# Pourquoi la Préservation de Fertilité dans l'endométriose

**Dr Isabella CHANAVAZ-LACHERAY**

-Association ROUENDOMETRIOSE

-Groupe d'étude CIRENDO

(Cohorte Inter-Régionale de patientes atteintes d'ENDOmétriose)

- IFEMEndo Bordeaux
- (Institut Franco-Européen Multidisciplinaire d'Endométriose)

# Endométriose et Préservation de Fertilité

- Loi de bioéthique et RPC
- Fertilité et endométriose
- PF dans l'endométriose: une stratégie en 2 temps
- Quel type de PF?
- Indications dans l'endométriose
  - Critères
  - Guidelines?
- Résultats disponibles
- Conclusion

# Préservation de fertilité dans l'endométriose

Loi n° 2004-800 du 7 Juillet 2011 relative à la bioéthique

Art. L. 2141-11.

« en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation, toute personne peut bénéficier

**du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de tissu germinal**, avec son consentement lorsque:

- une prise en charge médicale est susceptible d'altérer sa fertilité,
- sa fertilité risque d'être prématurément altérée »

➔*Est-ce bien le cas dans l'endométriose?*

# Fertilité et Endométriose

- Endométriose et stérilité ne sont pas des synonymes!
- L'endométriose est un <u>facteur de risque</u> de stérilité
- Epidémiologie: prévalence variable dans la littérature
  - 10% des femmes ont de l'endométriose…
  - … mais 30 à 50% des femmes infertiles!
- Puisqu'on ne sait pas guérir l'endométriose (seulement la soigner), il faut avoir 2 objectifs
  - Réduire la douleur associée à l'endométriose
  - Améliorer la fertilité


📖 Buletti C. *« Endometriosis and infertility » (Assist Reprod Genet 2010)*
📖 Prescott J. *« A prospective cohort sudy of endometriosis and subsequent risk of infertility » (Human Reprod 2016)*
📖 Schleedorn M.J. of the Endokey Group *« Selection of key recommendations for the management of women with endometriosis by an international panel of patients and professionals » (Human Reprod 2016)*

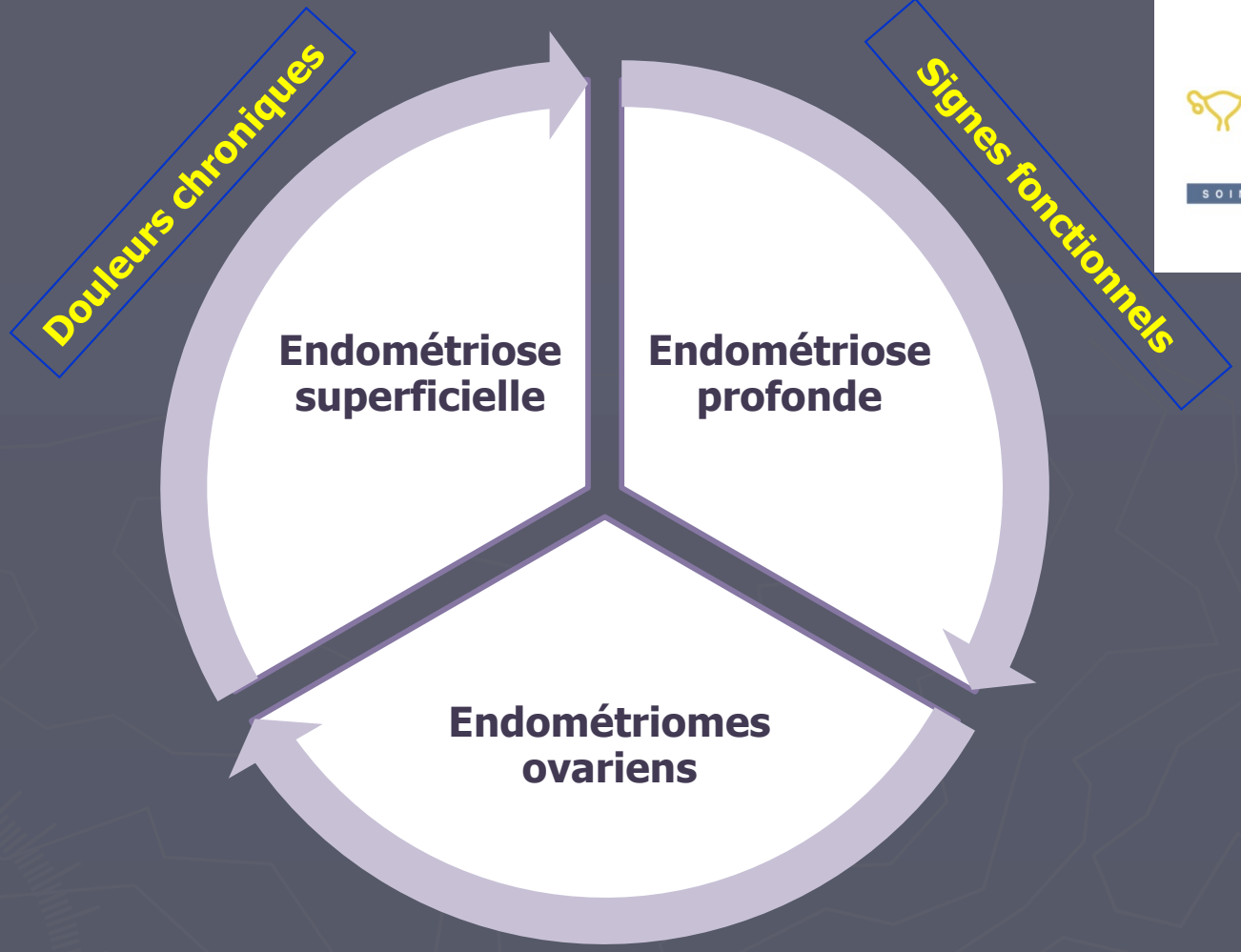
# Fertilité et Endométriose

- Infertilité: pas de grossesse après 12 à 18 mois d'exposition au « risque grossesse »
- Mécanismes: isolés ou associés

