

Désir d'enfant

Brochure d'information



1. Remarque préalable concernant votre désir d'enfant	6
Désir d'enfant inassouvi : pourquoi nous ? Est-ce ma faute ? Est-ce ta faute ? Premiers pas vers la réalisation du désir d'enfant Quelles sont les chances de tomber enceinte ?	
2. La procréation humaine	8
3. La stérilité : causes possibles	11
4. Les médicaments	13
Le clomifène La gonadotrophine ménopausique humaine (hMG) L'hormone folliculo-stimulante (FSH) La corifollitropine alfa Antagonistes de la GnRH Les agonistes de la GnRH La choriogonadotropine humaine (hCG) La progestérone	
5. Les méthodes de procréation assistée	16
5.1 Vue d'ensemble des techniques à disposition	16
Induction de l'ovulation (IO) Insémination intra-utérine (IIU) FIV Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) Éclosion assistée Analyse des globules polaires Diagnostic pré-implantatoire (DPI) Cryoconservation d'ovules Extraction testiculaire de spermatozoïdes (TESE) Aspiration microchirurgicale des spermatozoïdes épидидymaires (MESA)	

5.2 Le traitement de fertilité (FIV)	19
Première étape Stimulation de la maturation ovulaire (stimulation ovarienne)	
Deuxième étape Contrôle de la maturation ovulaire	
Troisième étape Déclenchement de l'ovulation	
Quatrième étape Intervention chirurgicale pour le prélèvement ovulaire (ponction sous contrôle échographique)	
Cinquième étape Recueil et traitement des spermatozoïdes	
Sixième étape Fécondation des ovules prélevés et développement des embryons	
Septième étape Transfert du ou des embryon(s)	
6. Risques associés aux traitements de fertilité	24
7. Recommandations pour votre traitement de fertilité	27
8. Aspects juridiques relatifs aux traitements de fertilité	30
9. Lexique	31

1. Remarque préalable concernant votre désir d'enfant

Désir d'enfant inassouvi : pourquoi nous ?

Cette question ne se pose pas uniquement pour vous, mais aussi pour beaucoup d'autres couples. Saviez vous qu'aujourd'hui en Allemagne, environ un couple sur sept rencontre des difficultés à réaliser son désir d'enfant ? Et que le nombre de couples dans le même cas que vous est en augmentation constante ?

On parle de désir d'enfant inassouvi ou de problèmes de fertilité en cas d'absence de grossesse malgré un souhait de procréation après un an de rapports sexuels non protégés.

Est-ce ma faute ? Est-ce ta faute ?

Le désir d'enfant inassouvi est toujours un problème qui touche les deux partenaires. Les raisons peuvent en être multiples : divers facteurs d'ordre organique, mais également psychologique ou professionnel, l'âge de la femme, le mode de vie, l'alimentation, la consommation de cigarettes et d'alcool ainsi que les composantes environnementales ont une influence déterminante sur la fertilité.



Les causes organiques d'un désir d'enfant inassouvi sont aussi fréquentes chez l'homme (40% environ) que chez la femme (40% environ) ou peuvent également être diagnostiquées chez les deux partenaires (dans 20% des cas environ).

Aucune cause de l'infertilité ne peut être établie chez 10 à 20% seulement des couples en désir d'enfant inassouvi.

Même lorsqu'il est avéré que la cause vient de l'homme, la femme devra elle aussi suivre un traitement dans la grande majorité des cas.

Premiers pas vers la réalisation du désir d'enfant

Dans un premier temps, divers examens spécifiques sont effectués dans le but d'établir un diagnostic clair. Les causes d'un désir d'enfant inassouvi pouvant être très variées, les examens sont toujours réalisés chez les deux partenaires et prennent beaucoup de temps. Après l'analyse précise de la ou des causes suit l'élaboration d'un plan de traitement spécifiquement adapté à votre diagnostic. Vous pourrez alors discuter en détail de ce plan de traitement avec votre médecin traitant qui vous informera de sa durée et de ses différentes étapes.

Quelles sont les chances de tomber enceinte ?

Lors d'un traitement par FIV, le taux de grossesse après le transfert d'embryon est de 20 à 30% en moyenne. À titre de comparaison : un couple sain qui a des rapports sexuels réguliers tout au long du cycle présente également une chance de grossesse de l'ordre de 20 à 30% environ.

Votre médecin vous exposera précisément votre taux individuel de chance de parvenir à une grossesse réussie : de fait, l'estimation individuelle des chances de grossesse implique également la prise en compte de facteurs tels que le type et le degré de perturbation de la fertilité ainsi que l'âge de la femme.

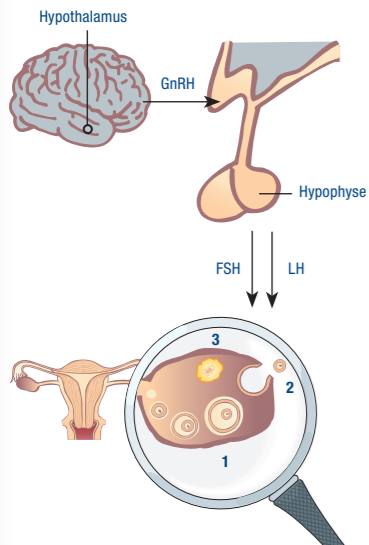
2. La procréation humaine

Procréation et grossesse : un processus tout simple en apparence mais en réalité ultra-précis et hautement complexe.

Que se passe-t-il lors du cycle féminin ?

Une fois par mois, des hormones synthétisées dans le diencephale (hypothalamus) et l'hypophyse de la femme provoquent la maturation d'un ovule fécondable dans ses ovaires.

PRODUCTION DES HORMONES FSH ET LH



Les hormones FSH et LH synthétisées dans l'hypophyse ont les actions suivantes :

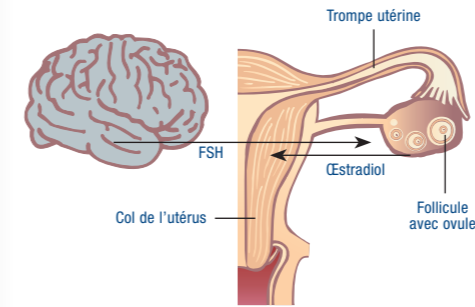
- 1** La croissance du follicule et la maturation de l'ovule qu'il renferme
- 2** Le déclenchement de l'ovulation
- 3** Par la suite le développement et l'activité du corps jaune

L'hormone GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone) sécrétée par l'hypothalamus a une action stimulante sur l'hypophyse. Sous l'effet de cette stimulation, l'hypophyse sécrète alors les hormones sexuelles FSH (hormone folliculo-stimulante) et LH (hormone lutéinisante).

