



Les approches personnalisées en PMA à l'Hôpital Erasme H.U.B



Symposium accrédité



Jeudi 18 juin 2026

Bienvenue



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Avec le soutien de



GEDEON RICHTER



ORGANON



Session pour les gynécologues

LIA, la nouvelle secrétaire IA de la Clinique de Fertilité d'Erasme.

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital
Erasme



ULB



FERTILITY
CLINIC
ERASME



Dr. Catherine HOUBA
*Directrice de la Clinique de PMA
Hôpital Erasme H.U.B*

Une première ligne saturée



Ligne souvent occupée

Des patients qui n'arrivent pas à joindre la clinique
392 abandons sur 1028 appels/ mois



Charge de travail lourde

Un recueil d'informations répétitif et chronophage
Cumulé à l'accueil des patients en présentiel



Erreurs d'orientation

Des appels mal orientés, du temps perdu pour tous

La solution : LIA, la nouvelle secrétaire IA de la Clinique de Fertilité d'Erasmus.



Disponible 24/24H

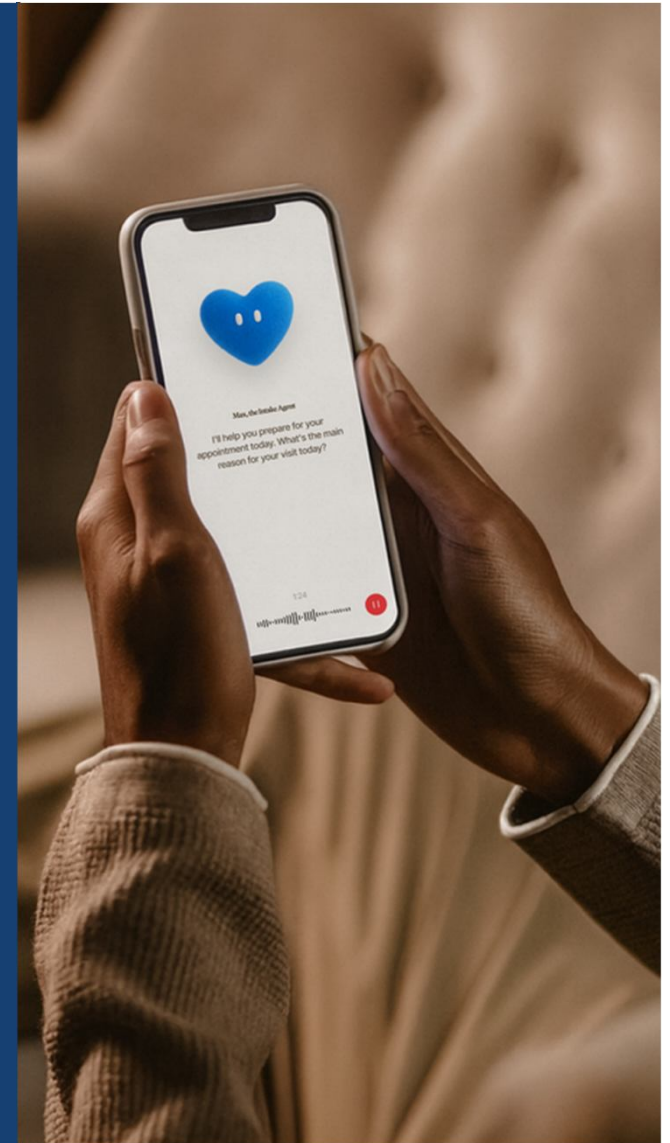


Via chat ou voix



37+ langues

H.U.B



A screenshot of the 'Media' app interface. At the top, there is a play button icon and a progress bar. Below the progress bar, the text '0:00' is displayed. Underneath, there are icons for play/pause, stop, previous, and next. At the bottom, there is a volume icon and a set of control buttons (play, stop, previous, next, and a central button).

