

!! DOCUMENT A LIRE ET A CONSERVER !!

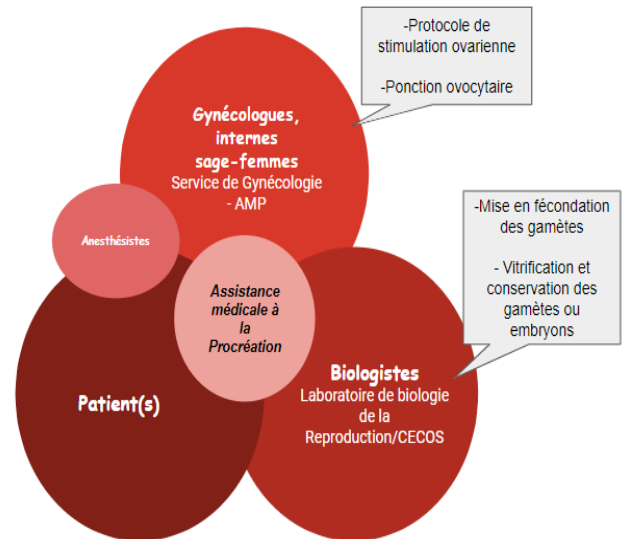
Vous vous engagez dans la réalisation d'un acte d'Assistance Médicale à la Procréation avec Fécondation *in Vitro* avec ou sans ICSI.

Nous vous invitons à lire ce document vous décrivant les différentes étapes.

La prise en charge en AMP implique la coordination de 3 acteurs :

- vous (les patients)
- les cliniciens gynécologues pour la stimulation et la ponction ovocytaire (en lien avec les services d'anesthésie et d'hospitalisation)
- les biologistes de la reproduction pour la prise en charge des gamètes et embryons

Notre équipe de psychologues est également disponible à toute étape du processus d'AMP.



Avant votre 1^{ère} tentative de FIV/ICSI, vous devez avoir rencontré les gynécologues et les biologistes du Laboratoire de Biologie de la Reproduction.

Les gynécologues et les biologistes collaborent ensemble et partagent un dossier informatisé commun permettant la coordination de l'AMP.

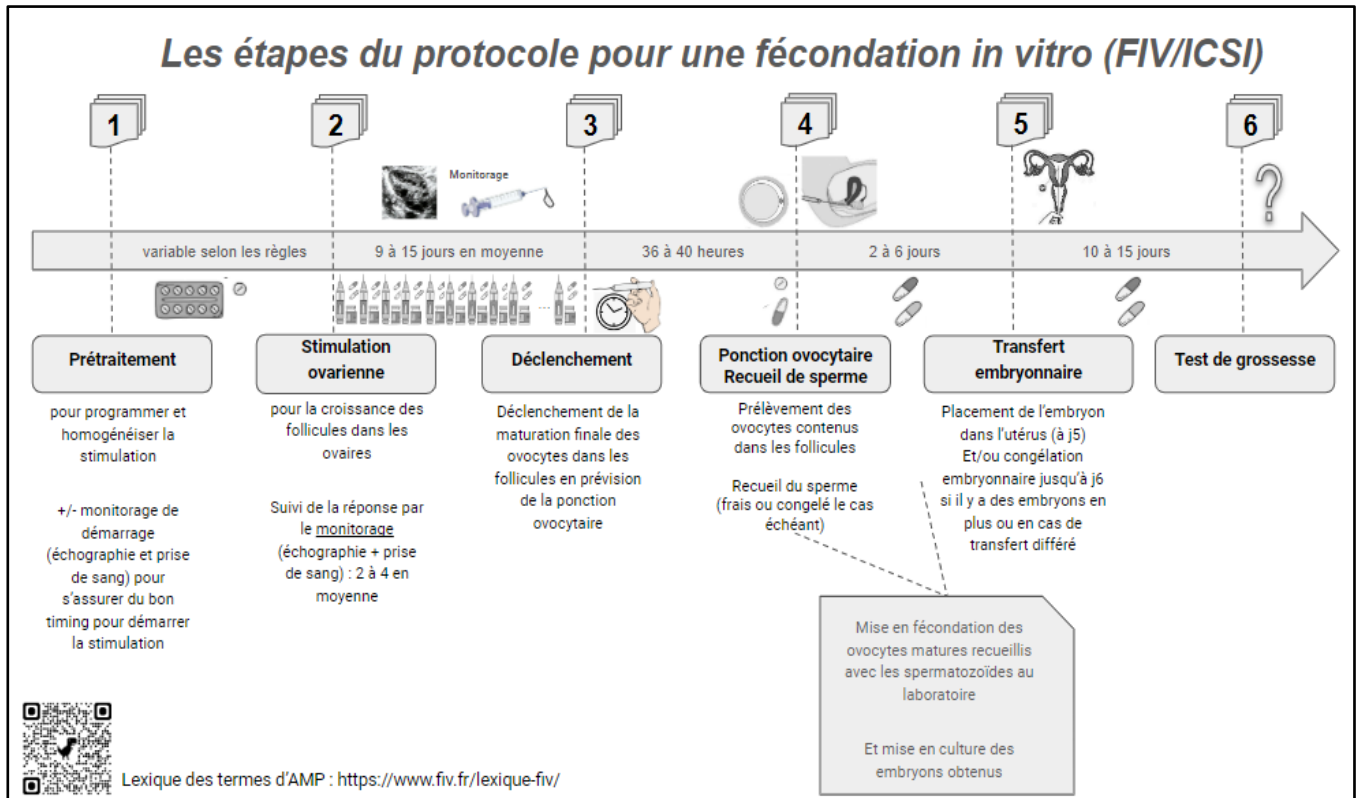
Il s'agit cependant de 2 services distincts ; la réglementation vous oblige à montrer vos documents de santé à chacun des 2 services lors de vos consultations.

