

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

21 Novembre 2014

M Savale

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique. La stérilité dite sans cause
- La dictature de la RO
- Absence de diagnostic et RO altérée
- L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?
- Et si la FIV était délétère dans certains cas ?
- Et si l'indication de FIV était mauvaise ??

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique. La stérilité dite sans cause
- La dictature de la RO
- Absence de diagnostic et RO altérée
- L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?
- Et si la FIV était délétère dans certains cas ?
- Et si l'indication de FIV était mauvaise ??

Mme Ser. 36 ans Stérilité I depuis 6 ans

- HSG anormale
- SMG : 25 M; 35%/28%; 15% FN
- Ovulation normale
- RO : 4 FA sur chaque ovaire
- A eu 2 FIV :
 - R2, C2
 - R2, C0

Récusée pour une 3^{ème} FIV

- FSH 12, AMH 0,4
- RV pris pour coelioscopie
- TH négatif. pH de la glaire = 6

Grossesse spontanée après alcalinisation de la glaire !!

Mme Pa... 28 ans Stérilité I depuis 3 ans

- Pas d'antécédent notable
- HSG normale
- Ovulation normale
- SMG : 5 M 10%/5% 8% FN TMS 2M

Adressée pour FIV (ou IUI...)

1^{ère} CS à J12 : TH positif !

Responsabilité de OAT ???

Coelioscopie : Adhésiolyse +++

Grossesse spontanée !

Quel diagnostic étiologique ?



Bilan 1999 : Résultats selon l'indication



<i>Tableau n°6 : Résultats selon l'indication</i>		
Indication	FIV Gr/Pction	ICSI Gr/Pction
Tubaire isolée	21,7 %	18,1 %
Tubaire et masculine (FIV-C)	20,3 %	22,7 %
Tubaire et FIV-D	27,2%	16,1 %
Total Tubaire	21,3 %	
Masculine isolée (FIV-C)	20,3 %	25,8 %
FIV-D	25,7 %	29,0 %
Endométriose isolée	23,7 %	20,0 %
Autres causes	19,8 %	23,6 %
Idiopathique	23,0 %	25,5 %

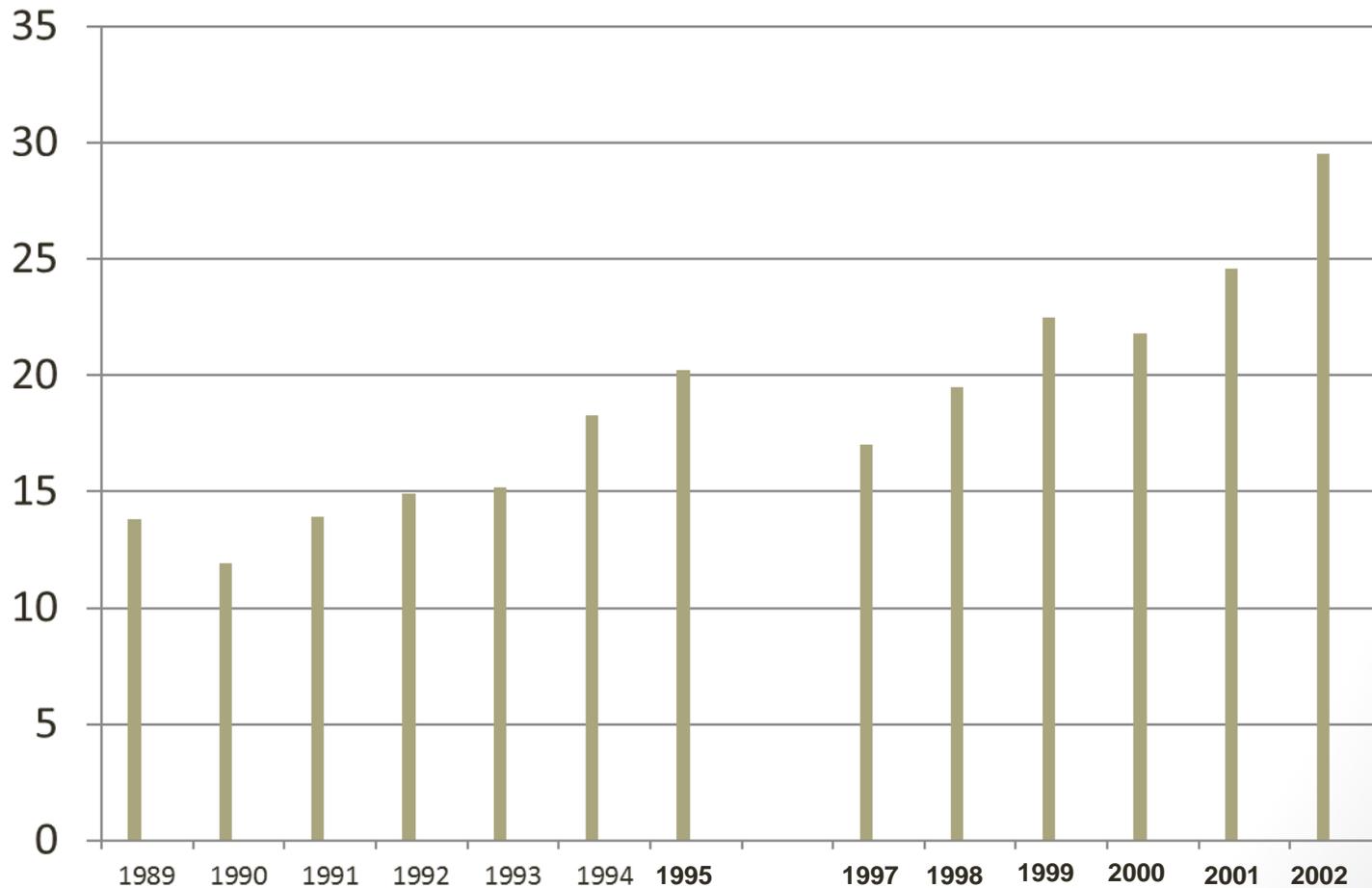
Les résultats de ABM

Tableau AMP2. Résumé de l'activité et des résultats d'AMP en 2012

	Nombre de centres actifs*	Tentatives**	Grossesses échographiques** *	Accouchements	Enfants nés vivants
Intraconjugal					
Insémination intra-utérine	192	54390	6736	5480	5939
FIV hors ICSI	102	20995	4998	4030	4595
ICSI	102	39079	9391	7607	8667
TEC	101	21296	3987	3140	3352
Spermatozoïdes de donneur					
Insémination intra-utérine	101	3870	805	702	770
Insémination intra-cervicale	9	218	24	21	19
FIV hors ICSI	53	374	94	80	92
ICSI	82	848	207	155	176
TEC	71	418	103	81	84
Don d'ovocytes					
FIV hors ICSI	8	112	24	17	22
ICSI	26	683	146	111	123
TEC	24	289	26	19	19
Accueil d'embryons					
TEC	16	136	31	24	29
Total	199	142708	26572	21467	23887

Les indications de la FIV

FIVNAT : les stérilités sans cause



Qu'est ce qu'une stérilité sans cause ?