(selon la gravité de la maladie)

  - L'inflammation
  - L'obstruction
  - La douleur
  - Cas particulier de l'adénomyose
  - L'altération de la réserve ovarienne

📖 Stilley J.A.W. « *Cellular and molecular basis for endometriosis-associated infertility* « (*Cell Tissue Res 2012*)




**Complications**

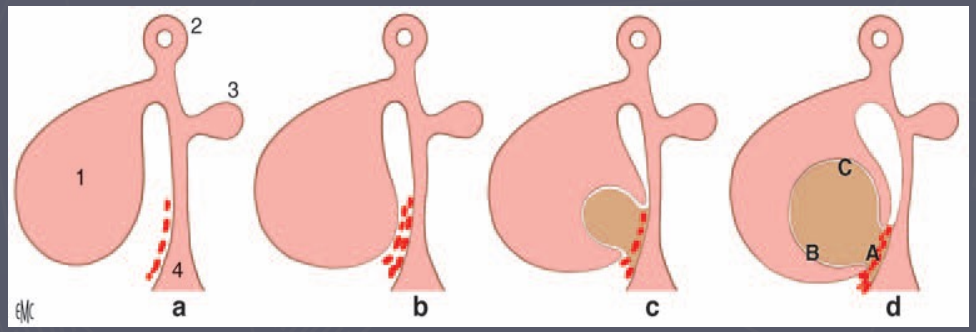
# Infertilité

**Risque d'infertilité primaire X2 avant 35 ans**

*Prescott et al., 2016*

# Endométriome: théories physiopathologiques

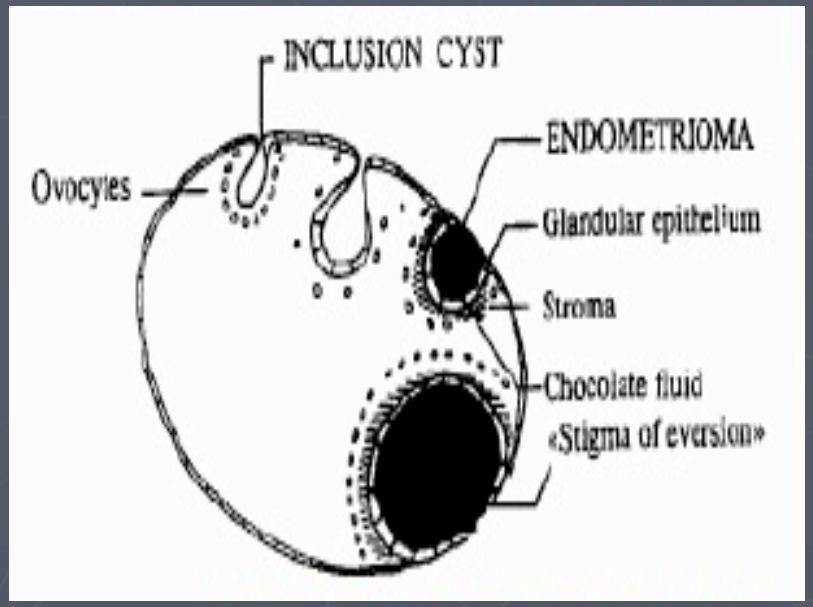
*Hughesdon- Brosens*




1- ovaire
2- trompe
3- ligament rond
4- ligament large

a,b: implants endométriosiques
c, d: inversion et invagination du cortex ovarien

*Nisolle-Donnez*




Inclusions ovariennes métaplasiques


📖 *Hughesdon P.E.« The structure of endometrial cysts of the ovary » J Obstet Gynecol 1957*
📖 *Brosens I.A. « The endoscopic localization of endometrial implants in the ovarian chocolate cyst » Fertil Steril 1994*

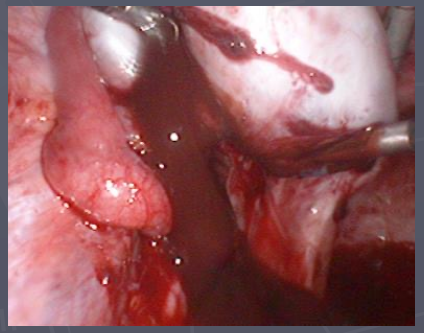
📖 *Donnez J, Nisolle M, Gillet N, Smets M, Bassil S, Casanas-Roux F. « Large ovarian endometriomas » Hum. Reprod 1996*
📖 *Nisolle M, Donnez J «Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are 3 different entities »Fertil Steril 1997*

# Endométriome: théories physiopathologiques

- Point commun entre les 2 théories:

  Le caractère inhabituel de la coque du kyste, qui rend la cystectomie difficile, mutilante et hémorragique, par <u>absence de plan de clivage</u>
  - ***Hughesdon-Brosens***: les endométriomes sont des pseudo-kystes, qui sont en fait des hématomes extra-ovariens (donc pas de vraie coque)
  - ***Donnez-Nisolle***: la coque existe, mais elle est le résultat d'une réaction fibreuse due aux saignements répétés à proximité de la zone de métaplasie.

- **Un endométriome est associé à une Endométriose Pelvienne Profonde dans plus de la moitié des cas +++**: ce n'est pas l'endométriome qui fait mal, c'est l'endométriose associée



📖 *Brosens IA « Classification of endometriosis, endoscopic exploration and classification of the chocolate cyst » Hum Reprod 1994*
📖 *Donnez J et al « Large ovarian endometriomas » Hum Reprod 1996*
📖 *Chapron et al « Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis » Fertil Steril 2009*

# Endométriome: chirurgie?

- D'une part: Effets délétères de l'endométriome sur
  - La folliculogénèse
    - En quantité: AMH basse
    - En qualité: inflammation, toxicité directe du liquide kystique
    - Pas seulement sur le cortex ovarien, mais aussi par contact directe avec le cortex ovarien (stress oxydatif)
  - La fonction ovulatoire (qualité ovocytaire)
  - La réponse en stimulation de FIV

