Prise en charge de l'infertilité féminine

Dr. Kamto Fotso C. S.
Gynécologue Obstétricien
Clinique de Fertilité - Hôpital Erasme (Bruxelles)
Maternité des dix Lunes – EpiCURA_Site d'Ath

Médecins du Cameroun

Cameroon Medical Doctors

Solidaires-Professionnels-Compétitifs

Conflits d'intérêts: Aucun

- Membre de MedCamer
- Pas payé par l'association ou par un sponsor
- Venu par mes propres moyens
- Pas membre d'un partie politique
- Pas chrétien ni musulman
- Professionnel indépendant, inscrit à l'ONMC
- Pas fonctionnaire au Cameroun, ni boursier

Définitions de l'infertilité de couple

- Absence de conception après 12 mois de rapports sexuels fréquents. (cad?)

- Infertilité primaire: le couple n'a jamais eu de grossesse

- Infertilité secondaire: le couple a déjà eu une grossesse (soldée par interruption ou accouchement)

Epidémiologie de l'infertilité de couple

- 10-16% dans le monde
- 15-30% en Afrique

Les causes de l'infertilité de couple:

- Causes féminins: 30%
- Causes masculins: 30%
- Causes mixtes: 30%
- Idiopathiques: 10%

GIERAF (Groupe Interafricain d'Etudes de Recherche Application Fertilité)

Epidémiologie de l'infertilité féminin en Afrique

- Causes féminins: 30%
  - 46%: facteurs tubaires
  - 15%: myomatose
  - 14%: facteurs endocrinologiques
  - 8% endométriose

GIERAF (Groupe Interafricain d'Etudes de Recherche Application Fertilité)

Quand débuter un bilan d'infertilité ?

Après **1 an** d'essais infructueux

SAUF si :

- **signes d'appel** (absence de règles, opération au niveau des testicules, ATCD de cancer, de PID...)
- **âge avancé** de la femme et/ou de l'homme

→ bilan débuté avant 1 an

Que peut-on faire avant le bilan ?

RASSURER et EXPLIQUER!

- Repréciser périodes de fertilité en fonction de la longueur du cycle menstruel
- Fréquence des rapports sexuels

➢ Taux de fécondité mensuelle: 20-25 %

(20 % à 25 ans, 10% à 35 ans)

➢ Taux de grossesse cumulé:

✓ A 25 ans: 85 % après 1 an, 93 % après 2 ans

✓ A 35 ans: 60 % après 1 an, 80 % après 2 ans

BelRAP

Bilan de l'infertilité féminin

- La patiente ovule?
- Le sperme peut rencontrer l'ovocyte?
- Y'a-t-il un déséquilibre hormonal?

Denson, JNP 2006

Comment est le site d'implantation?

Bilan de l'infertilité féminin

Anamnèse:

- Ménarches
- Régularité des cycles
- ATCD de FC ou IVG
- ATCD d'IST
- ATCD perso (HTA, diabète,…)
- ATCD fam (infertilité, POF, Cr sein,…)
- Histoire d'infertilité dans un autre couple (x2)

Examen clinique:

- BMI
- Irsutisme
- Organes génitaux externes (malfo?)
- TA
- Examen séno

(mammo si > 40 ans)

- Examen au speculum:

(Faire PAP-test et Gono/Chlam)

Bilan de l'infertilité féminin

Bilan hormonal:

(FSH, LH, E2, Prog, PRL, AMH, TSH+anti-TPO, glycémie…)

Imagerie: écho gyn + AFC +/- Hyso +/- HyCoSy vs HSG

Sérologies infectio:

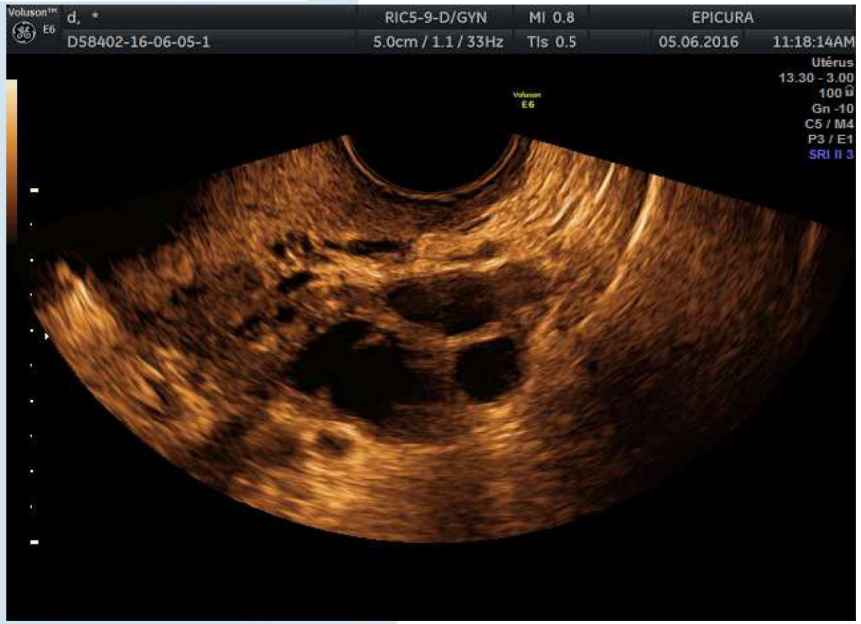
Syphilis, HBV, HCV, HIV; Toxo IgG+IgM; Rub IgG; CMV IgG+IgM