Une ovulation

Des trompes normales à HSG

Un spermogramme normal

On ne fait plus **Test de Hühner**

On ne fait plus **Cœlioscopie**

On ne fait pas HSG quand décision de FIV pour sperme altéré

Et **l'Ovulation ??**

Et **la Sexualité ?**

Mme N...

26 ans

Stérilité I de 4 ans

Courbes T normales

Trompes normales (HSG + Cœlio)

Spermogrammes normaux

TH : 3-4 spz mobiles

FSH 6

C'est une stérilité sans cause !!!

Échec de 5 Stim-IIU

Adressée pour FIV

Mme N...

26 ans

Stérilité I de 4 ans

Courbes T normales

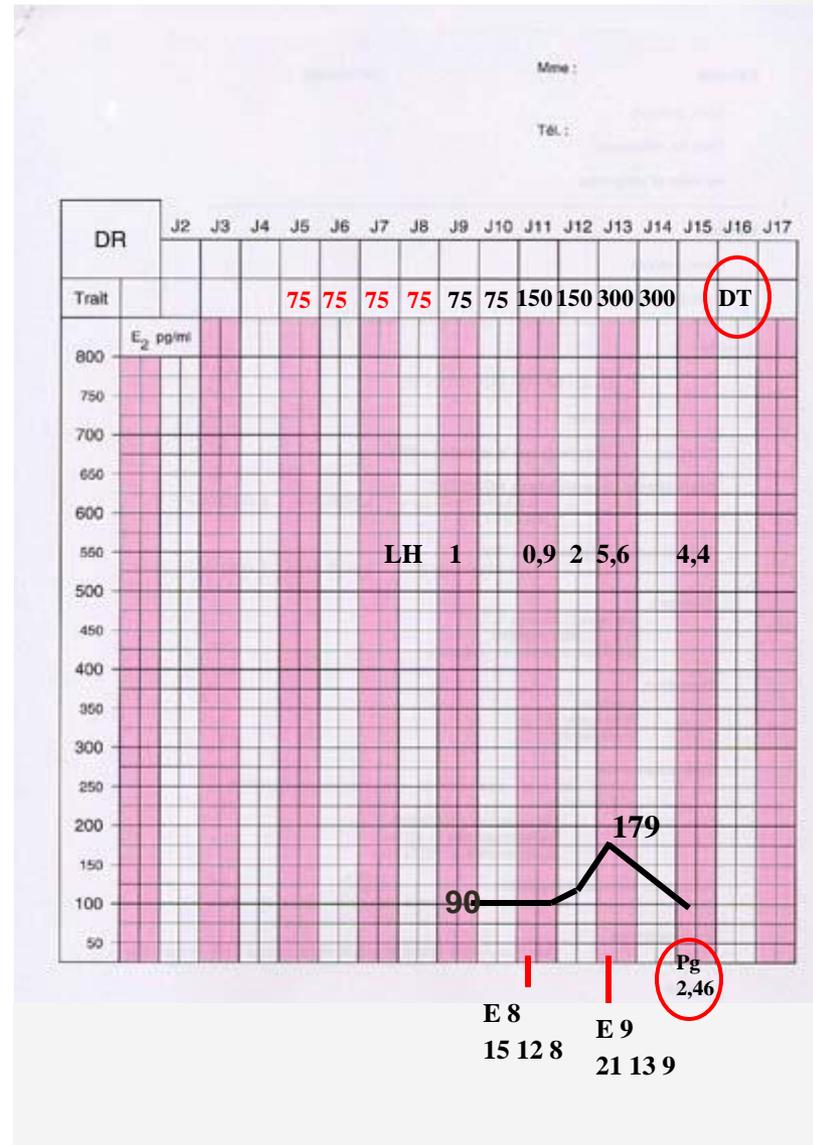
Trompes normales

Spermogrammes normaux

TH : 3-4 spz mobiles

FSH 6

Échec de 5 Stim-IIU



Mme N...

26 ans

Stérilité I de 4 ans

Courbes T normales

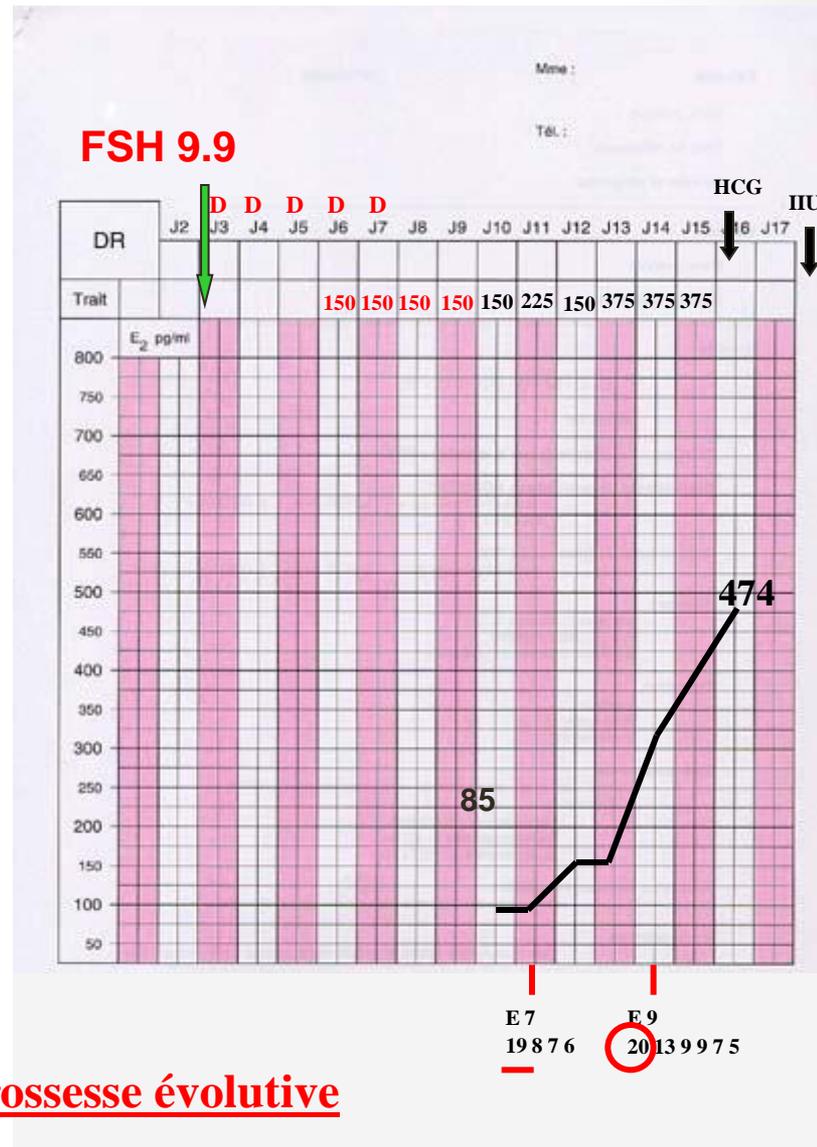
Trompes normales

Spermogrammes normaux

TH : 3-4 spz mobiles

FSH 6

Échec de 5 Stim-IIU



Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique : la stérilité dite sans cause
- La Réserve Ovarienne !!!
- Absence de diagnostic et RO altérée
- L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?
- Et si la FIV était délétère dans certains cas ??

