

CENTRE DE FERTILITE (PMA)

L'équipe prend en charge les couples présentant une infertilité nécessitant la réalisation d'une AMP (inséminations, FIV, ICSI..), y compris une infertilité dans le cadre du handicap, grâce à l'expertise d'une équipe multidisciplinaire (gynécologues obstétriciens, endocrinologues, andrologue, biologistes de la reproduction), et à un panel de techniques qui vous sont proposées et adaptées au cas par cas. La réalisation de stimulations ovariennes sans AMP, en cas de troubles de l'ovulation isolés, peut-être prise en charge par nos confrères gynécologues de ville.

Le centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP ou PMA), initialement créé au sein de l'hôpital Notre Dame de Bon Secours s'est installé à l'Institut Mutualiste Montsouris en 1990.

Gage de son expertise, le laboratoire d'AMP de l'Institut Mutualiste Montsouris est le 1er laboratoire d'AMP accrédité par le COFRAC (Comité Français d'Accréditation) en Embryologie Clinique sous le n° 8-3143.

Les portées d'accréditation pour lesquelles le laboratoire est accrédité sont disponibles sur www.cofrac.fr

La liste détaillée des examens accrédités est disponible en cliquant [ici](#)

*L'IMM n'autorise pas ses clients à faire référence aux activités du LBM en utilisant le logo de l'IMM conjointement à celui du COFRAC, ou de la marque d'accréditation « Examens médicaux NF EN ISO 15189 » ; seule une référence textuelle est autorisée à condition d'être complète : i.e. comportant le n° d'accréditation et la mention « Portée disponible sur www.cofrac.fr ».

Le centre de PMA est également activement engagé dans une démarche qualité ISO 9001.

L'unité d'AMP effectue chaque année environ :

600 ponctions ovariennes pour FIV ou ICSI ;

380 transferts d'embryons congelés ;

350 inséminations ;

4000 échographies de monitoring folliculaire et de débuts de grossesse sont réalisées sur place chaque année.

ORIENTATIONS PRINCIPALES DU CENTRE d'ASSISTANCE MÉDICALE A LA PROCRÉATION DE L'IMM

La prise en charge des couples en situation de handicap (moteur, visuel ou auditif) est réalisée en collaboration très étroite avec le département Mère-Enfant. Une consultation en langue des signes peut être réalisée. Pour plus d'informations, contactez Béatrice Idiard-Chamois.

Vous serez pris en charge dans une unité à taille humaine, dont chaque membre a à coeur de vous assurer un suivi personnalisé tout au long de votre prise en charge.

Depuis Mars 2019, développement au sein de l'équipe d'AMP de l'IMM de la prise en charge de l'hypofertilité masculine avec la réalisation de prélèvements chirurgicaux des spermatozoïdes en unité de chirurgie ambulatoire (Coordonné par le Dr Izard et l'équipe de biologie de la reproduction).

L'activité du don d'ovocytes continue au sein de l'IMM, elle est assurée par un gynécologue clinicien Dr Gout et un biologiste de la reproduction Dr Dahoun.

Techniques

La pompe à GnRH est une technique spécifique utilisée dans certains troubles de l'ovulation (problèmes hypothalamiques).

Une pompe, type pompe à insuline, fixée le plus souvent sur le ventre de la femme, délivre de façon programmée une microdose d'hormone hypothalamique (La GnRH) toutes les 90 minutes.

Il s'agit d'un processus tout à fait indolore et adapté à la vie quotidienne qui permet de restaurer une ovulation. La bonne efficacité du traitement est suivie par dosages hormonaux et échographies pelviennes. Il s'agit de la technique d'AMP la plus simple.

Une stimulation ovarienne par injections est le plus souvent réalisée pour faire mûrir un ou 2 follicules, ce qui nécessite un suivi par dosages hormonaux sanguins et échographie(s) pelvienne(s).

Lorsque le follicule est mature, une dernière injection est prescrite pour déclencher l'ovulation. L'insémination intra utérine de spermatozoïdes est réalisée environ 36 h après.

Le jour de l'insémination, l'homme fait son recueil de sperme. Le sperme est préparé le jour même au laboratoire.



L'insémination est un geste simple et la plupart du temps totalement indolore, qui ne nécessite pas d'anesthésie.

Après pose d'un speculum dans le vagin, un cathéter fin et souple est introduit dans la cavité utérine par le médecin. Les spermatozoïdes préalablement préparés et sélectionnés sont alors déposés au fond de la cavité utérine.

Pour en savoir plus : [http://www.procreationmedicale.fr/differentes-techniques-amp/insemination-artificielle/La FIV est une technique d'AMP consistant à réaliser la fécondation en dehors du corps humain \(in vitro\). La rencontre des gamètes féminins \(ovocytes\) et masculins \(spermatozoïdes\) est réalisée au laboratoire d'AMP.](http://www.procreationmedicale.fr/differentes-techniques-amp/insemination-artificielle/La_FIV_est_une_technique_d_AMP_consistant_a_realiser_la_fecundation_en_dehors_du_corps_humain_(in_vitro).La_rencontre_des_gametes_feminins_(ovocytes)_et_masculins_(spermatozoïdes)_est_realisee_au_laboratoire_d_AMP.)

La 1ère étape chez la femme est la stimulation ovarienne par injections. Elle a pour but de faire mûrir simultanément plusieurs follicules. Ce traitement hormonal nécessite la réalisation d'un suivi précis et régulier par dosages hormonaux sanguins et échographies pelviennes.

Lorsque les follicules sont prêts, une dernière injection est prescrite pour déclencher l'ovulation.

Environ 36h plus tard a lieu la ponction folliculaire sous contrôle échographique et sous

anesthésie générale ou locale. La ponction folliculaire permet de récupérer les ovocytes présents à l'intérieur des follicules mûrs.

