

Stérilité non désirée?



Tous les traitements et leurs
chances de réussite!

Votre équipe FIV...

...est tout à la fois un interlocuteur, un accompagnateur, un conseiller et un médecin. Posez toutes vos questions, nous sommes là pour y répondre.

Sommaire

Chapitre 1 Introduction au désir d'enfant	Page 6
Chapitre 2 La reproduction humaine	Page 8
Chapitre 3 Stérilité – où en sommes-nous?	Page 12
Chapitre 4 Les traitements médicamenteux – et leurs résultats	Page 16
<ul style="list-style-type: none">• Le clomifène• La gonadotrophine recombinante pure (ou r-FSH: hormone folliculo-stimulante recombinante)• La gonadotrophine d'origine urinaire (u-FSH, hMG)• La gonadotrophine chorionique humaine (hCG)• La progestérone (hormone sécrétée par le corps jaune)• Les antagonistes de la GnRH• Les agonistes de la GnRH	
Chapitre 5 Les formes de traitement assisté (techniques de reproduction assistée)	Page 20
5.1 Aperçu des différentes méthodes <ul style="list-style-type: none">• L'insémination (Insémination intra-utérine)• La FIV (Fécondation in vitro)• L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)• La cryoconservation de zygotes (ovocytes fécondés)• La biopsie testiculaire/TESE• MESA	

5.2 La FIV – Les différentes étapes

Page 23

- Première étape: stimulation de la maturation des ovocytes (stimulation ovarienne)
- Deuxième étape: surveillance de la maturation ovocytaire
- Troisième étape: déclenchement de l'ovulation
- Quatrième étape: prélèvement des ovules (ponction échographique)
- Cinquième étape: recueil et traitement du sperme
- Sixième étape: fécondation des ovules prélevés et développement des embryons
- Septième étape: transfert du(des) embryon(s)

Chapitre 6

Page 28

Risques et chances de réussite de la FIV

Chapitre 7

Page 32

Recommandations importantes avant votre traitement FIV

Chapitre 8

Page 36

Aspects juridiques concernant les formes de traitement assisté

Chapitre 9

Page 38

Les organisations d'entraide

Chapitre 10

Page 40

L'adoption

Chapitre 11

Page 42

Lexique

1. Introduction au désir d'enfant

Parfois, tout se passe bien. Parfois pas. Aussi difficile qu'il puisse être de l'accepter, cela fait partie de la vie.

Vous souhaitez avoir un enfant mais n'y parvenez pas. Inévitablement, des questions se posent: **lequel des deux partenaires est responsable? Que faisons-nous de faux?** Vous avez pris la décision de venir nous trouver pour obtenir une réponse à ces questions. Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Avoir son enfant est une très belle chose, mais ça n'est pas tout dans la vie et souvent, tandis que la tête dit «oui, d'accord», le cœur, lui, dit plutôt «facile à dire!». De nombreux couples se trouvent dans cette situation: en Suisse aujourd'hui, un couple sur sept souffre de stérilité involontaire.

La médecine moderne propose de nombreuses possibilités pour vous venir en aide. Elle ne peut cependant en aucun cas vous garantir que vous aurez un enfant. Au cours des nombreuses discussions que nous aurons ensemble, lors de décisions que nous prendrons, pour les espoirs et les désirs que vous exprimerez, n'oubliez jamais une chose, que la vie est un

don. Acceptez-la si elle se présente, mais acceptez aussi qu'elle ne se présente pas.

Cette brochure vous informera de tout ce que vous devez savoir. Quel est le fonctionnement de la reproduction humaine? Qu'est-ce que la stérilité? Quelles sont les conditions à remplir pour entamer un processus de fécondation in vitro? Quels sont les médicaments employés? Quels sont les différents procédés? Comment se passe le traitement? Quels en sont les risques? Les chances de réussite?

Pour finir, vous y trouverez également des recommandations pour le traitement, les organisations d'entraide de couples concernés par le problème, des informations sur la législation en vigueur, quelques points importants à propos de l'adoption et un lexique complet.

Lisez-la ensemble. Et si vous avez encore des questions, n'hésitez pas à les poser! Votre équipe FIV est là pour y répondre.

Le mieux est de lire attentivement la brochure FIV du début à la fin en prenant pour cela tout le temps nécessaire.

Néanmoins, si l'un ou l'autre des points abordés vous est déjà familier, n'hésitez pas à passer au suivant.

Et si un terme vous est inconnu – consultez simplement le lexique qui se trouve à la fin, tous les termes techniques y sont expliqués.

Enfin, si vous avez des questions que vous souhaitez nous soumettre, veuillez les noter simplement page 46, ainsi vous pourrez vous les remémorer d'un seul coup d'œil lors de notre prochaine rencontre.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.

2. La reproduction humaine

On dit toujours «quand on veut, on peut». Pour la reproduction cependant, la volonté seule ne suffit pas.

Ce qui semble fonctionner si facilement pour de nombreux couples résulte d'un processus très complexe et des plus subtils. Mais que se passe-t-il exactement dans le corps de la femme lors de la conception et de la grossesse? Vous trouverez ci-dessous un bref récapitulatif:

Chez les femmes en âge de procréer, l'hypophyse sécrète deux hormones sexuelles:

- la FSH, ou hormone folliculo-stimulante,
- la LH, ou hormone lutéinisante.

La FSH provoque la maturation d'un follicule, tandis que la LH est à l'origine de l'ovulation et soutient

la deuxième phase du cycle. L'ovulation se produit environ 14 jours après le début des dernières règles: le follicule se rompt et éjecte un ovule désormais fécondable dans le pavillon de l'oviducte (trompe) avant de se transformer en ce qu'on appelle le corps jaune.

Une fois recueilli par la trompe de Fallope, l'ovule peut être fécondé. Pour cela, il doit entrer en contact avec des spermatozoïdes féconds: après le rapport sexuel, ces derniers ont déjà parcouru «un bon bout de chemin», à travers la barrière muqueuse du col de l'utérus, puis la cavité utérine et enfin une partie de la trompe de Fallope.

Si l'un des spermatozoïdes pénètre dans l'ovule, les gènes du père et de la mère fusionnent et une nouvelle vie humaine est créée. La division cellulaire commence et les mouvements de la trompe de Fallope transportent cet embryon précoce jusque dans la cavité utérine en 4 ou 5 jours. Il s'y niche dans la muqueuse préparée à cet effet par

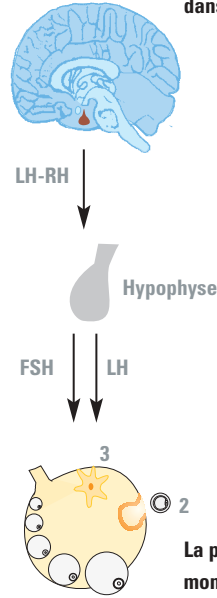
les hormones (implantation): c'est le début d'une grossesse.

À partir de ce moment, des signaux sont envoyés à l'organisme de la mère, principalement sous forme de hCG; ils empêchent la destruction du corps jaune dans l'ovaire pendant les huit semaines qui suivent. C'est ce corps jaune, qui ressemble à un kyste sur les échographies, qui va produire la progestérone, une autre hormone.

La production hormonale destinée à assurer la continuité de la grossesse sera reprise plus tard par le placenta. Si aucun embryon ne s'implante dans la muqueuse utérine, les signaux envoyés à l'organisme maternel restent sans effet, aucun corps jaune durable ne se forme, le taux de progestérone diminue et la suite est bien connue: la muqueuse utérine, désormais inutile, est éliminée au cours des règles.

Hormones sexuelles FSH et LH. Ovulation. Corps jaune. Ovule et spermatozoïdes. Grossesse. Menstruations.

