

LA FÉCONDATION IN VITRO (FIV)

Guide pratique



SOMMAIRE

- 1.** La prise en charge en AMP
- 2.** Les prérequis pour une FIV
- 3.** Les étapes de la FIV
- 4.** Les différents protocoles de stimulation
- 5.** Les risques de la FIV

PRISE EN CHARGE en AMP

Prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale de :



6 inséminations
intra-utérines

4 tentatives de FIV
**1 tentative de FIV = 1 ponction + transfert de
l'ensemble des embryons issus de cette ponction**

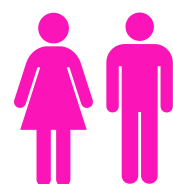
→ Une ponction n'aboutissant à aucun embryon ne compte pas comme une tentative

→ Un transfert d'embryon congelé ne compte pas comme une tentative

LES PRÉREQUIS en FIV



La ponction ovocytaire est réalisable jusqu'à l'**anniversaire des 43 ans**.



En cas de **précédent mariage**, vous devez être **divorcé.e avant d'entamer le parcours d'AMP avec votre nouveau conjoint**.



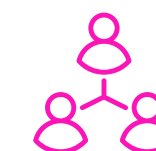
Si vous êtes de nationalité étrangère, vous devez posséder un **titre de séjour** ou un **récépissé avec droit de travailler**.



Le **dossier de FIV** doit être **complété**.

100%

La **prise en charge à 100%** doit être demandée.

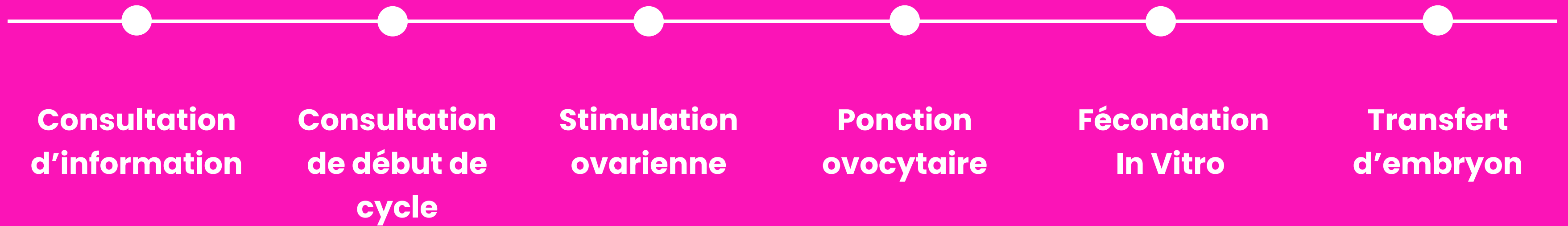


RDV à prendre :
→ **secrétaire de coordination**
→ **biologiste**
→ **anesthésiste**

Secrétaire de coordination : 04.37.90.33.44
coordination.ampnatecia@noalys.com

Laboratoire d'AMP : 04.37.90.33.09

LES ÉTAPES de la FIV



CONSULTATION D'INFORMATION

Une fois le dossier d'AMP complété et validé, prenez RDV avec un médecin de l'équipe pour une consultation d'information.

Les **objectifs** de la consultation :

- **Expliquer la technique** choisie
- Remettre et expliquer les **ordonnances**
- Initier un **pré-traitement** avant la stimulation hormonale

CONSULTATION DE DÉBUT DE CYCLE

Prenez RDV en **début de cycle**, c'est-à-dire le **1er ou 2ème jour des règles** (J1-J2).

→ Le **1er jour des règles** correspond au **premier matin où vous vous réveillez avec des pertes franches de sang rouge**.

Ce RDV a lieu **avant de démarrer la stimulation**.

Les **objectifs** de la consultation :

→ Réaliser une **échographie** afin de vérifier l'**épaisseur de l'endomètre** et l'**absence de kyste ovarien** (qui pourrait gêner la stimulation).

En l'absence d'anomalie, le médecin donne son **feu vert pour débiter les injections** de stimulation ovarienne.