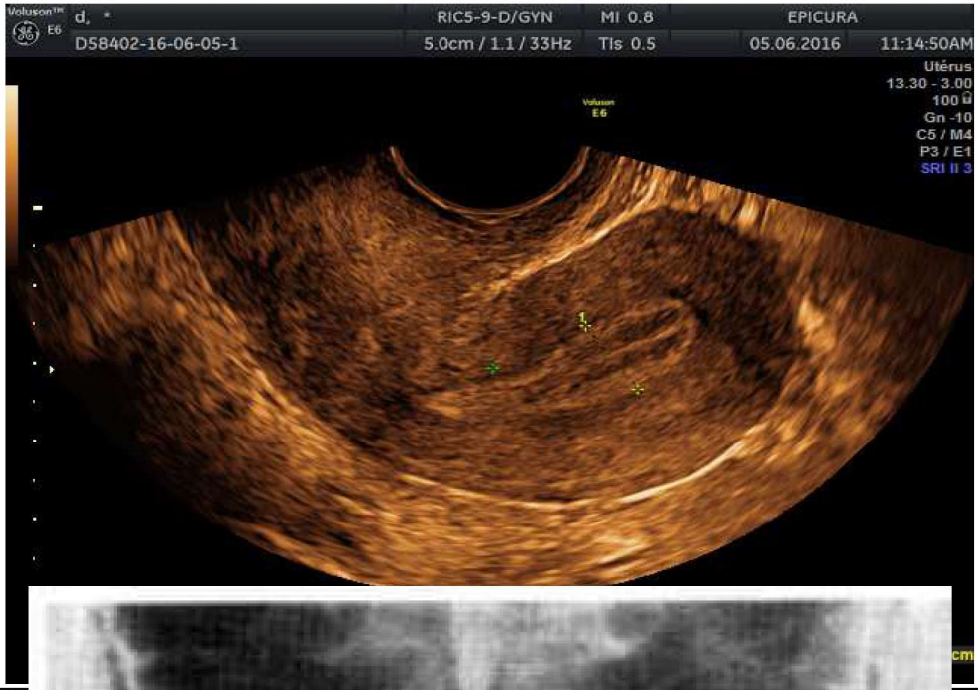
Biologie:

NFS, Plq, El Hb, rein, foie

- Hystéroscopie (opératoire!!)
- Laparoscopie exploratrice (test au bleu)
- Post-coïtal test (sa place de nos jours?)
- Génétique?