- D'autre part: Effets délétères de la chirurgie sur
  - La réserve ovarienne (cortex ovarien sain arraché lors de la cystectomie)
    - ↓ AMH
    - ↓ CFA
    - ↓ volume ovarien ( dès la 1ère chirurgie!)
  - Les taux de réussite en FIV (quantité et qualité) ➔ due à la persistance du stress oxydatif ?
  - Adhérences post-opératoires


📖 *Saito et al, « Endometriosis and oocyte quality », Gynecol Obstet Invest 2002*
📖 *Matsuzaki S et al « Oxidative stress status in normal ovarian cortex surrounding ovarian endometriosis » Fertil Steril 2010*
📖 *Somigliana E et al « IVF-ICSI outcome in women operated on for bilateral endometriomas » Hum Reprod 2008*
📖 *Hamdan et al, Hum Reprod Update. 2015;21:809–882*

📖 *Busacca M et al, « Endometrioma excision and ovarian reserve: a dangerous relation » J Minim Invasive Gynecol 2009*
📖 *Almog et al, « Endometrioma excision, antral follicle count, and retrieved oocytes » Fertil Steril 2010*

# Endométriome: chirurgie? RPC CNGOF-HAS dec 2017

- *Lorsque l'imagerie objective une endométriose sur des éléments caractéristiques et spécifiques (kyste et/ou lésions profondes), la réalisation d'une cœlioscopie dans le seul but de confirmer le diagnostic n'est pas recommandée (Grade B)…*
- et la kystectomie de principe non plus!

- *La chirurgie des endométriomes ovariens peut réduire la réserve ovarienne (NP2) par l'exérèse ou la destruction du parenchyme ovarien entourant le kyste, avec de possibles effets négatifs sur la fertilité postopératoire (NP3). Ce risque est majoré en cas d'endométriomes volumineux, récidivants ou bilatéraux (NP3).*

- *La kystectomie intrapéritonéale cœlioscopique est la technique recommandée pour la prise en charge chirurgicale des endométriomes (Grade A).*

- *Il manque des études de bon niveau de preuve comparant la kystectomie à la destruction au laser ou à l'énergie plasma pour recommander ces techniques en remplacement de la kystectomie.*

📖 **Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines, J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2018**

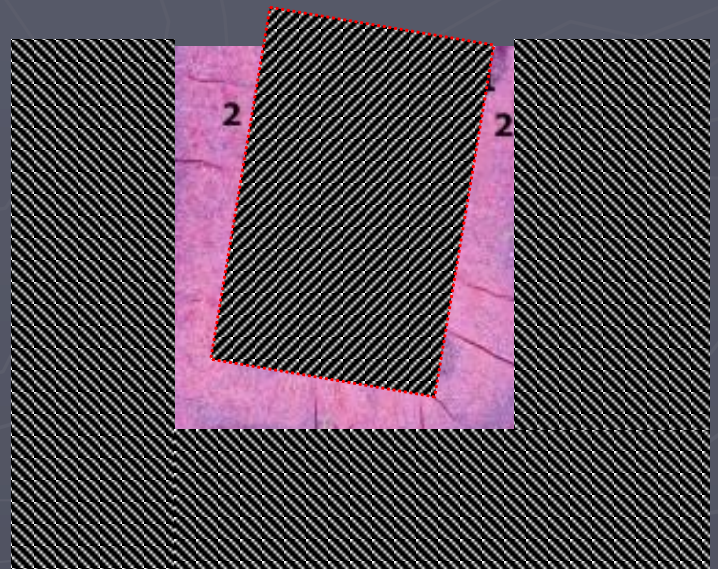
# Endométriome: chirurgie?

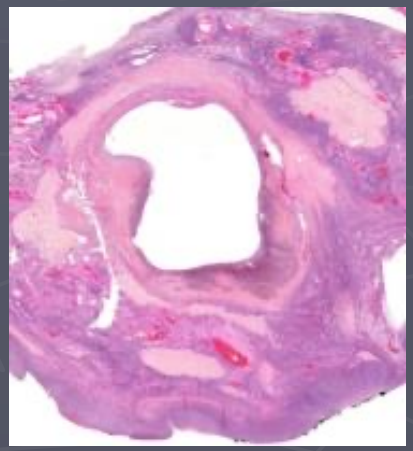
- **<u>Faire la chirurgie autrement</u>**?

- Ne pas arracher du cortex ovarien[3] en même temps que les cellules endométriales[1], car ils ne sont séparés que par 1mm de tissu fibreux[2] ➔ **Pas de plan de clivage histologique= pas de plan de clivage chirurgical non plus!**

- Alternative: **Ablation/destruction de l'épithélium endometrial + stroma, sans retirer de cortex ovarien**

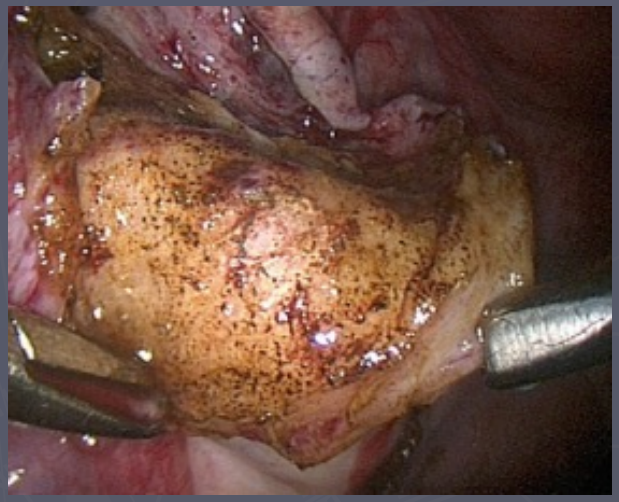
- Condition: utiliser une technique d'**ablation** sans diffusion thermique dans le cortex