Résultats FIV selon âge de la femme (Hull)

	25-29	30-34	35-39	40-44
Nombre	97	202	198	45
Emb. transférés	268	570	550	115
Sac gestat.	49	92	84	7
Tx implantation	18,2	16,1	15,3	6,1
G / transfert	35	31	31	16
Tx FCS	5,9	8,1	11,5	42,9
Enfant Né	42	69	66	4
Enf. Né / Tr	32	26,2	27,3	8,8
Enf.Né / Emb	15,7	12,1	12	3,5

- **Nombre d 'ovocytes** ↘
- **Taux de fécondation** ↗
- **Taux de clivage** ↗
- **Taux d 'implantation** ↘ surtout si < de 3 embryons après 35 ans

Résultats ICSI selon âge de la femme Devroey 1996

	< 40 ans	>=40 ans	
Cycles	71	71	
M II	10,7	5,4	
2 PN	60%	54%	NS
Tx clivage	64,6	80,5	
Tx Transfert	88,7	83,1	NS
Nbre E transférés	2,5	2,3	
% beaux E		diminué	
Tx impl / E transféré	14,3	4,5	
Tx G clin. / cycle	33,8	11,3	
Tx G clin. / transfert	38	13,5	
Tx Acct / ponction	22,5	7	
Tx Acct / transfert	25,4	8,5	

Un **taux de fécondation identique** et un **taux de clivage supérieur** mais un **taux d'implantation diminué**.

Seulement 4,5 % des embryons s'implantent : **il faut en replacer davantage**

Avantage de l'ICSI : **pas d'échec de fécondation**

Paradoxe

Si une femme âgée a taux d'implantation plus faible il lui faudrait **plus de cycles pour obtenir une grossesse**. Or on lui en offre moins.

Si l'indication de FIV est formelle, tubaire, masculine, endométriose, il serait logique de lui offrir plus de possibilités.

Probablement on ne fera **pas mieux** mais on peut peut-être faire **plus**.

Mme B...

41 ans

Stérilité II depuis 1 an 1/2

Examens apportés :

❖ HSG : Tpe Dte perméable normale. Tpe G non opacifiée

Pas de coelio

HSC : « signes indirects d'adénomyose »

❖ SMG 1 36,3M 30+20 / 25+15 23% FN

SMG 2 8M 10+40 / 25% FN

TMS 2,2 M Survie +

❖ Pas de TH

❖ C0 parfaites

❖ J2 12/06 FSH 10,4 LH 6,6 E2 57

J3 4/07 FSH 8,4 E2 25 LH 3,5 Inh B 65 AMH 0,40

AFC 7 follicules de chaque côté

Mme B...

A consulté un centre d'AMP (06/07) qui a prévu une FIV

Décision du staff

Patiente de 41 ans, infertilité secondaire depuis 2005. L'utérus est porteur d'une adénomyose. Il existe par ailleurs une insuffisance ovarienne avec une FSH à 8,4 au laboratoire d'Eylau et une AMH à 0,4. Le sperme montre une oligotéatospermie modérée.

Au total, l'âge féminin élevé et l'insuffisance ovarienne ne nous paraient pas de bon pronostic et ne justifient pas à notre sens la mise en route tardive d'une assistance médicale à la procréation. D'autres avis pourront être demandés par le couple s'il le souhaite.

*« Le pessimisme est d'humeur,
l'optimisme est de volonté »*

Alain

Mme B...

41 ans

Stérilité II depuis 1 an 1/2

Examens apportés :

❖ HSG : Type Dte perméable normale. Type G non opacifiée

Pas de coelio

HSC : « signes indirects d'adénomyose » (bords rigides)

❖ SMG 1 36,3M 30+20 / 25+15 23% FN

SMG 2 8M 10+40 / 25% FN

TMS 2,2 M Survie +

❖ Pas de TH

❖ CØ parfaites

❖ J2 12/06 FSH 10,4 LH 6,6 E2 57

J3 4/07 FSH 8,4 E2 25 LH 3,5 Inh B 65 AMH 0,40

AFC 7 follicules de chaque côté

Mme B...

41 ans

Traitement antérieurs : 2 cycles de Pergotime®

1^{ère} Consultation 19/7/07 : J10

ETG : Ovaire Dt : 2 images hypo-échogènes 12mm; 11mm



E2 / LH

TH

Mammographie

Cathétérisme de la trompe G

20/7/07 :

Test de Hühner : négatif : rares spz mobiles vus

ETG : deux follicules de 13 et 10.5 à Dte

E2 : 77 pg le 19/7

Conclusion :

2 follicules du côté de trompe perméable

E2 insuffisant / taille folliculaire

TH médiocre ou négatif

⇒ *Stimuler ces deux follicules + IIU*

TH: *UV₁* Mme: *BT*
 Trompes: *1* *type 16 secreté puvivable* Tél: *06*
 Age: *41*

DR	Gonal-F			Puregon			Menopur										
	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19
Date	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15-16</i>	<i>17-18</i>	<i>19</i>	<i>20</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>23</i>	<i>24</i>	<i>25</i>	<i>26</i>			
Trait								<i>300</i>	<i>300</i>	<i>300</i>	<i>200</i>			<i>11U</i>			
E ₂ pg/ml										<i>0</i>	<i>0</i>		<i>11</i>				<i>150</i>
LH							<i>11,5</i>		<i>12,0</i>		<i>11,2</i>						
Ovaire Droit							<i>11,5</i>	<i>13</i>									
Ovaire Gauche							<i>10,5</i>	<i>10,5</i>									
Endomètre								<i>6</i>									

Grossesse

11/9/07 :

ETG à 8,5 SA : 1 embryon de 17.5 mm SANS AC

Curetage

Cathétérisme de la trompe G

Stimulation dirigée + *Insémination intra utérine (2 cycles)*

FIV rapidement si pas grossesse

TH: $11U_2$

Trompes:

Age: 42 ans

Type de cycle
féconçable

Mme: BA

Tél:

TH: $11U_3$

Trompes:

Age: 41

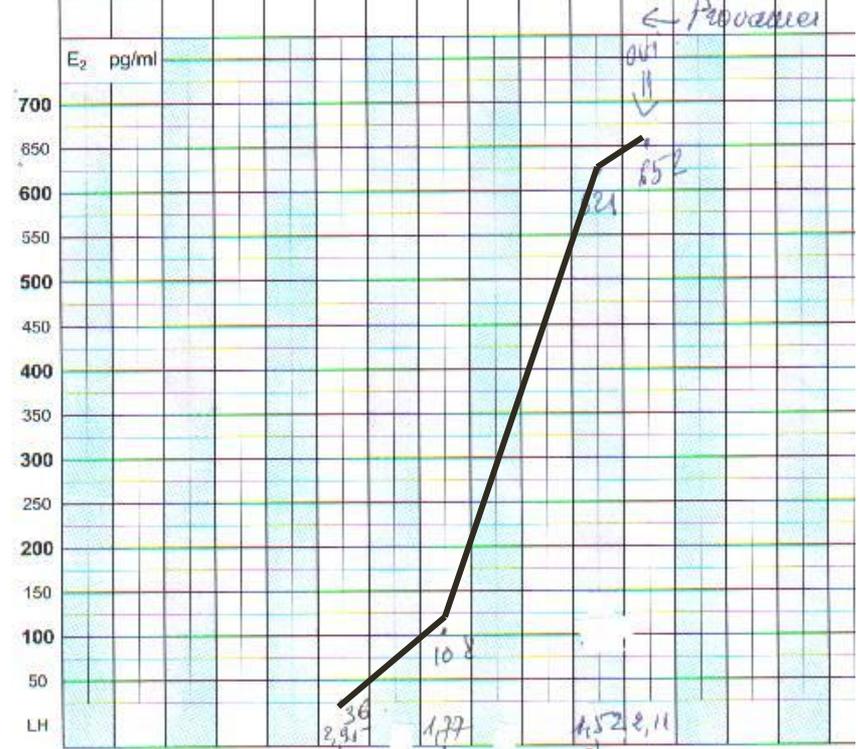
Type de cycle
féconçable

Mme: BA

Tél:

