

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCRÉATION DE L'OISE

CENTRE D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION DE L'OISE

SECTEUR CLINIQUE

GHP SO : 1 Avenue Paul Rougé - BP 121 - 60309 SENLIS Cedex
(Agréé prélèvement ovocytaire, FIV et congélation)

Standard : Tél : 03.44.21.70.00

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE - PMA

Rendez-vous Tél. : 03.44.21.70.19
Consultation d'anesthésie Tél. : 03.44.21.72.92
Hôpital de jour Tél. : 03.44.21.71.53
Hospitalisation Maternité Tél. : 03.44.21.71.59
Secrétariat de radiologie Tél. : 03.44.21.70.15

Médecins : Dr Philippe COSTES, Dr Jean-Patrick TILLIARD,
Dr Maryam AZGAL, Dr Razika BENMANA, Dr Phocas BIRABONEYE

Secrétariat Tél. : 03.44.21.73.90
Fax : 03.44.21.73.25

SECTEUR BIOLOGIQUE

LABORATOIRE DE PMA BIOMAG/GHP SO - SITE DE SENLIS :

1 Avenue Paul Rougé - BP 121 - 60309 SENLIS Cedex
(Agréé FIV-ICSI, congélation et préparation de sperme pour IUI,
conservation des embryons en vue d'un projet parental)

Dr Mathilde MONSEUX DELATTRE, Dr Véronique BONNOTTE
Tél. : 03.44.21.73.24 Fax : 03.44.21.73.25

L'ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION

INTRODUCTION :

En France, 15 à 25% des couples consultent pour infertilité et dans certains cas, une assistance médicale à la procréation (AMP) peut leur être proposée.

En effet, des méthodes permettant la rencontre des ovocytes et des spermatozoïdes in vivo ou in vitro peuvent aboutir à une fécondation, sous la responsabilité de praticiens agréés, au sein d'une équipe clinico-biologique spécialisée.

Ces techniques récentes sont régies par les lois de bioéthique du 29 juillet 1994, modifiées régulièrement, la dernière datant du 2 août 2021.

Sur le plan administratif, seront exigés :

- **une copie d'une pièce d'identité de chaque membre du couple,**
- **une copie de l'acte de mariage, du PACS ou de vie commune (certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur de vie commune signée de chacun),**
- **un extrait d'acte de naissance pour chacun datant de moins de 3 mois (sur www.acte-etat-civil.fr) pour les couples qui ne sont pas mariés ou pacsés,**
- **formulaire de demande d'assistance médicale à la procréation en 2 exemplaires.**

Tous ces documents doivent être en double exemplaire (pour le laboratoire d'AMP et pour le centre clinique).

Une demande de prise en charge à 100% pourra ainsi être demandée à l'assurance maladie par chaque membre du couple. Quand elle est accordée, elle est accordée le plus souvent pour 2 à 5 ans. La mention « article L 322-3-12 » sera apposée sur les ordonnances et les feuilles de soins.

Chaque cas nécessitant une AMP sera discuté par l'équipe clinico-biologique lors des staffs hebdomadaires, après demande et consentement du couple, et constitution du dossier clinico-biologique et administratif (notamment sérologies à la recherche du VIH, de l'hépatite C, de l'hépatite B, de la Syphilis et d'HTLV et ZIKA selon les cas).

En cas de sérologies positives pour l'un des virus recherchés, la prise en charge du couple en AMP ne pourra se faire que dans un centre agréé ayant l'agrément pour le risque viral.

On précise que les examens prescrits en vue des tentatives ne sont pas transmis à votre médecin. Vous devez les récupérer impérativement et les présenter lors de la consultation d'AMP.

