



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Transferts d'embryons congelés en cycle naturel : ovulation spontanée ou déclenchement par hCG ?

Natural cycle for frozen-thawed embryo transfer: Spontaneous ovulation or triggering by HCG

S. Huberlant^{a,*}, M. Vaast^b, T. Anahory^c, M.L. Tailland^a, N. Rougier^d, N. Ranisavljevic^c, S. Hamamah^e

^a Département de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital universitaire Caremeau, place du Professeur R. Debré, 30029 Nîmes, France

^b Département de gynécologie obstétrique, hôpital général, 66000 Perpignan, France

^c Département de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHU Arnaud-de-Villeneuve, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France

^d Laboratoire d'assistance médicale à la reproduction, hôpital universitaire Caremeau, place du Professeur R. Debré, 30029 Nîmes, France

^e Département de biologie de la reproduction, CHU Arnaud-de-Villeneuve, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34000 Montpellier, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 décembre 2017

Mots clés :

Transfert d'embryons congelés
Cycle naturel
Déclenchement de l'ovulation
Hormone chorionique gonadotrope
Préparation endométriale

Keywords:

Frozen-thawed embryo transfer
Natural cycle
Ovulation induction
Human chorionic gonadotrophin
Cycle regimen

RÉSUMÉ

Objectif. – Comparer l'issue des transferts d'embryons congelés (TEC) réalisés lors d'un cycle naturel en fonction de l'administration ou non d'hCG recombinante (r-hCG) pour déclencher l'ovulation.

Méthodes. – Cette étude rétrospective a inclus l'ensemble des patientes prises en charge pour un TEC en cycle naturel sur une période de 1 an. Les patientes monitorées jusqu'à la détection d'un pic de LH formaient le groupe A ($n = 38$), les patientes ayant reçu une injection de r-hCG afin de déclencher artificiellement l'ovulation constituaient dans le groupe B ($n = 43$). Tous les embryons avaient été conservés par vitrification. Aucun soutien de la phase lutéale n'avait été mis en place. Nous avons comparé l'issue des TEC entre les 2 groupes.

Résultats. – Après vérification de la comparabilité des 2 groupes, il n'existe pas de différence significative pour les taux d'implantation, de grossesse clinique et de naissance vivante (31 % vs 45 %, 32 % vs 51 % et 21 % vs 32 % respectivement pour les groupes A et B). Le nombre de monitoring était significativement plus faible dans le groupe B ($1,9 \pm 0,8$ versus $2,5 \pm 1$, $p = 0,006$)

Conclusion. – Bien qu'aucun consensus ne soit encore établi, le cycle naturel semble aujourd'hui s'imposer chez les patientes normo-ovulantes mais le mode de déclenchement de l'ovulation reste débattu. Dans notre étude, le déclenchement par r-hCG, réalisé en présence de critères stricts, semble offrir de bons résultats tout en réduisant les contraintes et le coût du protocole.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To compare frozen-thawed embryo transfer (FET) outcomes in natural cycles according to ovulation induction: spontaneous versus recombinant human chorionic gonadotrophin (r-hCG) triggering.

Methods. – This retrospective study included all patients monitored for natural cycle FET during one year. When serial monitoring were performed until spontaneous LH rise, patients were included in group A ($n = 38$) whereas those receiving r-hCG for ovulation triggering formed group B ($n = 43$). All embryos had been cryopreserved by a vitrification method following a previous IVF cycle. No luteal phase support had been given. We compared outcomes between the 2 groups.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephanie.HUBERLANT@chu-nimes.fr (S. Huberlant).

Results. – After checking groups comparability, we didn't find significant difference for the implantation rate, clinical pregnancy rate and live birth (31% vs 45%, 32% vs 51% et 21% vs 32%, respectively for group A and B). The number of monitoring was significantly lower in group B ($1,9 \pm 0,8$ versus $2,5 \pm 1$, $P = 0,006$).
Discussion. – Although no consensus has been yet established, natural cycle seems indicated for normo-ovulating patients but the question of ovulation induction is still debated. In our study, triggering ovulation by r-hCG, respecting strict criteria, seems provide good results while reducing both protocol's constraints and cost.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Si le succès en AMP dépend de multiples facteurs, la problématique de l'implantation embryonnaire est une préoccupation constante depuis les débuts de la fécondation in vitro (FIV). Cette étape cruciale repose sur une séquence d'événements complexes et nécessite à la fois un embryon compétent, un endomètre réceptif ainsi qu'une synchronisation entre les tissus maternels et embryonnaires pour aboutir. Une action délétère des protocoles de stimulation ovarienne sur la phase lutéale endométriale a été démontrée en cycle de FIV [1–3] et ce, quel que soit le protocole utilisé (agoniste ou antagoniste de la GnRH) [4]. D'autre part, l'arrivée de la vitrification, technique de cryoconservation embryonnaire performante, a permis une nette amélioration des taux de grossesse après transfert d'embryons congelés (TEC) [5,6]. En conséquence, la politique de transfert a évolué et la pratique du « elective single embryo transfer » est aujourd'hui de plus en plus répandue. Elle permet de limiter les grossesses multiples et leurs complications, tout en assurant des taux de grossesse cumulés satisfaisants grâce au transfert des embryons surnuméraires dont le risque de « perte » à la décongélation est proche de zéro. En parallèle, la pratique du transfert asynchrone (*freeze all policy*), s'est développée, permettant de prévenir la sévérité du syndrome des ovaires polykystiques. Pour certains auteurs, il pourrait s'agir de la stratégie de transfert à adopter pour toutes les tentatives de FIV afin de réaliser le transfert dans un environnement non exposé à des taux hormonaux largement supra physiologiques inhérents à l'hyperstimulation ovarienne contrôlée. Il pourrait en résulter de meilleurs taux de grossesse et une incidence moindre des complications obstétricales et néonatales mais ces données restent encore à confirmer [7–10]. Une étude prospective multicentrique comparant le taux de naissance vivante après un premier transfert embryonnaire n'a pas retrouvé de différence significative entre une transfert d'embryons frais et congelé mais confirmait la diminution du nombre de cas d'hyperstimulation ovarienne [9]. Cette étude a été confortée par les résultats d'une plus large étude prospective retrouvant des taux de naissance vivante après transfert d'embryon congelé et embryon frais, respectivement de 33,8 % et 31,5 % (RR : 1,07 ; 95 % CI : 0,88–1,31) [10].

