

INFERTILITÉ FÉMININE

Greffe d'utérus post-mortem : le premier bébé est né !



10 à 15 % des couples en âge de procréer souffrent d'infertilité. Pour les femmes qui présentent une absence ou une malformation de l'utérus, une solution thérapeutique est étudiée de près : la transplantation utérine. Après les succès des greffes issues de donneuses vivantes, l'équipe d'Edmund Chada Baracat, du département de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Das Clinicas et de l'université de São Paulo, vient de montrer que la transplantation d'un utérus prélevé post-mortem aboutit

également à une grossesse à terme. Sept mois après avoir été greffée, la jeune femme de 32 ans qui souffre d'absence congénitale d'utérus s'est vue implanter un embryon fécondé in vitro avec les gamètes de son couple. Après 36 semaines de grossesse, elle a mis au monde, par césarienne, un bébé en bonne santé. Aujourd'hui, 52 transplantations utérines ont été réalisées dans le monde et 13 ont conduit à des naissances.

D. Ejzenberg *et al.* *Lancet*, 22 décembre 2018 ; doi : 10.1016/S0140-6736(18)31766-5



➔ L'équipe du département de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Das Clinicas de São Paulo avec le bébé né de la transplantation de l'utérus d'une donneuse décédée

© Hospital das clinicas de FMUSP



LE POINT AVEC

© CHU Limoges



Tristan Gauthier

chirurgien en gynécologie
au CHU de Limoges

En quoi cette naissance est-elle révolutionnaire ?

Tristan Gauthier : Elle prouve que greffer un utérus à partir d'une donneuse en mort céphalique est possible. Jusqu'à aujourd'hui, seules des greffes issues de donneuses vivantes avaient fonctionné. Ici, les chercheurs ont montré que l'utérus

reste fonctionnel en dépit d'une ischémie prolongée de 8 heures. Ils prouvent aussi que le transfert d'embryons peut avoir lieu 7 mois après la transplantation alors que les sociétés savantes conseillent d'attendre 12 mois. Au sein de notre unité Inserm, nous avons un projet de transplantation utérine avec donneuse en état de mort cérébrale actuellement bloqué pour des raisons administratives et organisationnelles. Les études dans ce domaine permettront de statuer sur un consensus d'ischémie prolongée et le délai de transfert embryonnaire.

Quelles différences avec un utérus issu d'une donneuse vivante ?

T. G. : Parmi les donneuses en mort céphalique figurent des femmes plus jeunes et donc avec des utérus bien vascularisés. La chirurgie n'est pas risquée et plus reproductible. Avec une donneuse décédée, l'anonymat et le principe d'autonomie personnelle sont respectés. D'un autre côté, les inconvénients sont nombreux car il faut que la donneuse soit compatible avec une receveuse. Cette situation oblige à gérer une ischémie plus longue tout en ayant peu de temps pour vérifier la qualité de l'utérus.

En quoi cela peut modifier la prise en charge clinique de l'infertilité ?

T. G. : Aujourd'hui, l'infertilité tubaire,

lorsque les trompes sont altérées ou obstruées, est traitée avec la fécondation in vitro, et l'infertilité ovarienne, avec les dons d'ovocytes. En revanche, les patientes qui présentent une infertilité utérine n'ont recours qu'à l'adoption car que la gestation pour autrui est interdite en France. La greffe vient apporter une solution thérapeutique pour les patientes avec une maladie orpheline, un utérus non fonctionnel ou qui ont subi une hystérectomie. Cette approche répond aussi au besoin de normalité, qui est de porter son enfant.

Et du point de vue éthique ?

T. G. : Deux problématiques sont soulevées : le risque chirurgical d'une greffe non vitale encouru par la donneuse vivante et le traitement immunosuppresseur in utero. C'est aussi une approche inédite de la greffe d'organe car elle est éphémère : après une ou deux grossesses, le greffon est enlevé.

Propos recueillis par Julie Paysant

⚡ **Ischémie.** Diminution de l'apport sanguin artériel à un organe qui entraîne une baisse de l'oxygénation de ses tissus et donc la perturbation, voire l'arrêt, de sa fonction

Tristan Gauthier : unité 1248 Inserm/Université de Limoges/CHU de Limoges, Ciblage individuel et prévention des risques de traitements immunosuppresseurs et de la transplantation