

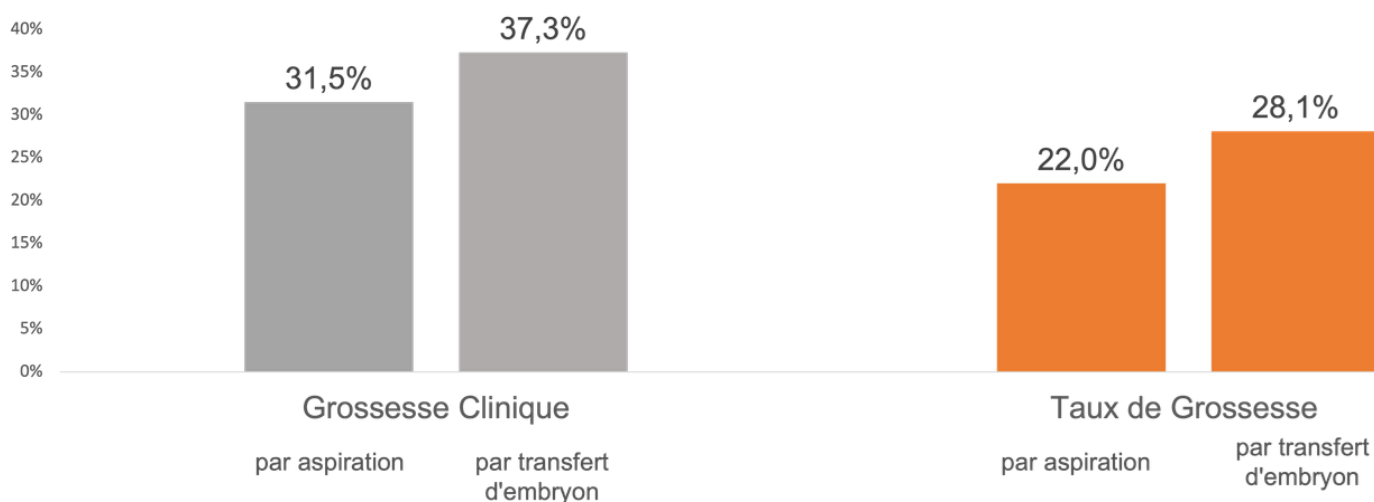
COMPRENDRE LE SUCCÈS D'UNE FIV (FÉCONDATION IN VITRO)



INFORMATIONS DESTINÉES AUX PATIENTS DU RÉSEAU AFRICAIN
ET DU REGISTRE POUR LA FÉCONDATION IN VITRO (FIV)

Les couples qui font appel à la FIV souhaitent avoir un bébé. Par conséquent, la mesure la plus importante du succès d'une FIV est l'accouchement d'un bébé en bonne santé. En outre, la grossesse est souvent considérée comme un succès, même si certaines grossesses peuvent ne pas aboutir à un bébé. Pour mieux comprendre le succès d'une FIV, il est important de connaître les différentes manières dont ce succès peut être mesuré et rapporté.

FIGURE 1: Taux de grossesse clinique et taux d'accouchement par aspiration et par transfert d'embryon. (Source : Registre africain de FIV, 2024)



En Afrique, de nombreuses grossesses par FIV sont perdues de vue. Ce graphique concerne uniquement les données des accouchements des centres de FIV qui ont moins de 10% de grossesses de FIV perdues de vue.

COMMENT LE SUCCÈS DES FIV PEUT-IL ÊTRE MESURÉ?