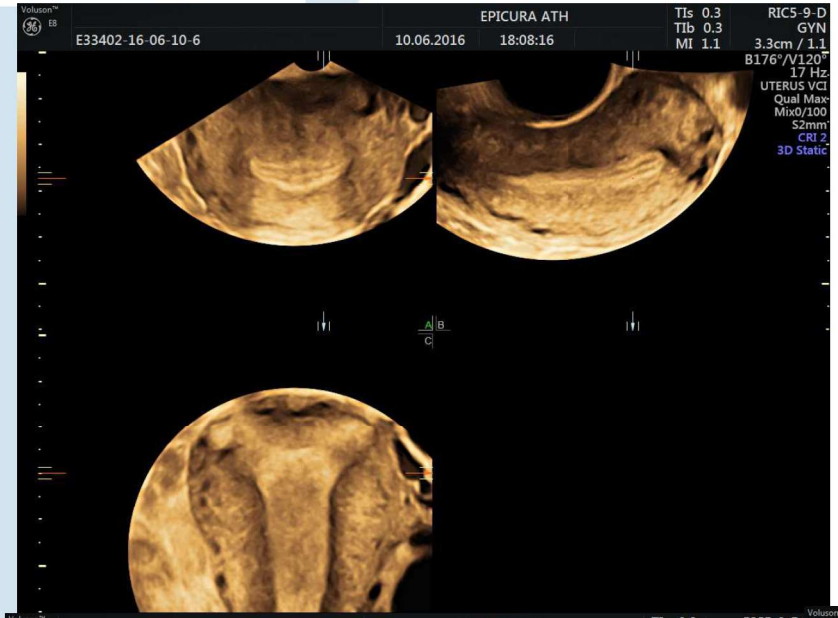
Imagerie

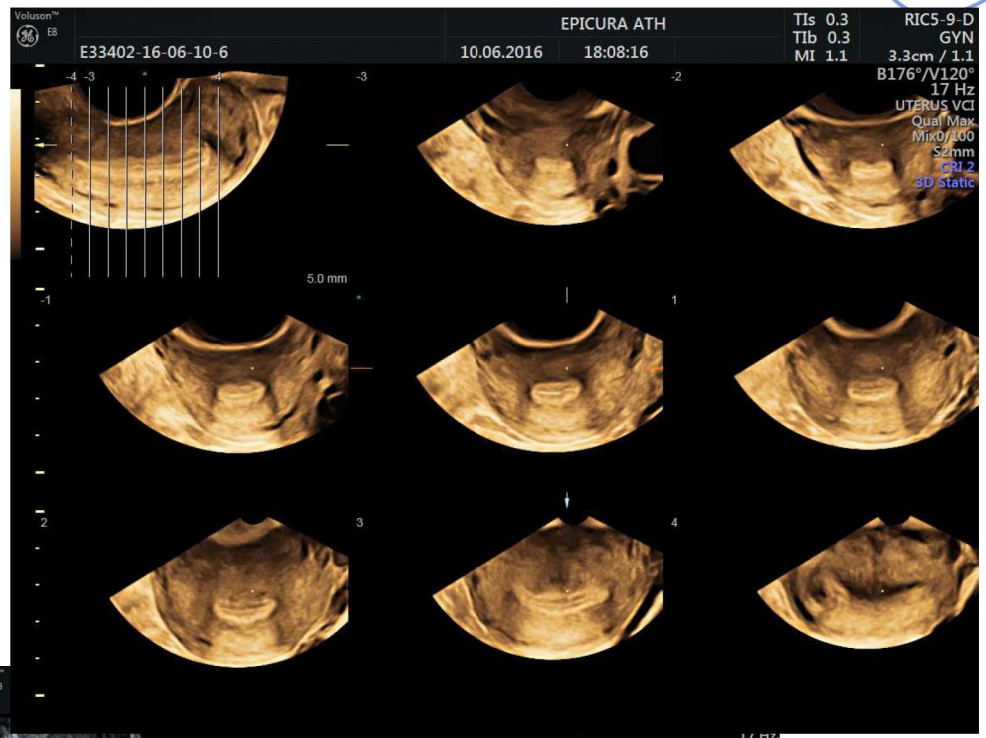

RIC5-9-D/GYN
MI 0.8
EPICURA
D58402-16-06-05-1
5.0cm / 1.1 / 33Hz
TIs 0.5
05.06.2016
11:18:14AM
Utérus
13.30 - 3.00
100
Gn -10
C5 / M4
P3 / E1
SRI II 3

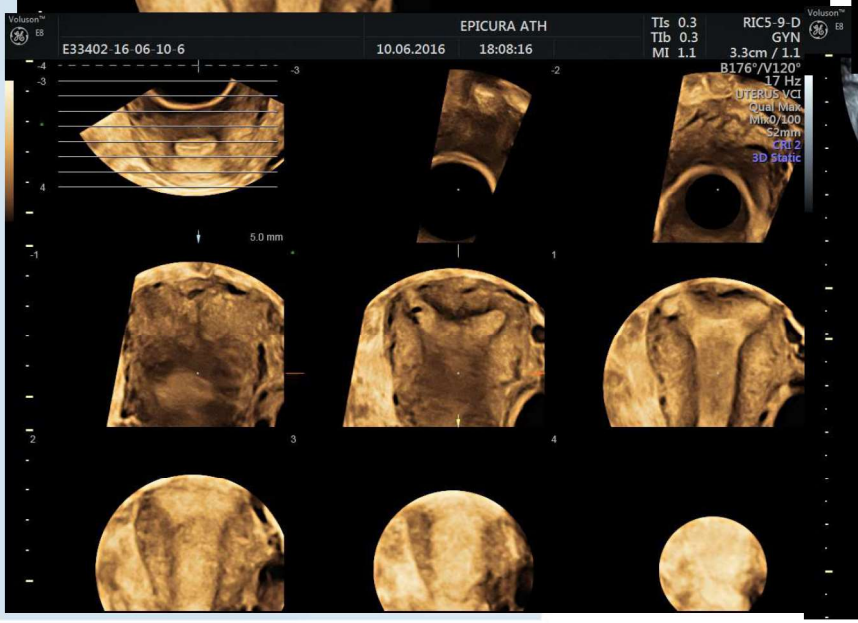

RIC5-9-D/GYN
MI 0.8
EPICURA
D58402-16-06-05-1
5.0cm / 1.1 / 33Hz
TIs 0.5
05.06.2016
11:14:50AM
Utérus
13.30 - 3.00
100
Gn -10
C5 / M4
P3 / E1
SRI II 3

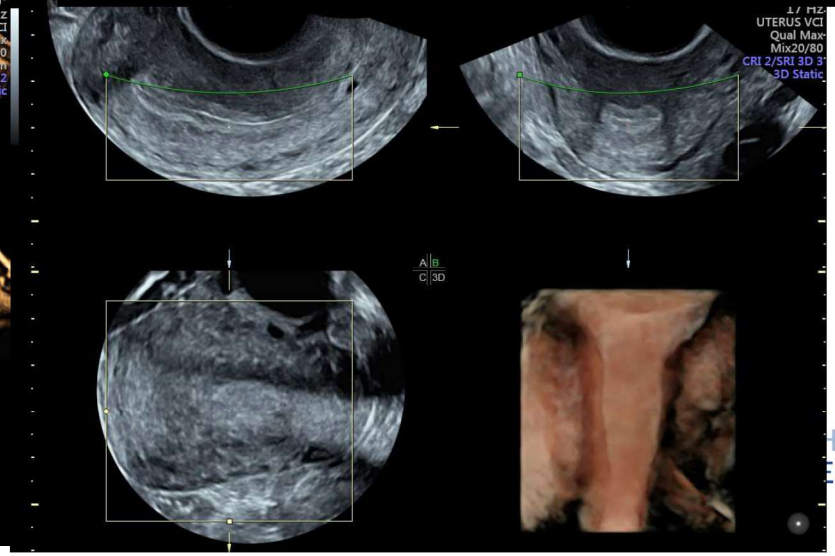
E33917-17-09-22-1
CENTRE HOSPITALIER EPICURA
22.09.2017
11:15:10 AM
Ovary Left