Et ce n'est que le début,

// Le parcours patient complet

1

ÉTAPE 1

Réceptionniste IA

Le patient appelle. Mindoo décroche quand la secrétaire ou l'infirmière est occupée

2

ÉTAPE 2

Prise de RDV

Mindoo gère directement les rendez-vous dans l'agenda hospitalier.

3

ÉTAPE 3

Pré-visite

Anamnèse médicale structurée.

4

ÉTAPE 4

La consultation

Scribe/prise de note automatique pendant les consultations.

5

ÉTAPE 5

Suivi

Résumé, check-in, résultats.

Plus d'information sur Mindoo

- ◆ <https://mindoo.ai>
- ◆ gauthier@mindoo.ai

H.U.B



Scannez pour visiter mindoo.ai

**Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?**

AMH

Comment en parler simplement et efficacement aux patientes?

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital
Erasmé



ULB



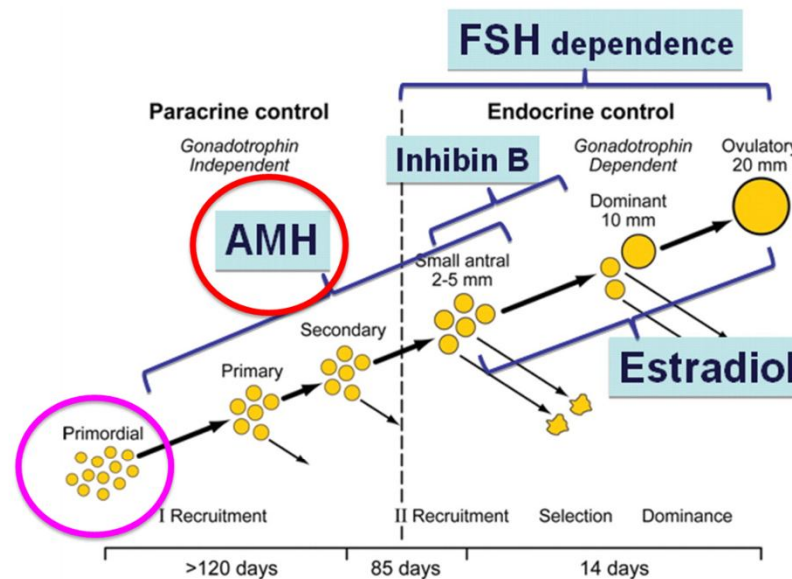
Pr. Anne DELBAERE
*Directrice du Service de Gynécologie-
Obstétrique
Hôpital Erasme H.U.B*

Agenda

- AMH biomarqueur de la réserve ovarienne:
 - AMH et réponse ovarienne à la stimulation
 - Interprétation des taux d'AMH
 - Taux d'AMH dans des pathologies d'endocrinologie de la reproduction
 - L'AMH peut-elle prédire la ménopause?
 - Quantité versus qualité ovocytaire ?
 - AMH et fécondabilité
 - AMH et aneuploïdie ovocytaire
 - Utilité de l'AMH dans des situations à risque de diminution de la réserve ovarienne
- Conclusions

AMH biomarqueur de la réserve ovarienne

Réserve
ovarienne



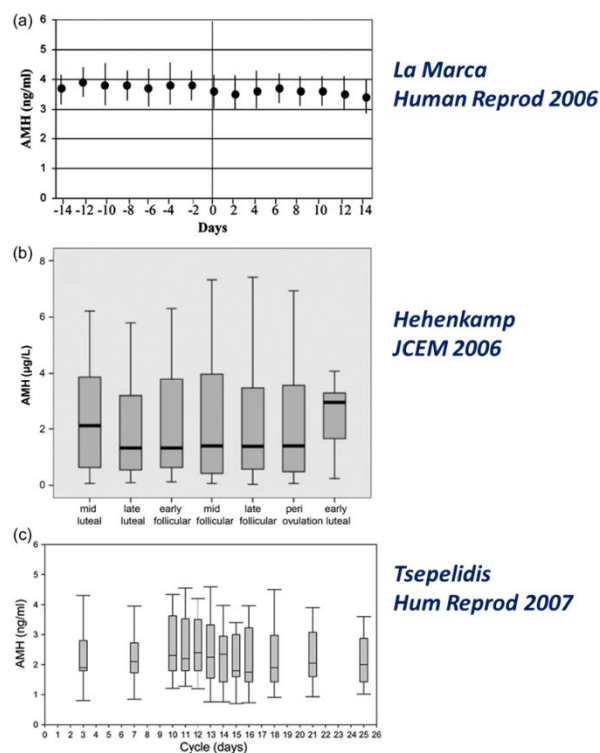
For predicting high and low response to ovarian stimulation, use of either antral follicle count (AFC) or anti-Müllerian hormone (AMH) is recommended. [updated]