Formalités obligatoires avant de commencer une stimulation ovarienne :

- dossier administratif complet (voir ci-dessus),
- consultation avec l'un des médecins biologistes (uniquement avant la première tentative),
- s'assurer d'avoir un dossier biologique à jour : sérologies de moins de 3 mois pour une première tentative, de moins d'un an pour les suivantes ; ainsi qu'une spermoculture négative et un prélèvement vaginal négatif datant de moins de 6 mois,
- en cas de FIV : consultation pré-anesthésique et bilan préopératoire,
- déclarer son premier jour de règles (J1) auprès du laboratoire d'AMP à pma.senlis@biogroup.fr,
- personnalisation du répondeur avec nom et prénom clairement énoncés.

LES TECHNIQUES D'AMP

A. L'INSÉMINATION INTRA UTÉRINE (IIU)

1. DÉFINITION

C'est la technique la plus ancienne et la plus simple. Elle consiste à placer, dans l'utérus de la patiente, une préparation contenant des spermatozoïdes préalablement sélectionnés. Les spermatozoïdes pourront ainsi tenter une fécondation de l'ovocyte au niveau des trompes.

Cette technique, simple, indolore et facilement reproductible permet d'obtenir environ 16% de grossesses par cycle avant 40 ans (autour de 5 à 10% ensuite) mais ne permet pas de vérifier s'il y a eu fécondation.

Les principales indications d'IIU sont les infertilités liées à la glaire cervicale (test post-coïtal négatif), aux dysovulations et aux anomalies modérées concernant le nombre et la mobilité des spermatozoïdes (oligoasthénospermie légère à modérée).

Certaines IIU sont pratiquées avec le sperme de donneur lorsque l'indication est posée (ex : absence de spermatozoïdes ou azoospermie).

Le nombre de tentatives sera déterminé par le praticien en accord avec le couple, de 4 à 6. La tendance actuelle est de proposer 4 tentatives car 95% des grossesses par IIU surviennent sur les 4 premières, contre 5% sur les 2 dernières.

Seules 6 tentatives sont prises en charge par l'assurance maladie et ce, jusqu'au 43^{ème} anniversaire de la patiente (loi du 30 mars 2005).

En l'absence de prise en charge, ce geste reste possible mais entièrement à la charge du couple (les tarifs vous seront communiqués sur demande) et après discussion du dossier en staff clinico-biologique.

Généralement, les stimulations associées à l'IIU ont lieu tous les 2 cycles.

2. LA STIMULATION OVARIENNE

But :

Stimuler 1 ou 2 follicules et préparer en parallèle la muqueuse de l'utérus.

⇒ Traitement :

Par comprimés de Clomid® (de J2 à J6) ou par injections sous-cutanées quotidiennes de FSH (Gonal-f®, Pergoveris®, Fertistart®, Ménopur®, génériques et biosimilaires) débuté le plus souvent entre J2 et J3 du cycle.

⇒ Surveillance :

Le plus souvent, à partir du 6^{ème} jour du cycle et tous les 2 à 3 jours.

Elle nécessite une échographie endo-vaginale (vessie vide) et un bilan hormonal (non à jeun).

Les échographies sont réalisées au centre d'AMP entre 8h15 et 9h30 du lundi au vendredi sur RDV pris préalablement auprès du secrétariat de gynécologie au **03.44.21.70.19** ou sur **Doctolib** sur le site du **GHPSO site de Senlis (onglet échographie de monitoring)**.

Les prises de sang ont lieu du lundi au vendredi au laboratoire d'AMP de Senlis entre 8h et 9h30 sans RDV.

Une conduite à tenir sur le traitement à poursuivre sera donnée en fonction des résultats de ces 2 examens, le matin même ou l'après-midi par téléphone.

⇒ Déclenchement de l'ovulation :

Par injection unique sous-cutanée (ex : Ovitrelle®) sur avis médical et lorsqu'un ou deux follicules sont matures (à partir de 17 mm de diamètre). Cette injection est à réaliser à **23h00**, soit environ **36 heures** avant l'insémination.

Exceptionnellement, le traitement devra être interrompu en raison d'un développement insuffisant des follicules ou d'une réponse exagérée laissant craindre une hyperstimulation ovarienne. Un nouveau traitement mieux adapté vous sera proposé après discussion du dossier.