imagerie

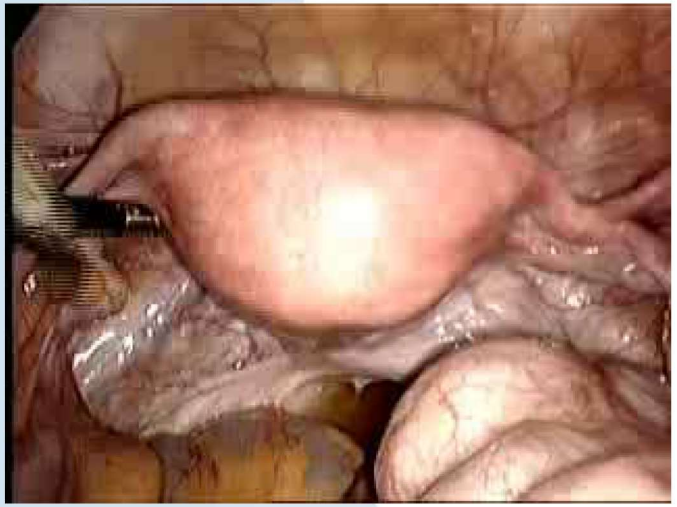

EPICURA ATH
E33402-16-06-10-6
10.06.2016
18:08:16
TIs 0.3
TIb 0.3
MI 1.1
RIC5-9-D
GYN
3.3cm / 1.1
B176°/V120°
17 Hz
UTERUS VCI
Qual Max
Mix0/100
S2mm
CRI 2
3D Static

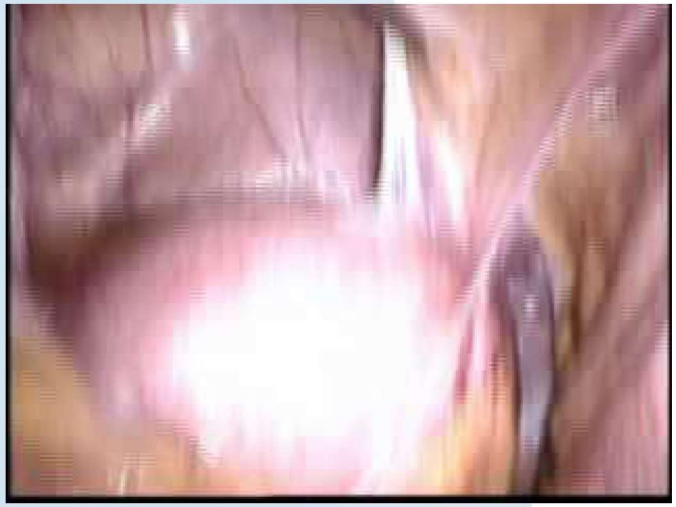

EPICURA ATH
E33402-16-06-10-6
10.06.2016
18:08:16
TIs 0.3
TIb 0.3
MI 1.1
RIC5-9-D
GYN
3.3cm / 1.1
B176°/V120°
17 Hz
UTERUS VCI
Qual Max
Mix0/100
S2mm
CRI 2
3D Static
5.0 mm

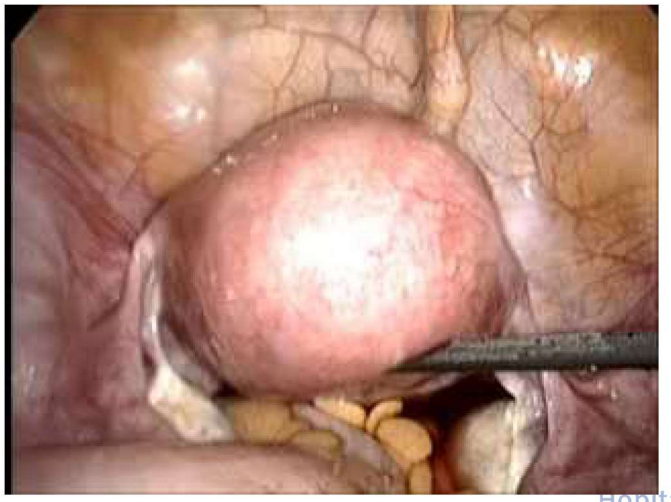

EPICURA ATH
E33402-16-06-10-6
10.06.2016
18:08:16
TIs 0.3
TIb 0.3
MI 1.1
RIC5-9-D
GYN
3.3cm / 1.1
B176°/V120°
17 Hz
UTERUS VCI
Qual Max
Mix0/100
S2mm
CRI 2
3D Static
5.0 mm


UTERUS VCI
Qual Max
Mix20/80
CRI 2/SRI 3D
3D Static

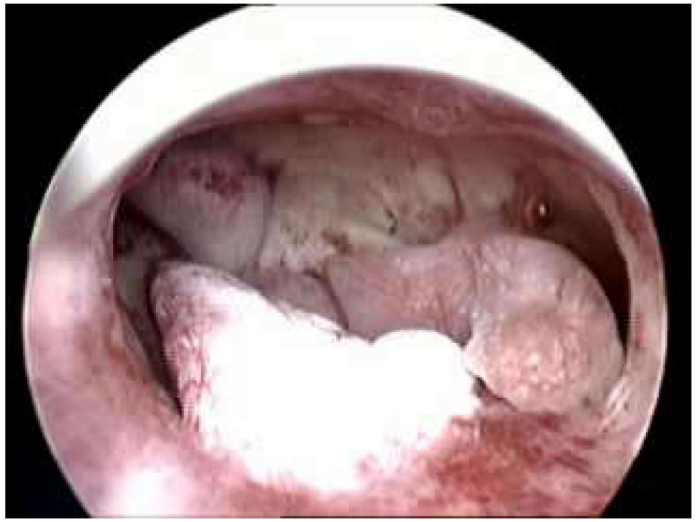
Laparoscopie







Hystéroscopie



Dr. Kamto Fotso – CISa
Douala 23 mars 2018

Bilan de l'infertilité féminin

Bilan hormonal:

(FSH, LH, E2, Prog, PRL, AMH, TSH+anti-TPO, glycémie…)

Imagerie: écho gyn + AFC +/- Hyso +/- HyCoSy vs HSG

Sérologies infectio:

Syphilis, HBV, HCV, HIV; Toxo IgG+IgM; Rub IgG; CMV IgG+IgM

Biologie:

NFS, Plq, El Hb, rein, foie

- Hystéroscopie (opératoire!!)
- Laparoscopie exploratrice (test au bleu)
- Post-coïtal test (sa place de nos jours?)
- Génétique?