# Ablation d'endométriome

## $CO_2$ laser



*Donnez, Nisolle et al,*

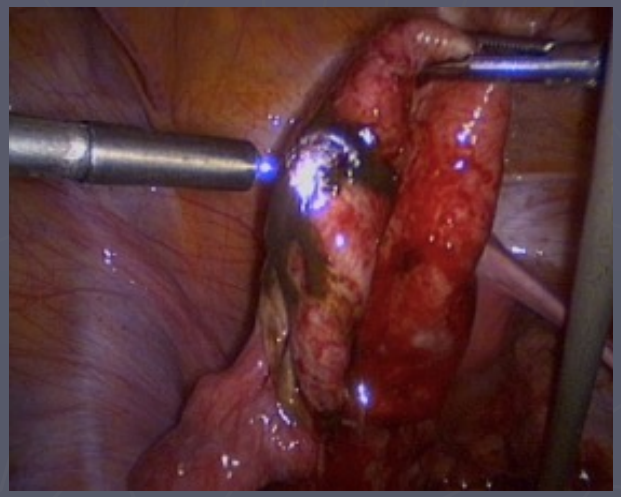
*Hum Reprod 1996*

## Sclérotherapie

*Yazbeck et al,*

*Reprod Biomed Online 2009*

## Energie Plasma



*Roman et al,*

*Fertil Steril 2011*

**Courant Bipolaire: Définitivement NON!**

*Barreta et al, 1998*

*Alborzi et al, 2004*


📖 *Carmona F et al, « Ovarian cystectomy versus laser vaporization in the treatment of ovarian endometriomas » Fertil Steril 2011*

📖 *Mokdad C et al « Evaluation par échographie tridimensionnelle de la réduction du volume des ovaires après kystectomie des endométriomes » Gyn Obstet Fertil 2012*

# Utilisation de l'énergie Plasma

- Plusieurs études et publications de notre équipe
  - *Roman et al, Fertil Steril 2011*

**Ovarian endometrioma ablation using plasma energy versus cystectomy: a step toward better preservation of the ovarian parenchyma in women wishing to conceive**

*Horace Roman, M.D., Ph.D.,[a,b] Mathieu Auber, M.D.,[a] Cécile Mokdad, M.D.,[a] Cécile Martin, M.D.,[c] Alain Diguet, M.D.,[a] Loïc Marpeau, M.D.,[a] and Nicolas Bourdel, M.D.[d]*

  - *Roman et al, JSLS 2014*

CASE REPORT JSLS

**Antimullerian Hormone Level and Endometrioma Ablation Using Plasma Energy**

Horace Roman, MD, PhD, Michael Bubenheim, PhD, Mathieu Auber, MD, Loïc Marpeau, MD, Lucian Puscasiu, MD, PhD

  - *Motte, Roman, Chanavaz-Lacheray et al, Gynecol Obstet Fertil 2016*

Original article

In vitro fertilization outcomes after ablation of endometriomas using plasma energy: A retrospective case-control study

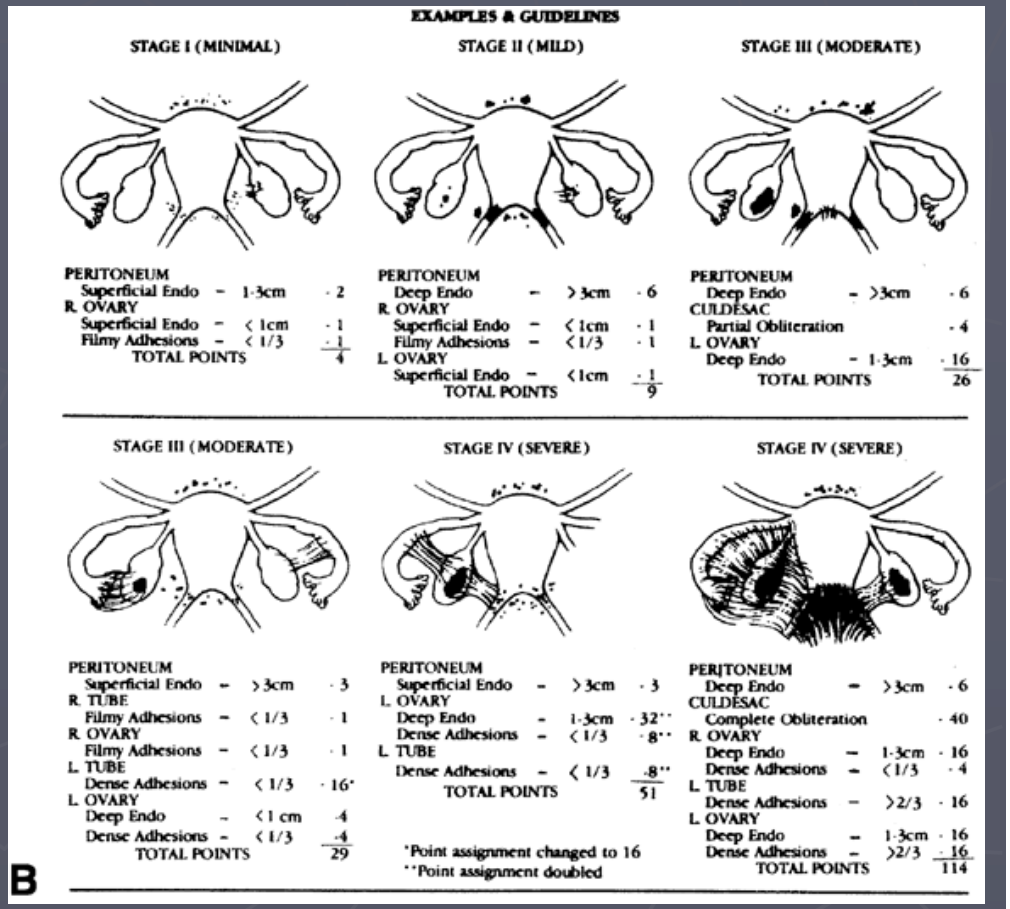
*Résultats en FIV après ablation des endométriomes par énergie plasma : étude cas témoin rétrospective*

I. Motte [a,b], H. Roman [a,b,c,*], B. Clavier [a,b], F. Jumeau [d], I. Chanavaz-Lacheray [a,b], M. Letailleur [a,b], B. Darwish [a,b], N. Rives [b,c,d]