Représentation des différents processus dans le corps féminin.



La production des hormones FSH et LH par l'hypophyse (stimulée par la GnRH – Gonadotropin releasing Hormone – ou gonadolibérine de l'hypothalamus) entraîne la croissance d'un follicule (1), la maturation de l'ovocyte qui s'y trouve et déclenche l'ovulation (2), à la suite de laquelle le corps jaune se développe (3).

Comment peut-on détecter ces processus dans le corps de la femme?

La maturation ovocytaire

- Par échographie et/ ou par une augmentation du taux d'oestradiol (E2) dans le sang. L'oestradiol est produit par les cellules qui tapissent le follicule.

L'ovulation

- par un brusque accroissement du taux d'hormone lutéinisante (LH) dans le sang ou l'urine.

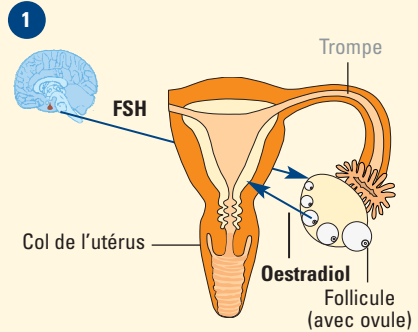
Le fonctionnement suffisant du corps jaune

- par un taux de progestérone très élevé.

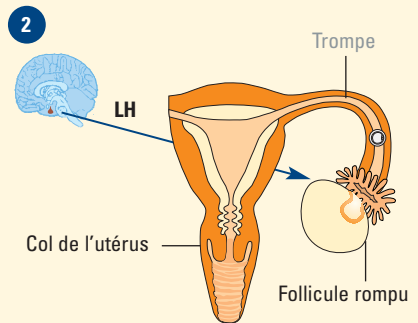
Une grossesse

- par un test de grossesse qui détecte la formation d'hormone hCG (gonadotrophine chorionique humaine) dans le placenta, au plus tôt avant la date prévue des règles.

Que se passe-t-il pendant le cycle menstruel

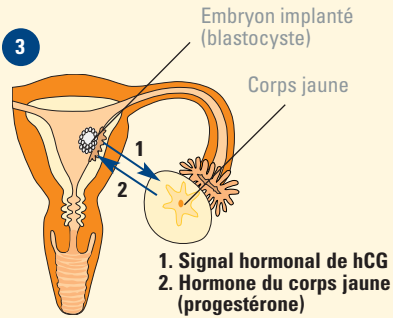


Première moitié du cycle (du 1^{er} au 14^{ème} jour env.)
Les hormones de l'hypophyse agissent sur les organes sexuels féminins et provoquent la croissance d'un follicule. Ce dernier grossit de plus en plus jusqu'à l'ovulation. Parallèlement, le follicule produit des quantités croissantes d'œstrogènes (E2) qui déclenchent la formation de la muqueuse utérine et dilatent le col de l'utérus de quelques millimètres. Ils veillent aussi à ce que la production muqueuse y soit suffisante.

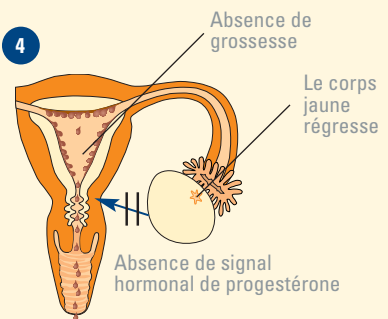


Milieu du cycle (14^{ème} au 16^{ème} jour env.)
Une brusque montée hormonale (LH), généralement le 13^{ème} jour, déclenche le lendemain l'ovulation. L'oviducte (trompe) concerné recueille l'ovule fécondable et l'achemine dans la direction de l'utérus.

de la femme?

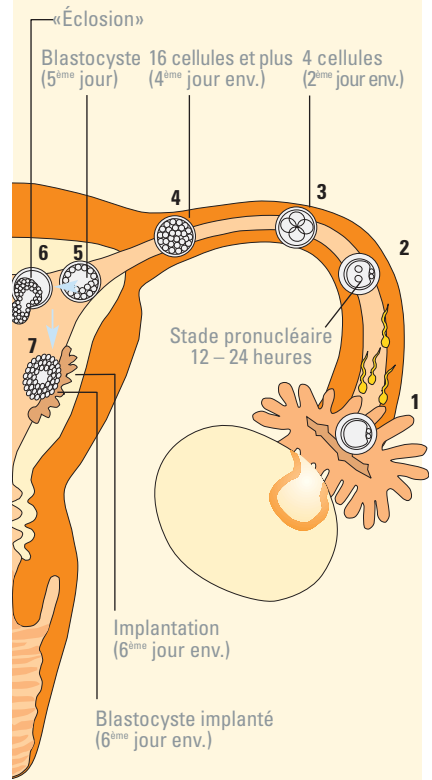


Le 6^{ème} ou 7^{ème} jour après l'ovulation
L'embryon s'implante dans la muqueuse utérine préparée à cet effet. Il envoie des signaux hormonaux afin de signaler son implantation à l'ovaire. Le corps jaune se conserve et continue de produire l'hormone progestérone, responsable de la continuité de la grossesse.



Deuxième moitié du cycle (du 17^{ème} au 18^{ème} jour env.)
L'ovule qui se trouve dans la trompe n'a pas été fécondé. L'ovaire s'en rend compte car aucun signal hormonal de hCG ne lui parvient de l'utérus. Un corps jaune se forme cependant mais il est détruit au bout de 10 à 14 jours, ce qui provoque une chute du taux d'hormone du corps jaune (progestérone) dans le sang et l'élimination de la muqueuse utérine. Le 1er jour du nouveau cycle a commencé.

La fécondation



L'ovule est fécondé dans la trompe (1) et migre vers l'utérus (2 – 5). Il atteint ce dernier au bout de cinq jours et l'embryon s'y implante alors (6 – 7).

3. Stérilité – où en sommes-nous?

Stérilité, manque d'enfant, désir d'enfant non réalisé – qu'y a-t-il exactement derrière tout cela? Vous trouverez ci-dessous toutes les réponses à ces questions.

On parle de «stérilité» en cas de désir d'enfant non réalisé pendant au moins un an ou deux. Le nombre de couples touchés par ce problème ne cesse de croître.

La question à se poser: à quoi cela est-il dû?

Une question simple à laquelle il n'existe souvent pas de réponse simple. En effet, les troubles de la reproduction touchent autant l'homme que la femme, souvent les deux, et ne sont généralement pas héréditaires mais acquis: seuls très peu d'individus viennent au monde avec des trompes obstruées ou des spermatozoïdes peu performants.

Une chose est claire:

les conditions nécessaires à la fécondité ne sont pas en train de progresser, mais au contraire d'empirer, qu'il s'agisse de l'environnement qui affecte chacun de nous, de l'alimentation, importante pour la santé mais bien souvent négligée, du travail, principal facteur de stress, sans oublier tous les soucis qui ne nous laissent aucun répit et qui, comme

on le dit si bien, « nous pèsent sur le moral ».

À cela s'ajoutent des maladies comme par exemple les infections génitales. Tous ces facteurs rendent les causes du problème très difficiles à cerner. D'autant plus que chaque couple réagit différemment : certains ressentent la charge, d'autres moins, certains réagissent organiquement, d'autres pas, certains finissent par avoir l'enfant souhaité, d'autres pas.

En ce qui concerne les causes organiques, nous pouvons dire que, pour la plupart des couples souffrant de stérilité involontaire que nous recevons, le problème vient des trompes. Qu'elles soient obstruées, pas assez mobiles ou tout simplement absentes, cela ne peut être résolu par une opération. La cause en est souvent une infection précédente.