STIMULATION OVARIENNE

Lors d'un cycle sans stimulation, un des follicules portés par l'ovaire est sélectionné pour devenir le **follicule dominant** : c'est celui qui libère l'ovocyte lors de l'ovulation.

Dans le cas d'une tentative de FIV, la **stimulation ovarienne** consiste à **faire grossir le plus de follicules possible sur les deux ovaires** à l'aide d'**injections d'hormones réalisées quotidiennement**.

En général, elle dure environ 10 jours. Cependant, chaque femme est différente et la croissance folliculaire peut durer plus ou moins longtemps.

La **surveillance** s'effectue par **échographies endovaginales** et **prises de sang** régulières.

Lorsque plusieurs follicules sont **matures** (entre 16 et 24 mm), on **déclenche l'ovulation** par une nouvelle injection (OVITRELLE®).

⚠ **L'ovulation survient 36h après l'injection** : c'est donc à ce moment là que la ponction ovocytaire est programmée.

LES INJECTIONS

Les traitements proposés sont conçus pour être **auto-administrés**. Ils se présentent souvent sous la forme de **stylos auto-injecteurs réutilisables**.

- Demandez au médecin qui vous suit de vous montrer comment réaliser les injections
- Vous pourrez aussi trouver de nombreuses vidéos explicatives sur internet
- Et si besoin, un.e infirmier.ère à domicile peut réaliser les soins