3. L'INSÉMINATION

➤ Recueil :

Avant réalisation du recueil, une pièce d'identité sera exigée.

Le sperme du conjoint, recueilli par masturbation au laboratoire le matin de l'insémination, sera utilisé frais après migration et sélection.

Les conditions de recueil sont les mêmes que pour un spermogramme, à savoir 3 jours d'abstinence et boire 2 à 3 litres d'eau la veille. Un RDV est à prendre pour le recueil sur Doctolib BIOMAG AMP Senlis.

➤ L'insémination :

Se présenter vessie pleine au centre d'AMP.

La patiente sera installée en position gynécologique puis la préparation sera inséminée au laboratoire d'AMP à l'aide d'un fin cathéter à travers le col utérin. Ce geste est indolore et ne nécessite ni anesthésie, ni arrêt de travail.

Ce geste est réalisé **en présence des 2 membres du couple et après vérification de leur identité.**

Aucune insémination ne sera effectuée en cas d'absence du conjoint.

➤ Traitement :

Un traitement hormonal de soutien de la phase lutéale, à base de progestérone, est prescrit pendant les 14 jours qui suivent l'insémination. Il sera poursuivi en cas de grossesse pendant une durée totale de 2 à 3 mois.

4. LE TEST DE GROSSESSE

Un dosage sanguin des β HCG sera réalisé 14 jours après l'insémination (même si des saignements surviennent). Celui-ci sera renouvelé 48h après s'il est positif. Les résultats doivent être communiqués au laboratoire d'AMP (par courrier ou fax **03.44.21.73.25**).

Si le 2^{ème} prélèvement confirme la grossesse, une échographie de contrôle sera à prévoir 3 à 4 semaines après (au centre de PMA).

B. LA FÉCONDATION IN VITRO (FIV) CLASSIQUE et la FIV avec ICSI

1. DÉFINITION

La FIV avec transfert d'embryons, pratiquée en France depuis 1981, permet d'obtenir des fécondations à l'extérieur de l'organisme après rencontre des spermatozoïdes et des ovocytes.

Les indications principales sont l'obturation ou l'absence des trompes, les dysovulations sévères, les altérations modérées à sévères des paramètres spermatiques et les échecs d'insémination.

Dans la FIV classique, les spermatozoïdes sont mis en contact avec l'ovocyte alors que dans l'ICSI (*intra-cytoplasmic sperm injection*), un spermatozoïde préalablement sélectionné est directement micro-injecté dans l'ovocyte. Cette dernière technique est indiquée dans les altérations sévères des paramètres spermatiques, dans les échecs de fécondation en FIV classique et lorsque le nombre d'ovocytes recueillis est faible.

Seules 4 tentatives de FIV sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie et ce jusqu'au 43^{ème} anniversaire de la patiente (JO du 30 mars 2005).

On entend par tentative, une stimulation ovarienne suivie d'une ponction folliculaire pour le recueil ovocytaire, du recueil et de la préparation des spermatozoïdes et d'un transfert d'embryons (ne sont pas comptabilisés : les cycles annulés, les ponctions blanches, les ponctions non suivies de transfert et les cycles de transferts d'embryons congelés).

Une pause de 3 cycles sera observée entre 2 tentatives, suivies ou non de transfert embryonnaire, et de 2 cycles en cas de transfert d'embryons congelés.

2. LA STIMULATION OVARIENNE

➤ **But :**

Stimuler de nombreux follicules et préparer en parallèle la muqueuse de l'utérus.

➤ **Traitement :**

Par injections sous-cutanées quotidiennes de FSH (Gonal-f®, Pergoveris®, Fertistart®, Ménopur®, génériques et biosimilaires). Selon le protocole, la FSH est associée à un traitement dit « agoniste » (Décapeptyl®) ou « antagoniste » (Orgalutran® ou Fyremadel®).