Le succès d'une FIV est exprimé sous forme de taux. En Afrique, les taux les plus couramment rapportés sont le nombre de grossesses cliniques ou le nombre d'accouchements sur le nombre d'aspirations (prélèvements d'ovules) ou le nombre de transferts d'embryons. Les chiffres sont généralement comptés sur une année. Chacun de ces nombres représente différentes étapes du cycle FIV:

TAUX DE GROSSESSE CLINIQUE	ÉTAPES DU CYCLE D'UNE	TAUX D'ACCOUCHEMENT
<u>Grossesse Clinique</u>	Aspiration: nombre d'ovocytes collectés (ovocytes recueillis de la patiente)	<u>Accouchement</u>
Aspiration	Transfert d'embryon: un ou plusieurs (Transfert d'un ou plus embryons dans le utérus de la femme)	Aspiration
<u>Grossesse Clinique</u>	Grossesse clinique (La grossesse est confirmée par échographie)	<u>Accouchement</u>
Transfert d'embryons	Accouchement d'un ou de plusieurs bébés	Transfert d'embryons

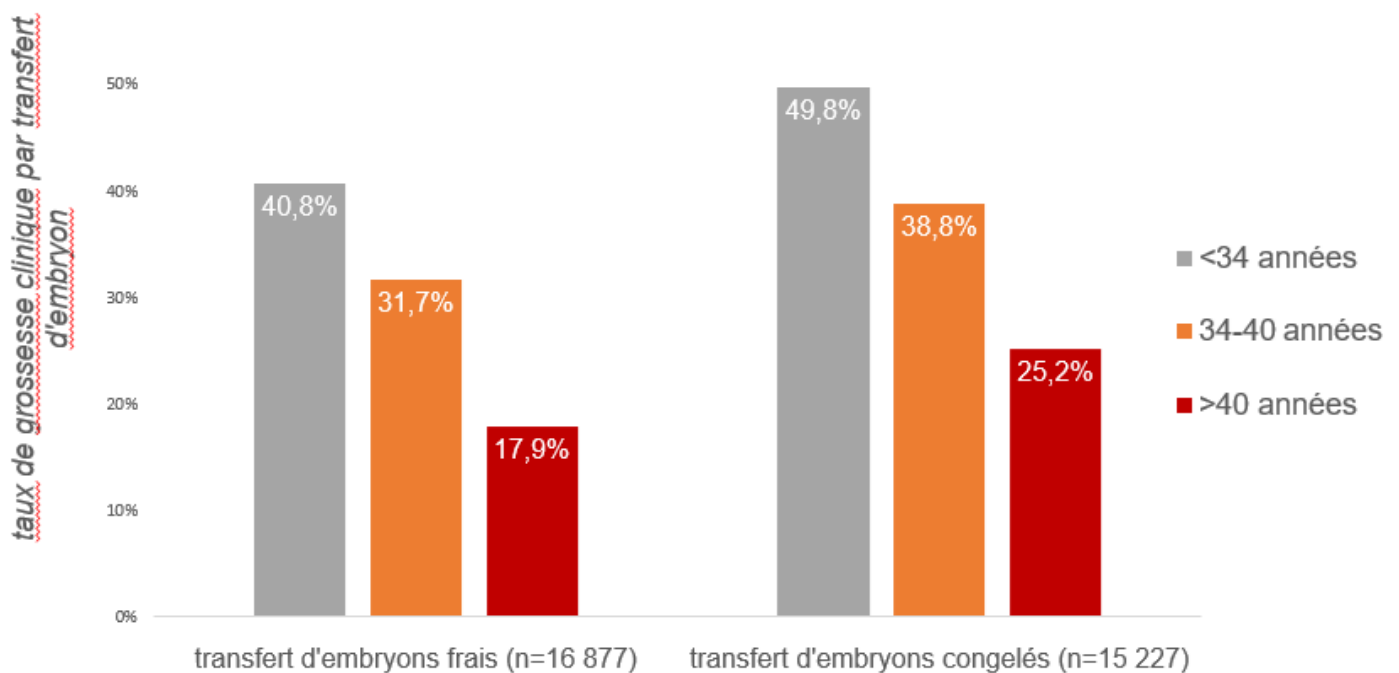
LES AUTRES MESURES DE SUCCÈS SONT:

- Les grossesses cliniques : taux des accouchements divisés par le nombre de cycles initiés. Les cycles initiés comprennent tous les cycles commencés, y compris ceux qui n'ont pas abouti à une aspiration ou à un transfert d'embryon.
- Taux d'accouchements vivants par ponction : ce taux compte tous les accouchements avec au moins un bébé vivant divisé par le nombre de ponctions (aspiration ovocytaire)
- Taux d'accouchements cumulés par aspiration : ce taux prend en compte tous les accouchements résultant de transferts d'embryons frais et congelés divisés par le nombre d'aspirations (aspirations d'ovules)

TOUS LES CYCLES ONT-ILS LE MÊME SUCCÈS?