- ➔ *aucune kystectomie depuis 2009*

# Classifications de Fertilité score AFSR

- American Fertility Society revised
- Nécessite une coelioscopie
- A une valeur pronostique de fertilité seulement +++
- Un même score peut refléter:
  - différentes situations anatomiques
  - dont le pronostic de fertilité spontanée n'est pas équivalent



# Score E.F.I.

Associe:
- le score AFSr
- des critères anamnestiques
  - Âge
  - Durée d'infertilité
  - ATCD de grossesse ultérieure

Se calcule après chirurgie «réparatrice»: note sur 10

Mais il manque
- Le facteur utérin (adénomyose)
- Les marqueurs de la réserve ovarienne
- L'impact des lésions laissées en place après chirurgie

## ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

### LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

| Score | | Description | | Left | | Right | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | = | Normal | Fallopian Tube | | | | | |
| 3 | = | Mild Dysfunction | | | | | | |
| 2 | = | Moderate Dysfunction | Fimbria | | | | | |
| 1 | = | Severe Dysfunction | | | | | | |
| 0 | = | Absent or Nonfunctional | Ovary | | | | | |
| | | | Lowest Score | Left | + | Right | = | LF Score |

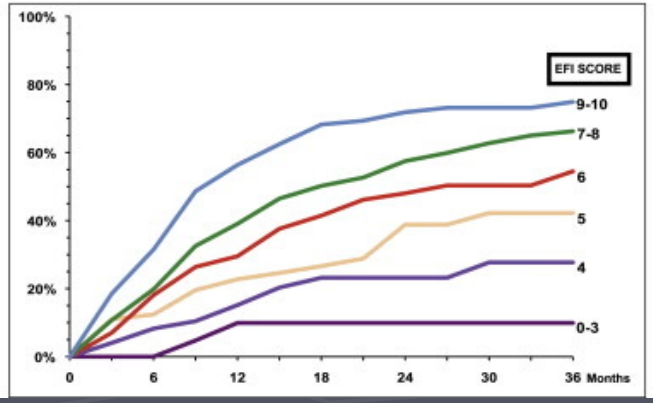
To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

### ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

| Historical Factors | | | Surgical Factors | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Factor | Description | Points | Factor | Description | Points |
| Age | | | LF Score | | |
| | If age is ≤ 35 years | 2 | | If LF Score = 7 to 8 (high score) | 3 |
| | If age is 36 to 39 years | 1 | | If LF Score = 4 to 6 (moderate score) | 2 |
| | If age is ≥ 40 years | 0 | | If LF Score = 1 to 3 (low score) | 0 |
| Years Infertile | | | AFS Endometriosis Score | | |
| | If years infertile is ≤ 3 | 2 | | If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16 | 1 |
| | If years infertile is > 3 | 0 | | If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16 | 0 |
| Prior Pregnancy | | | AFS Total Score | | |
| | If there is a history of a prior pregnancy | 1 | | If AFS total score is < 71 | 1 |
| | If there is no history of prior pregnancy | 0 | | If AFS total score is ≥ 71 | 0 |
| Total Historical Factors | | | Total Surgical Factors | | |

EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS: Historical + Surgical = EFI Score

### ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE



# Endométriose et PF
# Une stratégie en 2 temps

- 1er temps: dès le diagnostic initial d'endométriose

cad chez une patiente pas (encore) infertile → explorations minimales: écho ± IRM

  - Si pas d'endometriome: discuter la chirurgie
  - Si présence d'endometriomes (surtout si bilateraux)
    - Evaluer la réserve ovarienne (RO)
    - Puis discuter la chirurgie et/ou la PF
  - Dans tous les cas: obtenir l'aménorrhée +
    - Démarche active de grossesse dès l'arrêt de la pilule
    - Cs précoce de couple (dans les 6 mois)

- 2ème temps: anticipation de l'insuffisance ovarienne et/ou de l'infertilité ultérieure

📖 *Seracchioli R.« Long term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial » Fertil Steril 2010*

# PF dans l'endométriose
# Quelle technique?

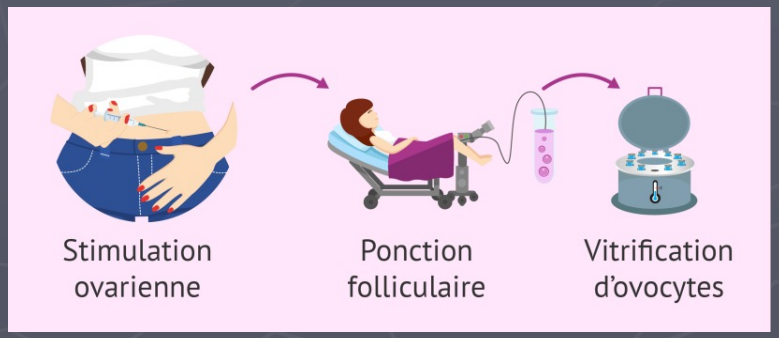
- **Congélation de tissu ovarien**
  - Nombreux ovocytes !
  - Puis regreffe à distance ±