➤ **Surveillance :**

Le plus souvent, à partir du 6^{ème} jour du cycle et tous les 2 à 3 jours. Elle nécessite une échographie endo-vaginale (vessie vide) et un bilan hormonal (non à jeun). Les échographies sont réalisées au centre d'AMP entre 8h15 et 9h30 du lundi au vendredi sur RDV pris préalablement auprès du secrétariat de gynécologie au **03.44.21.70.19** ou **sur Doctolib sur le site du GHPSO site de Senlis (onglet échographie de monitoring)**.

Les prises de sang ont lieu du lundi au vendredi au laboratoire d'AMP de Senlis entre 8h et 9h30 sans RDV.

Une conduite à tenir sur le traitement à poursuivre sera donnée en fonction des résultats de ces 2 examens, le matin même ou l'après-midi par téléphone.

➤ **Déclenchement de l'ovulation :**

Par injection unique sous-cutanée (ex : Ovitrelle®) sur avis médical et lorsqu'un nombre suffisant de follicules est mature (à partir de 17mm de diamètre) et que le bilan hormonal est satisfaisant. Cette injection est à réaliser à **22h00**, soit environ **36 heures** avant la ponction ovarienne.

Exceptionnellement, le traitement devra être interrompu en raison d'un développement insuffisant des follicules ou d'une réponse exagérée laissant craindre une hyperstimulation ovarienne. Un nouveau traitement mieux adapté vous sera proposé après discussion du dossier.

La veille au soir et le matin de l'intervention (ponction ovarienne), il est nécessaire de prendre une douche à la Bétadine Scrub®.

3. LA PONCTION OVARIENNE

⇒ L'hospitalisation :

La ponction nécessite une hospitalisation en hôpital de jour (au GHPSO - site de Senlis, au rez-de-chaussée, à gauche dans le hall d'entrée).

L'admission a lieu à **7h30, à jeun depuis minuit** (ne pas boire, ne pas manger, ne pas fumer, ne pas manger de chewing-gum).

Vous devez vous munir de :

- votre bilan pré-opératoire (carte de groupe sanguin (double détermination), bilan de coagulation) prescrit par le gynécologue ou l'anesthésiste et réalisé dans les jours précédents la ponction ;
- votre dossier de suivi (dossier bleu) contenant : les consentements signés, les pièces d'identité.

Le conjoint doit obligatoirement être présent.

⇒ L'anesthésie :

La ponction a lieu le plus souvent sous anesthésie générale de courte durée ou sous rachianesthésie. Une consultation pré-anesthésique (CPA) est à prévoir dans les 15 jours précédant la ponction (RDV à prendre au **03.44.21.72.92**). Elle est valable 2 mois.

L'anesthésie débutera par une perfusion, une oxygénothérapie au masque avec conservation de la ventilation spontanée.

Le réveil de l'anesthésie a lieu sur table. Après un passage en salle de réveil d'environ 1 heure, la patiente regagnera sa chambre et la sortie sera autorisée vers 12h-13h.

⇒ La ponction :

Elle aura lieu au bloc opératoire, à partir de 8h30. Aucun rasage ni épilation n'est nécessaire.

Après installation en position gynécologique, une désinfection vaginale est nécessaire afin d'éliminer toute substance toxique pour les ovocytes. La ponction ovarienne est réalisée par voie naturelle par le biais d'une aiguille fixée sur une sonde d'échographie endo-vaginale, pour en assurer le guidage. Celle-ci sera protégée par un préservatif stérile, et tout le

matériel nécessaire à la ponction (aiguille et tubulures d'aspiration) est à usage unique.

L'aiguille introduite successivement dans les 2 ovaires aspire le contenu de chaque follicule mature où se trouve l'ovocyte. Le liquide est recueilli dans des pots stériles étiquetés, qui seront placés dans une valise thermostatée à 37° étiquetée au nom de la patiente et transportée au laboratoire d'AMP par un personnel hospitalier.

Seul le liquide folliculaire est visible, les ovocytes seront isolés au laboratoire.