Dans ce contexte, la pratique des TEC s'est largement développée ces dernières années et le type de préparation endométriale optimal pour permettre un dialogue synchronisé entre l'embryon et l'endomètre a suscité l'intérêt de nombreux auteurs, sans qu'une réelle attitude consensuelle n'ait émergé. Chez les patientes présentant des cycles réguliers, les TEC peuvent être réalisés au cours d'un cycle naturel, permettant ainsi de respecter le processus physiologique de préparation de l'endomètre à l'implantation embryonnaire et d'en limiter la médicalisation dans un parcours déjà très pesant. Certaines études s'appuient sur le dosage sérique d'estradiol, plus faible lors de TEC en cycle naturel, pour suggérer une optimisation de la fenêtre d'implantation et de meilleurs taux de grossesse par rapport au traitement hormonal [11–15]. Dans le cas d'une préparation endométriale en cycle naturel, il est essentiel de connaître précisément le jour de

l'ovulation pour faire coïncider le remplacement embryonnaire, en fonction du stade de développement de l'embryon, avec l'endomètre. Cependant, détecter l'ovulation spontanée peut nécessiter de multiplier les examens, vécus comme contraignants par les patientes et coûteux. Une alternative consiste à réaliser une injection d'hormone chorionique gonadotrope (hCG) pour déclencher l'ovulation dès qu'apparaissent un follicule mature et un développement endométrial satisfaisant en échographie. Cette méthode permet de limiter le nombre de monitorages et d'assouplir la programmation mais implique le recours à une injection d'hCG qui pourrait avoir un effet délétère sur la réceptivité endométriale, en modifiant le processus de déцидуalisation et de sécrétions endométriales. Ces mécanismes seraient à l'origine de perturbation du dialogue endomètre-embryon [16,17].

L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'impact du déclenchement de l'ovulation par hCG recombinante (r-hCG) lors d'un cycle naturel sur les taux de naissance vivante après TEC.

2. Méthode

2.1. Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude rétrospective, analytique, monocentrique ayant inclus des patientes prises en charge au CHU de Montpellier pour un TEC en cycle naturel entre juillet 2014 et juillet 2015. Dans cette étude, seules les patientes n'ayant pas bénéficiés de plus d'un TEC on était incluses, afin d'éviter d'inclure des patientes en échec d'implantation. Le transfert d'embryons congelés sur cycle naturel ne s'adressait qu'aux patientes ayant des cycles réguliers. Nous avons exclu les embryons biopsiés issus d'un cycle avec diagnostique préimplantatoire (DPI), ainsi que les cycles réalisés après exploration de la réceptivité endométriale par microarray. Par ailleurs, si durant la période de l'étude plusieurs cycles de TEC sur cycle naturel ont été réalisés pour une même patiente, seul le premier cycle a été pris en compte dans l'analyse. Deux groupes ont été définis a posteriori selon l'administration ou non de r-hCG en vue du déclenchement de l'ovulation. Les patientes n'ayant pas reçu de r-hCG constituaient le groupe A ($n = 38$) ; celles ayant reçu une injection de r-hCG pour le déclenchement de l'ovulation constituaient le groupe B ($n = 43$).

2.2. Congélation et réchauffement embryonnaire

Lorsqu'une stratégie de « freeze all » était décidée, 2 embryons sélectionnés selon la classification de BLEFCO étaient vitrifiés dès le 3^e jour de développement. Dans les autres cas, les embryons étaient congelés au 5^e et 6^e jour de développement. Seuls les blastocystes ayant atteint un stade d'expansion au moins égal à 3 et un trophectoderme de grade A ou B selon la classification de Gardner et Schoolcraft étaient cryopréservés. La vitrification était réalisée avec le Vit Kit[®]-Freeze suivant la procédure recommandée par IrvineScientific[®]. Les embryons étaient d'abord placés dans une solution d'équilibration (7,5 % DMSO/7,5 % éthylène glycol) : 8 min pour les embryons J3 et 10 min pour les blastocystes puis

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926223>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926223>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)