La FSH et la LH agissent à leur tour sur les ovaires :

- Lors de la première moitié du cycle, la FSH stimule la croissance et le développement d'un seul (dans la plupart des cas) follicule à l'intérieur duquel mûrit l'ovule.
- La LH déclenche l'ovulation au milieu du cycle.

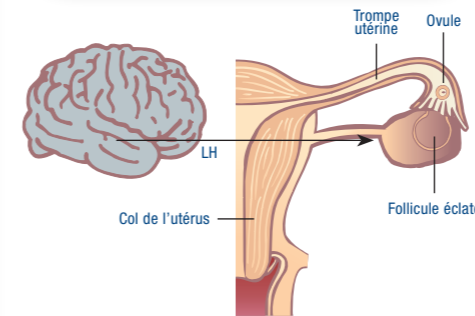
PREMIÈRE MOITIÉ DU CYCLE



Première moitié du cycle (du 1er au 14e jour environ)

Sous l'action de la FSH se développe un follicule à l'intérieur duquel sont sécrétées de grandes quantités d'œstrogènes. Ces œstrogènes stimulent l'épaississement de la muqueuse utérine, la dilatation du col utérin (cervix) de plusieurs millimètres et, au niveau de ce dernier, la production de glaire cervicale en quantité suffisante.

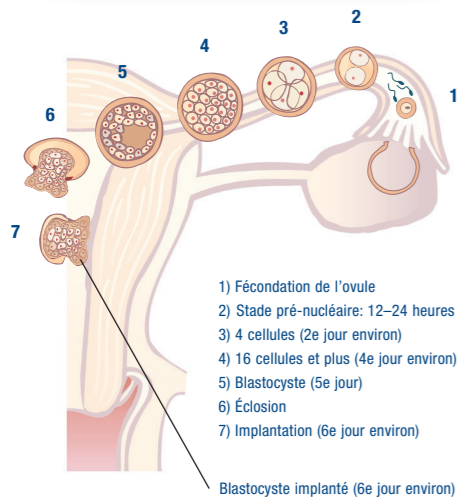
MILIEU DU CYCLE



Milieu du cycle (du 14e au 16e jour environ)

Une augmentation rapide de la sécrétion de LH se produit la plupart du temps entre le 12e et le 14e jour et provoque l'ovulation dès le lendemain. Le follicule éclate et l'ovule désormais fécondable est recueilli par le pavillon de la trompe utérine. À partir des restes du follicule ayant libéré l'ovule se forme le corps jaune (corpus luteum) qui produit la progestérone (hormone du corps jaune). La progestérone prépare la muqueuse utérine à la nidification de l'ovule fécondé et est responsable du maintien de la grossesse.

LA FÉCONDATION

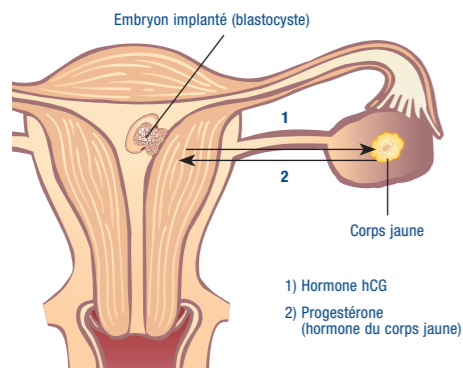


La fécondation

Les spermatozoïdes aptes à la fécondation doivent d'abord passer la barrière de la glaire cervicale dans le col de l'utérus puis gagner la cavité utérine pour atteindre finalement la trompe jusqu'à ce que l'un d'eux puisse pénétrer dans l'ovule. Les patrimoines génétiques de la mère et du père fusionnent, la division cellulaire commence et un nouvel être humain peut se constituer. Sous l'effet des contractions musculaires de la trompe, le pré-embryon entame sa migration vers la cavité utérine (entre le 2e et le 5e jour).

Au bout de cinq jours environ, il parvient dans l'utérus et s'y implante (entre le 6e et le 7e jour). La grossesse se met en place.

JOURS 6 ET 7 APRÈS L'OVULATION ET LA FÉCONDATION



Aux 6e et 7e jours après l'ovulation et la fécondation

L'embryon s'est implanté dans la muqueuse utérine préparée à le recevoir. Il produit des hormones (notamment l'hormone de grossesse hCG) et signale ainsi la nidation (implantation) à l'ovaire. Le corps jaune est ainsi préservé et produit la progestérone qui est responsable du maintien de la grossesse.

3. La stérilité : causes possibles

Les causes organiques à l'origine de votre problème d'infertilité peuvent être diagnostiquées chez l'un ou l'autre des partenaires (voire chez les deux) et, dans la plupart des cas, il est possible de les traiter. Votre centre de traitement vous conseillera volontiers sur les solutions qui s'offrent à vous pour améliorer votre contexte de vie extérieur (travail, mode de vie, alimentation, environnement) et gérer émotionnellement votre situation.

♀ CHEZ LA FEMME*

- Dysfonctionnements de la sécrétion hormonale dans l'hypothalamus, l'hypophyse, la thyroïde, les corticosurrénales ou les ovaires, ce qui est susceptible de perturber le processus de maturation des ovules
- Malformation des ovaires, des trompes ou de l'utérus
- Endométriose : développement de la muqueuse utérine hors de l'utérus, par exemple dans les trompes, les ovaires ou la vessie
- Processus de défense immunologique : production d'anticorps contre les ovules ou les spermatozoïdes

♂ CHEZ L'HOMME*

- Dérèglement ou absence de la fonction testiculaire, par exemple suite à une infection par le virus des oreillons pendant l'enfance, ce qui peut se traduire par des spermatozoïdes trop peu nombreux ou malformés
- Malformation ou obstruction des voies spermatiques
- Infection des testicules, absence de descente des testicules ou varices testiculaires
- Malformations congénitales des testicules

* Liste non exhaustive

Mais qu'en est-il lorsqu'aucune cause ne peut être identifiée ? Que les trompes utérines sont perméables, les spermatozoïdes de bonne qualité, l'ovulation régulière et les deux partenaires en bonne santé ? Mais que le désir d'enfant reste malgré tout inassouvi ? Dans de tels cas également, un traitement de fertilité peut être envisagé.