Les couples touchés sont plus nombreux qu'on ne le croit d'ordinaire.

Les troubles de la reproduction chez l'homme et la femme; en règle générale, ne sont pas héréditaires mais acquis.

Des causes difficiles à cerner.

Parmi les causes organiques, la principale est une obstruction ou une mobilité insuffisante des trompes.

Conditions pour un traitement FIV.

Il existe encore d'autres causes.

Chez la femme:

- Troubles hormonaux au niveau de l'hypothalamus, de l'hypophyse, de la thyroïde, de la glande corticosurrénale ou des ovaires – entraînant des difficultés de maturation ovocytaire;
- malformation des ovaires, des trompes ou de l'utérus;
- endométriose: développement de la muqueuse utérine à l'extérieur de l'utérus, notamment dans les trompes, dans l'ovaire ou sur la vessie;
- stérilité immunologique, production d'anticorps dirigés contre les ovules ou les spermatozoïdes;
- causes génétiques, par exemple une anomalie chromosomique entraînant une différence du nombre ou de la forme des chromosomes.

Chez l'homme:

- insuffisance ou absence du fonctionnement testiculaire, suite à une infection comme par ex. les oreillons. Cela se traduit par une insuffisance ou une malformation des spermatozoïdes;
- présence de bactéries polluant le sperme;
- position haute ou varices des testicules;
- stérilité immunologique: production d'auto-anticorps dirigés contre les spermatozoïdes;
- tumeurs précédemment opérées, notamment des testicules;
- causes congénitales, par exemple anomalie chromosomique;
- obstruction des canaux éjaculateurs, notamment à la suite d'infections ou d'une vasectomie, ou absence congénitale des canaux déférents.

Une thérapie de la stérilité peut apporter une solution sensée à la plupart de ces troubles.

Et si aucune cause ne peut être détectée? Si les trompes sont perméables, les spermatozoïdes de bonne qualité, les deux partenaires en bonne santé et qu'ils ne parviennent pas pour autant à avoir un enfant? Dans ce cas aussi, une thérapie de la stérilité, et éventuellement une FIV, pourra constituer une solution lorsque les autres formes de traitement seront épuisées.

Dans quelles conditions peut-on envisager un traitement FIV?

Pour la femme

- ...avoir moins de 40 ans.
- Ne pas pouvoir traiter sa stérilité par d'autres méthodes.
- Avoir un utérus et au moins un ovaire en bon état de fonctionnement.

Pour l'homme

- ...la toute première condition est de posséder des spermatozoïdes. Une fois cela garanti, la suite du traitement dépend de leur qualité: si elle est très mauvaise, l'ICSI c'est-à-dire l'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes peut constituer une possibilité. Voir ce sujet plus loin.

Avant d'en venir aux différentes méthodes de traitement, répondons à une question qui vous préoccupe certainement: quels sont les médicaments employés? Dans quel objectif?

4. Les traitements médicamenteux – et leurs résultats

Les médicaments jouent un rôle important dans le traitement de la stérilité. Nous avons récapitulé ci-dessous les principaux, leur emploi et leurs effets secondaires éventuels.



Les médicaments employés dans les traitements de reproduction assistée ont tous la même fonction: contrôler le fonctionnement des ovaires. Mais quel produit contrôle quelle hormone? Ci-dessous un petit aperçu:

Le clomifène

Le clomifène déclenche une réaction en chaîne en accroissant l'apport de gonadolibérine (GnRH) à l'hypothalamus. La GnRH entraîne alors dans l'hypophyse une montée de FSH – hormone folliculo-stimulante – et de LH – hormone lutéinisante. La FSH à son tour stimule la croissance folliculaire dans l'ovaire, tandis que la LH déclenche l'ovulation et la deuxième moitié du cycle (phase lutéale). S'il n'est pas utilisé pour les traitements FIV, le clomifène occupe une place importante dans d'autres formes de thérapies moins lourdes ou pour les troubles simples de la maturation ovulaire.

Quant aux **effets secondaires**, on a observé des cas isolés de bouffées de chaleur, sueurs, vertiges ou troubles visuels associés à l'absorption de clomifène. Ces symptômes régressent généralement aussitôt après l'arrêt du traitement. La prise de clomifène peut aussi avoir un effet négatif sur certains facteurs de fécondité, c'est pourquoi toute thérapie devrait normalement être

limitée à la durée de trois cycles maximum. En cas d'échec, ne pas abandonner mais consulter un spécialiste de la fécondité qui vous conseillera sur les éventuels autres traitements envisageables dans votre cas.

La gonadotrophine recombinante pure (ou r-FSH: hormone folliculo-stimulante recombinante)

Extraite par biotechnologie, la r-FSH a exactement le même effet que la FSH produite par l'hypophyse: une stimulation des ovaires entraînant un accroissement de la maturation ovocytaire. La réaction des ovaires à cette hormone dépend du dosage et de chaque individu.

Le médicament est administré sous forme d'injections quotidiennes. Aussi, pour rendre le traitement le plus agréable et le plus facile possible, un dispositif unique a été mis au point, le stylo injecteur. Il facilite l'injection à domicile en toute sécurité, tout en bénéficiant d'une grande efficacité et d'un bon rapport qualité-prix. Outre la simplicité de mani-

pulation et le gain de temps qui en résulte, le patient profite d'un traitement individualisé et parfaitement adapté à ses besoins grâce aux multiples possibilités de dosage précis. Avec ses aiguilles fines spécifiques et les faibles volumes qu'il permet d'injecter, le stylo injecteur vous garantit également une tolérance locale maximale.

Le stylo injecteur est soumis à des contrôles de qualité et dispose d'une garantie de 2 ans. Demandez à votre médecin qui vous remettra le vôtre, destiné à votre seul usage personnel et qui vous accompagnera pendant toute la durée du traitement, ainsi que les instructions nécessaires et les accessoires (tampon à l'alcool, etc.). Vous trouverez plus d'informations sur le stylo injecteur en vous rendant sur le site Web du fabricant: www.organon.ch.

Les gonadotrophines d'origine urinaire (u-FSH, hMG)

Les gonadotrophines d'origine urinaire ont précédé la FSH recombinante pure: extraites de l'urine,

elles contiennent par conséquent, outre le principe actif, une certaine proportion d'impuretés urinaires. Quant à la gonadotrophine ménopausique humaine (hMG), la plus ancienne préparation de gonadotrophine disponible pour la stimulation ovarienne, elle se compose d'un mélange de FSH urinaire et de LH urinaire - l'hormone folliculo-stimulante urinaire (u-FSH) elle ne contient pas de LH.

Les gonadotrophines urinaires sont aujourd'hui de plus en plus souvent remplacées par la r-FSH pure, plus efficace.

La gonadotrophine chorionique humaine (hCG)

La gonadotrophine chorionique humaine (hCG), principale hormone du placenta, est l'hormone de grossesse par excellence. Dans le cadre d'un traitement de la stérilité, elle est employée dans un autre rôle, pour déclencher l'ovulation et parfois assurer la deuxième moitié du cycle.

Comme la structure chimique de la hCG ne diffère que très peu de celle de la LH, l'administration de 5 000 à 10 000 unités de hCG en cas de follicules importants peut imiter la montée naturelle de LH et donc déclencher l'ovulation. Cette dernière se produit généralement entre 36 et 40 heures après la dernière injection de hCG.

La progestérone (hormone du corps jaune)

La progestérone est la principale hormone responsable du fonctionnement du corps jaune. Elle agit également sur le système immunitaire – peu avant et peu après l'implantation prévue de l'embryon.

Comme pour de nombreuses autres préparations, l'application vaginale sous forme de suppositoires ou de gel a fait les preuves de son efficacité – elle permet une absorption maximale du principe actif. L'application débute après l'ovulation (ou après la ponction folliculaire en cas de FIV) et dure au moins 2 semaines.

