

Congres ffer 2011 marseille

www.ffer-marseille2011.com

Poster n°8

Prevention du syndrome d' hyperstimulation ovarienne par injection d' un agoniste retard en cours de stimulation pour Fecondation In Vitro

Auteurs et adresses :

Grzegorzcyk-Martin Veronika, Mayenga Jean Marc, Kulski Olivier, Belaisch-Allart Joelle

Service de gynecologie Obstetrique et Medecine de la reproduction; Centre Hospitalier des Quatre Villes, Site de Sevres - 92318 Sevres Cedex

Courriel : veronika_gre@yahoo.fr

Introduction :

L' hyperstimulation ovarienne est la complication la plus redoutee des traitements pour FIV/ICSI. Le but de cette etude a ete de montrer qu' il etait possible d' eviter ces situations a risque en cours de stimulation par l' injection de l' agoniste retard du GnRH (Decapeptyl 3 mg) sans annuler le cycle de stimulation.

Materiel-methodes :

Une etude retrospective concernant des patientes en cours de stimulation pour FIV/ICSI et presentant une reponse ovarienne excessive a la stimulation ovarienne a ete menee dans le centre d' AMP de l' hopital des Quatre Villes (Sevres, France).

Un protocole long agoniste folliculaire a ete propose a toutes les patientes, associant une administration quotidienne de l' agoniste du GnRH (Decapeptyl 0,1) et d' une gonadotrophine a partir du controle de la desensibilisation ovarienne. Les

patientes presentant un risque eleve d' hyperstimulation ovarienne (Estradiol trop eleve par rapport au jour de la stimulation

et/ou la presence de plus de 15 petits follicules a l' echographie) ont beneficie de l' administration en intra-musculaire de

l' agoniste retard du GnRH (Decapeptyl 3 mg LP). Vingt jours apres cette injection, la mise au repos des ovaires etait controlee par une echographie et le dosage de l' Estradiolemie, et une nouvelle stimulation etait debutee.

Resultats :

Vingt et un cycles de stimulation pour FIV/ICSI ont ainsi ete interrompus par

l' administation de Decapeptyl 3 mg en raison

d' un risque eleve d' hyper-stimulation ovarienne entre Janvier 2006 et Octobre 2010. La moitie de ces patientes (52,6%)

presentaient un syndrome des ovaires micropolykystiques selon les criteres de Rotterdam.

Les indications de l' AMP etaient

principalement masculines (38,9%) et un syndrome des ovaires micro-polykystiques associe a une infertilite masculine representait

33,3% des indications.

La dose totale moyenne de FSH administree par patiente etait de 1686 } 653 UI (650-3650) et la stimulation a ete interrompue

en moyenne au 10eme jour (entre le 6eme et le 14eme jour) avec un taux d' Estradiol le jour de l' arret de 4251 } 1114

pg/ml (2517–7015). Suite a la nouvelle stimulation ovarienne, le nombre d' ovocytes ponctionnes par patiente etait de 13,9 } 5,6 (4 a 28) et 7,6 } 3,9 embryons ont ete obtenus (1 a 17). Le taux de grossesse clinique etait de 23% par ponction, de 26% par couple et le taux de naissance vivante de 33,3% par couple.

Seules 2 patientes ont necessite une hospitalisation de 3 jours pour un syndrome d' hyperstimulation ovarienne moderee. Les resultats dans cette population de patientes etaient comparables aux resultats globaux du centre dont le taux de grossesse clinique global pendant la meme periode etait de 27,8% par ponction.

Conclusion :

Malgre le nombre limite de cas de cette etude en raison de la rarete de situations a risque important d' hyperstimulation, cette etude a permis d' observer que le cycle de stimulation pouvait etre poursuivi chez ces patientes et qu' il etait ainsi possible d' eviter l' annulation totale du traitement et une perte de temps pour les patientes.

L' injection d' un agoniste retard du GnRH permet de mettre les ovaires au repos apres une hyper-reponse et de reprendre la stimulation avec des doses plus faibles de gonadotrophines.

Les taux de grossesses cliniques et de naissances vivantes sont tout a fait satisfaisants dans cette population et le taux d' hyperstimulation n' est pas augmente par rapport a celui de la population generale en FIV/ICSI

Poster n°17

L' augmentation des doses de gonadotrophines pour la stimulation ovarienne chez les jeunes patientEs mauvaises repondeuses ameliore les resultats en Fecondation in Vitro

Auteurs et adresses :

Belaisch-Allart Joelle, Grzegorzcyk-Martin Veronika, Mayenga Jean-Marc, Kulski Olivier, Moreau Emilie

Service de gynecologie Obstetrique et Medecine de la Reproduction ; Centre Hospitalier des Quatre Villes, Site de Sevres-92318 Sevres

Cedex, France

Courriel : j.belaischallart@ch4v.fr

Introduction :

Alors que la tendance actuelle est a la diminution des doses de gonadotrophines dans le cadre de la stimulation ovarienne

pour Fecondation In Vitro (FIV) ou microinjection (ICSI), nous proposons d' evaluer l' impact d' une augmentation de la dose

initiale de gonadotrophines associee a la diminution de celle de l' analogue de la GnRH (Decapeptyl 0,05mg) chez les patientes ayant pour antecedent une annulation d' un cycle de stimulation pour recrutement ovocytaire insuffisant (<3 follicules a l' echographie de monitoring).