4. Les médicaments

Vous trouverez dans l'aperçu qui suit tout une série d'informations sur divers médicaments utilisés dans les traitements de fertilité. N'hésitez pas à consulter votre médecin traitant pour davantage de détails ainsi que pour en savoir plus quant aux risques et effets secondaires.

Le clomifène

Le clomifène est un médicament à administration orale qui favorise le déclenchement de l'ovulation. Il est utilisé pour induire l'ovulation chez les femmes atteintes de stérilité par absence d'ovulation. Avant le début de tout traitement, il est essentiel d'exclure les autres causes possibles d'infertilité chez la femme et, bien sûr, l'infertilité du partenaire masculin.

La gonadotrophine ménopausique humaine (hMG)

Le principe actif de ce traitement médicamenteux est obtenu à partir de l'urine de femmes postménopausées. Il est désigné par le terme « gonadotrophine ménopausique humaine » ou « hMG ». Outre de la FSH, la gonadotrophine ménopausique humaine contient également une certaine quantité de LH (hormone lutéinisante).

L'hormone folliculo-stimulante (FSH)

La FSH est un médicament de premier plan dans les traitements de fertilité. Elle est soit obtenue à partir de l'urine de femmes postménopausées puis hautement purifiée (uFSH), soit produite par voie biotechnologique (forme recombinante : rFSH). Tout comme la FSH produite par l'hypophyse, les deux hormones induisent la stimulation des ovaires, ce qui se traduit par une intensification du processus de maturation des ovules. La réponse des ovaires à ces hormones est notamment fonction de la dose administrée et diffère d'une femme à une autre.

La corifollitropine alfa

La corifollitropine alfa est une hormone de fertilité utilisée pour la stimulation ovarienne contrôlée. Dans le cadre d'une fécondation artificielle, elle ne doit être injectée qu'une seule fois par cycle de traitement conformément à un protocole spécifique - au lieu d'injections quotidiennes sur sept jours consécutifs au cours de chaque cycle de traitement comme c'est le cas pour la uFSH (hormone folliculo-stimulante urinaire) ou la rFSH (hormone folliculo-stimulante recombinante). La corifollitropine alfa a une durée d'activité FSH prolongée et stimule la croissance des follicules pendant sept jours consécutifs.

Antagonistes de la GnRH

En Allemagne, les antagonistes de la GnRH sont à disposition pour les traitements de stimulation ovarienne depuis 1999. Les antagonistes de la GnRH préviennent les pics précoces de LH et permettent ainsi de déclencher l'ovulation au jour près après la stimulation des ovaires et la maturation des ovules. En d'autres termes, ils offrent la possibilité d'ajuster individuellement le traitement.

Les agonistes de la GnRH

Avant l'arrivée sur le marché des antagonistes de la GnRH, les agonistes de la GnRH étaient utilisés pour la régulation de l'hypophyse dans les traitements de la stérilité – également à des fins de prévention des ovulations précoces. Il est ainsi possible de déclencher l'ovulation au jour près. Compte tenu du mécanisme d'action en jeu, le traitement par les agonistes de la GnRH est plus long qu'avec les antagonistes de la GnRH.

La choriogonadotropine humaine (hCG)

La choriogonadotropine humaine (hCG) joue un rôle essentiel dans le maintien de la grossesse. Elle est synthétisée dans le placenta. Dans le cadre des traitements de fertilité, elle est utilisée pour déclencher l'ovulation et soutenir la phase lutéale (période d'activité du corps jaune).

La progestérone

La progestérone est la principale hormone sécrétée par le corps jaune. Entre autres, elle prépare la muqueuse utérine à la nidation de l'embryon.



5. Les méthodes de procréation assistée

Les traitements de fertilité sont un travail d'équipe. Les membres permanents de l'équipe sont les deux partenaires, les médecins, les collaborateurs du laboratoire et les assistantes. Chacun a sa propre contribution à apporter.

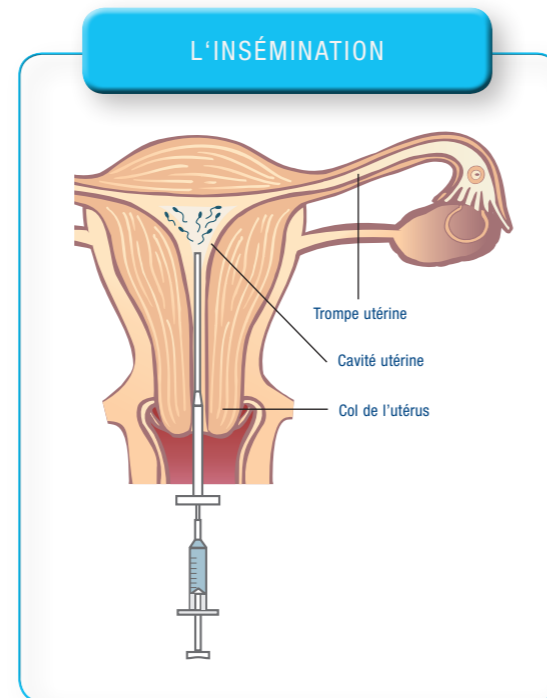
5.1 Vue d'ensemble des techniques à disposition

Induction de l'ovulation (IO)

En cas d'absence d'ovulation, des médicaments inducteurs d'ovulation sont souvent administrés dans un premier temps, l'objectif étant de déclencher l'ovulation. La fécondation peut ensuite être soit effectuée dans le cadre de rapports sexuels normaux sur une période bien déterminée, soit par le biais d'une insémination intra-utérine (cf. ci-après).

Insémination intra-utérine (IIU)

Au moment de l'ovulation, des spermatozoïdes «lavés» spécialement préparés à cet effet sont directement introduits dans la cavité utérine à l'aide d'un fin cathéter. L'insémination est privilégiée en cas de diminution moyenne de la capacité de procréation chez le partenaire masculin.



FIV

... est l'abréviation de « fécondation in vitro ». Ce procédé a été développé et amélioré en permanence depuis 1978 avec la naissance de la petite Louise Brown, premier bébé-éprouvette conçu par FIV en Angleterre. Il consiste à prélever des ovules de la femme après stimulation préalable et à les fusionner avec le sperme de l'homme hors de l'organisme.