Les antagonistes de la GnRH

Innovation en matière de traitement de la stérilité, les antagonistes de la GnRH préviennent toute montée prématurée de LH afin de pouvoir déclencher l'ovulation à un moment précis après la stimulation des ovaires et de la maturation ovocytaire. Par conséquent, ils permettent un contrôle individuel du traitement et en réduisent la durée grâce à leur rapidité d'action (env. 1 h.). C'est pourquoi ces médicaments, contrairement aux agonistes de la GnRH, ne sont administrés que lorsque la vésicule germinale de l'ovocyte a déjà atteint une certaine taille. Vous trouverez plus de détails à ce sujet au chapitre 5.2.

Les antagonistes de la GnRH sont très bien tolérés. On a tout au plus observé des cas isolés de rougeurs cutanées à l'endroit de l'injection, de céphalées occasionnelles, de nausées ou de vertiges. Ces effets secondaires disparaissent aussitôt après l'arrêt de la prise du médicament.

Les agonistes de la GnRH

Prédécesseurs des antagonistes de la GnRH, ils permettent également un contrôle du cycle. Cependant, en raison de leur mécanisme d'action plus lent, le traitement par agonistes de la GnRH dure plus longtemps que celui par antagonistes de la GnRH et les effets secondaires rappellent les symptômes typiques de la ménopause: bouffées de chaleur, muqueuse sèche, nervosité, perte de libido, déprime, baisse des facultés. Autant de symptômes de «ménopause artificielle» qui disparaissent au plus tard quatre semaines après la dernière prise de médicament.

Vous venez de lire un bref aperçu des différents traitements médicamenteux possibles. Venons-en maintenant au traitement FIV lui-même – son déroulement, les différentes méthodes de fécondation artificielle, ce qu'il faut savoir sur le sujet. Pour cela, tournez la page.

5. Les différentes formes de traitement (techniques de reproduction assistée)

Une reproduction médicalement assistée est un travail d'équipe. Les membres fixes de l'équipe sont les deux partenaires, les médecins, les employés de notre laboratoire et nos assistants. Chacun apporte sa contribution au travail.

5.1 Aperçu des différentes méthodes

Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des principales méthodes employées aujourd'hui par la médecine de la reproduction moderne:

L'insémination

(Insémination intra-utérine IUI)

Au moment de l'ovulation, des spermatozoïdes spécialement préparés par «lavage» sont injectés directement dans la cavité utérine au moyen d'une seringue et d'un cathéter fin. L'insémination est pratiquée essentiellement en cas de problèmes au niveau de l'orifice du col ou, plus rarement, en cas de légère restriction des capacités de procréation de l'homme.

Elle est à différencier de l'insémination avec sperme de donneur (insémination artificielle avec donneur), utilisée uniquement lorsqu'il est impossible à l'homme de concevoir un enfant et que le don de sperme constitue la seule solution. Les conditions dans lesquelles il

est possible d'avoir recours à ce traitement en Suisse sont fixées dans la loi sur la procréation médicalement assistée. Des dispositions complémentaires se trouvent dans la loi sur la médecine des transplantations.

En Suisse, seuls peu d'instituts ou de cabinets médicaux proposent l'insémination avec sperme de donateur. La plupart d'entre eux disposent de leur propre banque de sperme car les restrictions légales en vigueur empêchent désormais quasiment toute importation d'échantillons de l'étranger. L'insémination avec sperme de donneur n'est autorisée que pour les couples mariés et de plus, après la naissance de l'enfant, certaines données doivent être déposées dans un registre central à Berne (Office fédéral de l'état civil): identité des parents et de l'enfant et coordonnées précises du donneur. L'enfant aura ainsi la possibilité, après 16 ans, de consulter ces données et éventuellement de rencontrer le donneur. L'archivage de ces données est aujourd'hui

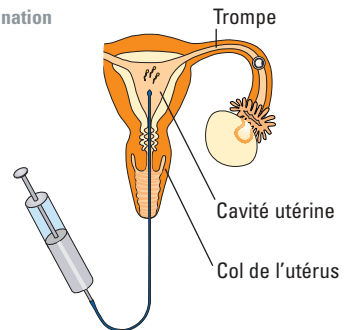
obligatoire car la constitution fédérale suisse (cst) stipule que chaque personne doit avoir accès aux données relatives à son ascendance (Art. 119).

La FIV

... est l'appellation abrégée de la fécondation in vitro, qui n'a cessé de se développer et de progresser depuis la naissance du premier «bébé-éprouvette» en 1978. Le procédé consiste à prélever, après stimulation préalable, des ovocytes chez la femme et à les unir en laboratoire aux spermatozoïdes de l'homme.

Les ovocytes fécondés, ou embryons, sont ensuite transférés dans la cavité utérine de la femme (transfert embryonnaire).

Insémination



L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

L'ICSI est une intervention supplémentaire réalisée dans le cadre d'une FIV lorsque le sperme de l'homme n'est pas d'une qualité suffisante. Les étapes en sont identiques jusqu'au prélèvement d'ovules. Les ovules sont fixés à l'aide d'une pipette de maintien. Un seul spermatozoïde est aspiré, sous un microscope spécifiquement conçu pour cela, par une fine pipette d'injection et placé directement à l'intérieur de l'ovocyte. L'ICSI, aussi appelée micro-injection, imite donc le processus naturel de pénétration d'un spermatozoïde dans l'ovule.

La cryoconservation de zygotes (ovocytes fécondés)

La cryoconservation ou congélation n'est utilisée que pour garantir la conservation des «ovules surnuméraires» (on parle alors d'ovules imprégnés ou au stade pronucléaire).

Les zygotes seront dégelés pour d'autres cycles de traitement et – selon le processus habituel – trans-

férés dans la cavité utérine de la mère au stade embryonnaire. Le procédé est sûr et éprouvé mais le taux de grossesses demeure légèrement plus bas qu'avec des ovules non congelés. Cette méthode permet néanmoins d'accroître le rendement total d'un traitement car il n'est alors plus nécessaire de pratiquer à chaque fois un cycle complet de FIV avec ponction ovocytaire.

La biopsie testiculaire/ TESE

La biopsie testiculaire constitue d'une part un outil de diagnostic pour déterminer précisément les chances de réussite, un point capital en cas de spermogramme insuffisant.

D'autre part, les échantillons de tissu testiculaire prélevés sont congelés lorsqu'ils contiennent des spermatozoïdes de bonne qualité et des fragments pourront en être dégelés ultérieurement après une ponction ovocytaire chez la femme. «l'extraction» de spermatozoïdes est alors appelée TESE (extraction testiculaire de spermatozoïdes).

La MESA

MESA correspond à l'abréviation anglaise de «aspiration de sperme épидидymaire par microchirurgie» Pour cela, des échantillons de spermatozoïdes sont prélevés de l'épididyme et utilisés pour féconder les ovocytes par ICSI. En cas de MESA et de TESE, urologues et gynécologues travaillent naturellement en étroite collaboration.

Quelle que soit la technique choisie, elle doit être réalisée par un médecin spécialiste expérimenté. C'est seulement à cette condition que vous vous sentirez en sécurité. Et maintenant, venons-en aux détails du traitement FIV:

5.2 La FIV – les différentes étapes

Le traitement comporte sept étapes répertoriées ci-dessous:

Première étape: stimulation de la maturation des ovocytes (stimulation ovarienne)

En principe, une FIV peut aussi être réalisée dans le cadre d'un cycle spontané. Néanmoins, la stimulation hormonale du follicule et de la maturation ovocytaire est recommandée. Pourquoi?