Le conjoint sera guidé vers le laboratoire d'AMP afin de réaliser le recueil de sperme.

➤ **Le traitement de sortie :**

Les ordonnances vous seront remises à votre sortie.

Elles contiennent :

- des antalgiques (paracétamol) ;
- des ovules de progestérone : pour soutenir la phase lutéale afin d'optimiser l'implantation embryonnaire ;
- des anti-coagulants : non systématique. Sa prescription dépend du taux d'œstradiol le jour du déclenchement. Il protège du risque d'accident thromboembolique ;
- un arrêt de travail de 48h-72h.

4. LE RECUEIL DES SPERMATOZOÏDES

Avant réalisation du recueil, une pièce d'identité sera exigée.

Le sperme du conjoint, recueilli par masturbation au laboratoire le matin de la ponction, sera utilisé frais après migration et sélection. Les conditions de recueil sont les mêmes que pour un spermogramme, à savoir 3 jours d'abstinence et boire 2 à 3 litres d'eau la veille.

Le nombre d'ovocytes recueillis est communiqué au conjoint par l'équipe biologique (environ 1h après la ponction). Le conjoint est également informé du jour et de l'heure du transfert d'embryon prévu (généralement 3 jours, ou 5/6 jours après la ponction).

Le conjoint pourra rejoindre ensuite sa compagne en hôpital de jour.

Au cas où un problème de recueil est envisagé, le sperme sera prélevé et congelé au préalable.

Pour les FIV avec don de sperme, le sperme congelé confié au couple par le CECOS doit être déposé au préalable au laboratoire d'AMP.

5. LA FÉCONDATION IN VITRO (FIV)

La mise en fécondation :

❶ FIV classique

Les ovocytes seront mis en contact avec les spermatozoïdes sélectionnés sur un milieu de culture approprié en incubateur à 37°C dans des boîtes identifiées au nom du couple.

Les premiers signes de fécondation pourront être observés 24h après, avec l'apparition de cellules à 2 noyaux que l'on appelle « pronucléï ».



Image 1 : embryon à J1 (zygote) observé 24h après la mise en fécondation

❷ FIV avec micro-injection (ICSI)

Cette technique consiste à injecter dans chaque ovocyte, sous microscope, un seul spermatozoïde préalablement sélectionné par l'intermédiaire d'une micropipette.



Image 2 : micro-injection d'un spermatozoïde dans un ovocyte

Le sperme est utilisé à l'état frais ou décongelé. Exceptionnellement, il provient d'un prélèvement épидидymaire ou testiculaire.

L'ICSI peut être utilisée d'emblée sur certaines infertilités masculines, proposée après l'échec de la FIV classique ou en cas de recrutement ovocytaire insuffisant.

Les premiers stades du développement embryonnaire :

Des embryons de 2 à 4 cellules peuvent être observés 48h après la mise en fécondation signant la fécondation.

Le transfert sera effectué sur des embryons de 6 à 8 cellules à 72 heures après appréciation de la qualité et choix des embryons par l'équipe biologique.



Image 3 : embryon à 2 cellules observé 24 à 48h après la mise en fécondation



Image 4 : embryon à 8 cellules observé 72h après la mise en fécondation



Images 5 et 6 : Blastocystes ou embryons à J6 après la mise en fécondation

Les embryons surnuméraires à J3 seront mis en culture prolongée jusqu'à J5/J6 pour éventuelle congélation et remplacement ultérieur (après accord signé du couple).

6. LE TRANSFERT D'EMBRYONS IN UTERO

Le couple doit se présenter à **11h** au laboratoire d'AMP **muni de pièces d'identité**.

➤ Stade et nombre d'embryons :

Il sera réalisé, le plus souvent, 3 jours après la ponction ovarienne. Dans certains cas, une durée d'observation plus longue des embryons peut être décidée avec un transfert à J5 ou J6 (stade de blastocyste). Le transfert de 1 embryon est la règle, en accord avec le couple, afin d'éviter les grossesses de haut rang (> 2 embryons).