Les ovules ainsi fécondés / embryons en devenir sont ensuite transférés dans la cavité utérine.

Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

L'ICSI est une technique complémentaire à la FIV qui est par exemple utilisée en cas de mauvaise qualité du sperme de l'homme. Toutes les étapes de cette technique sont par conséquent identiques à la FIV jusqu'au prélèvement ovulaire.

Dans le cas de l'ICSI, un ovule est fixé avec une pipette de contention. Sous un microscope spécial, un seul spermatozoïde est capturé avec une fine pipette d'injection puis directement introduit dans l'ovule. Également appelée « micro-injection », l'ICSI imite ainsi le mécanisme naturel de pénétration d'un spermatozoïde dans l'ovule.

Éclosion assistée

Au stade précoce du développement embryonnaire, l'embryon est entouré d'une couche protectrice appelée « zone pellucide ». Pour une implantation réussie de l'embryon dans la muqueuse utérine, il doit d'abord se libérer de la zone pellucide. Ce processus est appelé « éclosion ». Pour aider l'embryon à « éclore », il est possible de recourir à la technique dite d'éclosion assistée, laquelle consiste à pratiquer une petite brèche dans la zone pellucide à l'aide d'un faisceau laser. Ce processus est appelé « éclosion assistée ».

Analyse des globules polaires

L'analyse des globules polaires permet d'identifier les anomalies de répartition de certains chromosomes dans les ovules. Elle peut être utile pour les couples souhaitant exclure tout risque de transmission par la mère à l'enfant d'une maladie héréditaire déjà connue.

Diagnostic pré-implantatoire (DPI)

L'analyse du patrimoine héréditaire de l'embryon est autorisée lorsque, compte tenu des prédispositions génétiques des parents, il est probable que l'enfant à naître puisse être affecté d'une maladie héréditaire grave, ou encore en cas de risque de bébé mort-né ou de fausse couche.

Cryoconservation d'ovules

La cryoconservation est utilisée pour le stockage sécurisé des « ovules surnuméraires » (on parle d'ovules imprégnés ou de stades précoces).

Lors de cycles ultérieurs, ces ovules pourront ensuite être décongelés, cultivés et transférés au stade embryonnaire dans la cavité utérine après leur fécondation. Le procédé est éprouvé et ne requiert aucune étape de maturation supplémentaire dans le cadre d'un traitement de stimulation ni aucune ponction folliculaire ultérieure.

Extraction testiculaire de spermatozoïdes (TESE)

L'abréviation TESE désigne l'extraction testiculaire de spermatozoïdes au moyen d'une biopsie testiculaire. Les spermatozoïdes ainsi extraits ne peuvent être utilisés que dans le cadre d'une ICSI pour la fécondation d'un ovule. La biopsie testiculaire est en soi un acte à visée diagnostique qui a notamment pour objectif d'évaluer les chances de réussite en cas de spermogramme fortement altéré.

Aspiration microchirurgicale des spermatozoïdes épидидymaires (MESA)

Dans le cadre d'une petite intervention, des échantillons de tissus ayant une forte probabilité de contenir des spermatozoïdes sont prélevés dans l'épididyme. Ce procédé est par exemple utilisé en cas d'obstruction des voies de passage des spermatozoïdes ainsi qu'en cas de FIV ou d'ICSI.

5.2 Le traitement de fertilité (FIV)

Le traitement comprend sept étapes :

Première étape**Stimulation de la maturation ovulaire (stimulation ovarienne)**

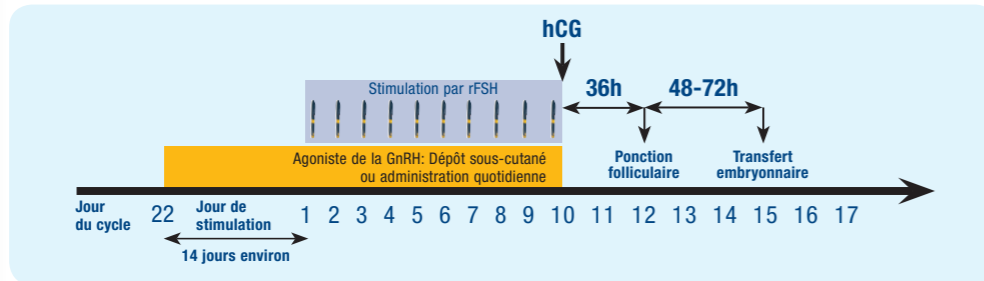
Fondamentalement, les traitements de fertilité peuvent bien sûr être également pratiqués en cycles spontanés mais la stimulation hormonale de la maturation ovulaire reste à privilégier. Pourquoi ? Lors d'un cycle naturel, un seul ovule arrive normalement à maturation, ce qui ne laisse qu'une chance relativement faible pour le transfert embryonnaire dans le cadre d'une FIV ou d'une ICSI. La stimulation permet de maximiser les chances car plusieurs follicules sont stimulés à croître dans le but également d'obtenir plusieurs ovules.

Pour l'essentiel, les techniques de stimulation les plus souvent employées sont les suivantes :

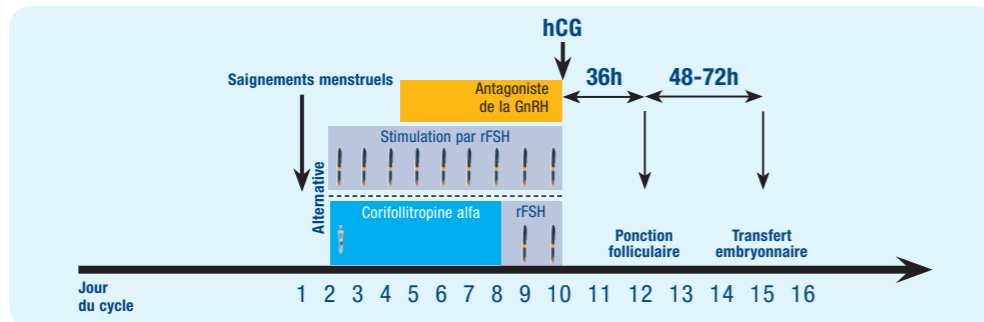
- Injections de uFSH/rFSH ou de hMG.
- Combinaison de la stimulation par uFSH/rFSH ou par hMG avec un agoniste de la GnRH. L'administration de l'agoniste de la GnRH est soit initiée dès la deuxième moitié du cycle antérieur (protocole long), soit à peu près en même temps que l'administration de FSH/hMG (protocole court).
- Combinaison de la stimulation par uFSH/rFSH ou par hMG avec un antagoniste de la GnRH. Celui-ci n'est administré qu'après le début de la stimulation folliculaire, soit à partir du 5e ou du 6e jour de stimulation environ (protocole avec antagoniste). Combinaison de la corifollitropine alfa avec un antagoniste de la GnRH. Celui-ci est administré à partir du 5e ou du 6e jour de stimulation environ. Le cas échéant, un traitement ultérieur par uFSH/rFSH peut également être nécessaire.