Materiel-methodes :

Une etude retrospective incluant 203 patientes ayant un antecedent d' annulation du cycle de stimulation pour FIV/ICSI pour reponse ovarienne insuffisante suivi d' un nouveau cycle avec des doses plus elevees de gonadotrophines, a ete menee de

janvier 2009 a Mars 2010 dans le centre d' Assistance Medicale a la Procreation de l' hopital de Sevres. Lors de la nouvelle stimulation ovarienne, l' analogue agoniste du GnRH (Decapeptyl 0,1 mg/j) etait debute le 1er jour des regles puis la stimulation ovarienne par des doses elevees de gonadotrophines (300 a 450 UI/jour) etait associee a la prise d' une demi ampoule de Decapeptyl (0,05 mg/j) jusqu' au jour du declenchement de l' ovulation. Les resultats de la stimulation ont ete analyses par categorie d' age (groupe 1 : patientes \leq 35 ans, groupe 2 : patientes entre 36 et 38 ans, groupe 3 : patientes $>$ 38 ans).

Resultats :

Les parametres de la stimulation sont comparables dans les trois groupes : la dose totale de gonadotrophines utilisee est en moyenne de 2500 UI, le taux d' Estradiol le jour du declenchement est de 1987 pg/ml dans le groupe des patientes de moins de 35 ans et de 2324 pg/ml dans le groupe des patientes de plus de 38 ans, le nombre d' ovocytes ponctionnes est en moyenne de 6,5 dans les 3 groupes et le nombre d' embryons obtenus de 3,5. Dans le groupe des patients jeunes (\leq 35 ans), le taux de grossesse clinique est tout a fait satisfaisant (28,8% par ponction) et significativement superieur a celui des 2 autres groupes (14,5% par ponction pour les patientes entre 36 et 38 ans et 10,2% par ponction pour les patientes de plus de 38 ans). Le taux d' accouchement par ponction est egalement significativement superieur chez les patientes jeunes, de 23,7% par ponction contre 7,3% et 3,4% pour les deux autres groupes.

Au cours de la meme periode, le taux d' accouchement global etait de 23,8% pour les patientes de moins de 35 ans, de 12,7% pour les patientes entre 36 et 38 ans, et de 8,4% pour les patientes de plus de 38 ans.

Conclusion :

Cette etude permet de constater que, dans la population des femmes jeunes (\leq 35 ans) ayant eu une annulation d' un cycle de stimulation pour reponse ovarienne insuffisante en FIV/ICSI, l' augmentation de la dose initiale de gonadotrophines permet d' obtenir une reponse ovarienne satisfaisante proche de celle des patientes jeunes normo-repondeuses, avec des taux de grossesse et d' accouchement comparables (23,7% dans notre etude vs 23,8% par ponction dans la population generale).

Toutes les femmes n' ont pas les memes besoins en gonadotrophines.

Poster n°42

Acide hyaluronique : amelioration du taux d' implantation ?

Auteurs et adresses :

Kulski O., Plachot M., Antignac P., Martin V., Mayenga J.M., Grefenstette I., Chouraqui A., Belaisch-Allart J.

Service de Gynecologie Obstetrique et de Reproduction Humaine
CHI des Quatre villes-Sevres, 141 grande rue, 92318 Sevres, France

Courriel : olivier.kulski@wanadoo.fr

Introduction :

L' ajout d' acide hyaluronique (AH) dans le milieu de transfert induit la formation d' un hydrogel facilitant l' adherence des embryons a l' endometre et donc l' implantation. Pour l' evaluer, nous avons compare 1/ les taux de grossesse en fonction de la presence ou non d' acide hyaluronique dans le milieu de transfert et 2/ l' efficacite de 2 milieux differents contenant de l' acide hyaluronique : l' Embryoglu (Vitrolife) et l' UTM (Origio).

Materiel-methodes :

Au total 171 transferts ont ete realises entre le 30/10/2010 et le 14/4/2011. Trois groupes ont ete constitues : EG (37 transferts en presence d' embryoglu), UTM (34 transferts en presence d' UTM) et ISM1 (100 transferts en presence d' ISM1 - Origio) milieu depourvu d' acide hyaluronique (temoin). Les embryons etaient deposes environ 1 heure avant le transfert dans une goutte de 100 μ l de milieu.