DR	Gonal-F			Puregon			Menopur								
8.11.07	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17

Date	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Trait		75	75	75	75	300	300	300	300	300	150			11U	



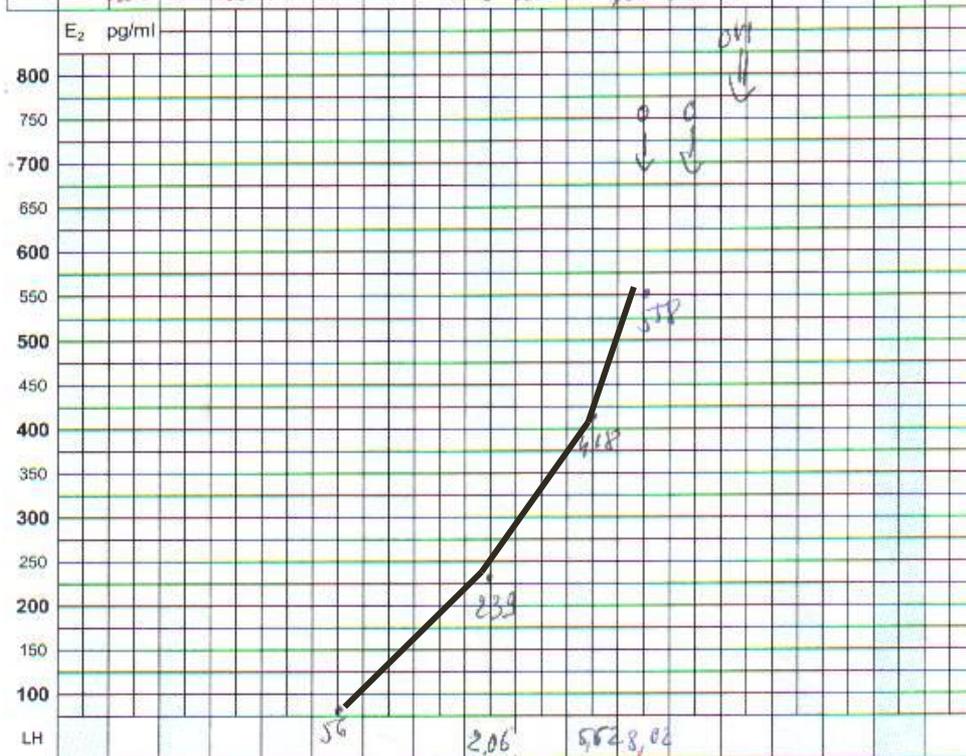
Ovaire Droit					6			8,7		15					
					6			6		12					
					6			6		20					
										9					

Ovaire Gauche					6			8,6		13,5					
										9					

Endomètre										5,8					
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--

DR	Gonal-F			Puregon			Menopur										
8.11.07	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J15	J16	J17	J18	J19

Date	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
Trait		100	100	100	100	150	150	150	150	150	150	150	100			11U	



Endomètre										5,8							
Ovaire Droit										11		17					
												9					

Ovaire Gauche										14		19					
												13					

Mme B...

⇒ *Décision de FIV* (42 ans)

FiV Cléret

06 32 4

FiV Cléret

06

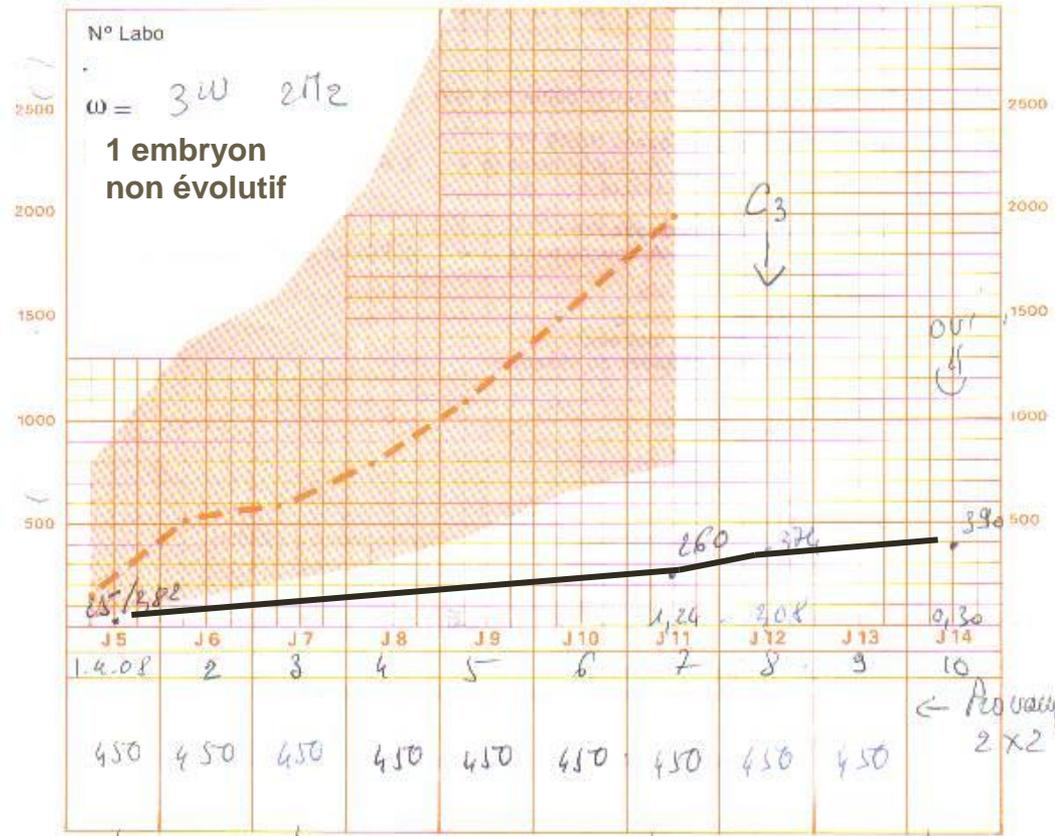
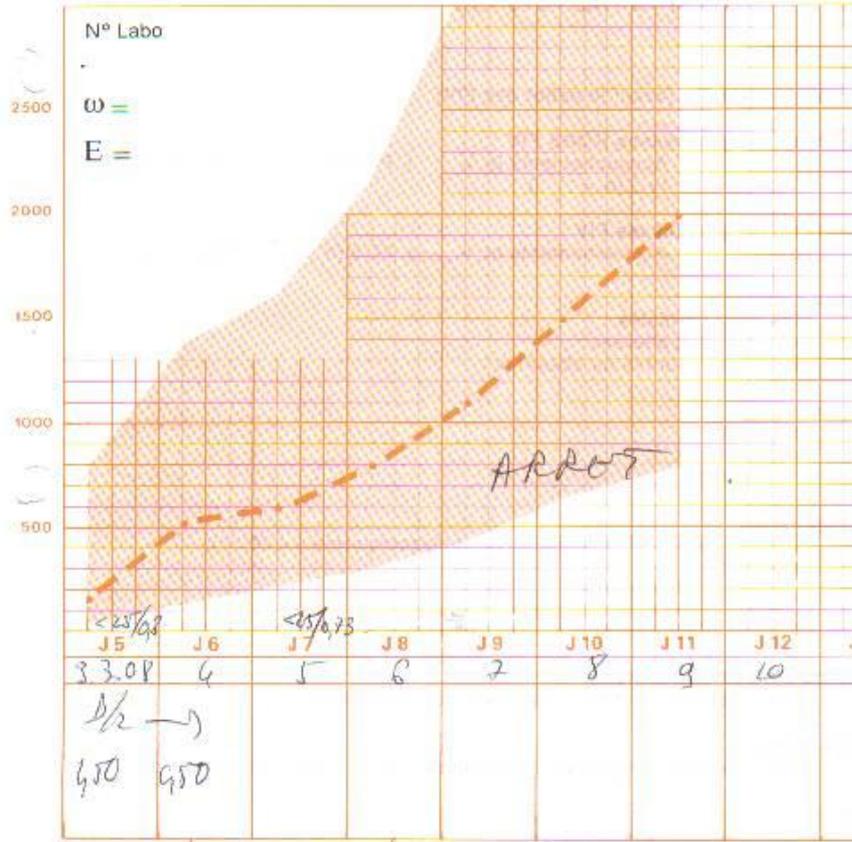
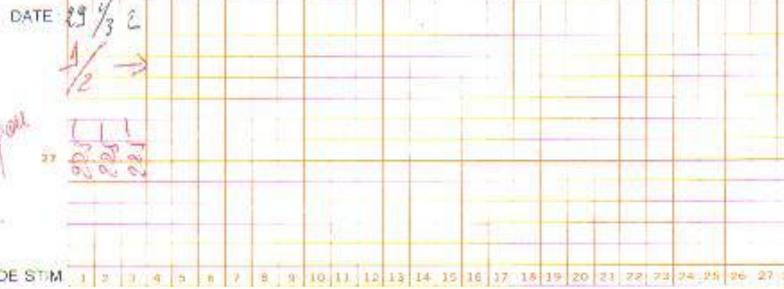
50,1 22/2 →