EXEMPLES DE TRAITEMENT

Exemple : protocole avec agoniste



Exemple : protocole avec antagoniste



Les schémas de traitement ci-dessus n'ont qu'une valeur d'exemple. Bien entendu, votre centre de fécondation in vitro se tient à votre entière disposition afin d'élaborer pour vous un plan thérapeutique individuel qui pourra éventuellement diverger des exemples précédents.

Deuxième étape

Contrôle de la maturation ovulaire

Dans un premier temps, une échographie est réalisée afin de vérifier si les ovaires et l'utérus sont prêts pour le traitement de stimulation envisagé. Les follicules en phase de croissance sont contrôlés par échographie au cours du traitement de stimulation. Si nécessaire, les concentrations hormonales sont mesurées dans le sang. De cette manière, il est possible de déterminer le moment le plus opportun pour le déclenchement de l'ovulation ainsi que pour le prélèvement d'ovules mûrs fécondables.

Troisième étape

Déclenchement de l'ovulation

Dès que les examens hormonaux et les résultats d'échographie mettent en évidence une maturation suffisante des follicules, l'ovulation est déclenchée par une injection de hCG. Les follicules sont prélevés (par ponction) au bout de 36 heures environ. En cas de problème de quelque type que ce soit, le traitement sera immédiatement interrompu au bénéfice de votre sécurité.

Quatrième étape

Intervention chirurgicale pour le prélèvement ovulaire (ponction sous contrôle échographique)

Les follicules sont ponctionnés sous guidage échographique. Selon ce procédé, le médecin procède à un prélèvement d'ovules dans les follicules arrivés à maturation à l'aide d'une fine aiguille. Pour lui rendre l'intervention la plus confortable possible, la patiente reçoit une brève anesthésie légère ou est placée sous antalgiques/tranquillisants. L'intervention est réalisée en ambulatoire.

Cinquième étape

Recueil et traitement des spermatozoïdes

Recueil des spermatozoïdes : pas toujours si simple qu'il n'y paraît ! Rien de plus compréhensible si cette étape vous préoccupe. N'hésitez pas à en parler ouvertement. Vous pourrez décider vous-même de l'endroit où vous vous masturberez : à la maison, dans une pièce tranquille du centre de traitement ou à l'hôtel. Il est néanmoins essentiel que votre sperme parvienne ensuite au laboratoire dans les meilleurs délais et dans des conditions les plus aseptiques possibles.

Selon des méthodes de traitement spécifiques, les spermatozoïdes mobiles sont concentrés puis libérés des sécrétions prostatiques. En cas de recueil spermatique particulièrement peu abondant, d'autres procédés de traitement pourront également être mis en œuvre.

Sixième étape

Fécondation des ovules prélevés et développement des embryons

Le sperme recueilli pour le traitement par FIV est préparé au laboratoire. Au bout de quelques heures, les spermatozoïdes mobiles sont mis en contact avec les ovules dans le liquide de culture.

Les ovules et les spermatozoïdes sont maintenus dans un incubateur à 37°C. Après un certain temps, des vérifications sont effectuées afin de s'assurer que la fécondation a bien eu lieu (imprégnation). Si tel est le cas, l'embryon peut être transféré dans la cavité utérine.

La méthode ICSI suit les mêmes étapes que le procédé de FIV à l'exception de l'étape de fécondation.