Les technique de PMA visent à:

1. Optimiser la production d'ovocytes
2. Optimiser la qualité du sperme (capacitation du liquide séminale
3. Créer les meilleures conditions pour la rencontre des gamètes à l'intérieur ou à l'extérieur du corps humain
4. Créer les meilleures conditions pour l'implantation embryonaire

Insémination Intra-Utérine (IIU)

Indications :

- anomalies cervicales
- altérations modérées paramètres du sperme
- stérilités idiopathiques
- nécessité de recours à un don de sperme

Généralement associée à stimulation ovarienne

Taux de succès : 10 à 18 % par cycle

BelRAP

Insémination Intra-Utérine (IIU)

Avec stimulation

✓ CC 50 mg/j pendant 5j (J3-J7 vs J5-J9); Jusqu'à 150 mg

✓ FSH 50 UI/j dès J3

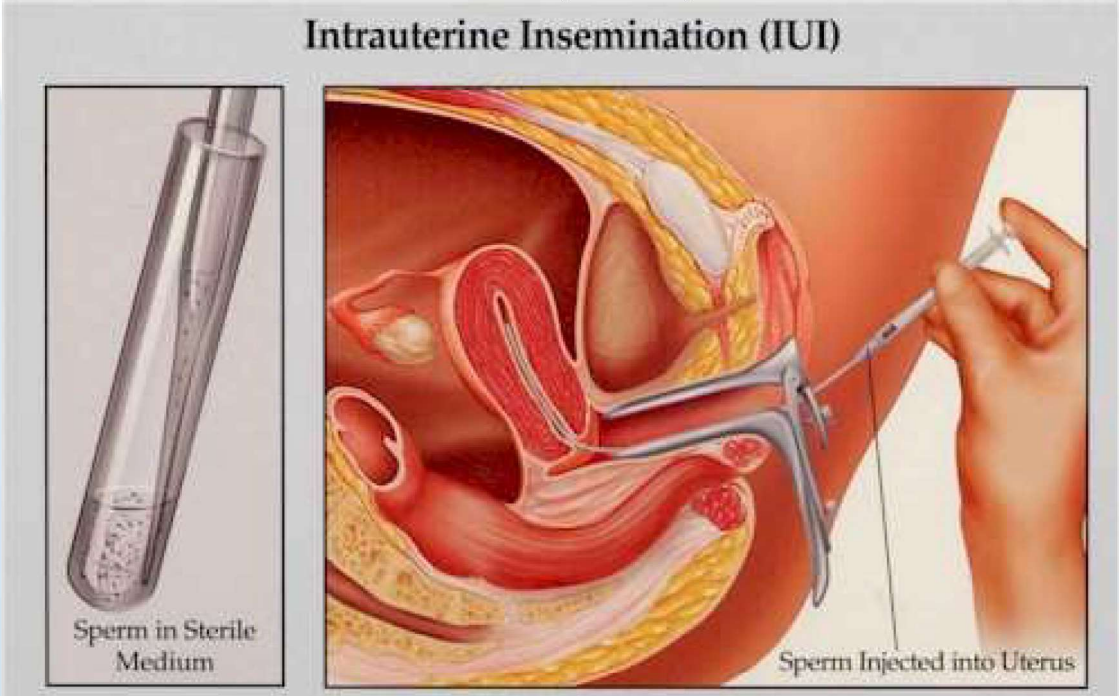
Monitoring de l'ovulation

- test urinaire
- écho +/- hormono

Capacitation du sperme dans les 2 cas. Support de la phase lutéale?
Pas de stimulation sans monito!!! Risque d'ovulation multiple +++++

Insémination Intra-Utérine (IIU)

Déposer dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter une préparation de sperme



For IUI, sperm are first washed and placed into a sterile medium. The sperm are then concentrated in a small volume of medium and are injected directly into the uterus.

Fécondation in vitro (FIV)

Mise en contact in vitro des ovocytes et du sperme, obtention d'embryons et transfert d'1 ou de plusieurs embryons dans l'utérus de la femme