➤ Le transfert embryonnaire :

Se présenter vessie pleine au centre d'AMP. Le transfert se fera par voie vaginale sous échographie, en position gynécologique, à l'aide d'un cathéter fin. Le cathéter contenant le ou les embryons chargés par l'équipe biologique sera introduit par le gynécologue dans la cavité utérine à travers le col. L'embryon doucement poussé par l'intermédiaire d'une seringue sera déposé au fond de l'utérus.

Le geste est indolore et ne nécessite aucune préparation particulière ni analgésie.

➤ **Traitement :**

Un traitement hormonal de soutien, à base de progestérone, est prescrit pendant 15 jours. Il sera poursuivi en cas de grossesse pendant une durée totale de 2 à 3 mois.

Un traitement d'anticoagulants par voie sous-cutanée pourra être prescrit, pour 12 jours, dès le soir de la ponction si le taux d'œstradiol est élevé afin de diminuer les accidents thromboemboliques.

Un traitement par aspirine à faibles doses peut être recommandé chez certaines patientes.

➤ **Le test de grossesse :**

Un dosage sanguin des β HCG sera réalisé 14 jours après la ponction ovarienne (même si des saignements surviennent). Celui-ci sera renouvelé 48 heures après s'il est positif.

Les résultats doivent être communiqués au laboratoire d'AMP (par courrier ou fax **03.44.21.73.25**).

Si le 2^{ème} prélèvement confirme la grossesse, une échographie de contrôle sera à prévoir 3 à 4 semaines après (au centre de PMA).

Le début de grossesse est calculé à partir du jour de la ponction (donc de la mise en fécondation) et non du jour du transfert.

Les taux de grossesses se situent autour de 30% de grossesses par transfert en FIV classique et autour de 35% en ICSI (avant 35 ans) et 20% d'accouchements.

De nombreux paramètres individuels peuvent faire varier ces taux (âge de la patiente, indication, rang de la tentative...). Ainsi autour de 40 ans, les taux de grossesses se situent autour de 12% et diminuent fortement ensuite.

La présence du conjoint au moment du transfert d'embryon est obligatoire. L'identité de chacun des membres du couple sera vérifiée et les consentements signés par le couple seront remis à l'équipe clinico-biologique.

Aucun transfert ne sera réalisé en absence du conjoint.

7. LA CONGÉLATION EMBRYONNAIRE

Les embryons surnuméraires et de bonne qualité peuvent être congelés dans un milieu spécifique, sous forme de paillettes identifiées, après consentement écrit du couple.

Les embryons surnuméraires sont mis en culture prolongée et congelés à J5 ou J6 s'ils atteignent le stade de blastocystes, pour un transfert ultérieur.

Notre laboratoire utilise depuis 2014, pour la congélation embryonnaire, la **vitrification**. Cette technique donne de bien meilleurs résultats, tant en terme de survie des embryons, qu'en terme de grossesse par rapport à la congélation lente.

Depuis septembre 2019, la congélation des embryons par vitrification est prise en charge par la sécurité sociale.

Les paillettes sont conservées au laboratoire, dans de l'azote liquide à -196°C.

La conservation des embryons engendre des frais de congélation d'environ 50 euros par an, remboursés par l'assurance maladie.

Tous les ans, le couple est interrogé par courrier sur le devenir de leurs embryons.

Le couple peut souhaiter utiliser ces embryons pour un transfert en vue d'une grossesse, pour faire un don d'embryons à un autre couple, pour un don à des fins de recherche ou demander l'arrêt de la congélation et donc la destruction du ou des embryon(s).

L'absence de réponse à deux lettres recommandées entraînera l'arrêt de la congélation et la destruction du ou des embryon(s).

Les couples doivent signaler au laboratoire tout changement d'adresse, de situation conjugale ou de décès.