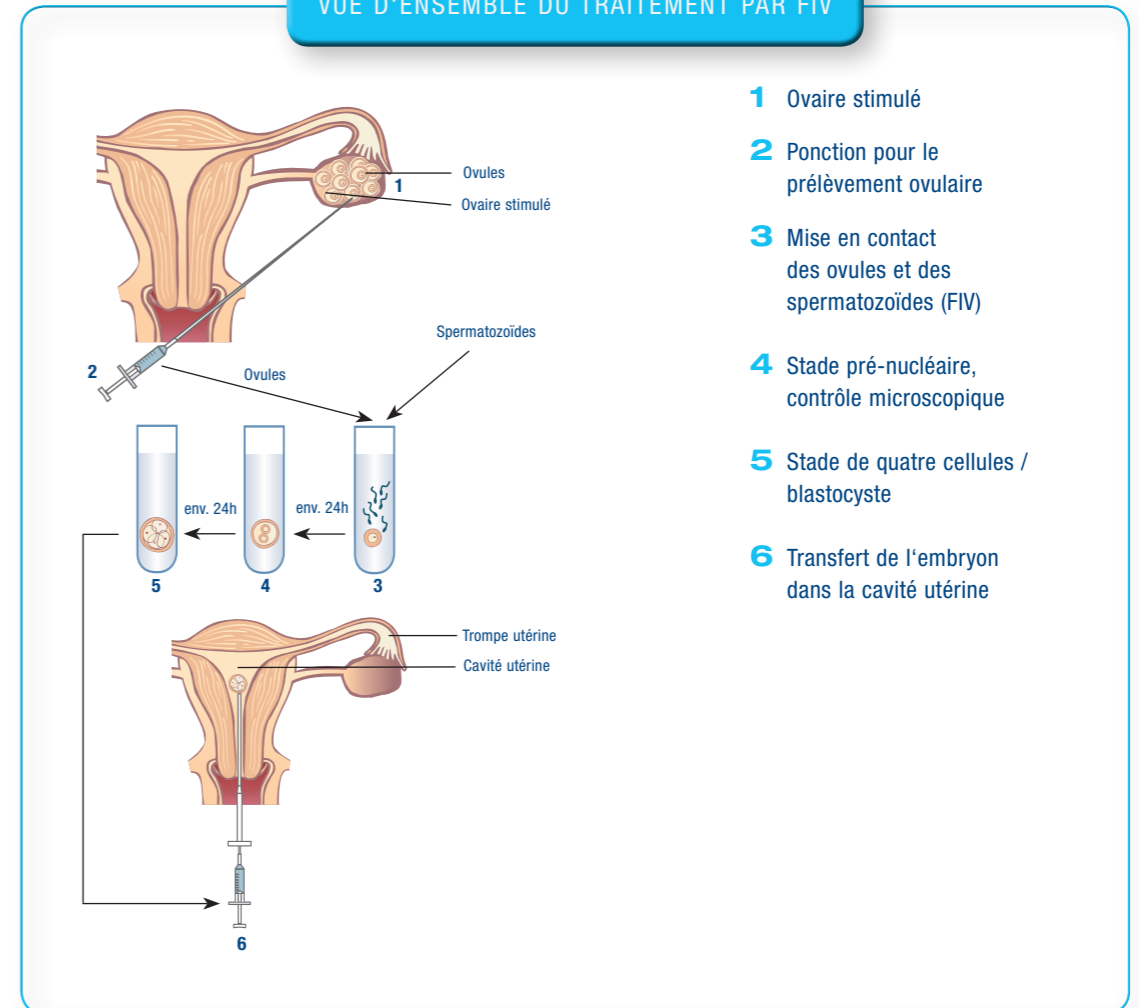
Septième étape

Transfert du ou des embryon(s)

Si au moins un embryon viable a commencé à se développer dans le milieu de culture, il est aspiré avec une infime quantité de milieu de culture au moyen d'un fin cathéter souple puis transféré dans la cavité utérine. Ce transfert est en général indolore. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de dilater l'utérus à l'aide d'un instrument afin de pouvoir introduire plus aisément le cathéter de transfert.



VUE D'ENSEMBLE DU TRAITEMENT PAR FIV



6. Risques associés aux traitements de fertilité

Tout traitement de fertilité comporte à la fois des chances et des risques. Il est essentiel que vous les connaissiez avant de prendre votre décision.

Les risques*

Ponction folliculaire

La ponction folliculaire est une intervention chirurgicale et, en tant que telle, elle est associée à un certain nombre de risques. L'anesthésie comporte elle aussi des risques qui lui sont propres. Des complications sont en outre susceptibles de survenir en cas de ponction folliculaire sous échographie, par exemple des lésions des organes voisins; ce risque est cependant minime.

Grossesse multiple

Les grossesses multiples constituent un facteur de risque majeur pour la santé de la mère et des enfants à venir. Les grossesses multiples ainsi que diverses caractéristiques spécifiques des couples rencontrant des problèmes de fertilité (par ex. l'âge de la femme, certains dysfonctionnements spermatiques, la présence de prédispositions génétiques chez les deux parents) augmentent par ailleurs la probabilité de malformations à la naissance.

Grossesse tubaire

Il est possible qu'un embryon migre hors de l'utérus pour s'implanter dans une trompe, ce qui peut donner lieu à une grossesse tubaire (grossesse extra-utérine). Dans la plupart des cas, le risque de complications peut toutefois être minimisé grâce à des contrôles réguliers et à la mise en œuvre immédiate des mesures qui s'imposent.

Fausses couches / malformations

En Allemagne, 15% environ de toutes les grossesses se terminent par une fausse couche. En cas de traitement de fertilité, ce chiffre oscille entre 20 et 25% en fonction du problème sous-jacent. Le risque de malformations est lui aussi légèrement plus élevé. Il convient toutefois de noter à cet égard que l'âge moyen des femmes enceintes par FIV est plus élevé que celui des femmes enceintes par la voie « normale » et que le taux de fausses couches augmente naturellement avec l'âge.

* Les risques ci-avant ne constituent qu'une liste non exhaustive d'incidents potentiels.

Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHSO)

Les traitements hormonaux utilisés pour la stimulation de la maturation ovulaire peuvent conduire à un syndrome d'hyperstimulation des ovaires (SHSO). Le SHSO est un trouble grave caractérisé par une stimulation excessive des ovaires ainsi que par une croissance des follicules au-delà de leur taille normale. Dans de rares cas, un SHSO grave peut également entraîner un risque vital. Un suivi étroit par votre médecin est dès lors primordial. Pour vérifier l'efficacité du traitement, votre médecin pratiquera des examens échographiques de vos ovaires. Le cas échéant, il surveillera également vos taux d'hormones dans le sang.

Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne se traduit par un épanchement soudain de liquide dans la poitrine et l'abdomen avec présence possible de caillots de sang. Contactez immédiatement votre médecin si vous présentez les symptômes suivants :

- Gonflement important de l'abdomen et douleurs dans la région abdominale (bas-ventre)
- Nausées
- Vomissements
- Prise de poids soudaine consécutive à une accumulation de liquide
- Diarrhées
- Mictions réduites
- Symptômes d'essoufflement

Avant de vous soumettre à un traitement de fertilité, veuillez informer votre médecin si vous avez déjà développé un syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHSO).

Grossesse

Bien entendu, la grossesse ne constitue pas un risque en soi car votre objectif est bien d'avoir un enfant. Mais il ne faut pas oublier que toute grossesse peut également donner lieu à des complications. Comme pour toutes les grossesses, le risque d'anomalie génétique ou congénitale ou encore de fausse couche ne peut jamais être entièrement exclu.

7. Recommandations pour votre traitement de fertilité

La clé de voûte de votre traitement ne tient pas tant aux appareillages et procédés médicaux utilisés. Elle tient essentiellement à vous-même, à votre partenaire et à votre couple :

avec vos désirs, vos espoirs, vos peurs et également vos doutes. Le traitement de fertilité est pour vous deux une affaire très personnelle. Et doit également le rester.

Essayez d'aborder les choses avec calme et sérénité. Vous pourrez très vite le constater : plus vous ferez preuve de décontraction, plus le traitement sera facile à vivre pour vous.

La mission du médecin qui vous prend en charge est aussi en grande partie de vous soutenir dans cet état d'esprit et de rester à votre écoute en tant que partenaire à part entière. Parler est une composante essentielle de cette mission. C'est pourquoi votre médecin pourra également être amené à vous poser des questions très personnelles, des questions qui pourront parfois vous sembler douloureuses mais qui n'en restent pas moins nécessaires. Et donc la réponse, une fois que vous en aurez trouvé une, pourra vous être d'une aide précieuse.