Support de la phase lutéale

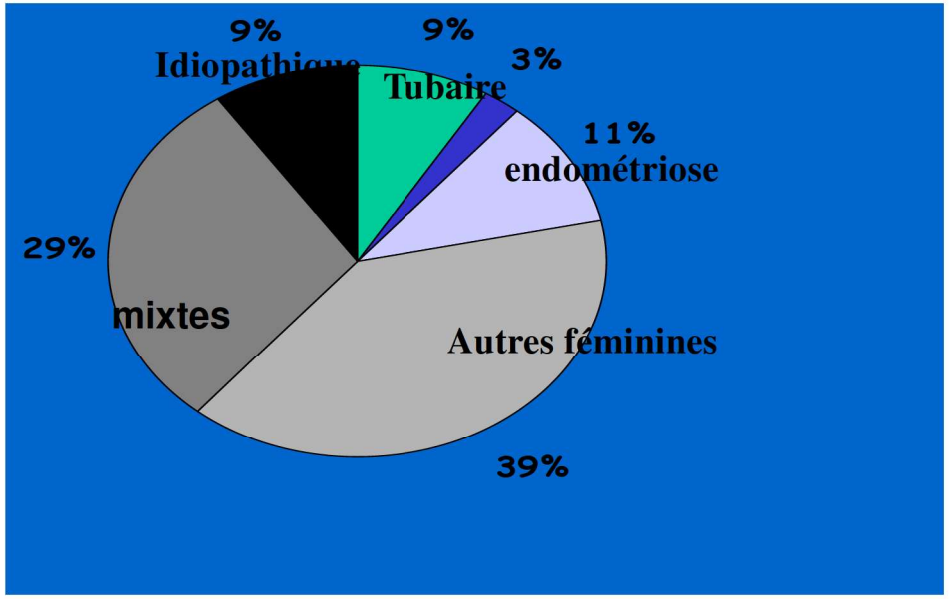
Fécondation in vitro (FIV)

Indications **:**

- imperméabilité tubaire
- altérations sévères des paramètres du sperme
- endométriose sévère
- échecs d'IIU
- âge de la femme > 40 ans
- stérilité idiopathique de longue durée (> 4 ans)

Fécondation in vitro (FIV)

- Causes féminins: 30%
  - 46%: facteurs tubaires
  - 15%: myomatose
  - 14%: facteurs endocrinologiques
  - 8% endométriose



BelRap 2015

GIERAF (Groupe Interafricain d'Etudes de Recherche Application Fertilité)

Fécondation in vitro (FIV)

Trois principes essentiels dans le traitement en FIV:

❖ Stimuler la croissance folliculaire (multi-folliculaire)

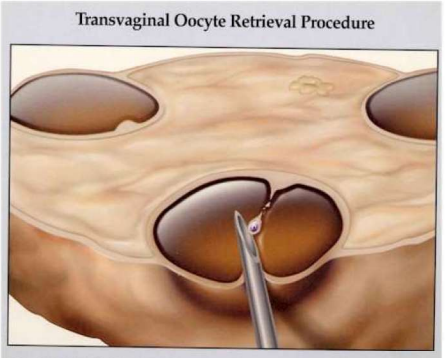
(Molécule: FSH; dose p/r BMI + AFC +/- AMH)

❖ Inhiber l'ovulation

(Agoniste vs Antagoniste)

❖ Induire l'ovulation et prélever les ovocytes.

(HCG ou Agoniste < risque OHSS)

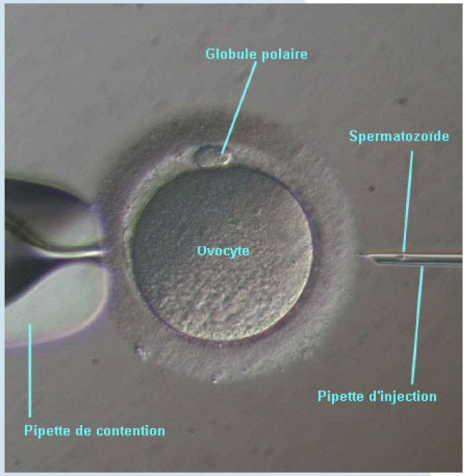


Hormones may be administered to the woman to produce multiple eggs. The eggs are then retrieved from the ovary.