Strong ⊕○○○

La Marca et al. Hum. Reprod. 2009

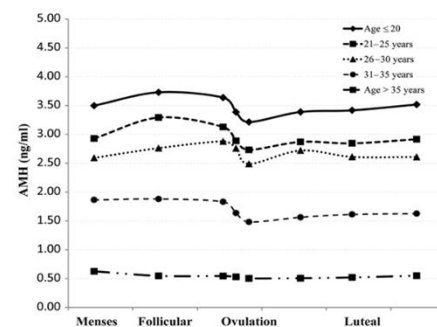
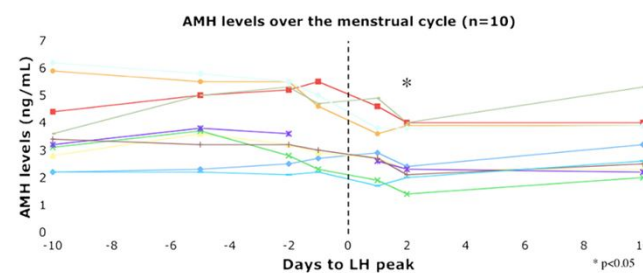
L'AMH est stable au cours du cycle menstruel

stable



Dewailly et al. Hum. Reprod. Update 2014

Légère ↓ au début de la phase lutéale

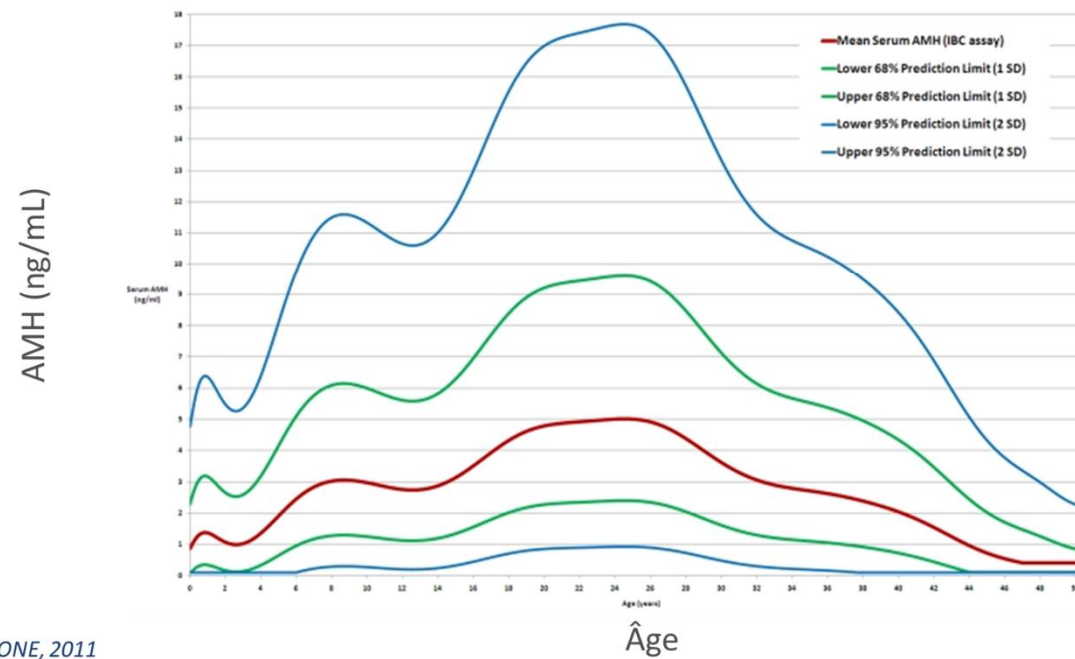


Streuli, Fertil Steril 2009

Kissel, Hum Reprod 2014

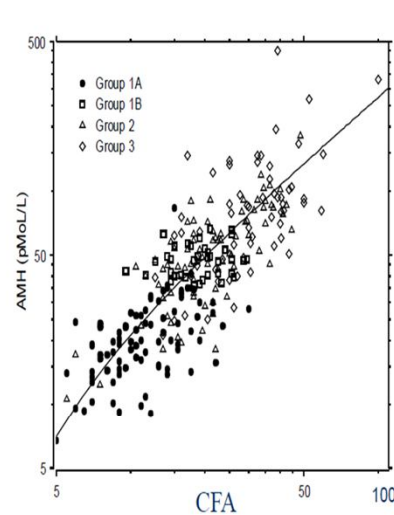
Taux d'AMH de l'enfance à la ménopause

Pic à 24,5 ans

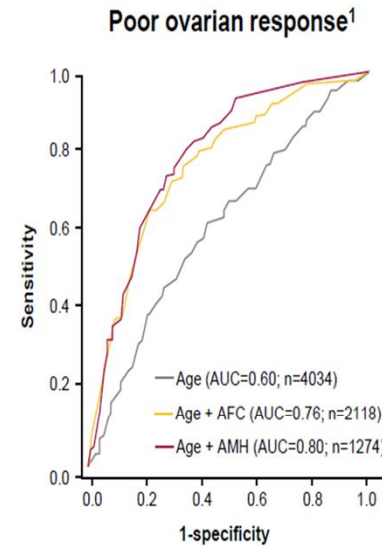