Resultats :

1/ Comparaison des taux de grossesse avec (EG ou UTM) ou sans (ISM1) acide hyaluronique. L' age maternel (34.7 ans vs 35.4 ans), le rang de tentative (2.1 vs 1.9) et le nombre moyen d' embryons transferees (2.3) sont identiques dans les 2 groupes.

On n' observe aucune difference statistique dans les taux de grossesse que le transfert soit realise en presence ou non d' acide hyaluronique.

Toutefois, on observe une tendance vers une amelioration des taux en presence d' AH (36.6% vs 31.0%).

2/ Comparaison de 2 milieux contenant de l' AH :Embryoglu vs UTM.

L' age maternel (34.9 ans vs 34.6 ans), le rang de tentative (2.2 vs 1.9) et le nombre moyen d' embryons transferees (2.2 vs 2.3) sont identiques dans les 2 groupes.

On ne retrouve pas de difference significative en fonction du milieu, seulement, la encore, une tendance vers un meilleur taux de grossesse en presence d' UTM (38.2% vs 35.1%). Cette tendance se confirme sur une serie de 33 transferts d' embryons congeles ou le taux de grossesse / transfert est de 33.3% avec l' UTM (1.7 embryons/ transfert) vs 20% avec l' Embryoglu (2.0 embryons/ transfert).

Conclusion :

L' ajout d' acide hyaluronique dans le milieu de transfert semble ameliorer le taux de grossesse (toutefois de maniere statistiquement non significative) confirmant ainsi plusieurs publications. L' UTM semble un bon choix, tant au niveau de son efficacite que de son cout.

Poster n°78

Teratospermie isolee :

resultats en Insemination intra-uterines intraconjugales a Sevres

Auteurs et adresses :

Grzegorzczuk-Martin Veronika, Mayenga Jean-Marc, Kulski Olivier, Belaisch-Allart Joelle

Service de gynecologie Obstetrique et Medecine de la Reproduction:

Centre Hospitalier des Quatre Villes, Site de Sevres-92318 Sevres Cedex, France

Courriel : veronika_gre@yahoo.fr

Introduction :

Alors que la tendance actuelle est à l'augmentation des techniques de Fécondation In Vitro par microinjection avec en moyenne 70% d'ICSI réalisées dans les centres d'AMP liée à l'augmentation des anomalies spermatiques sévères, notre stratégie actuelle à Sevres est de proposer chez les couples dont la seule cause d'infertilité retrouvée est une proportion de formes anormales importante (Teratospermie $\geq 80\%$ selon la classification de David modifiée), quelques cycles d'inseminations intra-utérines intraconjugales (IIU) avant l'étape de l'ICSI. Nous avons évalué de manière prospective les résultats de cette stratégie.

Matériel-méthodes :

Cette étude prospective évalue les résultats de 105 cycles d'IIU depuis le 1er janvier 2009 réalisées chez 53 couples présentant une infertilité masculine caractérisées par une teratozoospermie isolée. Les critères d'inclusion de couples ont été : (i) femme de moins de 40 ans, (ii) désir de grossesse depuis au moins 18 mois, (iii) pas de cause féminine de l'infertilité, (iv) numération et mobilité des spermatozoïdes normales selon les critères de l'OMS et spermocytogramme avant migration révélant la présence d'au moins 80% de formes spermatiques atypiques sur 2 recueils différents. La stimulation ovarienne pour l'insemination intra-utérine a été réalisée par une association de citrate de clomiphène et de gonadotrophines ou par gonadotrophines seules. Le déclenchement par HCG était réalisé dès l'obtention d'au moins un follicule mature de plus de 17 mm avec un taux d'Estradiol correspondant à au moins 250 pg/ml par follicule. IIU était réalisée 36 heures après. Un à quatre cycles par couple ont été effectués.

Résultats :

L'âge moyen des femmes est de 31,9 ans et celui des hommes de 34,4 ans et l'infertilité primaire représente 73,6% des couples. Le bilan hormonal réalisé entre les 3^{ème} et 5^{ème} jours du cycle est normal pour toutes les patientes et l'AMH moyenne était de 5,3 ng/ml témoignant d'une réserve ovarienne satisfaisante. Les caractéristiques spermatiques sont normales pour le volume émis (3,4 ml), la concentration des spermatozoïdes (77,7 millions/ml) et la mobilité a+b (43,3 %). Le pourcentage de formes anormales est en moyenne de 84,9 % avant migration et de 81,1 % après migration. Les patients présentant une teratospermie sévère ($\geq 90\%$ de formes anormales) représentent 13% de la population. Les couples ont bénéficié majoritairement de 1 ou 2 cycles d'insemination (respectivement 39,6% et 35,8% des couples). La stimulation est le plus souvent bifolliculaire et le nombre moyen de spermatozoïdes inséminés est de 7,5 millions. Le taux de grossesse clinique global est de 27,4% par cycle (dont 2 jumeaux), de 32,1% au 1^{er} cycle, de 32,3% au 2^{ème} cycle et ce taux chute pour les 3^{ème} et 4^{ème} cycles avec respectivement 0% et 11,1% de grossesse. Le taux d'accouchement est à ce jour de 19% par cycle et 9 grossesses sont en cours. Les taux de fausse couche spontanée et de grossesse