Labo FIV

- recueil de sperme

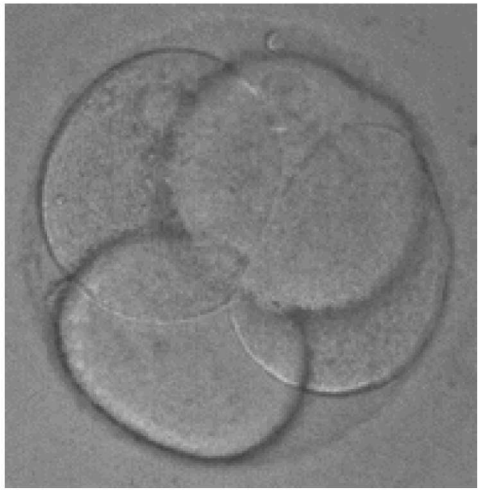
- FIV classique ou ICSI



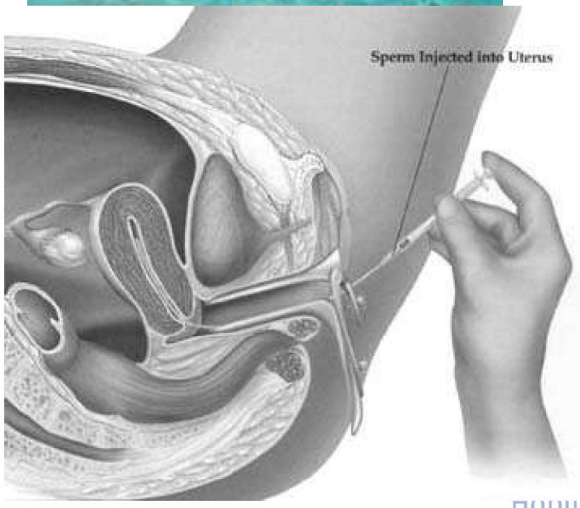
Labo FIV

- Culture des embryons

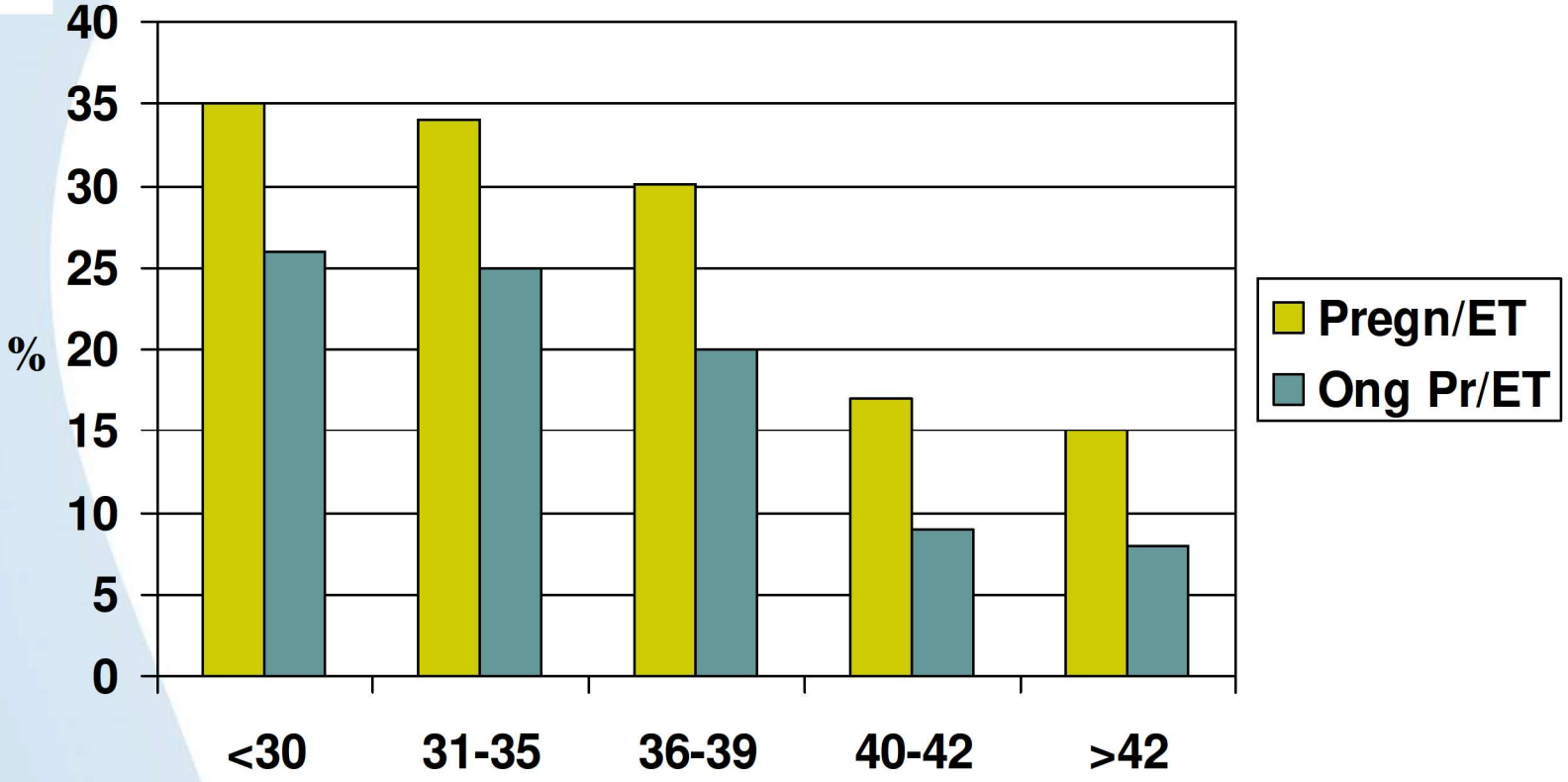
Fertilized oocyte (egg)



- transfert des embryons (J2 à J5)



Taux de succès de la FIV :



Belrap

30 % de grossesses

20 % de naissances vivantes

Complications de la FIV

- **Stimulation ovarienne**
  - Syndrome d'hyperstimulation ovarienne
  - Torsion annexielle
- **Ponction d'ovocytes**
  - Saignement
  - Infection pelvienne
  - Lésion digestive
- **Grossesse débutante**
  - Grossesse extra-utérine
  - Grossesse heterotopique
  - Grossesse multiple

Complications liées à la stimulation ovarienne

Syndrome Hyperstimulation Ovarienne: OHSS

Douleurs et distension abdominale quelques jours après le transfert

→ surveillance !!

- Perméabilité vasculaire
- Extravasation: ascite, épanchement pleuraux et péricardique
- Hémoconcentration
- Thrombose
- Mort

Torsion annexielle: 0.1 à 0.8 % *BelRAP*

Détorsion par laparoscopie est le premier traitement

Complications liées à la ponction d'ovocytes

Perte de sang:

Vaginal: 8.6 %, 0.8 % anormal (> 100 ml)

230 ml en intra-péritonéal est normal: sensibilité…

0.08 à 0.2 % hémorragie intra-abdominale:

Ovarien > vasculaire

Infections:

- **< 1 % et 0.3 % abcès, 6 % infections urinaires**
- **1 à 7 jours* après OPU**
- **< inoculation de germe du vagin**
- **Facteur de risque n°1= endométriose**
- **« late et very late onset »**

BelRAP

Complications liées à la grossesse débutante

Grossesse hétérotopique: 0.18 à 1 %

Grossesse ectopique: 2 à 11 %

Grossesse multiple:

11% de grossesse gémellaire (50 % accouchement prématuré, 3 X plus d'hospitalisation, 7 à 12 % d'IMC)

BelRAP

0,22 % de grossesses triples

Complications pour le bébé…

Etudes sur développement psychomoteur, intellectuel, relationnel,psychologique: aucune différence avec enfants conçus spontanément

Anomalies chromosomiques:

3,5 % pop générale → 4, 6 % enfants issus PMA

BelRAP

Essentiellement FIV avec ICSI .