Au cours d'un cycle normal, c'est à dire sans stimulation, un seul ovocyte arrive normalement à maturité, ce qui ne représente qu'une chance de réussite plutôt faible pour un transfert embryonnaire. La stimulation permet d'accroître les chances de réussite en provoquant la croissance de plusieurs follicules – dans l'objectif de pouvoir ensuite prélever plusieurs ovocytes.

Les schémas thérapeutiques les plus souvent utilisés pour la stimulation ovarienne sont les suivants:

A) Traitement préliminaire par agonistes de la GnRH (ou «protocole long»)

En raison de l'action retardée des agonistes de la GnRH, une désensibilisation par diminution du nombre de récepteurs ou «down-regulation» doit être initiée dès le cycle précédent ou la survenue des saignements menstruels. Pour cela, on a recours à une injection-dépôt ou à des injections quotidiennes d'agonistes de la GnRH. Puis, après échographie et contrôle hormonal – deux semaines minimum après la première injection-, les ovaires sont stimulés par des injections quotidiennes de gonadotrophines, l'objectif étant que plusieurs follicules se forment dans les deux ovaires.

B) Traitement d'accompagnement par antagonistes de la GnRH

Dans ce nouveau schéma thérapeutique, le traitement débute directement par des injections de r-FSH et aucune «down-regulation» préalable n'est nécessaire. En raison de leur action immédiate, les antagonistes de la GnRH, dont la fonction est la même que celle des agonistes décrits ci-dessus, à savoir empêcher toute ovulation prématurée, ne sont injectés que lorsque le follicule a atteint la taille de 14mm environ. Par conséquent, le traitement total ne dure que cinq jours en moyenne, tandis que la durée totale du traitement à la FSH peut, grâce à l'emploi des antagonistes de la GnRH, être réduite de 2 jours env. par rapport aux agonistes et

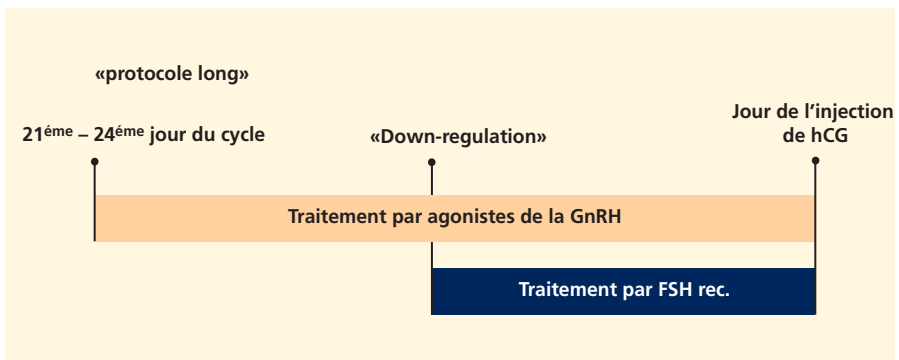
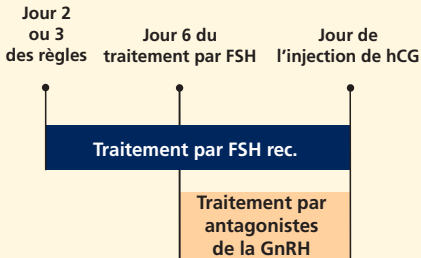


Schéma thérapeutique par antagonistes de la GnRH:



les quantités de r-FSH administrées peuvent être réduites.

Deuxième étape: surveillance de la maturation ovocytaire

La croissance des follicules est contrôlée par échographie pendant le traitement de stimulation. Parallèlement, le taux d'hormone oestradiol (E2) est mesuré, ainsi que, éventuellement, les taux de LH et de progestérone dans le sang. Ces contrôles permettent de déterminer le moment le plus favorable pour le prélèvement d'ovocytes matures et fécondables.

Troisième étape: déclenchement de l'ovulation

Dès que les follicules ont atteint la taille voulue et les teneurs en hormones correspondantes, la maturation finale des ovocytes est initiée par une injection de hCG. En temps normal, une ovulation spontanée se produirait env. 40 heures plus

Les schémas thérapeutiques décrits ci-dessus ne sont que des exemples. Un traitement spécifique est élaboré pour chaque couple qui peut différer de ces exemples.

tard, entraînant la perte du follicule et de l'ovocyte pour la suite du traitement. C'est pour cette raison que l'ovocyte est prélevé du follicule (ponction) au bout de 36 heures env. Pour votre sécurité, nous nous réservons le droit, si le moindre problème survenait au cours de cette opération, d'interrompre le traitement.

Quatrième étape: prélèvement d'ovocytes (ponction échographique)

La ponction des follicules du vagin est assistée par échographie. Pour rendre cette intervention moins éprouvante, un calmant ou un analgésique est administré à la patiente: il provoque une certaine fatigue mais permet néanmoins une conversation pendant l'intervention. L'intervention peut aussi se dérouler sous anesthésie superficielle.

Cinquième étape:

recueil et traitement du sperme

Le recueil de sperme – cela semble si facile à première vue, mais c’est pourtant loin de l’être. Cette étape s’avère souvent un véritable casse-tête, et c’est bien compréhensible. Aussi, n’hésitez pas à en parler ouvertement. Vous seul déciderez de l’endroit où vous préférez effectuer la masturbation – que ce soit chez vous, au laboratoire ou dans une chambre d’hôtel – l’important est seulement que le sperme nous parvienne le plus rapidement possible et le plus propre possible après le prélèvement d’ovocytes.

Les spermatozoïdes mobiles sont séparés de la sécrétion prostatique par plusieurs «lavages» puis concentrés selon des méthodes de préparation spécifiques (swim-up).

En cas de prélèvement particulièrement peu abondant, d’autres procédés de séparation, sans oublier l’ICSI, sont possibles ou nécessaires.

Sixième étape:

fécondation des ovocytes prélevés et développement des embryons

Les spermatozoïdes mobiles sont ajoutés aux ovocytes dans leur liquide de culture au bout de 2 à 6 heures.

La plupart du temps, les ovules et les spermatozoïdes sont alors déposés dans un incubateur à 37° C pendant 24 heures environ. On vérifie ensuite si une fécondation a eu lieu (imprégnation) et le cas échéant, les embryons peuvent être transférés dans la cavité utérine de la mère 24 heures plus tard. Ces durées sont appliquées à environ 98% des FIV, des variations restent néanmoins possibles.

En Suisse, le transfert de plus de 3 embryons est interdit. Les autres ovocytes fécondés (zygotes) peuvent être congelés 24 heures environ après la ponction, puis être conservés pendant une durée maximale de 5 ans dans de l’azote liquide à moins 196 degrés C.