De telles questions pourraient par exemple être les suivantes :

- Entre votre partenaire et vous, qui souffre le plus de l'absence d'enfant ?
- Quelles sont vos craintes avant le traitement ?
- Où placez-vous vos limites ?
- Quelle est votre position par rapport à l'adoption ?
- Comment pourriez-vous envisager une vie sans enfant ?

Qu'il s'agisse de questions médicales ou personnelles, l'équipe FIV se tient à votre entière disposition pour y répondre. Aussi n'hésitez pas à demander tout ce que vous voulez savoir.

Relâchez aussi la pression de temps en temps si vous le sentez nécessaire. Et si le traitement vous paraît trop éprouvant, surtout faites-nous en part !



Ne vous forcez à rien et veillez toujours à rester vous-même ! Même si c'est plus facile à dire qu'à faire, ne vous exposez pas à la pression de devoir réussir à tout prix. La pression ne sert à rien, bien au contraire. Lâchez prise, mais n'abandonnez pas !

Les jours qui suivront le transfert d'embryon pourront être difficiles à vivre. Vous oscillerez entre l'espoir et l'anxiété. Même si c'est difficile, essayez d'ores et déjà de conserver votre calme et de vous détendre. C'est la meilleure chose que vous puissiez faire.

Une dernière recommandation : cela ne sera pas toujours évident, mais veillez à ne pas perdre votre spontanéité pendant toute la durée du traitement, et surtout n'oubliez pas de rire ensemble ! Outre vos rapports planifiés, aimez-vous également à chaque fois que vous en avez envie.

Les pauses spécialement prévues dans le traitement - en règle générale de deux à trois mois, parfois plus longtemps - sont essentielles à cet égard. Car il n'est pas judicieux d'enchaîner les uns après les autres les cycles de traitement. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'une grossesse spontanée survienne au cours de ces pauses.

Veillez dès maintenant à mener une vie saine et à vous faire le plus de bien possible pendant le traitement :

- beaucoup de fruits frais, de légumes et de crudités, plusieurs petits repas répartis dans la journée plutôt qu'un grand repas par jour ; il est essentiel que vous conserviez votre appétit !
- Accordez-vous tout le sommeil dont vous avez besoin.
- Pratiquez le sport que vous aimez. Sans excès, mais régulièrement.
- Prévoyez régulièrement de petites pauses détente même pendant la journée.
- Fumer influe négativement sur les traitements de fertilité. Réduisez dès maintenant votre consommation de cigarettes ou, encore mieux, arrêtez complètement de fumer.

Les organisations d'entraide

Souhaiteriez-vous partager et échanger vos expériences avec d'autres couples concernés par l'infertilité ?

Si tel est le cas, vous pouvez vous adresser à l'association suivante :

Wunschkind e.V.

c.o. Gabriele Ziegler
Metzgeshauser Weg 20
42489 Wülfrath

Téléphone : 0180/500 21 66
Site internet : www.wunschkind.de
E-mail : kontakt@wunschkind.de

Cette association pourra vous fournir de précieux conseils et vous communiquer l'adresse de l'organisation d'entraide la plus proche de chez vous.



8. Aspects juridiques relatifs aux traitements de fertilité

Législation relative à la protection de l'embryon humain

La loi allemande sur la protection de l'embryon compte parmi les lois les plus claires et les plus étendues au monde en rapport avec les traitements de fertilité. Elle définit un cadre juridique très détaillé pour la médecine de la reproduction. C'est sur cette loi que se base l'ordonnance sur la réglementation des diagnostics de pré-implantation (PIDV) en vigueur depuis 2013. Le détail de ces textes législatifs est disponible à l'adresse suivante : http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_5.html

Directives relatives à la pratique de la reproduction assistée

Les directives relatives à la pratique de la reproduction assistée sont établies par le corps médical et constituent le cadre au sein duquel les médecins peuvent mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'insémination artificielle. Les dispositions actuelles sont disponibles sur le site Internet de la Chambre des médecins allemands (www.bundesaerztekammer.de).

Assurance-maladie

Le livre V du Code social allemand régit notamment dans son article 27a les droits à prestations des assuré(e)s ainsi que les conditions de prise en charge partielle des coûts par l'assurance-maladie obligatoire. Les conditions applicables dans l'assurance-maladie privée sont quant à elles soumises à certains critères pour le remboursement des traitements de fertilité. Les catalogues de prestations peuvent par ailleurs varier d'une caisse-maladie à une autre. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos à l'adresse suivante : www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb5/gesamt.pdf

Directives de la Commission fédérale commune (GBA) concernant les mesures d'assistance médicale à l'insémination artificielle

Ces directives décrivent la totalité des détails médicaux et conditions se rapportant au type et à l'étendue des traitements de fertilité pris en charge par les caisses d'assurance-maladie obligatoire. Elles peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.g-ba.de/informationen/richtlinien/1/

De plus amples informations relatives aux dispositions légales applicables sont également disponibles sous www.kinderwunsch.de

9. Lexique

Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des principaux termes utilisés en rapport avec les traitements de fertilité.

Agoniste	Un agoniste est une molécule qui entraîne l'activation d'un récepteur.
Agonistes de la GnRH / antagonistes de la GnRH	Ces substances empêchent les pics précoces de LH / FSH (cf. GnRH) et permettent ainsi de prévenir les ovulations prématurées.
Andrologie	Spécialité médicale dédiée aux problèmes de l'appareil reproducteur masculin.
Antagoniste	Un antagoniste annule l'action d'une molécule (agoniste) ou entraîne une action inverse.
Anticorps	Substance endogène chargée de la défense de l'organisme.
Anticorps spermatiques	Anticorps dirigés contre les spermatozoïdes.
Ascite	Accumulation de liquide dans l'abdomen, par ex. suite à une hyperstimulation des ovaires.
Blastocyste	Stade avancé de la division cellulaire au cours du développement embryonnaire précoce.
Canule	Aiguille d'injection
Cathéter	Fin tuyau souple destiné à être introduit dans les organes creux.
Cervix	Col de l'utérus.
Chromosomes	Éléments porteurs du patrimoine génétique.
Clomifène	Le clomifène est un principe actif qui stimule la maturation des ovules et déclenche l'ovulation.
Conduit tubaire	Trompe utérine.