MENOPUR



PUREGON



BEMFOLA



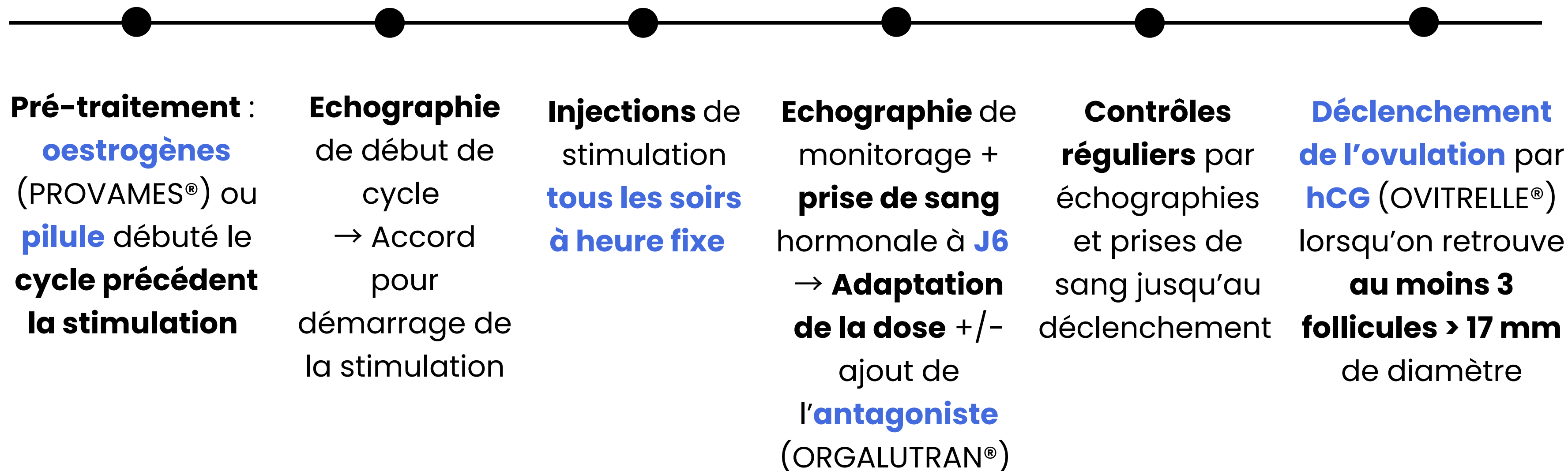
FERTISTART



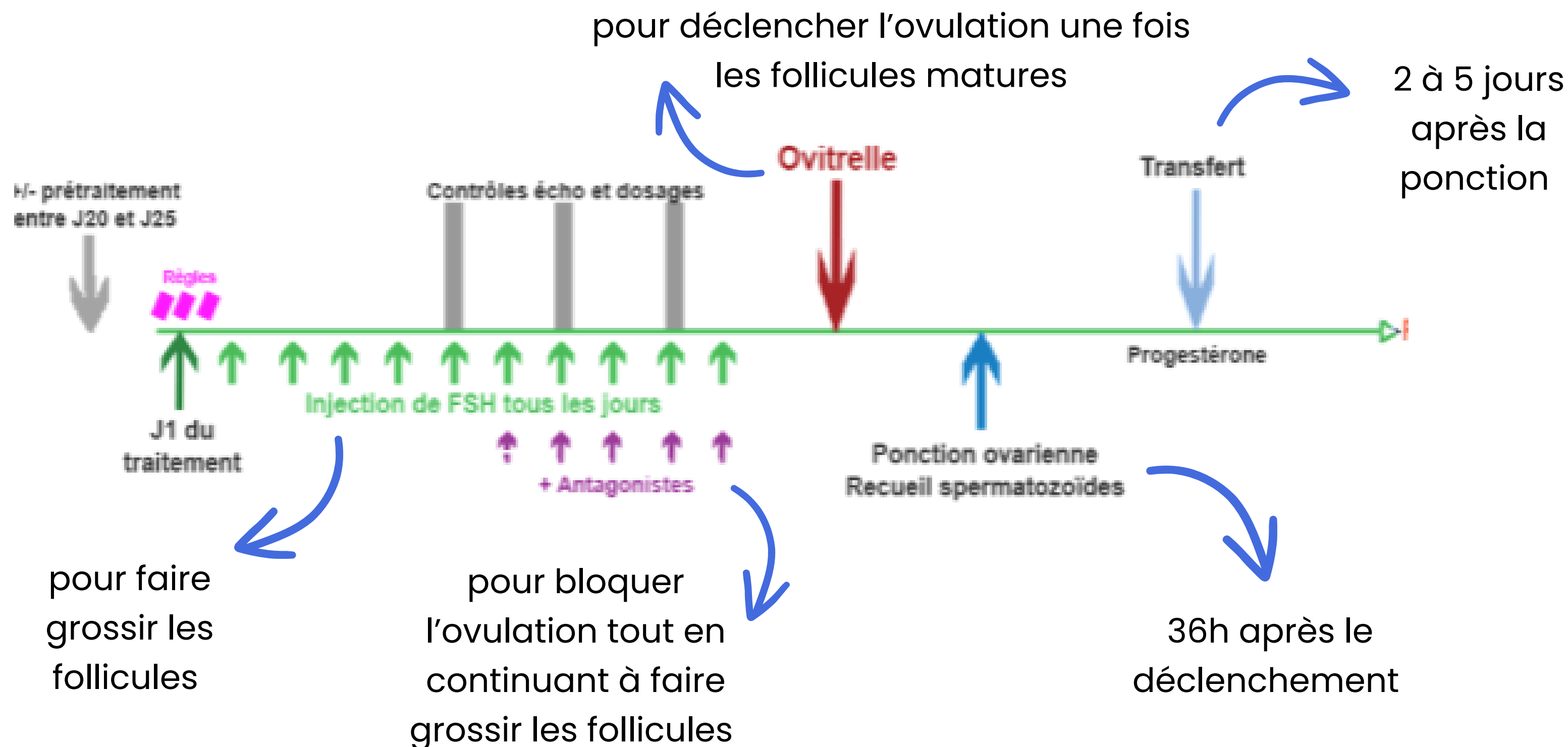
OVALEAP

LES PROTOCOLES de stimulation