Vous bénéficiez d'une **autorisation d'absence** auprès de votre employeur pour la réalisation des actes médicaux pour Madame (nombre illimité) et pour le/la partenaire (3 RDV) pendant la prise en charge en AMP. Ces absences sont rémunérées car elles sont considérées comme des périodes de travail effectif (cf. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 article 87 relative aux autorisations d'absence dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation). Si besoin, demandez un certificat de prise en charge en AMP à votre clinicien gynécologue.

Avant toute AMP, merci de vérifier les éléments suivants :

- **La présentation obligatoire de pièces d'identité valides à chaque étape du parcours d'AMP** (depuis la stimulation jusqu'au transfert embryonnaire, et à chaque consultation)
- La validité de la prise en charge à 100% AMP pour les 2 membres du couple
- Les résultats des sérologies (VIH, hépatites B et C, syphilis) pour chaque membre du couple datant de :
 - moins de 6 mois avant la 1^{ère} tentative
 - moins d'1 an pour les tentatives suivantes (sauf patient porteur d'un virus)
- RDV avec l'anesthésiste (moins de 2 mois avant la ponction ovocytaire)
- La signature du consentement de FIV/ICSI
- **!!! L'absence de voyage dans une zone à risque Zika** depuis 3 mois pour l'homme et de 2 mois pour la femme !!! (<https://www.cdc.gov/zika/geo/index.html>)





1 La phase de **prétraitement** (pour optimiser et programmer la prise en charge, éviter les éventuels kystes, etc...) □

=> Malgré ce prétraitement il arrive que la réponse ovarienne ne soit pas adéquate et que la tentative ne puisse pas débuter malgré le calendrier prévu, ceci est indépendant de notre volonté. Nous nous adaptons à la réponse aux traitements de vos ovaires. Un monitoring de démarrage également appelé blocage (prise de sang + échographie pelvienne) pourra être prévu pour s'assurer que nous sommes dans les bonnes conditions pour démarrer la tentative.

2 La phase de **stimulation ovarienne** par des injections de gonadotrophines +/- autres injections selon le protocole (en général tous les jours *entre 18-20h* à faire par vous-même ou par une infirmière) pour une durée variable selon votre réponse ovarienne ; en moyenne entre 10-15 jours (cf. encadré effets secondaires stimulation ovarienne). Certains des traitements se commandent à l'avance, veillez donc à en avoir toujours une quantité suffisante disponible à la pharmacie. Au cours d'un protocole de traitement, comme indiqué sur l'ordonnance, les traitements sont renouvelables (QSP=Quantité Suffisante Pour, en générale 10-15j) avec la même ordonnance à conserver.