Corifollitropine alfa	Hormone de fertilité avec une durée d'activité FSH prolongée.
Corps jaune (corpus luteum)	Composé de cellules qui se constitue dans l'ovaire à partir du follicule qui a libéré l'ovule.
Corticosurrénales	Les corticosurrénales constituent la partie externe des glandes surrénales et président à la sécrétion de certaines hormones.
Cryoconservation	Conservation à l'état congelé.
Embryon	L'enfant à naître pendant les douze premières semaines de grossesse.
Endomètre	Muqueuse utérine.
Endométriose	Formation de tissus semblables à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus.
Extra-utérin(e)	En dehors de l'utérus.
Fausse couche	Interruption naturelle ou accidentelle de la grossesse.
Fécondation	Fusion entre un ovule et un spermatozoïde.
Fécondation extra-corporelle	Fécondation d'un ovule en dehors de l'organisme (cf. Fécondation in vitro).
Fécondation in vitro (FIV)	« Fécondation en éprouvette » / fécondation en dehors de l'organisme (le terme latin «vitrum» signifie «verre»).
Fœtus	L'enfant à naître après la douzième semaine de grossesse.
Follicule	Petite formation anatomique remplie de liquide dans laquelle mûrit l'ovule.
FSH (hormone folliculo-stimulante)	Hormone de fertilité qui stimule la croissance et le développement des ovules.
FSH recombinante (rFSH)	Hormone folliculo-stimulante de grande pureté qui est fabriquée par génie génétique. Dans le cadre des traitements de fertilité, la FSH recombinante est utilisée en tant qu'hormone de fertilité pour la stimulation de la maturation ovulaire.

FSH urinaire (uFSH)	FSH purifiée obtenue à partir de l'urine de femmes postménopausées. Dans le cadre des traitements de fertilité, la FSH urinaire est utilisée pour la stimulation de la maturation ovulaire.
Gamètes	Cellules reproductrices (ovules et spermatozoïdes)
GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone)	Gonadotropin releasing hormone = hormone de libération des gonadotrophines qui active la sécrétion de FSH et de LH dans l'hypophyse.
Gravidité	Grossesse
Grossesse extra-utérine (GEU)	Grossesse tubaire
hCG (choriogonadotropine humaine)	L'hCG est une hormone produite pendant la grossesse. L'hCG peut également être injectée en tant que principe actif pour déclencher une ovulation. (cf. Injection de déclenchement)
hMG (gonadotrophine ménopausique humaine)	L'hMG est obtenue à partir de l'urine de femmes postménopausées et est utilisée pour la stimulation de la maturation ovulaire.
Hormone	Messenger chimique produit par l'organisme.
Hormone lutéinisante (LH)	Hormone qui, entre autres fonctions, intervient dans le déclenchement de l'ovulation.
Hypophyse	Glande endocrine située dans le cerveau.
Hypothalamus	Région de l'encéphale.
ICSI	Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes, injection d'un spermatozoïde dans un ovule.
Implantation	Nidation de l'embryon dans la muqueuse utérine.
Induction de l'ovulation (IO)	Traitement médicamenteux destiné à déclencher l'ovulation.

Injection de déclenchement	Injection du principe actif hCG pour déclencher l'ovulation.
Insémination intra-utérine (IIU)	Transfert de spermatozoïdes préparés (après sélection et lavage) directement dans la cavité utérine au moment de l'ovulation à l'aide d'un fin cathéter.
Kyste	Cavité remplie de liquide.
MESA	Aspiration microchirurgicale des spermatozoïdes épидидymaires : recueil de spermatozoïdes à partir du prélèvement d'échantillons de tissus dans l'épididyme.
Milieu de culture	Solution nutritive
Œstrogène	Hormone féminine qui est essentiellement synthétisée dans les ovaires.
Ovaire	Organe au sein duquel sont fabriqués les ovules.
Ovaires	Organes reproducteurs féminins qui assurent la production d'ovules fécondables et des hormones sexuelles.
Ovulation	Libération d'un ovule par l'ovaire.
Pavillon de la trompe	Ouverture de la trompe en forme d'entonnoir dont la fonction consiste à recueillir l'ovule.
Placenta	Organe d'échanges entre la mère et le fœtus.
Ponction folliculaire	Méthode de prélèvement ovulaire.
Progestérone	Hormone féminine qui est synthétisée durant la deuxième moitié du cycle menstruel (phase lutéale). Elle stimule notamment la croissance de la muqueuse utérine en vue de la nidation d'un ovule fécondé.
Sécrétions cervicales	Glaire présente dans le col de l'utérus.
Sperme	Liquide biologique qui contient les spermatozoïdes.

Spermogramme	Résultats d'analyse de sperme pour l'évaluation de la capacité de procréation de l'homme.
Stérilité	Incapacité d'avoir des enfants.
Stérilité idiopathique	Stérilité inexplicée sans cause apparente.
Stérilité immunologique	Stérilité due à la fabrication d'anticorps anti-spermatozoïdes par la femme.
Stimulation	Procédé permettant de favoriser la maturation des follicules, par exemple sous l'action d'hormones.
Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHSO)	Complication possible des traitements de fertilité. Il peut être déclenché par la stimulation hormonale des ovaires et être de degré léger, mais également évoluer vers une forme grave, auquel cas il devra donner lieu à une hospitalisation.
Système immunitaire	Système de défense de l'organisme.
TESE	Extraction testiculaire de spermatozoïdes au moyen d'une biopsie testiculaire.
Transfert embryonnaire (TE)	Transfert d'un embryon dans l'utérus.
Trans-utérin(e)	À travers la paroi utérine.
Trompes (utérines)	La trompe utérine est un canal tubaire situé entre l'ovaire et l'utérus. Elle assure le transport des spermatozoïdes jusqu'à l'ovule puis le transfert de l'ovule fécondé dans l'utérus.
Utérus	Organe creux en forme de poche qui a pour rôle d'accueillir un embryon et d'assurer son développement.



Pour davantage d'informations,
veuillez consulter le site Internet

www.kinderwunsch.de
www.einfache-anwendung.de

MSD
Infocenter

Tél. 0800 673 673 673
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de



MSD SHARP & DOHME GMBH | Lindenplatz 1 | 85540 Haar | www.msd.de