NOM: BA

lee

moniteur → 25/3 90/25

NOM: BA



pour BA < 25
G 2.2.8

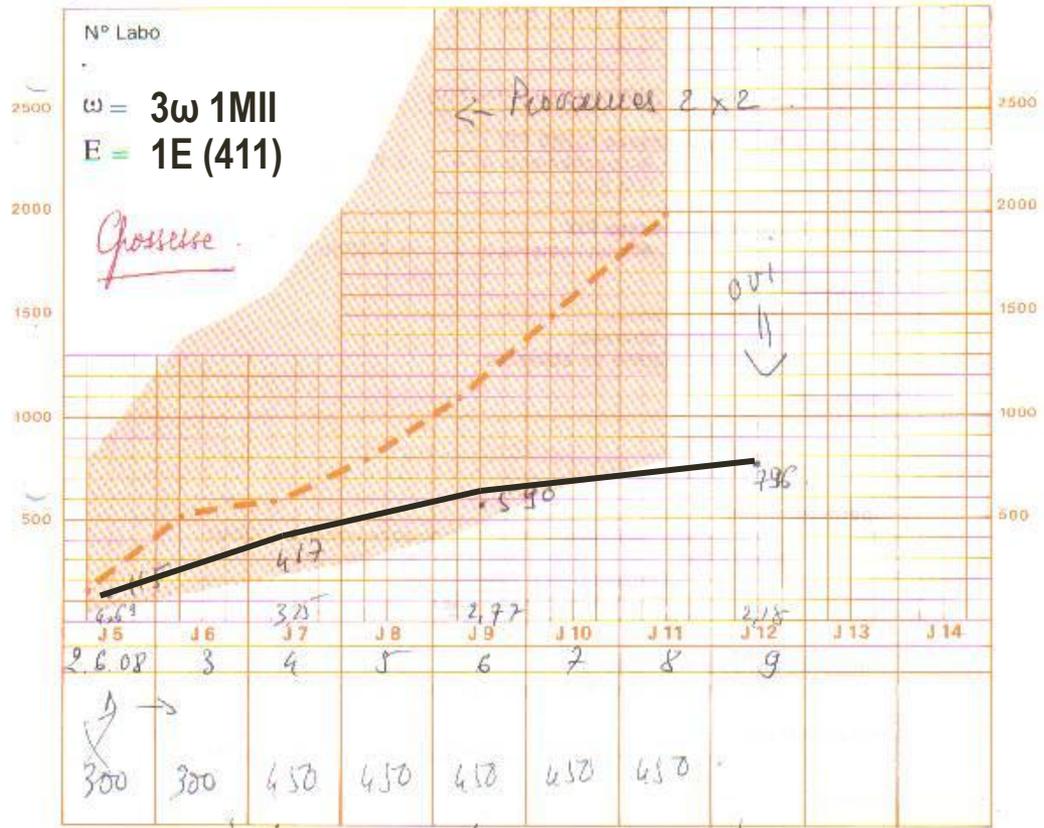
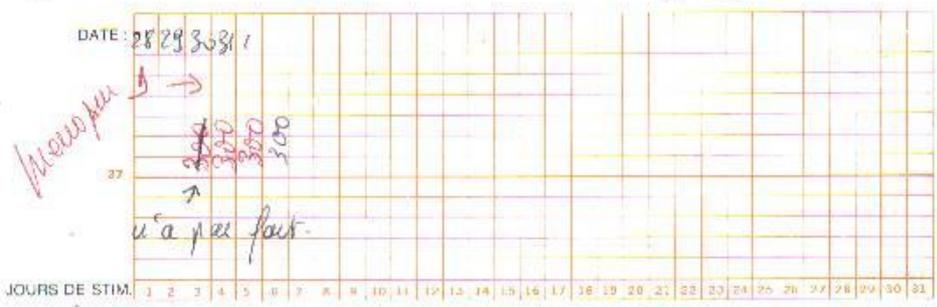
5.2 BA n. 11.9
S de G. 7

SF BA 17.5.18.13 11.19
G 21.18

Check ICSI

AG

NOM: 31



Césarienne pour placenta recouvrant Février 2009

4,8mm 17,76 G 2,10,96

4,8mm 5<6 G 15,14,6,13,3

6,8 3 de 10,11 G 3 > 13

Mme B...