  FIV ou grossesse spontanée

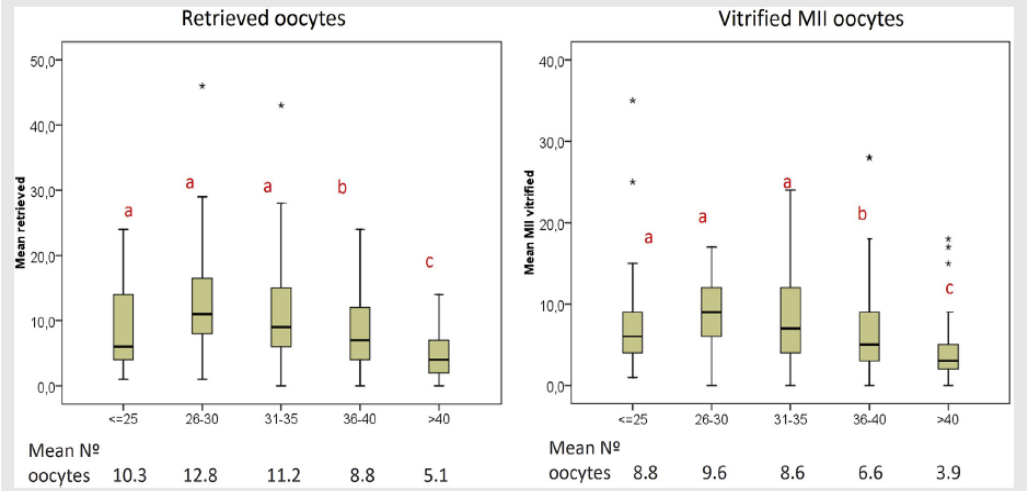
**Non, sauf si**
- **chirurgie radicale**
- **conservation d'ovocytes non possible !**

- **Congélation d'ovocytes matures**
  - Nombre de cycles
  - Après stimulation de l'ovulation
  - Après MIV ??
  - Nombre d'ovocytes ?
  - Faible nombre d'ovocytes ?

**Oui !**



# Nombre d'ovocytes vitrifiés et chances de naissance




Distribution of retrieved and vitrified metaphase II (MII) oocytes according to women's ages (years). Different superscripts indicate statistical differences between groups (P<.05).

*Cobo. Oocyte vitrification for elective FP. Fertil Steril 2016.*

**1182 ovocytes réchauffés**
**Préservation « élective »**
**137 femmes en réutilisation / 1468**

| | ≤ 35 ans | ≥ 36 ans |
|---|---|---|
| 8 ovocytes | 40,8 % de naissance | 20% de naissance |
| 10 ovocytes | 60,5% de naissance | 30% de naissance |
| Pour chaque ovocyte supplémentaire | | + 8% naissance |

*Cobo et al., 2016*

human reproduction OPINION

# Fertility preservation in women with endometriosis: for all, for some, for none?

Edgardo Somigliana[1,*], Paola Viganò[2], Francesca Filippi[1], Enrico Papaleo[2], Laura Benaglia[1], Massimo Candiani[2], and Paolo Vercellini[1,3]

**Table I** Assumptions used for the evaluations on the potential relevance of egg banking in women with endometriosis.

| Assumptions | Level of evidence | Main publications[a] |
|---|---|---|
| Assumptions for endometriosis | | |
| Endometriosis affects fertility | ++ | de Ziegler *et al.* (2010) and Adamson (2013) |
| Endometriosis is a recurrent disease | ++ | Guo (2009) |
| Ovarian surgery markedly damages ovarian reserve | ++ | Somigliana *et al.* (2011) and Raffi *et al.* (2012) |
| Ovarian endometriomas damage ovarian reserve | + | Sanchez *et al.* (2014), Ashrafi *et al.* (2014), Filippi *et al.* (2014) and Coccia *et al.* (2014) |
| Second surgery for endometriosis is poorly effective on infertility | ++ | Vercellini *et al.* (2009a,b) |
| Estroprogestins prevent endometrioma formation | +++ | Vercellini *et al.* (2010, 2013) |
| Assumptions for oocyte preservation | | |
| Oocytes preservation success depends on age | +++ | Stoop *et al.* (2014) |
| Oocytes preservation success depends on ovarian reserve | +++ | La Marca and Sunkara (2014) |
| Ovarian reserve declines with age | +++ | Nelson *et al.* (2013) |
| The prognosis of IVF is not affected by previous adnexectomy | +++ | Khan *et al.* (2014) |
| More than on cycle of hyper-stimulation can be done | +++ | Elizur *et al.* (2009) |

Level of evidence is judged in a semi-quantitative manner based on the literature and commonsense.
[a]If available, systematic reviews and meta-analyses are cited. Otherwise, the most relevant publications are included.

human reproduction OPINION

# Fertility preservation in women with endometriosis: for all, for some, for none?

Edgardo Somigliana[1,*], Paola Viganò[2], Francesca Filippi[1], Enrico Papaleo[2], Laura Benaglia[1], Massimo Candiani[2], and Paolo Vercellini[1,3]

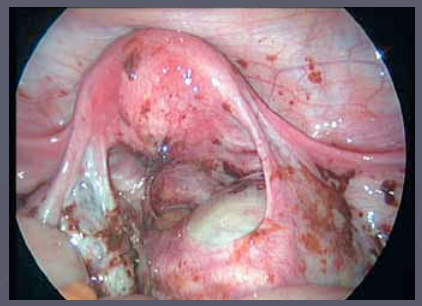
**Table II** Validity of fertility preservation in different clinical scenarios.

| Conditions | Quality of the fertility preservation program (number/quality of eggs) | Negative effects of new surgery on ovarian reserve | Likelihood that the frozen eggs will be used | Overall validity of the fertility preservation program |
|---|---|---|---|---|
| Bilateral endometriomas | ++ | Relevant | High | ++ |
| Previous monolateral excision of endometriomas, contralateral recurrence | + | Relevant | Very high | ++ |
| Previous surgery for bilateral endometriomas, no endometriomas recurrence | + | None | High | + |
| Previous surgery for bilateral endometriomas, monolateral recurrence | +/− | Relevant | Very high | + |
| Previous surgery for bilateral endometriomas, bilateral recurrences | +/− | Relevant | Very high | + |
| Previous monolateral excision of endometriomas, ipsilateral recurrence | ++ | Modest | High | + |
| Unilateral endometriomas | +++ | Modest | Low | + |
| Deep peritoneal endometriosis without endometriomas | +++ | None | Low | + |

Conditions are listed in a decreasing order of relevance in terms of potential benefits of fertility preservation.

# Indicateurs de PF dans l'endométriose

- Cliniques
  - Endométriome(s)
    - Unilatéral récidivant
    - Bilatéral: risque +++ d'IOP et d'EPP
  - EPP associée
    - Parce que geste chirurgical à risque de complications
    - Parce que décision de ne pas opérer
  - Age: car FDR d'infertilité ☺
    - … auquel s'associe un autre FDR d'infertilité…
    - ….Surtout si AMH suspecte?