La surveillance de la réponse à la stimulation avec le **MONITORAGE** commence en moyenne une semaine après le début de la stimulation, plusieurs monitorages peuvent être nécessaire (parfois pour le lendemain ou sur des jours de week-end : assurez-vous de vous rendre disponible tout au long du protocole). Sans observance de votre part aux consignes, nous cesserons la prise en charge).

Le monitoring consiste en une **prise de sang** (entre 7h30 et 8h30 à l'hôpital Bichat, toujours se munir de *votre planche d'étiquette*) et une **échographie pelvienne** par voie vaginale (réalisée selon l'ordre d'arrivée des patientes dans le service). Pensez à vider votre vessie avant l'examen par voie vaginale et d'apporter un paréo pour vous couvrir lors de l'examen. Il est possible de réaliser ces monitorages à l'extérieur si les examens sont réalisés dans des centres référents (liste à demander) et nous sont rendus avant 13h impérativement.

Les consignes pour l'adaptation du traitement et des prochains examens selon les résultats du monitoring vous seront communiquées dans la journée (par outil digital via votre espace patient APHP ou par mail mais non sécurisé). Si vous n'avez pas reçu les consignes, vérifiez vos spam,

faites le même traitement et signalez-vous par mail à la sage-femme pour avoir les informations (réponse aux jours et heures ouvrées).

!! Il n'est pas possible de prédire à l'avance le jour exact de la ponction, il faut vous rendre disponible pendant toute la durée du protocole.

Effets secondaires et complications de la stimulation ovocytaire

- risque allergique et réaction locale aux points d'injections (rougeur, gonflement disparaissant en 1h))
- gêne ou douleurs abdominales
- troubles du transit
- nausées et vomissements
- fatigue
- tension mammaire
- trouble de l'humeur
- hyperstimulation ovarienne
- troubles de la coagulation (phlébite, embolie pulmonaire)

Certaines complications peuvent nécessiter une hospitalisation

Effets secondaires et complications de la ponction ovocytaire

- douleurs
- complications liées à l'anesthésie
- hémopéritoine (saignement de l'abdomen)
- infection dans le pelvis, abcès de l'ovaire
- torsion d'annexes

Certaines complications peuvent nécessiter une hospitalisation avec intervention chirurgicale (coelioscopie) en urgence

Les complications **graves sont exceptionnelles**, et représentent **moins de 2%** des cycles.

3

Le déclenchement. Lorsque le nombre et la taille (>15mm) des follicules sont satisfaisants on peut réaliser le déclenchement de l'ovulation à une date et une heure très précise, environ 36-40h avant la ponction ovocytaire. Le déclenchement impose l'arrêt des autres traitements de stimulation. Ce déclenchement se fait, selon le protocole et les consignes médicales, par l'hormone chorionique (un stylo d'Ovitrelle® prérempli 250 unités) *ET/OU* par agoniste de la GnRH (Décapeptyl® 1 mg x2 flacons de produit à diluer avec 1 flacon de solvant à reconstituer **!! Vérifiez que le pharmacien vous a bien fourni les aiguilles et les seringues pour cette reconstitution**).

Une prise de sang pour surveillance du déclenchement le lendemain de l'injection sera parfois demandée, même s'il s'agit d'un jour férié (utilisez l'ordonnance de monitoring fournie initialement). Voici des tutoriels pour les injections Décapeptyl® <https://www.youtube.com/watch?v=JInkLarn3nk> ou pour Ovitrelle® <https://www.youtube.com/watch?v=giYiz40flg4> (sur YouTube, cf. QR codes).