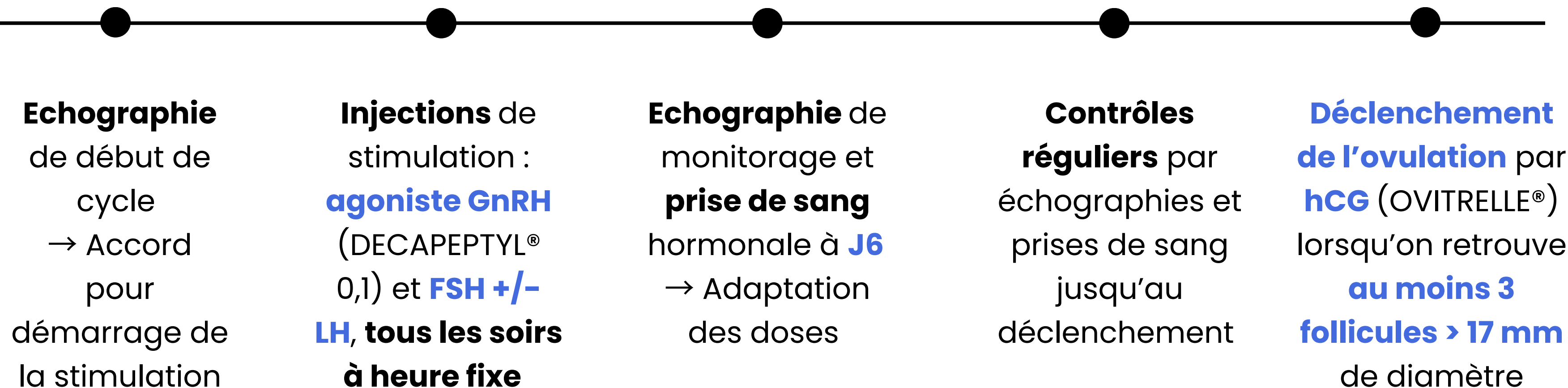
PROTOCOLE COURT avec antagoniste



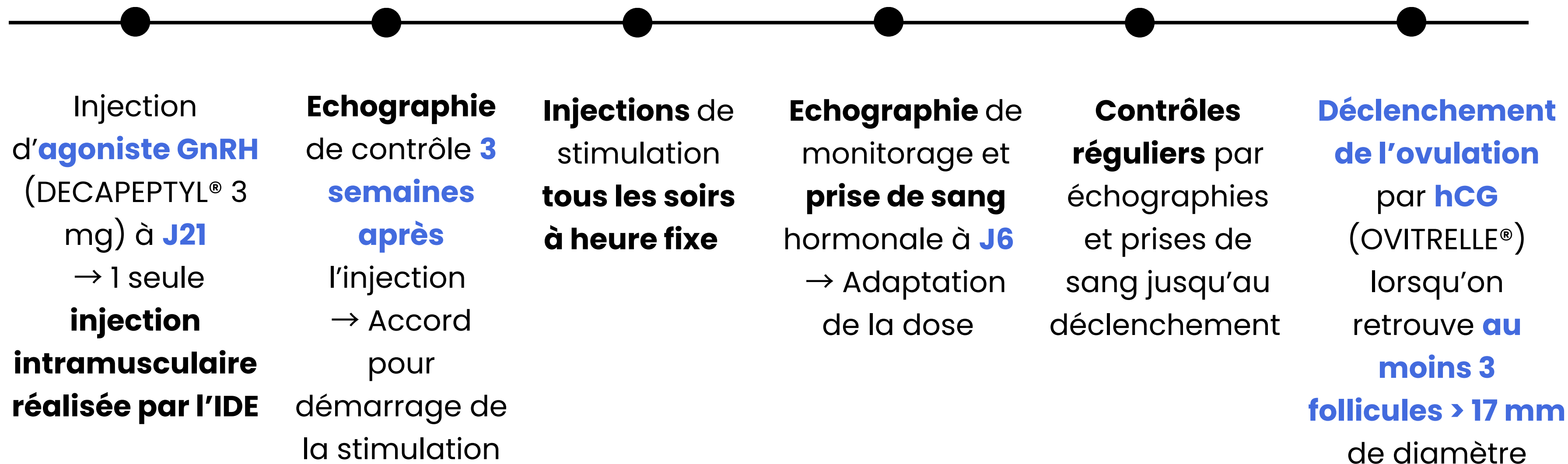
(PROTOCOLE COURT avec antagoniste)