Le jour de la ponction folliculaire, l'homme fait son recueil de sperme. Le sperme est préparé le jour même au laboratoire avant la mise en fécondation.

Au sein du laboratoire d'AMP, les spermatozoïdes sont déposés au contact du complexe cumulo-ovocytaire (ensemble cellulaire contenant l'ovocyte et les cellules disposées autour de l'ovocyte, appelées cellules folliculaires). Les spermatozoïdes vont produire des enzymes libérant ainsi les liens entre les cellules folliculaires, ce qui facilite le passage d'un spermatozoïde qui fécondera l'ovocyte.

La fécondation de l'ovocyte par le spermatozoïde a lieu à J0, ce jour correspond au jour de la ponction ovocytaire. Les signes de fécondation sont observés à J1, puis l'ovocyte fécondé se divise en plusieurs cellules entre J1 et J2, on parle alors d'embryon. Le transfert de 1 ou 2 embryons dans l'utérus est le plus souvent réalisé à J2 ou J3.

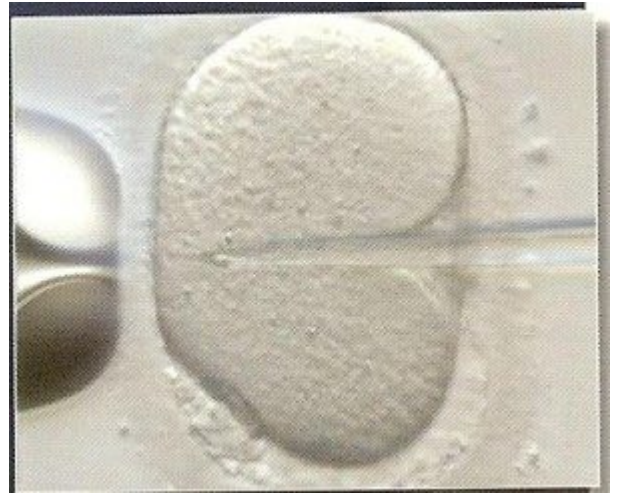
Le transfert embryonnaire est un acte la plupart du temps totalement indolore, qui ne nécessite pas d'anesthésie. Après pose d'un speculum dans le vagin, un cathéter fin et souple est introduit dans la cavité utérine par le médecin. L'embryon ou les embryons sont alors déposés sur la muqueuse utérine.

L'embryon poursuit son développement dans la cavité utérine pendant environ une semaine (J7/J8) puis, si les conditions sont réunies, s'y implante. L'interaction entre l'embryon et la paroi utérine va entraîner la production d'une hormone. C'est cette hormone, l'HCG qui sera dosée lors du test de grossesse réalisé 12 à 14 jours après le transfert embryonnaire.

Pour en savoir plus :
<http://www.procreationmedicale.fr/differentes-techniques-amp/fecondation-in-vitro/>Le déroulement de la FIV classique et celui de l'ICSI sont identiques, pour tout ce qui concerne les traitements, la ponction folliculaire, le développement des embryons, le transfert embryonnaire, et les chances de grossesse.

La différence entre ces 2 techniques concerne la technique utilisée par le laboratoire pour réaliser la fécondation.

L'ICSI est réalisée par un technicien sous microscope. Le biologiste ou le technicien choisit un spermatozoïde, celui présentant les meilleurs critères morphologiques, l'immobilise, le fait migrer le long de la pipette d'injection. Une seconde pipette maintient l'ovocyte. Le technicien perce la membrane de l'ovocyte grâce à la pipette puis micro-injecte le spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte.



L'ICSI est proposée lorsque le sperme présente une altération importante de l'un de ses paramètres (numération, mobilité, morphologie) ou après un échec de fécondation en FIV classique.

Le choix de la technique de fécondation est déterminé en staff pluridisciplinaire, en fonction du couple, il n'existe pas de technique meilleure qu'une autre, mais une technique pour un couple.

Pour en savoir plus : <http://www.procreationmedicale.fr/differentes-techniques-amp/fecondation-in-vitro-avec-icsi/> Il s'agit d'une variante de la technique d'ICSI. C'est l'injection d'un spermatozoïde mobile vivant observé et choisi au très fort grossissement (X6600 fois). En effet, certaines anomalies spermatiques ne sont pas visualisées au grossissement classique utilisé en ICSI (X200 ou X400). Ce type de prélèvement peut être proposé lorsqu'il n'y a pas de spermatozoïdes dans le sperme éjaculé. Les spermatozoïdes sont prélevés chirurgicalement par l'urologue. Les prélèvements sont réalisés au niveau testiculaire et /ou au niveau épидидymo-déférentiel.

Les prélèvements sont ensuite directement acheminés au laboratoire d'AMP. Les spermatozoïdes retrouvés sont isolés et utilisés directement pour féconder les ovocytes le jour même (prélèvement synchrone), ou cryoconservés pour une utilisation différée (prélèvement asynchrone). Vitrification ovocytaire et embryonnaire : cette technique consiste à plonger les ovocytes ou les embryons directement dans l'azote liquide (>180°C).

Donc, la descente en température est très rapide comparée à la congélation lente.

Il faudra **préparer les ovocytes ou les embryons** en remplaçant l'eau par un des cryoprotecteurs pour éviter la formation des cristaux d'eau. Ce qui détruirait l'embryon et le rendrait inutilisable. Texte en cours de rédaction Cette technique consiste à laisser

les embryons dans le milieu de culture (in vitro) jusqu'au 5ème voir 6ème jour après la mise en fécondation pour évaluer la qualité et l'évolutivité des embryons.

Arrière plan de la tête

