

Paris, le 13 mars 2013

## Information presse

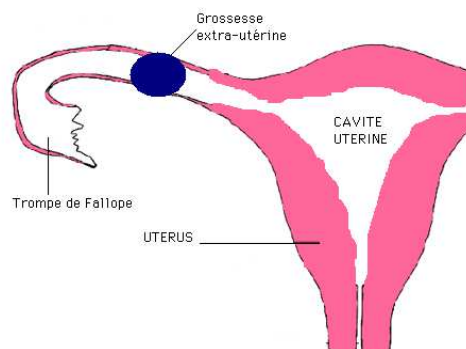
### Quelle fertilité pour les femmes après une grossesse extra-utérine ?

La grossesse extra-utérine concerne environ 2% des grossesses, soit 15.000 femmes par an en France. Elle se caractérise par le développement de l'œuf en dehors de l'utérus qui peut mettre la vie de la femme en danger en l'absence d'intervention médicale. Dans les pays développés, la mortalité liée à une grossesse extra-utérine reste exceptionnelle; les médecins s'intéressent donc à la préservation de la fertilité ultérieure et donc la possibilité pour les femmes concernées d'être à nouveau enceinte. Les chercheurs de l'équipe Inserm « Epidémiologie de la reproduction et du développement de l'enfant » (Unité 1018 « Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations ») ont pour la première fois comparé l'ensemble des traitements existants de la grossesse extra-utérine quant à leur impact sur la fertilité naturelle dans les 2 ans qui suivent.

Les conclusions de l'étude publiée dans la revue [Human Reproduction](#) montrent que la capacité à avoir une grossesse normale après une grossesse extra-utérine (fertilité ultérieure) n'est pas liée au type de traitement, en particulier à la conservation de la trompe de Fallope où la grossesse s'était implantée.

Une grossesse extra-utérine s'implante dans 95% des cas dans une trompe de Fallope. Il s'agit d'une urgence médicale. Le traitement consiste à l'interrompre et à éliminer l'œuf. Trois traitements peuvent être utilisés :

- Un traitement médical par injection (intramusculaire ou directement dans la trompe) de methotrexate qui détruit l'œuf et élimine la grossesse extra-utérine sans toucher à la trompe.
- Un traitement chirurgical dit « conservateur » où la trompe est incisée pour retirer l'œuf tout en étant conservée
- Un traitement chirurgical dit radical où la trompe est retirée avec l'œuf



Chacun de ces traitements parvient à éliminer la grossesse extra-utérine, et, en raison de l'amélioration des méthodes diagnostiques, la vie de la femme n'est pratiquement plus en danger dans les pays développés. L'objectif des médecins est donc à la préservation de la fertilité ultérieure de la femme.

Selon la gravité et l'urgence, deux types de situations se dessinent :

-d'une part, les grossesses extra-utérine dites peu actives où un traitement médical ou chirurgical conservateur peuvent être décidé

-d'autre part, les grossesses extra-utérine dites actives où un traitement chirurgical est nécessaire qui peut être conservateur ou radical.

Les chercheurs de l'Inserm ont comparé, pour la première fois dans un même essai thérapeutique, la fertilité des femmes deux ans après les différents traitements.

Pour cela, les chercheurs ont inclus des femmes présentant une grossesse extra-utérine traitées dans un des 17 centres français participants à l'étude entre 2005 et 2009. Un peu plus de 400 femmes ont été réparties en deux groupes selon l'activité (et la gravité) de la grossesse extra utérine. Dans chaque groupe un des deux traitements possibles a été tiré au sort et les femmes ont ensuite été suivies pendant 2 ans.

Dans le premier groupe, les courbes de fertilité cumulatives qui sont le reflet du nombre de grossesse obtenue par les patientes au cours des deux ans de suivi n'étaient pas significativement différentes entre le traitement médical et la chirurgie conservatrice. Le taux de grossesse intrautérine deux ans après l'intervention était de 67 % après le traitement médical par méthotrexate et de 71 % après la chirurgie conservatrice dans la population des femmes en recherche de grossesse.

Dans le second groupe, deux ans après le traitement, 70 % des femmes qui ont désiré une nouvelle grossesse ont pu obtenir une grossesse intra-utérine après le traitement chirurgical conservateur et 64 % après le traitement chirurgical radical.

Pour les chercheurs, les résultats de cet essai invitent les gynécologues à reconsidérer la prise en charge des grossesses extra-utérines en tenant compte des différents éléments que sont la fertilité ultérieure, la durée de suivi après traitement, la préférence des patientes mais aussi les risques inhérents à chacun des traitements.

Pour Perrine Capmas, « *le traitement médical devrait être privilégié en cas de grossesse extra-utérine peu actives en raison d'une part de la préférence des patientes mais aussi des risques moindres notamment de par l'absence d'anesthésie et de chirurgie. Cependant, étant donné l'absence de différence pour la fertilité ultérieure, le traitement chirurgical doit être proposé en première intention aux femmes dont on craint qu'elles ne soient pas observantes (la surveillance après traitement médical pouvant être prolongée pendant plusieurs semaines)* ».

« *Dans le cas des grossesses extra-utérines nécessitant une prise en charge chirurgicale, les médecins peuvent rassurer les femmes sur le fait qu'une chirurgie radicale ne change pas leurs chances d'avoir par la suite une grossesse naturelle.* »

## Sources

### **Fertility after ectopic pregnancy: the DEMETER randomised trial**

Fernandez Hervé\* 1,2,3,4, MD, Capmas Perrine\*1,2,4, Lucot Jean Philippe 5, MD, Resch Benoit 6, MD, Panel Pierre 7, MD, Bouyer Jean1,4, PhD\*\*.

\*These authors contributed equally to this work.

\*\* and for the GROG

1 Inserm, CESP Centre for Research in Epidemiology and Population Health, U1018, Epidemiology of Reproduction and Child Development Team, F94276, Le Kremlin Bicêtre, France.

2 Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Bicêtre, 82, rue du général Leclerc, 94276 Le Kremlin Bicêtre

3 Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Bécère, 157 rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart

4 Univ Paris-Sud, UMRS 1018, F-94276, Le Kremlin Bicêtre, France

5 Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Jeanne de Flandre, Avenue Eugène Avinée, 59037 Lille

6 Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Charles Nicolle, 1, Rue de Germont, 76000 Rouen

7 Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Mignot, 177 rue de Versailles, 78157 Le Chesnay

*Human Reproduction*, mars 2013 <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/det037>

## Contact chercheur

### **Perrine Capmas**

Unité Inserm 1018 « Centre de recherche en épidémiologie et sante des populations »  
équipe « Epidémiologie de la reproduction et du développement de l'enfant »

[perrine.capmas@bct.aphp.fr](mailto:perrine.capmas@bct.aphp.fr)

01.45.21.77.83

## Contact presse

[presse@inserm.fr](mailto:presse@inserm.fr)

[www.presse-inserm.fr](http://www.presse-inserm.fr)