

Issues de grossesse à la suite du recours aux techniques de procréation assistée

La présente directive clinique a été examinée par le comité de génétique et le comité sur l'endocrinologie de la reproduction et l'infertilité, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ainsi que par le Conseil de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie.

AUTEURS PRINCIPAUX

Victoria M. Allen, MD, MSc, FRCSC, Halifax (N.-É.)
R. Douglas Wilson (président), MD, MSc, FRCSC, Philadelphie (PA)

AUTEUR COLLABORATEUR

Anthony Cheung, MBBS, MPH, MBA, FRACOG, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

COMITÉ DE GÉNÉTIQUE

R. Douglas Wilson (président), MD, MSc, FRCSC, Philadelphie (PA)

Victoria M. Allen, MD, MSc, FRCSC, Halifax (N.-É.)

Claire Blight, RN, Halifax (N.-É.)

Valérie A. Désilets, MD, FRCSC, Montréal (Québec)

Alain Gagnon, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Sylvie F. Langlois, MD, FRCPC, Vancouver (C.-B.)

Anne Summers, MD, FRCPC, Toronto (Ont.)

Philip Wyatt, MD, PhD, North York (Ont.)

COMITÉ SUR L'ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET L'INFERTILITÉ

Paul Claman (président), MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Anthony Cheung, MBBS, MPH, MBA, FRACOG, FRCSC, Vancouver (C.-B.)

Gwen Goodrow, MD, FRCSC, Hamilton (Ont.)

Gillian Graves MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

Jason Min, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Résumé

Objectif : Analyser l'effet des techniques de procréation assistée (TPA) sur les issues périnatales, fournir une directive clinique permettant l'optimisation de la prise en charge obstétricale et du counseling des Canadiennes faisant appel aux TPA, et identifier les aspects propres aux issues de naissance et aux TPA qui nécessitent des recherches approfondies.

Options : Les issues périnatales des grossesses attribuables aux TPA chez des femmes hypofertiles sont comparées à celles des grossesses attribuables à la conception spontanée. Les issues périnatales de différents types de TPA sont comparées.

Issues : Les complications obstétricales, les issues périnatales indésirables, les gestations multiples, les anomalies congénitales structurelles, les anomalies chromosomiques, les troubles de l'empreinte génomique et le cancer au cours de l'enfance.

Résultats : Des recherches ont été menées dans *The Cochrane Library* et MEDLINE en vue d'en tirer les articles de langue anglaise, publiés entre 1990 et février 2005, traitant de la procréation assistée et des issues périnatales. Parmi les termes de recherche utilisés, on trouvait les suivants : *assisted reproduction*, *assisted reproductive technology*, *ovulation-induction*, *intracytoplasmic sperm injection (ICSI)*, *embryo transfer* et *in vitro fertilization (IVF)*. Des publications additionnelles ont été identifiées à partir des bibliographies de ces articles, ainsi qu'à partir du *Science Citation Index*. Les études évaluant le transfert tubaire des gamètes (GIFT) et le transfert tubaire de zygote (ZIFT) ont été exclues puisque ces méthodes sont rarement mises en œuvre au Canada. Tous les types d'études ont été soumis à l'examen. Les résultats des essais comparatifs randomisés ont été considérés comme étant de la plus grande fiabilité, suivis de ceux des études de cohorte. Les études clés et les données soutenant chacune des recommandations sont résumées (conjointement avec des commentaires d'évaluation) et données en référence.

Valeurs : Les résultats recueillis ont été analysés par le comité de génétique et le comité sur l'endocrinologie de la reproduction et l'infertilité de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), et ont été quantifiés au moyen des lignes directrices sur l'évaluation des résultats mises au point par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

Avantages, désavantages et coûts : Le type et la portée des avantages, des désavantages et des coûts prévus pour les patientes en fonction de la mise en œuvre de la directive clinique.

Mots clés : Assisted reproductive technology, pregnancy outcomes, multiple gestation, imprinting, congenital anomalies

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Recommandations :