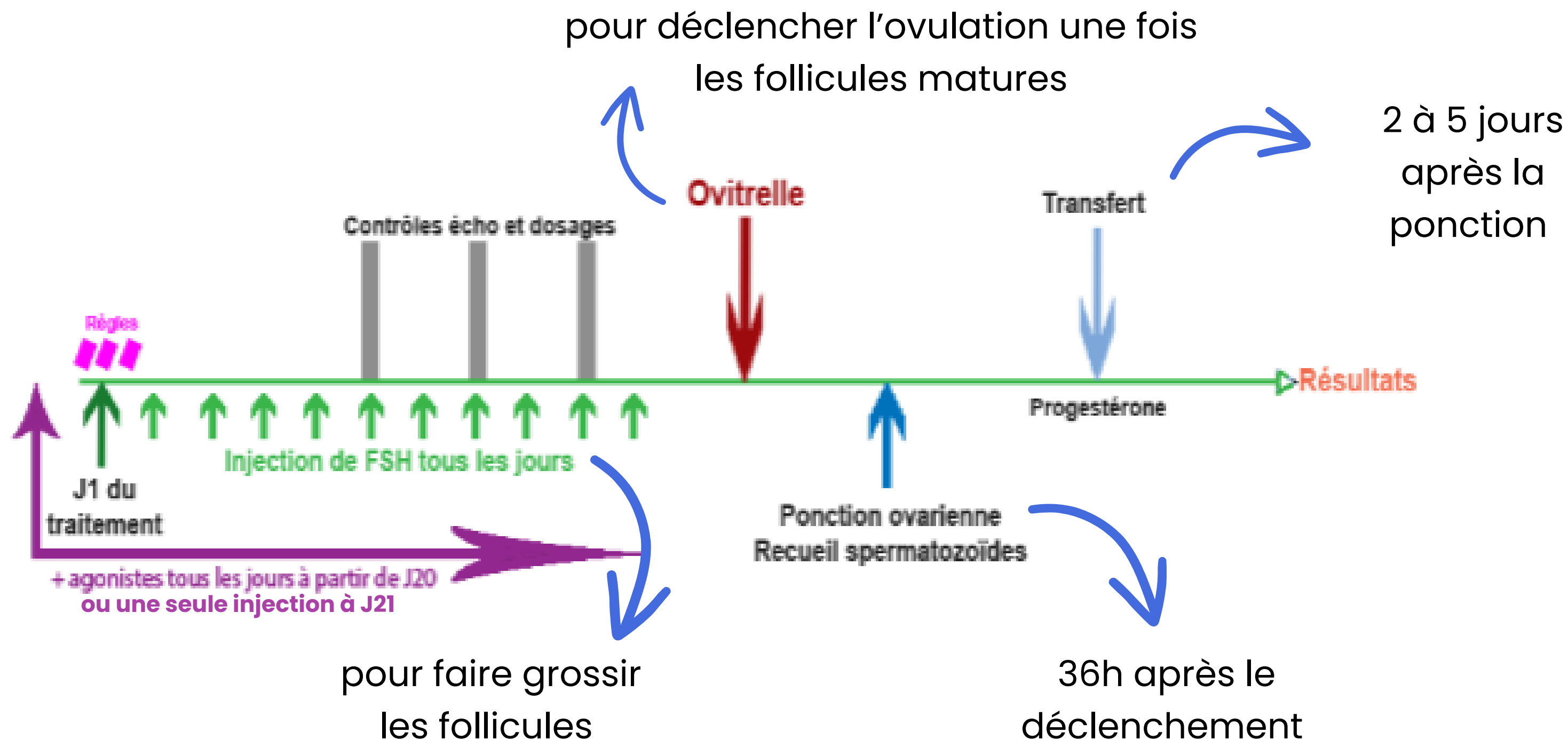
PROTOCOLE COURT avec agoniste



PROTOCOLE LONG avec agoniste



(PROTOCOLE LONG avec agoniste)



RÉCAP' : les traitements en FIV

Pour synchroniser avant la stimulation :

Pilule ; PROVAMES® ; DECAPEPTYL® ;
SYNAREL®

Pour stimuler les ovaires :

PUREGON® ; PERGOVERIS® ; GONAL F® ;
MENOPUR® ; BEMFOLA® ; FERTISTART® ;
OVALEAP® ; ELONVA® ; REKOVELLE® ;
LUVERIS® ;...