QR code tutoriels Décapeptyl®



et Ovitrelle® :



4

- ❖ Le **Recueil de sperme** au laboratoire de biologie de la reproduction à 8h le jour de la ponction (délai d'abstinence 2 à 4 jours). Idéalement des éjaculats réguliers avant la tentative (tous les 2/3 jours) optimisent le sperme. En cas de paillette de sperme congelé (autoconservation du sperme du conjoint ou sperme de donneur), la présence de /du conjoint(e) est obligatoire et il/elle doit se présenter à 8h le jour de la ponction. La paillette doit être disponible au laboratoire au plus tard la veille de la ponction (contact du laboratoire si besoin : bdrbichat@aphp.fr).

- ❖ La **Ponction ovocytaire** : c'est l'acte chirurgical pour la récupération ovocytaire. Elle se déroule au bloc opératoire et dure 15 à 30 minutes. Elle est réalisée selon l'indication ou votre choix par *anesthésie locale* et/ou *anesthésie sédation* (équivalent d'une anesthésie générale mais sans ventilation respiratoire assistée). Quel que soit le type d'anesthésie, assurez-vous d'avoir réalisé la consultation d'anesthésie à l'hôpital Bichat <2 mois avant la tentative.

Le jour de la ponction ovocytaire présentez-vous à 7h à l'accueil de la maternité au RDC du bâtiment de la maternité (veuillez réaliser votre pré-admission en ligne plusieurs jours auparavant, sinon présentez-vous aux admissions de l'hôpital avant 7h le jour même). Il faudra vous présenter à jeûn depuis minuit (pas de boisson, ni nourriture, ni tabac). Vous serez le plus souvent hospitalisée en Hôpital de Jour (HDJ) en gynécologie, en chambre double. Après vous être déshabillée et être allée aux toilettes, vous patientez jusqu'à ce que l'on vous accompagne au bloc opératoire dans la matinée. Le jour de la ponction une *prémédication par des traitements antalgiques* avant l'anesthésie vous est donnée (ordonnance donnée en amont). Une perfusion veineuse est posée avant le geste au bloc opératoire.

Quel que soit le type d'anesthésie, vous sentez une partie des gestes qui sont désagréables mais non douloureux : la pose du spéculum, le nettoyage du vagin, etc...

Anesthésie locale

Elle consiste en plusieurs injections d'un produit anesthésique local au fond du vagin après nettoyage vaginal et visualisation du col au bloc opératoire, en position gynécologique après pose d'un spéculum. Vous serez éveillés et vous pourrez suivre le déroulé de l'intervention.

Anesthésie par sédation

Elle consiste en une perfusion de produits anesthésiques par voie veineuse le temps de l'intervention au bloc opératoire après position gynécologique et pose d'un spéculum pour le nettoyage du vagin et visualisation du col. Vous serez surveillés en salle de réveil à la suite de l'intervention.

et/ou

!! l'anesthésie locale ne peut être proposée en cas de situations mettant en difficulté l'opérateur (endométriose sévère, chirurgie pelvienne compliquée, anxiété, examen gynécologique difficile). Selon l'échographie pelvienne lors des monitorages, l'équipe médicale peut être amenée à rediscuter la voie de l'anesthésie avec vous.

En post opératoire de la ponction :

- La ponction d'ovocyte est suivie d'une surveillance clinique en salle de réveil en cas d'anesthésie par sédation puis en HDJ. A votre retour du bloc opératoire en HDJ une collation vous sera proposée. En fin de matinée/début d'après-midi, un membre de l'équipe passera vous communiquer l'issue de la tentative avec un compte rendu opératoire renseignant le nombre d'ovocytes recueillis, ainsi que les consignes post ponction et les consignes en cas de transfert embryonnaire prévu. Une *ordonnance avec des traitements antalgiques et des traitements de soutien de la phase lutéale* en cas de transfert vous sera fournie à votre sortie. Si besoin, la surveillance peut être prolongée l'après-midi ou sur une hospitalisation.

- **Vous devez OBLIGATOIREMENT être accompagnée pour votre sortie** (ne pas conduire seule, ni prendre les transports en commun seule). Il vous est fortement recommandé d'être accompagnée la nuit qui suit l'intervention pour surveillance des complications potentielles.

- Si possible, évitez les voyages en avion pendant 3 semaines surtout en cas de forte réponse ovarienne et portez des bas de contention dès que possible pour prévenir le risque de thrombose (une éventuelle anticoagulation en cas de voyage en avion pourra être discutée).