Vous devez nous informer de tous les résultats des tests de grossesse, même négatifs, des grossesses obtenues en AMP, quelles qu'elles soient (fausse couche précoce, grossesse extra utérine, accouchement avec mode, terme, poids, sexe, état du ou des enfants

à la naissance : score de Apgar 1-5-10 minutes de vie, taille et périmètre crânien de l'enfant, lieu de naissance).

Nous vous donnerons, le jour de la première échographie de grossesse un formulaire prévu à cet effet qu'il conviendra de nous retourner à l'issue de la grossesse.

Il s'agit d'une obligation vis-à-vis de l'agence de biomédecine qui surveille les activités des centres d'AMP de France.

En cas d'échec de la tentative, nous vous conseillons de prendre rendez-vous deux mois après la tentative avec votre praticien.

8. LES ALÉAS

- **Liés à l'absence de spermatozoïdes le jour de la ponction :**

Dans ce cas, les ovocytes seront vitrifiés pour un usage ultérieur (après vérification de la présence de spermatozoïdes)

- **Liés à la stimulation :**

- Réponse ovarienne insuffisante
- Réponse ovarienne excessive (= hyperstimulation ovarienne)

L'hyperstimulation ovarienne est due à une imprégnation hormonale excessive avec augmentation du volume des ovaires. Elle peut s'accompagner de liquide dans la cavité abdominale (ou ascite) qui régressera en quelques jours avec des antispasmodiques, des anti-inflammatoires et du repos.

Une hospitalisation de courte durée est parfois nécessaire. Beaucoup plus rarement, un épanchement thoracique et des difficultés respiratoires peuvent survenir, nécessitant un séjour en réanimation.

Dans ce cas, les embryons obtenus sont vitrifiés, et le transfert sera réalisé sur un autre cycle, préalablement préparé.

Les hyperstimulations se développent surtout en cas de grossesse (surtout multiple) et peuvent alors connaître une 2^{ème} « vague » après accalmie initiale sous traitement.

- Aucun ovocyte issu de la ponction n'est utilisable
- Aucun ovocyte n'a été fécondé
- Arrêt du développement embryonnaire ne permettant pas de transfert

Autant de situations amèneront les différents praticiens et biologistes à rediscuter du dossier lors de réunions hebdomadaires et une nouvelle conduite à tenir sera proposée au couple.

Exemples :

- ✓ Modification de protocole pour améliorer le recrutement folliculaire et/ou la maturation ovocytaire.
- ✓ En cas d'échecs répétés d'implantation : transferts après culture prolongée à J5 ou J6.

Le nombre de tentatives complètes est désormais limité à 4 depuis le 30 mars 2005 (sont exclus les transferts d'embryons congelés /décongelés), pour l'obtention d'une grossesse.

• Effets secondaires de la stimulation :

Le plus souvent de nature bénigne : fatigue, maux de tête, ballonnements, maux de ventre, nausées, pesanteurs pelviennes ; ils céderont rapidement après la ponction.

Des kystes ovariens peuvent apparaître : ils seront ponctionnés avec les follicules.

Rarement des réactions allergiques au traitement qu'il faut signaler pour une modification du traitement.

- **Liés à la ponction ovocytaire :**

- Complications liées à l'anesthésie ;
- Complications hémorragiques : les techniques d'écho-guidages actuelles rendent exceptionnelles les complications hémorragiques liées à la ponction ;
- Complications infectieuses, abcès ovariens par exemple.

En revanche, quelques douleurs abdominales sont fréquentes les jours suivants et sont facilement traitées par des antalgiques courants. Un saignement post-ponction de faible abondance est habituel.

C. LE DEVENIR DES ENFANTS ISSUS D'AMP

De nombreuses études ont été réalisées sur ces enfants et sont rassurantes. En cas d'ICSI, il semblerait exister une légère augmentation des anomalies uro-génitales.

EN CONCLUSION :

Cette présentation ne saurait être exhaustive, à tout moment votre praticien répondra à vos questions.

L'équipe d'AMP