extra-utérine sont respectivement de 2,5 et 3,8%. Dans le groupe des patients ayant une teratospermie à plus de 90 %, le taux de grossesse clinique est de 42,7% mais l'effectif est faible.

Conclusion :

Ces résultats nous permettent de constater que les inséminations gardent une place importante dans la prise en charge des couples présentant une teratozoospermie isolée, avec des taux de grossesse et d'accouchement satisfaisants. Parallèlement à l'augmentation de la fréquence des anomalies morphologiques spermatozoaires retrouvées sur les examens de sperme depuis une dizaine d'années, il nous semble important d'éviter le recours trop rapide vers l'ICSI en proposant dans un premier temps des inséminations. Les taux de grossesse chutant à partir du 3ème cycle, se pose la question de ne tenter que 2 IUI. Un effectif beaucoup plus important est nécessaire pour déterminer le seuil de formes anormales au-dessus duquel les inséminations ne donnent plus de résultats.

Poster n°79

Comparaison de 2 milieux de culture en AMP :
ISM1 (Origio) vs G1 (Vitrolife)

Auteurs et adresses :

Kulski O., Plachot M., Moreau E., Martin V., Mayenga J.M., Grefenstette I., Chouraqui A., Belaisch-Allart J.

Service de Gynécologie Obstétrique et de Reproduction Humaine
CHI des Quatre villes-Sevres, 141 grande rue - 92318 Sevres, France

Courriel : olivier.kulski@wanadoo.fr

Introduction :

Parmi les nombreux facteurs impliqués dans le succès de l'AMP, les milieux de culture jouent un rôle majeur. De nombreux milieux de culture sont disponibles, qui diffèrent par leur composition et leur coût mais donnent le plus souvent des résultats identiques. Pour le vérifier, nous avons comparé l'efficacité de 2 milieux de culture à coût sensiblement identique : ISM1-Origio et G1-Vitrolife.

Matériel-méthodes :

Nous avons mené cette étude de façon prospective semi randomisée (utilisation d'un milieu exclusif 1 semaine sur 2). Au total 126 ponctions ont été incluses dans cette étude (79 en ISM1, 47 en G1). Les ovocytes ont été recueillis en IVF puis déposés pour l'insémination ou après la micro-injection dans soit l'ISM1 soit le G1. Ces 2 milieux ont été utilisés jusqu'au moment du transfert (J2 ou J3). Nous avons étudié les taux de fécondation, de clivage précoce, de « Top » embryons et de grossesse avec ces 2 milieux de culture.

Résultats :

L'âge moyen des patientes était dans le groupe ISM1 de 35,4 ans, dans le groupe G1 de 33,9 ans (NS).

Le rang moyen de tentative était pour les 2 groupes de 2,07 et 2,02 respectivement.

1/ Observation des pronuclei - Vitesse de clivage

Il n'existe pas de différence significative dans les taux de fécondation pour les 2 milieux de culture 63,7 % (ISM1) et 58,1 % (G1).

Les anomalies de la fecondation etaient egalement reparties de facon equivalente dans les 2 groupes :

1 PN : ISM1 5,1% / G1 4,4% et 3 PN : ISM1 4.7% / G1 4.6%. Il n' existe pas de difference significative dans les taux de clivage precoce (lecture a la 25eme heure) pour les 2 milieux de culture 31.3% (ISM1) et 27.5 % (G1).

2/ Observation des « top » embryons

On retrouve des taux de « top » embryon (selon la classification BLEFCO) identiques avec les 2 milieux : 21.8% (ISM1) et 25.5 % (G1).

3/ Taux de grossesses evolutives

Il n' existe pas de difference significative dans les taux de grossesses evolutives pour les 2 milieux de culture 32% (ISM1) et

44.4% (G1).

Conclusion :

Il n' existe pas de difference significative pour l' ensemble des parametres analyses.

On observe toutefois une tendance vers un meilleur taux de grossesse avec le milieu G1 versus ISM1. Cependant, il convient

de noter que l' age moyen dans ce groupe est plus bas, ce qui constitue un biais statistique relatif et pourrait expliquer le

meilleur taux de grossesses avec ce milieu.