Septième étape:

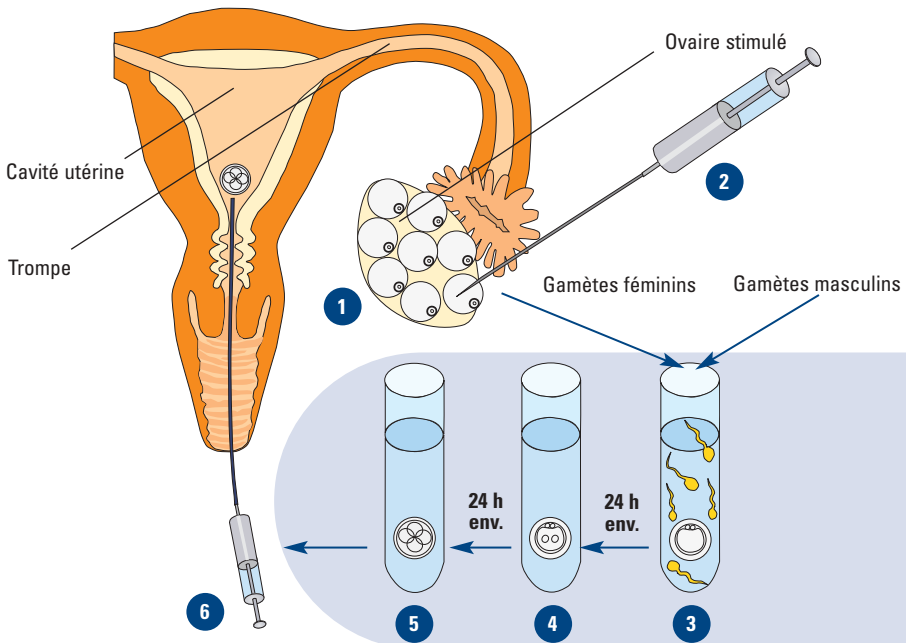
transfert du(des) embryon(s)

Si au moins un embryon viable s'est développé dans le milieu de culture, il est aspiré avec une petite quantité de milieu de culture dans un fin cathéter souple et placé dans la cavité utérine de la mère. Ce transfert est généralement indolore. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'utiliser un instrument pour ouvrir plus largement l'utérus et faciliter

l'introduction du cathéter.

Récapitulatif du traitement FIV:

1. Ovaire stimulé
2. Ponction pour prélèvement d'ovocytes
3. Mise en contact des ovules et des spermatozoïdes
4. Stade pronucléaire, contrôle au microscope
5. Stade 4 cellules
6. Transfert de l'embryon dans la cavité utérine



6. Risques et chances de résultats de la FIV

Aucun risque, 100% de chances – cela n'existe pas. Surtout pas dans un processus aussi complexe qu'un traitement FIV. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des risques et des chances de réussite.

Toute intervention sur le corps humain comporte des risques, et certaines chances de succès, c'est le cas également d'une FIV. Il est important de bien connaître les deux avant de se décider à un traitement. Tout d'abord les risques:

Risques

Ponction folliculaire

La ponction folliculaire est une intervention chirurgicale; elle comporte par conséquent certains risques. L'anesthésie elle aussi comporte des risques. C'est ce qui explique que des complications soient susceptibles de se produire lors de ponctions folliculaires échographiques, telles que des lésions sur les organes voisins; ce risque reste cependant très exceptionnel.

Grossesse multiple

Il est prouvé que le transfert de plusieurs embryons accroît le taux de grossesses mais entraîne également un taux accru de grossesses multiples qu'il est impossible de

prévoir. On peut tout au plus dire qu'avec 3 embryons transférés, la probabilité d'une grossesse gémellaire est de 16 à 25% env. et celle d'une grossesse triple de 0 à 4% env.

Grossesse tubaire

Même s'ils ont été correctement transférés, les embryons peuvent se déplacer de l'utérus vers les trompes. Une grossesse tubaire (grossesse extra-utérine) peut alors se développer. Des contrôles réguliers et une thérapie immédiate peuvent toutefois réduire le risque de complications.

Fausse couche

Huit à dix pour cent de toutes les grossesses se terminent par une fausse couche. En cas de FIV, ces chiffres atteignent 12 à 15% selon le problème sous-jacent. Un facteur au moins peut être pris en compte: l'âge moyen des femmes enceintes par FIV est plus élevé que celui des femmes enceintes «normalement» – et la probabilité de fausse couche croît naturellement avec l'âge.

Syndrome d'hyperstimulation ovarienne

L'objectif de la stimulation est de produire plusieurs ovocytes. Plus le nombre de follicules qui mûrit est important, plus les ovaires grossissent – la présence de plusieurs follicules et d'ovaires de grande taille est donc tout à fait normale en cas de stimulation; elle est par ailleurs indispensable pour la réussite de la première étape du traitement FIV – la maturation de plusieurs ovocytes.

Des kystes du corps jaune se forment alors à partir des follicules qui peuvent dans certains cas isolés être trop nombreux et entraîner une hyperfonction ovarienne évidente. C'est seulement à partir de ce moment qu'on parle de syndrome d'hyperstimulation des ovaires. On assiste alors parfois à un épanchement de liquide dans la cavité abdominale (ascite) et la patiente peut ressentir des douleurs dans le bas-ventre.

Dans certains cas rares, le dévelop-

pement des ovaires est tel que sa surveillance et son traitement nécessitent une hospitalisation.

Grossesse

La grossesse n'est naturellement pas un risque en soi; après tout, c'est pour avoir un enfant que les couples décident de suivre un traitement. Cependant, une grossesse peut aussi entraîner des complications. Les risques d'une malformation génétique ou congénitale ne sont pas exclus, ni celui de mortalité. Ces risques ne sont pas plus fréquents en cas de FIV qu'en cas de grossesse «normale», qu'on ait ou non eu recours à une ICSI.

Chances

«Quelles sont nos chances?». Cette question est celle qui vous tourmente le plus, et c'est parfaitement compréhensible. Pour y répondre, deux chiffres:

Dans le monde entier, on désigne par taux de réussite d'une FIV le taux de grossesses après transfert

embryonnaire, soit la réponse à la question: combien de fois un transfert embryonnaire donne-t-il lieu à une grossesse? La comparaison internationale de l'ensemble des centres pratiquant la FIV donne une moyenne de 20 à 25% pour ce taux. Autrement dit: un transfert embryonnaire sur quatre ou cinq débouche sur une grossesse.

Bien sûr, le taux de grossesses total est cumulé et croît avec le nombre de tentatives par patiente. C'est notre deuxième chiffre, le plus intéressant: après quatre tentatives de FIV, le taux de grossesse dit cumulé atteint partout 50 à 60%, c'est à dire qu'après quatre transferts d'embryons, plus d'une femme sur deux est enceinte. Voyons maintenant quelles sont les chances en cas d'ICSI?

Là aussi, des chiffres: presque indépendamment du spermogramme initial, 95 à 98% des cycles donnent lieu à un transfert d'embryon. Le taux de grossesses par transfert d'embryon est de 20 à 30%, parfois

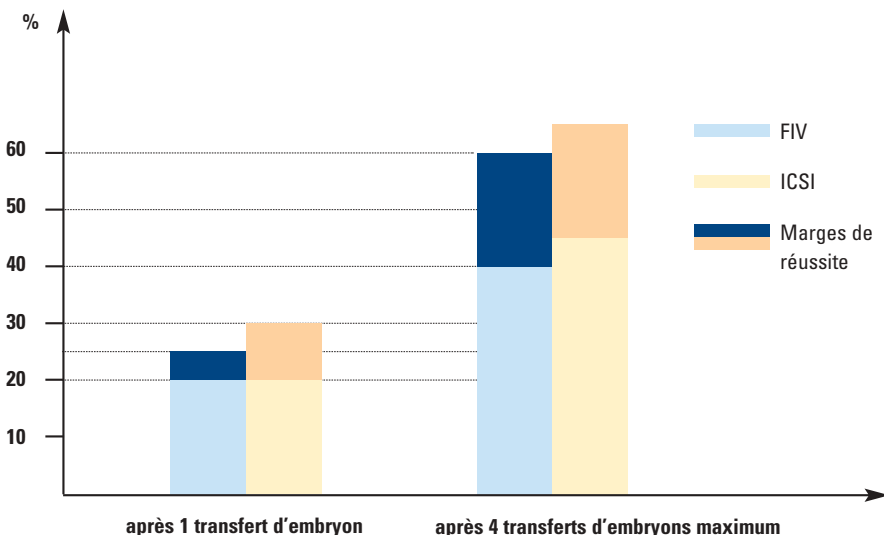
plus. Dans le cas où plusieurs, soit un maximum de quatre, cycles de traitement sont répétés, le taux de grossesse cumulatif atteint près de 60% par patiente, soit un peu plus encore qu'avec une FIV «normale». Parmi les explications possibles figure le fait que les «femmes ICSI» sont en moyenne plus jeunes que les «femmes FIV» (voir illustr. ci-dessous).