Non, le succès des cycles individuels varie. Le facteur le plus important qui influence le succès est l'âge de la femme. Les femmes plus jeunes ont plus de chances d'avoir un bébé que les femmes plus âgées. Le graphique ci-dessous montre les résultats du Registre africain pour les FIV en fonction groupes d'âge femmes utilisant leurs propres ovules (appelé FIV autologue).

FIGURE 2: Taux de grossesse clinique par transfert d'embryons en fonction de l'âge dans des cycles autologues frais et congelés. (Source : Registre ANARA, 2024)



D'AUTRES FACTEURS QUI INFLUENCENT LE SUCCÈS COMPRENNENT:

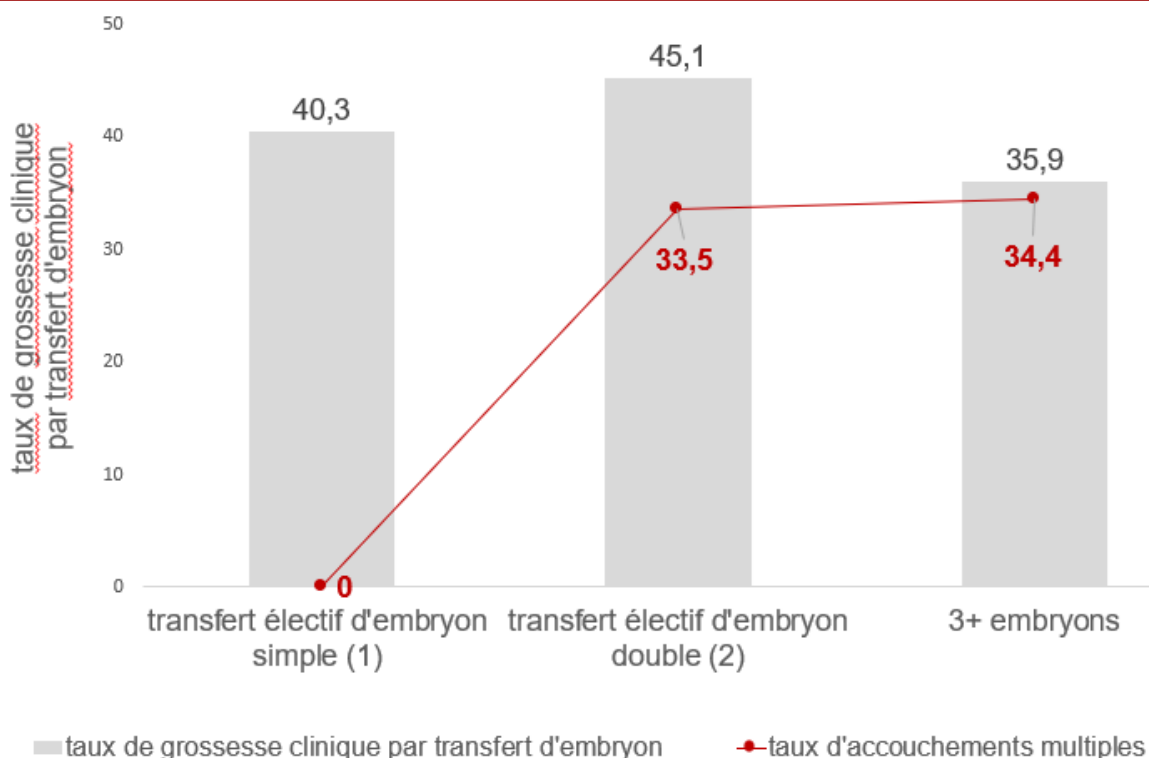
- Une grossesse et un accouchement antérieurs
- Le nombre d'ovocytes obtenus
- Le nombre d'embryons obtenus au laboratoire
- Comment les embryons se développent en laboratoire
- La maturité des embryons lorsqu'ils sont transférés dans l'utérus.
- Les embryons plus matures (blastocystes) offrent de plus grandes chances de succès que les embryons moins matures (embryons au stade de clivage : J2, J3)