Origine: Technique ou infertilité du couple ?

Quelques chiffres

Par an à Saint-Pierre:

Nombre de FIV: +/- 1000 (20 000 en B)

Nombre d'IIU: +/- 750 (24 000 en B)

Nombre IIU avec donneur: 220 (30 % des IIU)

Nombre de FIV avec donneur: 40 (4-5 % des FIV)

Nombre de dons d'ovocytes/an: +/- 10 (1 % des FIV)

Nombre de GPA: +/- 5 (0,5 % des FIV)

PMA et lois…

- Loi du remboursement de juillet 2003
- Loi encadrant la PMA de juillet 2007
- Loi sur le matériel corporel humain de décembre 2009

- Nombre d'embryons (Loi de juillet 2003)

Age	Essai n° 1	Essai n° 2	Essai n° 3…
≤ 35	1	1 ou 2 Selon qualité	≤ 2
36 à 39	≤ 2	≤ 2	≤ 3
≥ 40	?	?	?

- **42** ans révolu
- 6 essais sur **la vie**

Quelques chiffres

Depuis **1978** dans le Monde, depuis 1983 à Saint-Pierre

- Environ 15 000 essais par an et 3000 bébés nés par an en Belgique

- 18 centres agrées B en Belgique (AR du 15 février 1999), enregistrement données auprès du « BELRAP »

-Au Kmer: 1° BB en 1998; et 20 ans après? (2 labo privé à Dla 1 labo publique à Ydé

Daily Mail

And here she is...

THE LOVELY LOUISE

Liste documents PMA Qualité - Lecture seule - Mode de compatibilité - Excel

Christian Saurel KAMTO FOTSO

D161 | Estimation coût du traitement

##	Code	Intitulé	Version	
		Administratif		
		Documents cycles - patient		
		Monitoring de cycle		
		IIU Partenaire		
		IIU Donneur		
		FIV/ICSI		
		FIV-ICSI Donneur		
		FIV-ICSI DPI		
		Don anonyme - Donneuse		
		Don anonyme - Receveuse		
		Don dirigé - Donneuse		
		Don dirigé - Receveuse		
		Replacement embryonnaire		
		Formulaires - consentements patients		
	FO-ADM-201	attestation remboursement mutuelle Hors FIV	1	
	FO-ADM-202	attestation mutuelle remboursement FIV	1	
	FO-ADM-001	convention relative à la procréation médicalement assistée	4	*
	FO-ADM-002	questionnaire de congélation des embryons surnuméraires	3	*
	FO-ADM-003	microinjection intracytoplasmique des spermatozoïdes	3	
	FO-ADM-004	consentement diagnostic préimplantatoire (DPI)	4	
		Consentements sérologie positive		
	FO-ADM-115	Consentement patients séropositifs (HIV, Hépatite B, Hépatite C)	2	

Administratif | GYN | INF | PSY | Logistique | Métrologie | PMA | Qualité | RHU | CNV

Dr. Kamto Fotso – CISa
Douala 23 mars 2018

FO-ADM-063 protocole

file:///D:/PMA%20Erasme/Administratif/04-Formulaires%20Administratif/FIV-ICSI/FO-ADM-063%20protocole%20antagoniste.pdf

Hôpital Erasme - ULB

Clinique de fertilité
Tél : + 32 2 555 36 89
Fax : +32 2 555 45 20
Mail : secmed.fiv@erasme.ulb.ac.be

FÉCONDATION IN VITRO : PROTOCOLE ANTAGONISTE

SECRETARIAT
les jours ouvrables de 8h30 à 12h et de 13h à 15h

Tél : 02/555.36.89
Fax : 02/555.45.20
E-Mail : secmed.fiv@erasme.ulb.ac.be

J1 = 1er jour des règles DATE : ..../..../.....

1. ENTREE EN CYCLE :

Prévenez le secrétariat le premier jour des règles en appelant les **jours ouvrables** entre 8h30 et 12h ou entre 13h et 15h au **02/555.36.89 (si vous appelez de l'étranger formez le 0032/2/555.36.89) pour votre entrée en cycle. Si vous êtes réglée le week-end ou un jour férié**, veuillez appeler les infirmières entre 8h et 13h au **02/555.54.08**. Votre premier rendez-vous pour une prise de sang et une échographie à l'hôpital Erasme ou dans une de nos antennes sera fixé lors de cet appel téléphonique.

2. STIMULATION :

Jour du cycle	Date	Prise de sang	Echo	Orgalutran® Cétrotide®	Stimulation: Ovaleap® / Gonal F® / Menopur ® Puregon® / Clomid®
J1	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	..../..../....	.....	.....	.....	.....
J	/ /				

18:59
20-03-18

Dr. Kamto Fotso – CISa
Douala 23 mars 2018

Perspectives futures au Kmer

- ✓ Loi cadre de la PMA
- ✓ Autres centres publiques et privés (compétitivité des prix)
- ✓ Formation à la PMA, et embryologie
- ✓ CSU?

Merci pour votre aimable attention
Questions??

Médecins du Cameroun

Cameroon Medical Doctors

Solidaires-Professionnels-Compétitifs

Dr. Kamto Fotso – CISa
Douala 23 mars 2018