- Le bulletin d'hospitalisation vaut l'arrêt de travail pour le jour de la ponction et un arrêt de travail de 2 jours (adapté en cas de complications) peut vous être proposé.

Il faut s'inquiéter et consulter en cas de :

- > douleurs abdominales unilatérales très intenses et brutales remontant du bas du ventre vers le rein
- > douleurs abdominales associées à une prise de poids de >4kg
- > fièvre >38°C
- > douleurs dans les jambes, les bras, le thorax ou en cas de maux de tête important
- > difficultés respiratoires

Veuillez nous contacter par mail : amp.sage-femme.bch@aphp.fr aux jours ouvrés avant 17h sinon vous rendre aux urgences gynécologique de Bichat



5 Le transfert embryonnaire : c'est le placement de l'embryon dans l'utérus au moment de la nidation (2 à 5 jours après la ponction). Nous le réalisons en général 5 jours après la ponction (embryon au stade blastocyste). Un transfert d'embryon peut être différé après décision par l'équipe médicale en cas de risque d'hyperstimulation, d'endomètre inadéquat pour l'implantation, de taux de progestérone élevée ou autres raisons. Dans ce cas, les embryons obtenus sont congelés et conservés au laboratoire pour un transfert ultérieur, sur un nouveau cycle de règles.

Le nombre d'embryons transférés, majoritairement 1, est statué en amont de la tentative et résulte d'une décision en accord entre les patients et le clinicien gynécologue.

Lors du transfert embryonnaire, le biologiste vous informera de l'évolution des embryons éligibles au transfert et des embryons surnuméraires aptes à la congélation. Il peut arriver qu'aucun embryon ne se soit développé de manière optimale à l'issue de la tentative et que le transfert et/ou la congélation ne soient donc pas réalisés, ce que nous observons souvent que le jour du transfert.

Le **transfert** consiste en un geste simple et indolore. Il est pratiqué à l'aide d'un petit cathéter introduit par voie vaginale (en position gynécologique après mise en place d'un spéculum et nettoyage du col à l'aide de coton). Nous le réalisons sous contrôle échographique. Ce pourquoi vous devez avoir la vessie remplie le jour du transfert pour simplifier le geste et permettre une meilleure vision de l'utérus par l'échographie abdominale.

Dès son retrait de l'utérus, le cathéter est remis au biologiste qui vérifie au laboratoire que le(s) embryon(s) n'est (ne sont) pas resté(s) accolé(s) aux parois du cathéter.

Afin de favoriser l'implantation, un traitement de la phase lutéale (progestérone : en ovule, en injection et/ou per os selon l'indication) vous est prescrit. Ce traitement de progestérone est à prendre dès le soir de la ponction sans interruption (même le matin du transfert) jusqu'au test de grossesse au minimum.

Après le transfert, vous pouvez reprendre une vie totalement normale. Conduite, transport, travail, sport ne sont pas contre-indiqués. A ce stade, l'embryon mesure moins de 0,3 millimètres. Les études scientifiques démontrent qu'il n'y a aucun intérêt à un arrêt de travail et un repos forcé dans les suites d'un transfert embryonnaire et des études ont même rapporté un effet bénéfique de l'activité physique modérée à la suite d'une procréation assistée, les femmes actives ayant des taux d'implantation et de naissance vivante substantiellement plus élevés que celles qui étaient sédentaires (<https://www.fiv.fr/transfert-embryons-fiv/>).



En l'absence de transfert embryonnaire, les règles peuvent survenir de façon normale dans les 5 à 7 jours après la ponction.

Le compte-rendu du laboratoire de Biologie de la Reproduction détaillant la tentative vous sera adressé dans les 3 semaines à l'issue de la tentative par voie postale.

En cas de transfert embryonnaire différé *et seulement dans ce cas*, le biologiste vous informera par téléphone 6 à 7 jours après la ponction du nombre d'embryons qui auront pu être congelés. En cas de transfert embryonnaire en frais sur la tentative, vous recevrez uniquement le compte-rendu biologique de la tentative par courrier (>21jours ouverts).