1. Il est possible que, chez les femmes non traitées qui présentent des antécédents d'infertilité, les grossesses spontanées courent des risques accrus de complications obstétricales et de mortalité périnatale, par comparaison aux grossesses du même type chez les femmes fertiles. Des recherches approfondies s'avèrent requises pour clarifier l'apport de l'infertilité proprement dite en ce qui concerne les issues obstétricales et périnatales indésirables. (II-2A)
2. Tous les hommes présentant une oligozoospermie ou une azoospermie grave devraient se voir offrir des services de counseling génétique / clinique en vue de l'obtention d'un consentement éclairé, ainsi que des services de caryotypage en vue de dépister la présence d'anomalies chromosomiques avant la mise en œuvre d'une FIV-IICS. Ils devraient être avisés de la disponibilité de tests visant la microdélétion du chromosome Y. Certains patients peuvent en venir à envisager l'option d'une insémination au moyen de spermatozoïdes provenant d'un donneur. (II-3B)
3. Les couples envisageant d'avoir recours à la FIV-IICS où l'homme présente une azoospermie obstructive devraient se voir offrir des services de counseling génétique / clinique en vue de l'obtention d'un consentement éclairé, ainsi que des services de dépistage génétique de la présence d'altérations au sein des gènes associés à la fibrose kystique (FK), et ce, avant la mise en œuvre d'une FIV-IICS. (II-2A)
4. Il est possible que les grossesses obtenues par stimulation ovarienne et insémination intra-utérine courent des risques accrus de présenter des complications périnatales; ainsi, la mise en œuvre d'une surveillance étroite au cours de la grossesse devrait être envisagée. Nous ne savons toujours pas si cette hausse des risques est attribuable à l'infertilité sous-jacente, aux caractéristiques du couple infertile ou à l'utilisation des techniques de procréation assistée. L'obtention de gestations multiples demeure un risque important lié à la stimulation ovarienne. (II-2A)
5. Les grossesses attribuables à la FIV, avec ou sans IICS, courent des risques accrus de présenter des complications obstétricales et périnatales; ainsi, la mise en œuvre d'une surveillance étroite au cours de la grossesse devrait être envisagée. Nous ne savons toujours pas si cette hausse des risques est attribuable à l'infertilité sous-jacente, aux caractéristiques du couple infertile ou à l'utilisation des techniques de procréation assistée. (II-2A)
6. Les femmes qui choisissent d'avoir recours aux TPA devraient être avisées du taux accru d'intervention obstétricale (telle que le déclenchement du travail et la césarienne de convenance) qui leur est associé. (II-2A)
7. Les couples aux prises avec l'infertilité qui envisagent le recours à des options de traitement devraient être avisés des implications psychosociales des TPA. Des recherches approfondies sur les effets psychosociaux des TPA s'avèrent requises. (II-2A)
8. Les grossesses monofœtales attribuables à la procréation assistée courent des risques accrus de connaître des issues périnatales indésirables, y compris la mortalité périnatale, l'accouchement prématuré et l'insuffisance de poids à la naissance; ainsi, un suivi étroit au cours de la grossesse devrait être offert au besoin. (II-2A)
9. La grossesse multiple est un risque important associé aux TPA. Les couples infertiles cherchant à se prévaloir de ces dernières doivent être avisés des risques accrus de grossesse multifœtale qu'elles entraînent. Bien que les grossesses comptant des jumeaux dizygotes soient les plus courantes, l'incidence des grossesses comptant des jumeaux monozygotes est également accrue. Parmi les risques associés aux grossesses multiples, on trouve des taux accrus de mortalité périnatale, d'accouchement prématuré, d'insuffisance de poids à la naissance, d'hypertension gestationnelle, de décollement placentaire et de *placenta praevia*. La mortalité périnatale semble être moins fréquente dans le cas des grossesses gémellaires attribuables à la procréation assistée que dans celui des grossesses gémellaires attribuables à une conception spontanée. (II-2A)
10. Lorsqu'une diminution du nombre de fœtus est envisagée dans le cas d'une grossesse multiple en comptant un nombre élevé, le couple concerné devrait pouvoir avoir facilement accès des services de counseling psychosocial. Une surveillance rigoureuse visant les problèmes de croissance fœtale possibles devrait être mise en œuvre à la suite d'une telle diminution. (II-2A)
11. Afin de réduire les risques de grossesse multiple associés aux TPA et d'optimiser les taux de grossesse, des lignes directrices nationales devraient être élaborées, en ce qui a trait au nombre d'embryons transférés, en fonction des caractéristiques de la patiente (telles que l'âge et le grade des embryons). (II-2A)
12. Des recherches approfondies en épidémiologie et en science fondamentale sont requises pour aider à déterminer l'étiologie des risques accrus associés aux TPA, ainsi que leur portée quant à la croissance et au développement pendant l'enfance et à long terme. (II-2A)
13. Il est recommandé de discuter des options de dépistage prénatal visant les anomalies congénitales structurelles dans le cas des grossesses attribuables aux TPA, y compris l'utilisation appropriée des mesures de dépistage biochimiques et échographiques. (II-2A)
14. Des recherches approfondies en épidémiologie et en science fondamentale sont requises pour aider à déterminer l'étiologie et la portée des risques accrus d'anomalies congénitales associés aux TPA. (II-2A)
15. Les couples envisageant d'avoir recours à la FIV-IICS en raison de causes d'infertilité imputables à l'homme devraient bénéficier de renseignements et, au besoin, de services de counseling génétique proprement dits au sujet du risque accru d'anomalies chromosomiques *de novo* (principalement des anomalies affectant les chromosomes sexuels) qui est associé à leur situation. Le diagnostic prénatal par prélèvement des villosités choriales ou amniocentèse devrait être offert à ces couples lorsqu'ils obtiennent une grossesse. (II-2A)
16. Des recherches approfondies en épidémiologie et en science fondamentale sont requises pour aider à déterminer l'étiologie et la portée des risques accrus d'anomalies chromosomiques associés aux TPA. (II-2A)
17. Il est recommandé de discuter des options de dépistage prénatal, adaptées en fonction de l'âge maternel et du nombre de fœtus, visant l'aneuploïdie dans le cas des grossesses attribuables aux TPA, y compris l'utilisation appropriée des mesures de dépistage biochimiques et échographiques. (II-2A)
18. L'existence de risques précis de troubles de l'empreinte génomique et de cancer de l'enfance attribuables aux TPA est une question qui demeure sans réponse, mais qui ne peut toutefois être ignorée. Des recherches cliniques approfondies et un suivi à long terme s'avèrent requis de toute urgence pour évaluer la prévalence des troubles de l'empreinte génomique et des cancers associés aux TPA. (II-2A)
19. L'application clinique du diagnostic génétique préimplantatoire doit mettre en balance les avantages du fait d'éviter la transmission de maladies avec les inconvénients que sont les risques médicaux et le fardeau financier associés à la fécondation in vitro. Des discussions éthiques et des recherches cliniques approfondies s'avèrent requises pour évaluer les indications appropriées du diagnostic génétique préimplantatoire. (III-B)

Validation : La présente directive clinique a été analysée par le comité de génétique et le comité sur l'endocrinologie de la reproduction et l'infertilité de la SOGC. Son approbation finale a relevé du comité exécutif et du Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, ainsi que du Conseil de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA).

Commanditaire : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SCFA).