FCS à 1^{ère} IIU

2 IIU sans succès

1^{ère} FIV Protocole long microdose : pas de réponse

2^{ème} FIV Protocole antagoniste : 3 ω , 1 embryon non évolutif

3^{ème} ICSI Protocole court : 3 ω , 1 embryon : grossesse

Accouchement à 43ans (1^{er} embryon transféré)

On n'a pas fait mieux. On a fait plus

Madame V...

39 ans 1/2. Consulte pour un désir d 'enfant

2 FCS précoces et une mort in utero il y a 6 ans

Depuis cette date : aménorrhée

Madame V...

FSH 18

LH 17

E2 40

Insuffisance ovarienne. Refus de Prise en charge

Madame V...

FSH 18

LH 17

E2 40

Règles spontanées 14 jours après le dosage !!!

Dosage au moment d' un pic d 'ovulation !!!

Madame V...

Bilan des FCS +++

Bilan hormonal en début de cycle car 39 ans 1/2

Et très vite le reste du bilan d'infertilité :

SMG

HSG

TH

Madame V...

On a trouvé un déficit en protéine S

La patiente est enceinte sous stimulation par FSH

Et a mené sa grossesse à terme sous Aspégic® et Lovenox®

O-011 Oral Antimüllerian hormone measurement on day zero of stimulation in IVF cycle predicts ovarian response but not embryo quality or pregnancy outcome

M. Chinnote¹, A. Mukherjee², N. Nath³, N. Chinnote⁴

¹Vaanshikara Clinic & Assisted Conception Centre, Gynaecology, Nagpur, India, ²Harley Street Fertility Centre, Embryology, London, United Kingdom, ³Vaanshikara Clinic & Assisted Conception Centre, Biochemistry, Nagpur, India, ⁴Vaanshikara Clinic & Assisted Conception Centre, Endocrinology, Nagpur, India

Introduction: Determination of 'ovarian reserve' is important before any expensive IVF treatment is undertaken. Identification of both low and high responders prior to treatment may decrease cycle cancellation rate. It was concluded that basal FSH is not a useful predictor of IVF outcome possibly because of intercycle variability. Anti-Müllerian hormone (AMH), a glycoprotein belonging to the transforming growth factor- β superfamily recently has been

Conclusion: A single, day zero serum AMH level can predict ovarian response in terms of number of oocytes and also can decide cancellation of cycle before starting stimulation. However, no association with embryo quality or pregnancy success can be established.

O-011 Oral Antimüllerian hormone measurement on day zero of stimulation in IVF cycle predicts ovarian response but not embryo quality or pregnancy outcome

M. Chinnote¹, A. Mukherjee², N. Nath³, N. Chinnote⁴

¹Vaanshikara Clinic & Assisted Conception Centre, Gynaecology, Nagpur, India, ²Harley Street Fertility Centre, Embryology, London, United Kingdom, ³Vaanshikara Clinic & Assisted Conception Centre, Biochemistry, Nagpur, India, ⁴Vaanshikara Clinic & Assisted Conception Centre, Endocrinology, Nagpur, India

Introduction: Determination of 'ovarian reserve' is important before any expensive IVF treatment is undertaken. Identification of both low and high responders prior to treatment may decrease cycle cancellation rate. It was concluded that basal FSH is not a useful predictor of IVF outcome possibly because of intercycle variability. Anti-Müllerian hormone (AMH), a glycoprotein belonging to the transforming growth factor- β superfamily recently has been

Conclusion: A single, day zero serum AMH level can predict ovarian response in terms of number of oocytes and also can decide cancellation of cycle before

no association with embryo quality or pregnancy success can be established

O-102 Oral Serum anti-Müllerian hormone: prediction of extremes of response in stimulated cycles and implications for individualisation of therapy

S.M. Nelson¹, R.W. Yates², H. Lyall², N. Deshpande², I. Traynor², M.E. Jamieson², R. Fleming¹

¹University of Glasgow, Reproductive & Maternal Medicine, Glasgow, United Kingdom, ²Glasgow Royal Infirmary, Assisted Conception Service, Glasgow, United Kingdom

Introduction: Anti-Müllerian hormone (AMH) concentrations levels correlate with oocyte yield in ART cycles, however, data on the performance of AMH for prediction of ovarian response and how this can be used to alter patient management is limited.

Conclusion: Anticipated oocyte yield based on AMH and age facilitates individualisation and optimisation of therapy prior to first treatment cycle; however, a low AMH should not preclude treatment.

However a low AMH should not preclude treatment

The significance of the number of antral follicles prior to stimulation in predicting ovarian responses in an IVF programme

Ernest Hung Yu Ng¹, Oi Shan Tang and Pak Chung Ho

AFC > FSH > BMI > Age

AFC bon facteur prédictif de réponse ovarienne mais non des chances de grossesse

Facteur quantitatif mais non qualitatif

AFC > Volume ovarien

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique : la stérilité dite sans cause
- La Réserve Ovarienne
- Absence de diagnostic précis et RO altérée !!!
- L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?
- Et si la FIV était délétère dans certains cas ??
- Et si l'indication de FIV était mauvaise ??

Mme MOR. 42 ans Stérilité depuis 5 ans

- **HSG anormale**
- **FSH 49**

- **Grossesse spontanée après cœlioscopie interventionnelle !!**

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique : la stérilité dite sans cause
- La Réserve Ovarienne
- Absence de diagnostic précis et RO altérée !!!
- **L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?**
- Et si la FIV était délétère dans certains cas ??
- Et si l'indication de FIV était mauvaise ??

Mme CH...

35 ans

Stérilité I

1 an

HSG Normale

C0 parfaites

SMG NI (mai) Agglutinats + 32% flagelles enroulés

TH médiocre

On refait :

SMG : 3M 10% / 7% FN

TMS : 84 000 SPZ 2^{ème} TMS : 480 000

MARtest : 19 %

Mme CH...

35 ans

Stérilité I

1 an

Part en Corée : 3 ICSI

1 FCS après TEC

Grossesse à 3^{ème} ICSI : Acct (2/07) HS +++

Restent 16 EC

Revenue en France

TEC en Corée : Grossesse biochimique

Abandonne EC en Corée

SMG 4/07 : NI

Mme CH...

35 ans

Stérilité I

1 an

ICSI (3/08) : 10 ω 9E R3 Grossesse Trisomie IMG

12/08 :

SMG NI en dehors de térato à 7%

TMS 30 M

CS : 1 follicule préovulatoire : IIU en cycle spontané

Grossesse. Acct

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique : la stérilité dite sans cause
- La Réserve Ovarienne
- Absence de diagnostic précis et RO altérée !!!
- L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?
- **Et si la FIV était délétère dans certains cas ???**
- Et si l'indication de FIV était mauvaise ??

Mme Bo...

28 ans

Stérilité I depuis 1 an

Aménorrhée post pilule

SMG : 10 M 30% 17% FN

Traitements antérieurs : 6 cycles de Clomid®

HSG normale

TH : négatif

Décision de Stim + IIU

SMG : 3,5 M 20+4/17+2 16%FN

TMS : 2,2M Survie : 29% 20%FN

Décision de FIV

Mme Bo...