Pour bloquer l'ovulation :

ORGALUTRAN® ;
FYREMADEL®

Pour déclencher
l'ovulation :

OVITRELLE® ;
DECAPEPTYL®



PAS DE PANIQUE

Toutes les étapes sont réexpliquées
au fur et à mesure, à chaque
consultation.

PONCTION OVOCYTAIRE

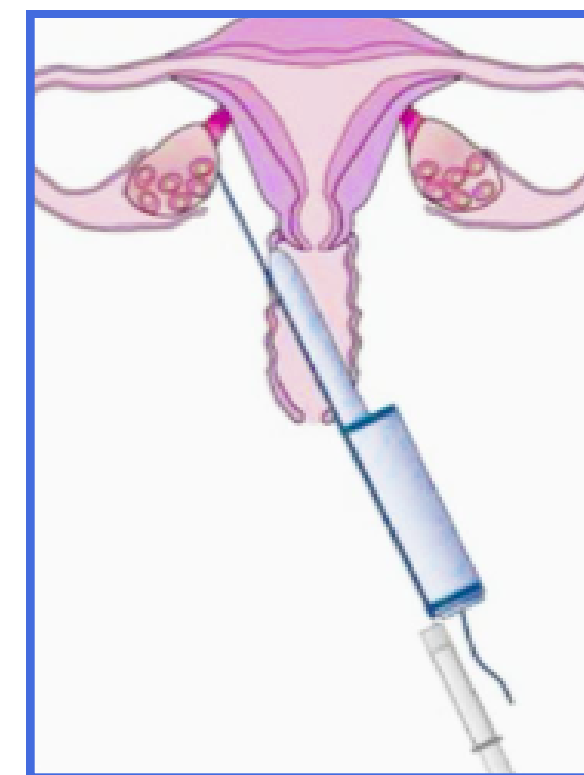
Le **prélèvement des ovocytes** s'effectue **36h après le déclenchement de l'ovulation**.

La ponction est réalisée au **bloc opératoire**, sous **anesthésie générale**, par **voie vaginale** (pas de cicatrice visible) et sous **contrôle échographique**.

L'intervention dure en moyenne **10 à 15 minutes**.

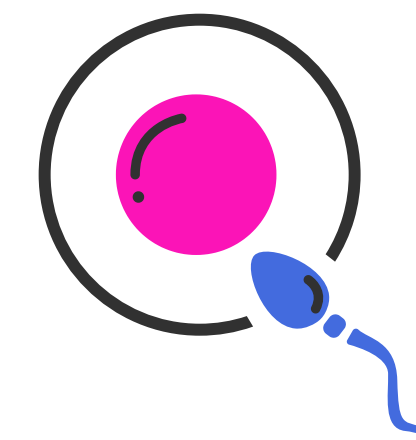
Vous êtes prise en charge en **ambulatoire** : **hospitalisation le matin à jeun vers 7h** et **retour à domicile en fin de matinée** ou début d'après-midi.

Le conjoint est également convoqué le jour de la ponction pour effectuer le **recueil de sperme** après une **période d'abstinence de 2 à 5 jours**.



Assurez-vous d'avoir vu l'anesthésiste !

FÉCONDATION ET CULTURE EMBRYONNAIRE IN VITRO



Les biologistes analysent le liquide folliculaire prélevé lors de la ponction et y récupèrent les ovocytes.

→ **Technique conventionnelle** : les ovocytes et les spermatozoïdes sont mis en contact dans un milieu de culture, la fécondation a lieu sans l'intervention du biologiste

→ **Technique ICSI (injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes)** : un spermatozoïde est injecté directement à l'intérieur de chaque ovocyte mature

Les ovocytes fécondés sont mis en culture et observés durant plusieurs jours. Les biologistes vous tiennent informés de l'évolution de vos embryons.

Après 2 à 5 jours de développement, si plusieurs embryons présentent de bonnes caractéristiques de développement, le plus bel embryon est sélectionné pour être transféré. Les autres embryons sont congelés et pourront être utilisés ultérieurement.

TRANSFERT EMBRYONNAIRE

Dès le soir de la ponction, une **préparation de l'endomètre par de la progestérone** (UTROGESTAN®, PROGESTAN®) doit être débutée. Un dosage est réalisé la veille ou le jour du transfert : si son taux est trop bas, une administration par injections sous-cutanées (PROGIRON®) vous sera proposée.