Ces chiffres vous le montrent donc: il n'existe aucune garantie de grossesse. Tout ne se passe pas non plus toujours aussi bien que nous le voudrions. En effet, beaucoup de

choses peuvent survenir au cours d'un traitement FIV, comme par exemple une réaction hormonale de défense de l'organisme pendant la phase de maturation ovocytaire. Dans ce cas, le traitement doit aussitôt être interrompu.

Et si les spermatozoïdes ne parviennent pas à féconder les ovules? La solution peut être l'ICSI, au cours d'un autre cycle de traitement.

Les chances de réussite dépendent de chacun des deux partenaires. Le chapitre suivant vous explique comment.



7. Recommandations importantes avant un traitement FIV

Restez vous-même – justement en ce moment où vous êtes tendu et à bout de nerfs. Parvenir à passer les moments pas toujours faciles d'un traitement FIV avec le moins de stress possible peut aider beaucoup chacun des deux partenaires.

Ce ne sont pas les équipements médicaux autour de la FIV qui sont au cœur du traitement de la stérilité, **il s'agit de vous**, vous deux et votre relation de couple. Vos souhaits autant que vos espoirs, vos craintes autant que vos doutes en font partie: la FIV est un traitement très personnel – et doit le rester.

Plus vous aborderez le traitement avec naturel, sérénité et décontraction, moins vous vous sentirez stressés.

Notre mission et la mission du médecin responsable qui vous prend en charge consistent aussi en grande partie à vous soutenir dans cet état d'esprit, à **être pour vous un partenaire et quelqu'un qui vous écoute**. Parler représente une partie essentielle de cette mission, c'est pourquoi nous vous poserons aussi des questions très personnelles, des questions qui peuvent faire mal mais qui doivent être posées et dont la réponse, lorsque vous en aurez trouvé une en vous, vous aidera:

- Lequel des deux partenaires souffre le plus de l'absence d'enfant?
- Quelles sont vos craintes avant ce 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 est là pour y répondre. Aussi n'hésitez pas, et demandez 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 surtout, restez vous-même ! C'est plus facile à dire qu'à faire, mais ne vous exposez pas à la pression de devoir réussir à

Vous êtes au cœur du traitement. Et votre médecin FIV est votre partenaire.

Des questions difficiles, mais importantes.

De la spontanéité.

Une vie saine.

Les groupes d'entraide.

tout prix. Cela n'apporte rien, au contraire. Relâchez prise, mais sans abandonner!

Les jours qui suivent le transfert d'embryon seront pour vous des jours difficiles – nous l'avons déjà observé chez de nombreux couples depuis des années. Vous espérerez et vous tremblerez. Aussi difficile que cela puisse être, essayez cependant de rester calme, de vous détendre. C'est le mieux que vous puissiez faire.

Autre chose: même si cela n'est pas toujours facile, gardez votre spontanéité pendant le traitement FIV, continuez à rire et ne planifiez pas vos rapports mais aimez-vous à chaque fois que vous en avez envie.

Pour cela, les pauses spécialement prévues dans le traitement – en règle générale de deux à trois mois, parfois plus longtemps – sont de la plus haute importance. En effet, cela ne rime à rien de faire suivre cycle de traitement sur cycle de traitement, votre médecin vous expliquera pourquoi. De plus, il arrive toujours plus souvent, au

cours de ce protocole «souple» – qui n'exclut pas la survenue d'une grossesse naturelle – que des grossesses spontanées se produisent pendant les pauses.

Veillez dès maintenant à mener une vie saine – en d'autres termes: faites-vous le plus de bien possible pendant le traitement:

- une salade de fruits frais, un steak bien saignant, une salade fraîche – ne perdez pas votre bon appétit!
- Accordez-vous tout le sommeil dont vous avez besoin.
- Pratiquez le sport que vous aimez. Sans excès, mais régulièrement.
- Prévoyez fréquemment de petites pauses-détente, pendant la journée aussi.
- Fumer a une influence défavorable sur le traitement FIV, c'est prouvé. Réduisez votre consommation de cigarettes, ou mieux encore, arrêtez complètement.

8. Aspects juridiques concernant les formes de traitement assisté

En Suisse, tous les centres qui pratiquent la FIV sont tenus de respecter la législation en vigueur.

La loi fédérale sur la procréation médicalement assistée (LMPA) et l'ordonnance sur la procréation médicalement assistée (OPMA) sont en vigueur depuis le 1.1.2001. Ces textes fixent les conditions dans lesquelles les procédés de procréation médicalement assistée sont autorisés chez l'homme. Les textes de la loi et de l'ordonnance peuvent être lus sur le site Web: <http://www.ofj.admin.ch> (→ Activités et sujets → Individu et société → Procréation médicalement assistée). Un exemplaire peut être commandé à l'OCFIM, 3003 Berne.

Nous aimerions ici attirer l'attention sur les particularités suivantes de la loi:

- seuls trois embryons maximum peuvent désormais être transférés.
- Les ovocytes fécondés (zygotes) surnuméraires ne peuvent être congelés qu'à ce stade; la congélation est donc interdite dès qu'ils ont atteint le stade embryonnaire. La cryoconservation est autori-

sée pour une durée maximale de cinq ans.

- Tout examen de dépistage de certaines maladies héréditaire (diagnostic pré-implantatoire) sur l'embryon avant son transfert est interdit.
- Contrairement au don de sperme, le don d'ovules est interdit.

Tous les centres qui pratiquent la FIV en Suisse disposent d'un agrément cantonal et sont tenus de respecter la loi sur la procréation médicalement assistée et l'ordonnance sur la procréation médicalement assistée.

3 embryons maximum peuvent être transférés.

Cryoconservation.

Diagnostic pré-implantatoire.

Le don d'ovules est interdit.

9. Les organisations d'entraide

«D'autres couples vivent la même chose que nous». Ce sentiment rend souvent les choses plus faciles.

Si vous vous demandez ce que vous pourriez encore faire pour exaucer votre désir d'enfant, si vous êtes en cours de traitement ou si vous avez du mal à accepter un traitement qui n'a pas (encore) eu de succès cela fait toujours du bien d'en parler avec d'autres couples dans le même cas, dans une atmosphère d'écoute et d'ouverture où vous pourrez aussi vous laisser aller sans crainte et en toute sincérité.

Vous trouverez une telle atmosphère auprès des diverses organisations d'entraide suisses pour couples sans enfants. Elles vous apporteront un accompagnement psychologique important, vous aideront à exprimer vos émotions et vous informeront sur les différentes possibilités de traitement.

Par ailleurs, elles s'emploient à ce que la stérilité soit aussi reconnue comme une maladie en Suisse et à ce que les traitements requis soient pris en charge en totalité par les caisses d'assurance-maladie –

comme le veut la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Cela vous paraît important d'échanger vos expériences avec d'autres couples sans enfants? Vous aimeriez être conseillés dans une atmosphère neutre et sereine? Pour cela, adressez-vous à l'une des organisations d'entraide ci-dessous:

Association «Azote Liquide»

76, rue Ancienne
1227 Carouge
Tél. et Fax 022/ 301 00 47

Cette organisation de patients dont le siège se trouve en Suisse romande existe depuis de nombreuses années, dispose d'un bon réseau de conseil en langue française et possède désormais aussi un grand nombre de points d'appui en Suisse alémanique.