28 ans

Stérilité I depuis 1 an

ICSI 1 : (400 000 spz) : 3 ω 2MII 0^{2PN} 0E

TMS : 1,7 M Survie faible Fragment. Décondensation Nles

ICSI 2 : 20 ω 17 MII dt 13 dysmorphiques , 10^{2PN}, 8E , R2 à J2, C0

TMS : 729 000 13 %FN

IIU 1 2,3 M spz **Grossesse**

Mme Mo... Stérilité I depuis 8 ans

33 ans

Ancdt : DES

- ❖ Cycles irréguliers? Dysovulation ou anovulation
- ❖ TH – Glaire acide TH + après alcalinisation
- ❖ Cœlio : endométriose péritonéale. Passage bilatéral
- ❖ SMG Normal

Traitements :

4 stimulations

Puis 3 IIU

5 FIV 24 ovocytes, 4 E fragmentés, R3

22 ovocytes, 8 E, R4 fragmentés, 4 ENC

12 ovocytes, 6 E en coculture, R1

2 FIV sans Fécondation

2 IIU → Grossesse Accouchement

Peut on encore proposer quelque chose à un couple récusé en FIV

- Le diagnostic étiologique : la stérilité dite sans cause
- La Réserve Ovarienne
- Absence de diagnostic précis et RO altérée !!!
- L'indication était elle bonne ? Est-ce la seule indication ?
- Et si la FIV était délétère dans certains cas ???
- **Et si l'indication de FIV était mauvaise ??**

Mme Jao...

32 ans

Stérilité I depuis 2 ans

Spanioménorrhée Anovulation

FSH 6 LH 3 E2 17 AMH 4

HSG Nle

SMG NI

Ttts : échec 3 cycles de Clomid, 2 cycles Clomid + FSH + IIU

FSH : absence de réponse : LH<1 Passage à Pompe à LHRH

Grossesse 4^{ème} cycle Pompe + IIU G arrêtée à 6 SA

Echec 2 cycles Pompe + IIU (Cœlioscopie, Frag Décon Nles)

Mme Jao...

32 ans

Stérilité I depuis 2 ans

FIV 1 FSH + Luvéris : 4 ω, 0E

ICSI 1 HMG + Luvéris : 2 ω, 0E

FIV sous Pompe LHRH : Ponction blanche

Grossesse !!

Revient pour 2^{ème} enfant 9 mois plus tard : **Grossesse au 3^{ème}
cycle de Pompe**



L'âge et/ou la RO

L'âge est-il dans tous les cas le seul facteur à avoir de l'importance ?

Il y a aussi

la durée de la stérilité

la cause de la stérilité

les traitements déjà entrepris

} Nbre de « cycles d'exposition »

L'âge et la durée ne sont pas à eux seuls des indications de FIV

L'âge ou la durée de stérilité ne sont pas des contre-indications si la FIV est nécessaire

Insuffisance ovarienne débutante : Quel pronostic

- **Mauvais pronostic** : qualité ovocytaire en cause
 - femme âgée avec FSH franchement augmentée ou MR
 - stérilité sans cause et traitée de longue date
 - des « possibilités » répétées de grossesses ++++
 - des FCS répétées sans autre étiologie
- **Pronostic non connu** : nombre d'ovocytes en cause
 - femme jeune avec FSH augmentée
 - peu « d'exposition » à grossesse
 - indication d'ICSI chez femme jeune répondant mal aux stimulations
 - indication de FIV chez stérilité tubaire ou masculine absolue ou désir de grossesse récent chez femme de 40 ans

Importance de l'historique : Clinique +++

Conclusions

1. Il n'y a pas de **stérilité « sans cause »**
2. Y a-t-il eu **les examens suffisants ?**
 - Avec TH
 - Avec cœlioscopie
 - Et évaluation de l'ovulation... de la sexualité....de la psychologie...
3. Des examens demandent à **être ré-évalués**

Conclusions

4. **Si indication formelle de FIV ?** Donner toutes les chances au couple
- Quelque soit âge...
 - Quelque soit RO...

S'il y a eu peu de cycles d'exposition

A condition d'avoir des embryons...

5. **Si indication relative :** Y a-t-il eu une « feuille de route » ?
- Avec progression dans les traitements (âge, durée), les examens
 - Et possibilité de revenir à autres Tts (étiologie ou Ex. modifiés)
 - Peut on proposer autre chose en cas d'échec ? Cœlio. IIU...

Quand tout arrêter ?

1. Si tout a été tenté !

2. L'indication était formelle

- Absence de Réponse
- Réponse insuffisante sur plusieurs tentatives
- Nombre d'embryons transférés important
- Bilan échec implantation fait...

3. L'indication n'était pas formelle

mais on est arrivé au bout de la route ...

Je vous remercie....



Existe-t-il une place pour les IUI après échecs des FIV ?

Philippe Merviel, Emmanuelle Lourdel, Rosalie Cabry, Florence Scheffler, Aviva Devaux, Moncef Benkhalifa, Henri Copin

CHU Amiens – Picardie et UPJV



Distinction

- **Femme jeune (< 38 ans):** Oui
- **Femme plus âgée (> 38 ans):** Non

- **Quelle indication ?**

Infertilité idiopathique (+/- endométriose)

*En 1^{ère} intention, des IIV peuvent être réalisées jusqu'à 40 ans
(Merviel et al, 2010)*

Série Amiens: 1038 cycles, 353 couples: 14,7% G/cycle;
G/couple, avec 13,5% GG et aucune G triple

39,9%

Critères	N %	G clinique	G évolutive	GG
Age <= 30	38,2	44,4	38,5	20,3
30-35	41,1	40	31,7	13
> 35	16,1	33,3	26,3	6,6
> 40	4,5	25	12,5	0
Feminine	24,3	40,6		16,6
Masculine	32,6	39,1		6,2
Mixte	32,6	39,1		22,2
E2 < 500	90,3	12,9	11	9,2
E2 >= 500	10,7	23,3	20	35
Foll: 1	63,7	11,2	9,8	5,2
Foll: 2	30,7	17,5	14,5	16,7
Foll >= 3	5,5	13,8	11,9	12,9

Predictive factors of pregnancy after intrauterine insemination (IUI): Analysis of 1,038 cycles and review

40

Factors	OR	95% CIs	p	Plosker
Cervical or dysovulatory infertility	3.49	2.53-4.61	< 0.01	30% ovul
Female age < 40 years old	2.84	1.75-4.34	< 0.05	14 vs 4%
Soft catheter	2.18	1.62-3.01	< 0.01	
Teratospermy \leq 70%	1.90	1.42-2.74	< 0.05	
Estradiol \geq 500 pg/ml - hCG day		1.81	1.11-2.59	< 0.02
> 1 follicle > 16 mm – hCG day	1.56	1.21-1.98	< 0.01	12 vs 2%
TMS \geq 5 M	1.55	1.12-2.69	< 0.05	

Pour Remohi, 94% des grossesses surviennent dans les 4 premiers cycles

Amiens: IAC: **84% au cours des 4 premières** (0 après la 6ème)

IAD (1073 c entre 2002-6: 56% des couples ont eu un enfant: **82% au cours des 4 premières et 9.2% après la 6ème**