COMBIEN D'EMBRYONS FAUT-IL TRANSFÉRER POUR

AVOIR LES MEILLEURES CHANCES D'AVOIR UN BÉBÉ?

C'est une question importante mais aussi difficile. Les données du Registre africain pour l'ART montrent que le plus grand risque de tomber enceinte provient d'un cycle au cours duquel plusieurs embryons se sont formés et dans lequel deux embryons ont été transférés tandis que les embryons supplémentaires ont été congelés (également appelé transfert électif de double embryon). Cependant, le transfert de deux embryons (transfert électif de deux embryons) aboutit souvent à une grossesse multiple (jumeaux voire triplés). Même si certaines patientes souhaitent avoir des jumeaux ou même des triplés, il est très important de savoir qu'une grossesse multiple est beaucoup plus risquée tant pour la mère que pour les bébés en pleine croissance. Ce risque peut être évité en choisissant de transférer un seul embryon et de congeler les autres. C'est ce qu'on appelle « transfert électif d'un seul embryon » ou SET en anglais. Cela permet de congeler les embryons restant et les utiliser dans d'autres cycles en cas d'échec du premier transfert ou après la naissance d'un premier bébé. Enfin, les données montrent que le transfert de trois, quatre embryons, voire plus, n'augmente pas davantage les chances de grossesse par rapport à deux embryons. Il est donc généralement préférable de congeler ces embryons surnuméraires.

FIGURE 3: Taux de grossesse clinique par nombre d'embryons transférés.
(Source : ANARA, 2024)



COMMENT EST PRISE LA DÉCISION DU NOMBRE D'EMBRYONS À TRANSFÉRER?

La décision sur le nombre d'embryons à transférer est très importante. Cela nécessite d'équilibrer un succès optimal avec une sécurité optimale. Avoir un bébé à la fois est toujours plus sûr que deux, voire trois. Mais bien sûr, le succès est également extrêmement important, surtout s'il est difficile pour un couple de revenir pour un autre cycle, soit à cause du coût, soit parce qu'il habite loin du centre de FIV, soit pour d'autres raisons. La décision nécessite également de comprendre quels sont les autres facteurs à part le nombre d'embryons seront importants. Il y aura la sécurité de chaque femme, chaque couple et le type de cycle.

Le médecin de PMA devra examiner attentivement tous ces aspects et recommander ensuite le nombre d'embryons à placer, selon son avis et son expérience. Cet avis et cette expérience sont très importants. Bien que les données du registre régional ANARA contribuent à éclairer cette décision, le médecin comprendra les circonstances individuelles de chaque femme, chaque couple et les cycles de la femme. Finalement, la décision du nombre d'embryons à placer devra être en fin de compte prise par le couple, car c'est lui - et en particulier la femme dont le corps est le plus concerné et le plus affecté par l'issue de la décision. Afin de prendre la bonne décision, les couples doivent être bien informés et se sentir responsable de décider.

Cette fiche d'information vous est présentée par le Réseau et registre africains pour la PMA/AMP de (ANARA) en coopération avec le Registre latino-américain de procréation assistée (RLA) et le Réseau (REDLARA). Il est approuvé par le Comité international de surveillance de l'ART (ICMART), la Fédération africaine des sociétés de fertilité (AFFS)* et le Groupe Interafricain d'Etude, de Recherche et d'Application sur la Fertilité (GIERAF)**.

Ces informations ne remplacent pas l'avis médical individuel d'un prestataire de soins qualifié en PMA.

