséquences des torsions Si le traitement est fait à temps, elles sont nulles en particulier, ceci ne diminue pas les chances de grossesse ni n'augmente les risques de fausse-couche. Une femme qui a fait une torsion d'annexe même traitée par cœlioscopie peut en refaire une autre dans les jours qui suivent.

Le risque anesthésique

Si la ponction est réalisée sous anesthésie générale, il est bien évident que le risque anesthésique existe. Nous ne détaillerons pas les différentes formes qu'il peut prendre. Ceci sera fait par l'anesthésiste que vous devez voir en consultation préopératoire.

Le risque hémorragique

La ponction des ovaires consiste à planter une aiguille dans un organe très vascularisé. Ceci entraîne toujours une petite hémorragie dans l'abdomen. Dans l'immense majorité des cas, elle est sans conséquence. Si elle est un peu importante elle peut occasionner des douleurs persistantes durant quelques jours. Il s'agit souvent de douleurs dans les épaules. Rarement une hémorragie peut obliger à pratiquer une cœlioscopie dans les suites d'une ponction (en général dans les 24 heures qui suivent) et obliger à une transfusion sanguine. Tout cela n'a pas d'influence sur les chances de succès de l'AMP.

Le Risque Carcinologique

Beaucoup de patientes craignent que les hormones utilisées pour la stimulation ne leur occasionnent un cancer à long terme. Ceci a fait l'objet de nombreuses études et de nombreux débats. Aujourd'hui les conclusions sont les suivantes :

- Les traitements utilisés en AMP n'augmentent pas le risque de cancer de l'ovaire
- Sauf le Clomid s'il a été administré plus de 12 cycles (augmentation modérée du risque de certaines tumeurs précancéreuses de l'ovaire).
- Cependant les femmes infertiles (ou n'ayant pas d'enfant) ont un risque naturel plus élevé de cancer de l'endomètre et de l'ovaire.
- Ce risque n'est pas modifié par les traitements utilisés en AMP si aucune grossesse n'est obtenue
- Ce risque naturel est ramené presque à la normale après AMP qui permet d'obtenir un accouchement
- Aucune relation n'a jamais été mise en évidence entre les traitements utilisés en AMP et les cancers du sein.
- Les cancers du col utérin étant d'origine virale, il n'y a pas de relation avec les traitements d'AMP.

Les Grossesses Multiples

L'AMP expose au risque de grossesse multiple. Dans les statistiques françaises, environ 23 % des grossesses obtenues sont multiples et 2 % sont triples ou quadruples. Les risques en sont la prématurité, les complications obstétricales et d'ordre psychologique.

Le Risque Malformatif

Les données actuelles sont suffisantes pour être affirmatif sur certains points :

En FIV, il n'existe pas d'augmentation du risque malformatif à grossesse comparable. En effet il faut savoir que le risque malformatif est un peu plus élevé chez les jumeaux et triplés.

En ICSI, les données sont plus complexes :

- Pour les ICSI avec sperme éjaculé, le risque malformatif ne semble que très légèrement augmenté pour les anomalies chromosomiques gonosomiques (ambiguïté sexuelle). Deux études laissent penser à une augmentation du risque de malformation cardiaque mais ceci a été infirmé par plusieurs autres études. Par contre, le risque de transmettre un problème de stérilité masculine existe, mais ne peut pas être correctement évalué à ce jour.
- Pour les ICSI avec sperme épидидymaire, il n'y a pas d'augmentation du risque à la condition de prendre les précautions inhérentes au risque de transmission d'une mucoviscidose. Là aussi le risque de transmission d'une stérilité masculine existe .
- Pour les ICSI avec sperme testiculaire, FIVNAT retrouve une augmentation du risque d'anomalies chromosomiques. Ce risque n'a pas été retrouvé dans les autres séries qui sont plus courtes.

Avec les embryons congelés, le risque malformatif n'est pas augmenté.

Cependant, il faut garder à l'esprit que le risque malformatif existe pour toute grossesse mais que les moyens de dépistages actuels (protocole HT21, échographie, amniocentèse) permettent le dépistage dans environ 75 à 80 % des cas.

