

Article original

## Optimisation des résultats d'inséminations intra-utérines uniques avec sperme de donneur : bilan de quatre ans d'activité

### Optimization of artificial inseminations with donor semen: a four-year experience

V. Achard \*, J. Perrin, J. Saias-Magnan, A. Noizet, J.-M. Grillo, O. Paulmyer-Lacroix

Centre d'assistance médicale à la procréation (AMP), CHU la Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

Reçu le 19 mars 2005 ; accepté le 27 juillet 2005

Disponible sur internet le 21 octobre 2005

#### Résumé

**Objectif.** – Évaluer les résultats d'un protocole d'insémination avec sperme de donneur, associant stimulation et monitoring de l'ovulation, préparation du sperme par migration ascendante et insémination intra-utérine, proposé aux patientes de moins de 39 ans. Apprécier l'influence de différents paramètres cliniques et biologiques sur les taux de grossesses.

**Patients et méthodes.** – Analyse rétrospective de 249 cycles (106 couples) réalisés sur une période de quatre ans.

**Résultats.** – Le taux de grossesses par cycle est de 28,1 %, le taux de grossesses multiples de 11,4 %/cycle et d'accouchement/cycle de 22 %. La majorité des grossesses (84 %) est obtenue avant la quatrième tentative. Parmi les facteurs étudiés, seule une relation entre le nombre de spermatozoïdes mobiles progressifs inséminés et les chances de grossesse a été mise en évidence : le taux de grossesses/cycle est de 40,4 % si plus d'1,5 million de spermatozoïdes mobiles progressifs est inséminé contre 24,7 % si ce nombre est inférieur ou égal à 1,5 million ( $p < 0,05$ ).

**Discussion et conclusion.** – Les inséminations avec sperme de donneur réalisées dans des conditions précises permettent d'obtenir des taux de grossesses satisfaisants et de répondre à l'attente des couples ayant souvent un parcours difficile vis-à-vis de l'infertilité.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objective.** – Our aim was to analyse the results of a donor insemination program using ovarian stimulation, swim-up sperm preparation and intrauterine insemination proposed to women with a maximum age of 39. Incidence of several clinical and biological parameters on success rates was investigated.

**Patients and methods.** – Retrospective analysis of the results of 249 cycles performed in 106 couples during a four-year period is reported.

**Results.** – Overall pregnancy rate of 28.1% and delivery rate of 22% per cycle were achieved, with a multiple pregnancy rate of 11.4%. Most of the pregnancies (84%) were obtained before the fourth insemination. Among the different parameters studied the total number of motile sperm inseminated was found to be the most important factor for success rate: pregnancy rate per cycle reached 40.4% if more than 1.5 million progressive sperm were inseminated vs. 24.7% if they were less than 1.5 million ( $P < 0.05$ ).

**Discussion and conclusion.** – In precise conditions, outcome of inseminations with donor semen can reach satisfying pregnancy rates, being a valuable help for couples suffering of long-time infertility.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [vincent.achard@mail.ap-hm.fr](mailto:vincent.achard@mail.ap-hm.fr) (V. Achard).

**Mots clés :** Assistance médicale à la procréation (AMP) ; Insémination avec sperme de donneur ; Insémination intra-utérine ; Migration ascendante ; Préparation du sperme

**Keywords:** Assisted reproductive technologies (ART); Donor insemination; Intrauterine insemination; Swim-up; Sperm preparation

## 1. Introduction

L'insémination artificielle avec sperme de donneur (IAD) répond en France aux indications suivantes : risque de transmission de pathologies génétiques ou infectieuses à la descendance, stérilité masculine. Les IAD ont nettement diminué depuis la pratique des fécondations in vitro avec micro-injection (ICSI) qui ont permis la prise en charge intraconjugale de nombreux cas d'infertilité masculine sévère. Elles restent cependant parfois la seule technique d'Assistance médicale à la procréation (AMP) que l'on peut proposer aux couples ayant souvent vécu difficilement l'annonce de leur stérilité.

Actuellement, les modalités de réalisation de l'IAD ne sont pas clairement définies. Le type d'insémination (intracervicale ou intra-utérine), l'utilisation ou non d'une stimulation de l'ovulation, le nombre de cycles réalisés pour un même couple ou le nombre d'inséminations pratiquées dans le cycle varient d'un centre à l'autre [1,2]. Les taux de grossesses sont également différents selon les équipes en France (rapports annuels des CECOS).