- Para-cliniques
  - Bilan de réserve ovarienne
    - FSH, LH, E2:

    Pas tjs disponibles
    - AMH?
    - CFA?


📖 *Busacca et al,«Post surgical ovarian failure after laparoscopic excision of bilateral endometriomas» Am J Obstet Gynecol 2006*
📖 *Somigliana et al, « IVF-ICSI outcome in women operated on for bilateral endometriomas » Human Reprod 2008*

# AMH

- Inconvénient de ce dosage
  - Souvent le seul disponible pour évaluer la fertilité car:
    - patiente en aménorrhée
    - CFA parfois difficile
  - Alors qu'il n'est « que » prédictif de la réponse en FIV
  - Et ne préjuge pas de qualité ovocytaire
  - Problèmes des importantes fluctuations (kit de dosage)
- Souvent constatée basse chez les patientes endométriosiques
  - Surtout si atteinte ovarienne
  - Mais aussi en cas d'EPP sans atteinte ovarienne…
  - Voire en cas d'endométriose superficielle isolée!
- Mais ne pas être rassuré par des AMH élevées…

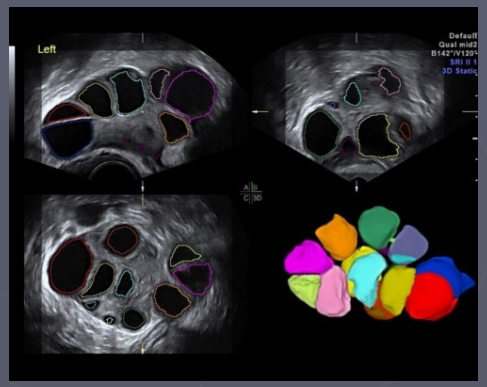
**Ne pas oublier une autre pathologie pouvant altérer la réserve ovarienne !**


📖 Stochino-Loi E et al *« Does preoperative AMH level influence postoperative pregnancy rate in women undergoing surgery for severe endometriosis? » (Fertil Steril 2017)*

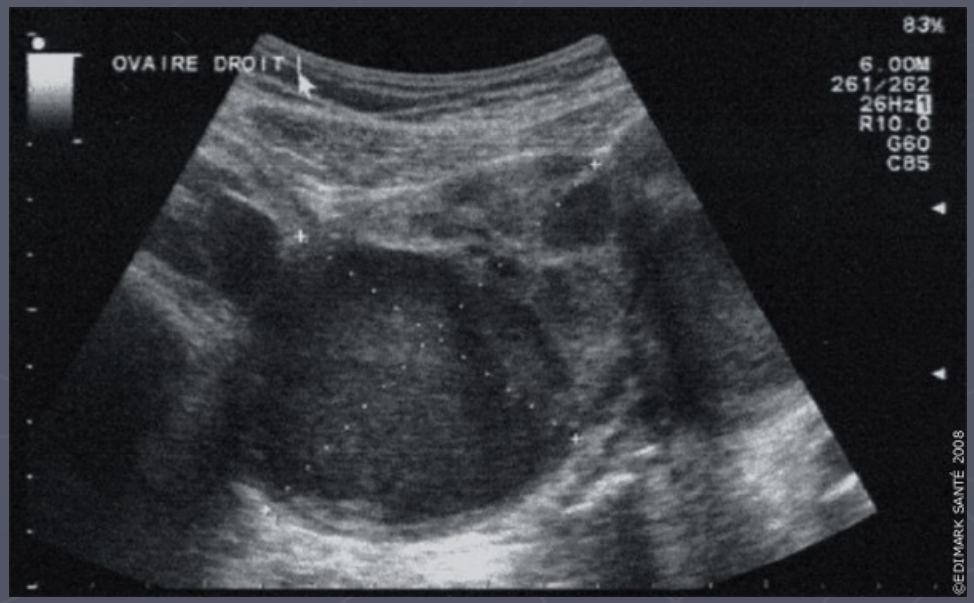
📖 *Roman H, Chanavaz-Lacheray I « Large ovarian endometriomas are associated with high pre-operative anti-Mullerian hormone concentrations » (RBMO 2021)*

# CFA

- Volume ovarien et Compte des Follicules Antraux…




- …que valent-ils quand il y a des endométriomes?



# Rouendométriose : guidelines de la PF

| | |
|---|---|
| **Aucune indication chirurgicale**<br>(ou seulement cœlioscopie exploratrice) | Avant la mise en aménorrhée si<br>-AMH abaissée |
| **Indication de chirurgie 1ère**<br>(ex : atteinte digestive sub-occlusive, endométriose profonde hyperalgique…) | Après chirurgie si<br>-Endométriomes bilatéraux volumineux<br>-AMH abaissée |
| **Indication de préservation 1ère** | Avant chirurgie si<br>-Endométriomes récidivants<br>-Endométriomes bilatéraux non volumineux<br>-AMH abaissée<br>-> 30 ans |
| **Chirurgie en 2 temps** : précédée et accompagnée par analogues de la LH-RH<br>-**1er temps** : évacuation de l'endométriome (par ponction ou coelioscopie)<br>-Vitrification ovocytaire<br>-**2ème temps** : chirurgie complète | Entre les chirurgies si<br>-Endométriome(s) volumineux |

📖 *Chanavaz-Lacheray I.* Dossier préservation de la fertilité féminine, l'expérience de Rouendométriose. La lettre du gynécologue n° 402, mai-juin 2016

# Endométriose et Préservation de Fertilité

## ▶ RPC CNGOF dec 2017

*À ce jour, aucune étude de cohorte n'a été publiée dans le contexte précis de la préservation de la fertilité dans l'endométriose, rendant difficile l'élaboration de recommandations.*

*Il semble avéré qu'il existe une altération du stock folliculaire liée à la maladie endométriosique ovarienne (NP2) et que la chirurgie, surtout quand elle est bilatérale ou itérative, soit susceptible d'aggraver cet état de fait (NP2).*