**Verein Kinderwunsch
(Association désir d'enfant)**

Case postale 251, 8027 Zurich
www.kinderwunsch.ch

**Ligne d'informations
téléphoniques Kinderwunsch**

Tél. 0848 86 86 80

L'association a été fondée en 2000 et s'est fixé pour mission, entre autres, de fournir des informations sur la stérilité et ses méthodes de traitement. La ligne d'informations téléphoniques propose, parmi d'autres services, un conseil indépendant et les coordonnées d'autres permanences.

Si vous préférez contacter directement un centre proche de chez vous, adressez-vous à

Organon AG
Tél. 055/415 19 11
Fax 055/415 19 10
Email: info@organon.ch
Homepage: <http://www.organon.ch>
(Public, → Désir d'enfant,
→ go to Centres FIV)

10. L'adoption

De nombreux couples attendent de pouvoir adopter un enfant. L'adoption, une autre possibilité de fonder une famille.

Cette brochure n'a jusqu'à présent traité que les méthodes médicales et techniques pour remédier à l'absence d'enfants. Fonder une famille peut parfois aussi passer par l'adoption. Vous trouverez ci-dessous un bref récapitulatif qui vous donnera un aperçu complet de ce sujet complexe.

Environ 600 enfants sont adoptés chaque année en Suisse. Malheureusement, presque 3 fois plus de parents figurent encore sur une liste d'attente quelque part. L'adoption nécessite donc une certaine patience. Vous devrez fournir votre acte de mariage, des références, votre déclaration d'impôts, des certificats médicaux et un certificat de bonne vie et mœurs aux autorités locales compétentes (en général les autorités de tutelle), qui établiront un rapport social à l'aide de ces documents. S'il est favorable, ce rapport vous donnera alors droit au statut dit de «parents adoptifs».

Les parents candidats à l'adoption en Suisse peuvent s'appuyer sur

un réseau bien organisé. Les adresses ci-contre pourront vous être utiles à cet effet:

**Conférence suisse des organismes
intermédiaires en adoption (CSOIA)**

Téléphone 021 654 66 11

**Groupement suisse des parents adoptifs
(Schweizerische Adoptiveltern-Vereinigung,
SAEV)**

www.saev.ch

**Antenne suisse pour l'adoption
(Schweizerische Fachstelle für Adoption)**

Téléphone 01 360 80 90

www.adoption.ch

**Service suisse international
(Schweizerischer internationaler Dienst)**

Téléphone 022 731 67 00

E-Mail: ssi@freesurf.ch

La liste, très utile, «Organismes intermédiaires en adoption bénéficiant d'un agrément cantonal» peut y être commandée pour CHF 30.- (ou être lue à l'adresse www.ofj.admin.ch).

**Centre de formation des parents de Zurich
(Eltern-Bildungs-Zentrum Zürich)**

Téléphone 01 252 82 81

<http://adoptionseminare.ch.to>

Organise des séminaires pour les parents candidats à l'adoption

11. Lexique

Vous trouverez
ci-dessous un
récapitulatif des
principaux termes
concernant le
traitement FIV.

Andrologie

Discipline médicale qui étudie l'appareil génital masculin

Anticorps

Substances défensives produites par l'organisme

Anticorps anti-sperme

Substances défensives produites par l'organisme de l'homme et/ou de la femme contre les cellules reproductrices

Ascites

Épanchement de liquide dans la cavité abdominale, notamment en cas de stimulation ovarienne excessive

Avortement

Fausse couche

Blastocyste

Stade de division cellulaire avancé d'un embryon précoce

Canule

Seringue à injection

Cathéter

Tube fin destiné à être introduit à l'intérieur d'un organe

Cervix uteri

Éléments porteurs des caractères génétiques

Chromosomes

Éléments porteurs des caractères génétiques

Corps jaune (Corpus luteum)

Se forme dans l'ovaire après la rupture du follicule

Cryoconservation

Conservation par congélation

Embryon

L'enfant à naître avant 12 semaines

Endomètre

Muqueuse utérine

Endométriose

Développement de tissus semblables à la muqueuse utérine à des endroits ou sur des organes extérieurs à l'utérus

Extra-utérin

Extérieur à l'utérus

Fécondation artificielle

Fécondation d'un ovocyte à l'extérieur de l'organisme (voir Fécondation in-vitro)

Fécondation in-vitro (FIV)

Fécondation en éprouvette/à l'extérieur du corps (en latin: vitrum – le verre)

Fertilisation

Fécondation

Fœtus

L'enfant à naître après la 12ème semaine

Follicule

Petite poche remplie de liquide dans laquelle se trouve l'ovocyte

Gamètes

Cellules reproductrices (ovules et spermatozoïdes)

Glaire cervicale

Mucosités du col de l'utérus

Gravidité

Grossesse

Grossesse extra-utérine

P. ex. grossesse tubaire

Hormone

Substance active produite par l'organisme

Hypophyse

Glande endocrine

Hypothalamus

Glande de régulation hormonale qui contrôle le fonctionnement de l'hypophyse

ICSI

Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes, injection d'un spermatozoïde à l'intérieur d'un ovule (micro-insémination, micro-injection)

Implantation

Nidation de l'embryon dans la muqueuse utérine

Induction d'ovulation (piqûre)

Injection de HCG pratiquée pour déclencher l'ovulation

Insémination

Injection de spermatozoïdes dans la cavité utérine (IIU: insémination intra-utérine)

Kyste

Cavité remplie de liquide

MESA

Aspiration de sperme épидидymaire

par microchirurgie, prélèvement de spermatozoïdes à partir de l'épididyme

Milieu de culture

Solution nutritive

Oestrogène

Hormone spécifiquement féminine produite essentiellement dans le follicule

Ovaire

Glande génitale qui produit les ovules

Ovaire polykistique

Ovaire présentant de nombreux petits kystes, généralement liés à un accroissement du taux d'hormones masculines

Ovulation

Libération de l'ovule après rupture du follicule

Pavillon

Ouverture de la trompe en forme d'entonnoir destinée à recueillir l'ovocyte

Placenta

Organe fixé à la paroi de l'utérus par lequel le fœtus reçoit alimentation et oxygène

Ponction folliculaire

Aspiration du liquide folliculaire pour le prélèvement d'ovocytes

Prêt d'utérus

Grossesse assumée par une femme à laquelle n'appartient pas l'ovocyte fécondé; interdit en Suisse

Spermatozoïdes

Cellules reproductrices masculines

Spermogramme

Analyse de la qualité du sperme

Stérilité

Impossibilité involontaire de procréer

Stérilité idiopathique

Stérilité inexplicquée, sans origine physique ou psychologique détectée

Stérilité immunologique

Stérilité causée par une réaction

de défense de l'organisme

Stimulation

Maturation forcée de follicules, p. ex. au moyen d'hormones

Système immunitaire

Système de défense de l'organisme

TESE

Extraction testiculaire de spermatozoïdes, prélèvement de spermatozoïdes à partir des testicules

Transfert embryonnaire

Introduction d'un embryon dans l'utérus (possible seulement jusqu'à un certain nombre de divisions fixé par la loi sur les transplantations)

Transutérin

À travers l'utérus

Tube, oviducte

Trompe

Utérus

Organe contenant le fœtus pendant la grossesse

Éditeur

Organon AG
Churerstr. 160b
CH-8808 Pfäffikon
Tél. 055 415 19 11
Fax 055 415 19 10
E-mail: info@organon.ch
<http://www.organon.ch>

**Conseillers
scientifiques**

Dr. med.
Peter Fehr
Rheinweg 7, Euro Haus
CH-8200 Schaffhausen

Dr. phil. II
Violette Villars
Organon AG
8808 Pfäffikon SZ



Organon AG
8808 Pfäffikon SZ
Tél 055-415 19 11
Fax 055-415 19 10
www.organon.ch