Nous fondant sur notre expérience concernant les inséminations avec sperme du conjoint [3], nous avons mis en place un protocole précis de prise en charge des couples en IAD. Il inclut les patientes de moins de 39 ans et associe monitoring de l'ovulation, préparation du sperme et insémination intra-utérine.

Nous rapportons ici le bilan de quatre ans d'activité selon cette stratégie. Le but de cette étude est d'évaluer ce protocole ainsi que l'influence de divers paramètres, cliniques et biologiques, sur les chances de grossesse en IAD.

## 2. Patients et méthodes

Cette étude rétrospective porte sur 106 couples ayant bénéficié d'une IAD au centre d'Assistance médicale à la procréation de l'hôpital de la Conception à Marseille entre 1999 et 2003, soit un total de 249 tentatives.

### 2.1. Patients

Les indications d'IAD dans notre centre ont été : la séropositivité pour le VIH (11 couples), l'existence d'une pathologie génétiquement transmissible (cinq couples : maladie de Steinert ; maladie de Lobstein ; syndrome de Schwachman) ou une azoospermie (90 couples). L'azoospermie était en majorité d'origine non obstructive (68 couples) d'étiologies diverses : syndrome de Klinefelter (14 cas), hypogonadisme (un cas), postchimiothérapique (quatre cas), secondaire à une

ectopie testiculaire (dix cas) ou idiopathique (39 cas). Une azoospermie obstructive a été diagnostiquée dans quatre cas. Le type d'azoospermie n'était pas déterminé dans 13 cas. En cas d'azoospermie, l'IAD a été réalisée d'emblée (51 couples) ou après échec d'ICSI intraconjugale (ICSI-C, 39 couples), en tenant compte à la fois du contexte clinique et du choix des patients. L'échec d'ICSI-C correspond à l'absence de spermatozoïdes dans la biopsie testiculaire réalisée le jour de la ponction ovocytaire ( $n = 20$ ), à l'absence d'obtention d'embryons après micro-injection ( $n = 10$ ) ou à l'absence de survenue de grossesse malgré plusieurs transferts d'embryons après ICSI ( $n = 9$ ).

Dans notre série, l'infertilité était de type primaire pour tous les hommes et pour 92 femmes (86,8 %) le jour de la première insémination. L'une des 14 patientes présentant une infertilité secondaire avait déjà obtenu un enfant par IAD en 1995 dans notre centre. La durée moyenne de l'infertilité était de 4,53 ans ( $\pm 2,26$ ). Chez 23 patientes (21,7 %), le bilan effectué a mis en évidence une dysovulation, une endométriote ou une anomalie tubaire unilatérale.

L'IAD a été proposée aux patientes ayant moins de 39 ans à la première tentative. Après six tentatives d'IAD infructueuses ou lorsque l'âge de la patiente était proche de 40 ans, des cycles de fécondation in vitro avec sperme de donneur ont été réalisés. Dans certains cas particuliers (patiente jeune, antécédents de grossesse), jusqu'à huit cycles d'IAD ont été effectués.

### 2.2. Protocole d'IAD

Le protocole d'IAD fait appel aux étapes suivantes. La stimulation de l'ovulation est effectuée grâce à l'administration d'antiestrogènes et/ou de gonadotrophines recombinantes (92 % des cycles). Le monitoring associe une surveillance échographique et biologique (dosage d'estradiol et de LH plasmatiques) de la maturation folliculaire. Le déclenchement de l'ovulation est réalisé par injection intramusculaire d'HCG 5000 lorsqu'un à deux follicules sont arrivés à maturité : diamètre folliculaire de 18 mm après traitement par gonadotrophines (G) ou 20 mm par antiestrogènes (AE), associé à une estradiolémie d'environ 150 (G) ou 200 (AE) pg/ml par follicule. Dans certains cas où le pronostic de grossesse est plus réservé (patientes plus âgées, rang de la tentative élevé, une seule trompe perméable), le déclenchement peut être effectué en présence de trois follicules matures. Trente-six heures après le déclenchement de l'ovulation ou 24 heures après le pic de LH spontané, l'insémination est réalisée après préparation au laboratoire du sperme de donneur congelé. Le cycle est annulé lorsque l'estradiolémie est supérieure à 1000 pg/ml avec plus de deux follicules de taille supérieure à 15 mm à l'échographie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9329580>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9329580>

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