Le **transfert embryonnaire est réalisé 2 à 5 jours après la ponction**. C'est un **geste simple et indolore** réalisé en consultation à l'aide d'un **cathéter fin et souple** introduit par voie vaginale dans l'utérus.

Dans la majorité des cas, 1 seul embryon est transféré. L'objectif étant d'obtenir les meilleures chances de grossesse tout en **limitant le risque de grossesse multiple** (à risque).

Dans certains cas, 2 embryons peuvent être transférés.

→ Ce choix doit être discuté et validé en amont avec le médecin qui vous suit.

Après le transfert, vous pouvez reprendre une **vie normale !**

On ne fait pas de transfert frais en cas d'inadéquation de l'endomètre ou d'hyperstimulation ovarienne : les embryons sont congelés et transférés lors des cycles ultérieurs.

ET APRÈS ?

Le test de grossesse (dosage de l'hCG) doit être réalisé au plus tôt **11 jours après le transfert**. Avant, il risquerait d'être faussement positif ou négatif !

En cas d'**hCG positifs**, prenez RDV pour une **échographie de contrôle 2 à 3 semaines plus tard**. L'échographie sera réalisée par voie endovaginale et aura pour but de **vérifier la bonne implantation de l'embryon**.

En cas d'hCG négatifs, vous pouvez prendre RDV après un cycle de repos.



LES RISQUES de la FIV



Les risques de la stimulation



Les risques de la ponction



Les aléas du développement embryonnaire



Les risques après le transfert d'embryons

RISQUES de la stimulation

→ **Réponse ovarienne trop faible** : abandon du cycle en cours ou conversion de la FIV en insémination intra-utérine

→ **Réponse ovarienne trop forte / syndrome d'hyperstimulation ovarienne (HSO)** : abandon du cycle en cours ou "**freeze all**" post-ponction (congélation de tous les embryons formés) et **transfert** d'un embryon congelé **à distance** afin éviter d'aggraver le HSO avec les hormones de la grossesse.

Symptômes devant faire consulter : inconfort pelvien, distension abdominale, troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), difficulté à respirer

→ **Accident thromboembolique** (rare) :

Symptômes devant faire consulter : douleur, gonflement ou rougeur d'un membre, douleurs thoraciques ou difficultés à respirer

Effets indésirables possibles de la stimulation : maux de tête, bouffées de chaleur, prise de poids modérée, inconfort abdomino-pelvien.

RISQUES de la ponction

- Risques liés à l'**anesthésie générale**
- **Plaie vasculaire ou digestive** (très rare)
- **Abcès de l'ovaire**
- **Douleurs pelviennes** modérées dans les heures suivant la ponction

ALÉAS du développement embryonnaire

Le nombre de follicules retrouvé à l'échographie ne correspond malheureusement pas au nombre final d'embryons formés.

Il y a de la "casse" à chaque étape.

→ Dans de rares cas, la ponction ne ramène aucun ovocyte : c'est une **ponction blanche**.

→ Tous les follicules prélevés **ne contiennent pas forcément d'ovocytes**.

→ Tous les ovocytes récupérés **ne sont pas matures**.

→ Tous les ovocytes **ne sont pas fécondés**.

→ Tous les ovocytes fécondés **n'évoluent pas en embryon**.

→ Tous les embryons transférés **ne s'implantent pas**.

RISQUES après le transfert

- Risque de **fausse couche** (20–25%)
- **Grossesse multiple** en cas de transfert de plusieurs embryons (10%)

Pour l'enfant à naître :

- **Prématurité** (12%)
- **Petit poids à la naissance** (5%)

D'après certaines études, le risque de malformation, de trouble du neurodéveloppement et de cancer pédiatrique semble un peu plus élevé que dans la population générale, bien qu'il reste très faible.

CE QU'IL FAUT SURTOUT RETENIR :

- Procédez étape par étape
- N'hésitez pas à poser vos questions à chaque consultation
- Entourez-vous des personnes et professionnels de santé qui vous font du bien