IIU : résultats selon l'âge de la femme

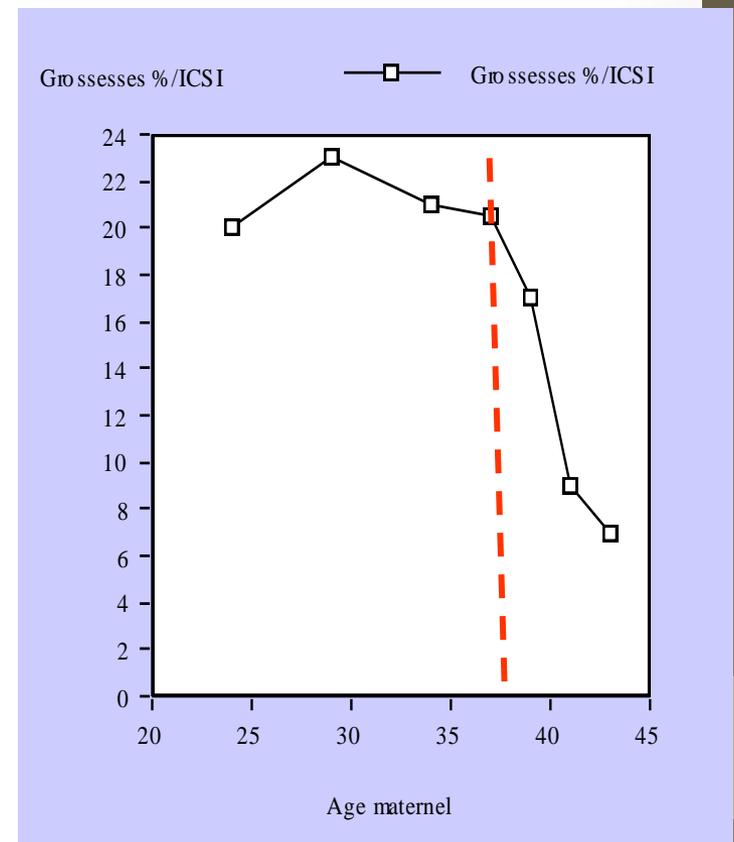
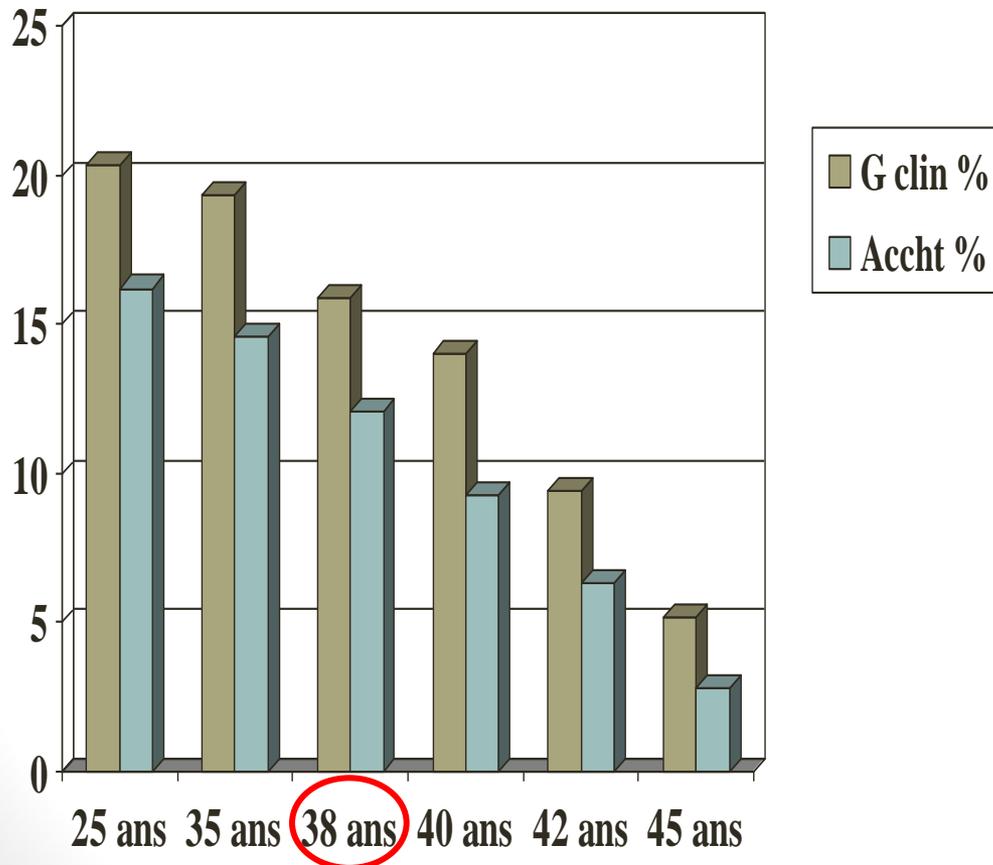
(Sèvres 01.01.97 – 31.12.02)

39 - 40

Age (ans)	IIU N	Grossesses			
		cliniques		évolutives	
		N	%	N	%
< 35	1328	263	19,8	223	16,8
35 – 38	368	62	16,8	52	14,1
≥ 39	247	31	12,6	21	8,5

Entre 1997 et 2000: 4,8% de G évolutives sur 166 cycles après 40 ans

Taux de grossesse et d'accouchement par ponction en fonction de l'âge de la femme



Outcome of assisted reproductive technology in women over the age of 41 (431 cycles FIV/ICSI)

	Age							
	41 ans		42 ans		43 ans		44 ans	
	FIV	ICSI	FIV	ICSI	FIV	ICSI	FIV	ICSI
N	72	70	54	56	23	45	8	25
Grossesses %	14	15	9	9	26	16	0	3
Accouchements %	7	7	2	2	13	4	0	0

(Ron-el et al, 2000)

BAISSE DE LA FERTILITE AVEC L'ÂGE FEMININ

- Rôle de l'ovocyte (la FIV n'améliore en aucun cas la qualité ovocytaire):
 - limiter l'AMP aux obturations tubaires et aux altérations spermatiques, ne pas traiter l'infertilité idiopathique par la FIV !
- Rôle de l'ovaire (AGE OVARIEN)
 - moins bonne réponse à la stimulation (> doses, > coûts, sans > qualité ovocytaire)
- Rôle de l'utérus
 - diminution des taux d'implantation embryonnaire (> transferts)
 - vieillissement de l'endomètre ? et vasculaire (FCS)

Littman, Fertil Steril 2005

Place du traitement coelio-chirurgical après échec de FIV

	Coelio-chir	Pas de Tt	
N patientes	29	35	
Age	34	37	NS
Echecs FIV	2	2	
Stades	4 I, 6 II, 6 III et 13 IV (dt 7 KO)		
TG (spontanée)	75,8 (44,8)	37,1% (5,7)	< 0,01
St I	100 (75)		
St II	83 (33)		
St III	83 (50)		
St IV	61 (30)		
KO	28 (14)		

Conclusions

- **Essayez quelques IIU si femme < 38 ans et infertilité idiopathique, en cas d'échecs de FIV;** mais:
 - Inf idiopathique: IIU: 10-12% G/cycle
 - A 38 ans: IIU: 10% G/cycle
 - Inf idiopathique: inf 2 ans: 4% G/cycle
- **IIU de « rescue »:** 3 à 7% de grossesse (Matorras RBM 2014; Amiens 2014)