➔ *Les possibilités de préservation de la fertilité doivent être discutées avec la patiente en cas de chirurgie pour endométriome ovarien (Accord d'experts).*

- ➔ En pratique: dossier discuté en RCP endométriose et/ou en RCP fertilité
  - ➔ toutes les demandes ne sont pas acceptées
  - ➔ frontière avec la PF sociétale
  - ➔ Limites d'âge

# PF dans l'endométriose
# Données publiées

- 2005: Donnez Ovariectomie bilat, greffe de tissu ovarien congelé, naissance
- 2009: Elizur 1 case-report: 20 ovocytes M II (3 cycles)
- 2010: Oktay Tissu ovarien regreffé
- 2013: Garcia Velasco

38 PF par vitrif pour endométriose, un tiers de réutilisation

- 2013: American Society of Reproductive Medicine
  Recommande la vitrification ovocytaire
- 2014: Dahhan et al

Seule publication mentionnant un suivi: aucune des patientes ayant fait une PF n'avait eu besoin de ses ovocytes vitrifiés pour obtenir une grossesse!

📖 Dahhan et al *«Reproductive choices and outcomes after freezing oocytes for medical reasons : a follow up study, Human Reprod»* (Fertil Steril 2014)

# Endométriose et Préservation de Fertilité

- Avril 2020: Cobo et al
  - 1ère cohorte de réutilisation des ovocytes vitrifiés dans un contexte d'endométriose
  - Majoritairement stades 3-4
  - Distinction entre opérées et non opérées
  - En 10 ans (2007-2018)
    - 1044 femmes ont fait une PF (âge moyen 35,7 ans)
    - dont 485 (46,5%) sont revenues les utiliser
    - CLBR= 46,4% (Cumulative Live Birth Rate)
  - Durée moyenne de réutilisation: 1,7 ans après la PF
  - 39% des échecs ont ensuite obtenu une grossesse en frais

📖 Cobo et al «*Ooocyte vitrification for fertility preservation in women with endometriosis: an observational study* « (Fertil Steril 2020)

# Endométriose et Préservation de Fertilité

- Avril 2020: Cobo et al… mais
  - en Espagne la PF pour endométriose est une indication sociétale, non prise en charge → pas de commission
  - L'AMP (avec don de gamètes) est ouverte aux femmes seules ou en couple lesbien → pas forcément d'infertilité
  - Pas de suivi de l'ensemble des femmes ayant préservé → aucune donnée de fertilité spontanée
  - La population est plus âgée que les patientes françaises

  → Pas la même population qu'en France


📖 Cobo et al *«Oocyte vitrification for fertility preservation in women with endometriosis: an observational study «* (Fertil Steril 2020)

📖 *Mathieu d'Argent et al «Outcomes of fertility preservation in women withe endometriosis: comparison of progestin-primed ovarian stimulation versus antagonist protocols» (J Ovarian Res 2020)*

📖 *Raad et al «Oocyte vitrification for preserving fertility in patients with endometriosis: first observational cohort study… and many unresolved questions. Letter to the editor» (Eur J Obs Gyn and Reprod Bio 2018)*

# Endométriose et Préservation de Fertilité

- En France:
  - Pas encore de cohorte publiée de patientes ayant réutilisé leurs ovocytes, ni de suivi
  - Beaucoup de grossesses spontanées après chirurgies précédées de PF
  - Avons-nous trouvé les bonnes indications de PF?
  - Probablement des PF « pour rien »…. Mais est-ce un problème?
- Révision de loi de bioéthique : prévoit l'autoconservation sociétale entre 32-35 ans
  - Permettra d'autoriser certaines PF jusque là refusées
  - mais n'empêchera pas nombre de discussions
  - Et vient d'être à nouveau rejetée par le Sénat

*« Les auteurs de l'amendement considèrent que cette disposition favorisera la pression sociale sur des jeunes femmes pour décaler dans le temps leur maternité.*

*En outre, ils considèrent que la Sécurité Sociale n'a pas à prendre en charge cette possibilité de conservation de gamètes. »*

# Endométriose et Préservation de Fertilité Conclusion

- Somigliana:
- *« Systematically recommending oocyte banking in women with endometriosis is premature at this point in time »*
- *« critical issue: identifying who have higher chances to be infertile in their future »*

📖 *Somigliana E, Vercellini P « Fertility preservation in women with endometriosis: speculations are finally over, the time for real data is initiated » 2020*

Places limitées
Deadline 31/10/2020

# Diplôme Inter-Universitaire multidisciplinaire et généraliste de prise en charge de l'ENDOMETRIOSE et de l'ADENOMYOSE

Toutes les connaissances indispensables à la prise en charge de l'endométriose et de l'adénomyose :
un socle commun à **toutes les spécialités** concernées !

*Ouvert aux Gynécologues Obstétriciens, aux Gynécologues Médicaux, aux Médecins de la Reproduction, aux Radiologues, aux Urologues, aux Chirurgiens Digestifs et aux Médecins Généralistes (Internes ou Diplômés), ainsi qu'aux Sages Femmes.*

**Comité pédagogique :**

Université Lyon 1: Pr Gil DUBERNARD
Dr Charles-André PHILIP
Université Lille-II : Pr Pierre COLLINET
Pr Chrystele RUBOD DIT GUILLET
Université Bordeaux : Pr Claude HOCKE
Dr Isabella CHANAVAZ-LACHERAY
Pr Horace ROMAN

Adressez vos **candidatures par mail** dès maintenant !
charles-andre.philip@chu-lyon.fr
(CV, lettre de motivation, copie du diplôme)

Université de Lyon | Université Claude Bernard Lyon 1 | université de BORDEAUX | Université de Lille

EEL
European Endometriosis League
6th EUROPEAN ENDOMETRIOSIS CONGRESS
→ PRESIDENT
Horace Roman
December
16th & 17th
2021
BORDEAUX · FRANCE
Cité Mondiale
www.eec2021.com