6 Test de grossesse : après 10 à 14 jours après le transfert, vous pouvez réaliser le premier test de grossesse. Nous vous indiquerons la date exacte. Ce test est réalisé impérativement par prise de sang. Il s'agit d'un dosage de l'hormone chorionique gonadotrope humaine (béta hCG) marqueur de grossesse. Si vous réalisez un test de grossesse urinaire de votre propre chef avant la date conseillée par le médecin, vous risquez de subir des déconvenues. En effet, soit le test urinaire ne décèlera pas l'hormone hCG signalant que vous êtes enceinte s'il est fait trop tôt ; soit il décèlera les traitements de la stimulation qui peuvent mimer la détection d'hCG.

Même en cas de saignements, veuillez réaliser la prise de sang à la date définie. La prise de sang est à réaliser dans un laboratoire d'analyse proche de chez vous. Transmettez-nous le résultat sur le mail (sous format pdf, attention nous ne recevons pas toujours les formats photo) de la sage-femme

amp.sage-femme.bch@aphp.fr dès que vous l'avez reçu pour nous informer de l'issue de la tentative. Une réponse (aux jours ouvrés) suite à ce test vous sera apportée à la réception du résultat.

Il n'y a pas de conseil spécifique pour aider l'implantation ou que l'embryon "s'accroche" correctement. Vous pouvez continuer à mener une vie normale. En revanche, vous devez éviter l'usage de toxiques (tabac, alcool...) et éviter les situations de stress.

En cas de résultat négatif et d'absence de grossesse, ne vous découragez pas ! Nous restons disponibles, faites-nous part de vos difficultés.

N'hésitez pas à vous faire accompagner par les psychologues du service (prise de RDV au **01 40 25 87 02**) ou tout autre aide paramédicale (ostéopathe, acupuncteur, etc...) ; nous avons une liste de professionnels à disposition si vous le souhaitez.

Des associations de patientes (<https://www.bamp.fr/>) peuvent également vous orienter pour surmonter l'« ascenseur émotionnel » de l'AMP (podcast, livres, témoignages, etc...).



RDV post tentative pour discuter avec votre clinicien gynécologue de la suite de la prise en charge selon la réponse de la tentative (à prendre en amont au vu des délais).

En cas de grossesse :

- La surveillance initiale vous sera proposée par la sage-femme et/ou les internes. En effet, submergé par les multiples demandes en AMP, votre clinicien gynécologue ne peut pas assurer votre suivi initial de grossesse en AMP.

- Vous êtes libres de choisir votre maternité.

- N'oubliez pas de poursuivre les vitamines de grossesse (au moins l'acide folique seul ou contenu dans les compléments de vitamines de grossesse) tout au long du premier trimestre de grossesse au minimum.

- Les centres d'AMP ont l'obligation réglementaire de transmettre les résultats de toutes les tentatives d'AMP à l'Agence de la Biomédecine. Ainsi, **nous vous remercions de veiller à nous informer de votre grossesse et à nous transmettre votre compte-rendu d'accouchement.**

Toute l'équipe est à votre disposition pour que les traitements se passent au mieux dans la perspective de la grossesse attendue

A la suite de la consultation, le timing retenu est le suivant :

→ **RDV Interne/Sage-Femme** : pour confirmer la mise en place du protocole + l'éducation thérapeutique des injections + la communication des consignes. **Avant** ce RDV veuillez créer votre compte sur l'espace patient APHP <https://mon.aphp.fr/>

Documents à remettre impérativement lors de ce RDV :

☐ prélèvement vaginal ☐ frottis/test HPV ☐ bilan biologique/sérologies ☐ courrier médecin
☐ examen d'imagerie ☐

→ **Phase de prétraitement (préparation avant la stimulation) par**
avec monitoring de démarrage ☐ non / ☐ oui le :

→ **S1 (jour 1 de stimulation)** :

→ **Monitorages à partir du S**.....

→ **Ponction attendue entre** **et** (RDV d'anesthésie au préalable < 2 mois et préadmission en ligne > 7 jours avant la 1ère date "présumée" de la ponction <https://mon.aphp.fr/preadmission>)