Kelsey TW, PLoS ONE, 2011

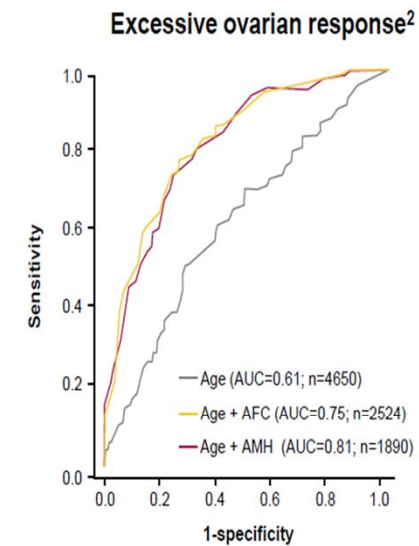
AMH et prédiction de la réponse à la stimulation ovarienne



Individualisation
de la stimulation
ovarienne sur base
des taux d'AMH



↓ abandon de
cycle



↓ OHSS

Dewailly et al, Hum Reprod 2011; Broer et al Hum Reprod Update 2013; La Marca and Sunkara Hum Reprod Update 2014

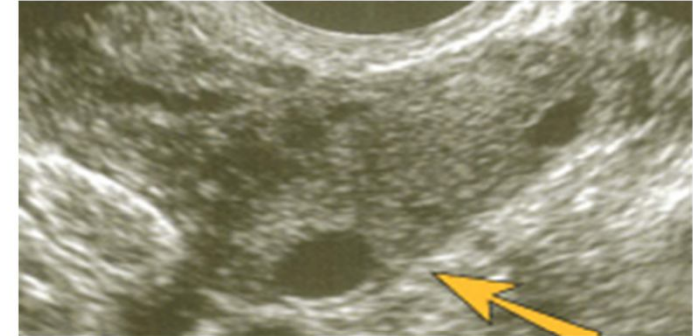
Valeurs seuils ?

Faible réserve ovarienne

Poor responders

AMH < 0,5 – 1,1 ng/mL (Bologna)

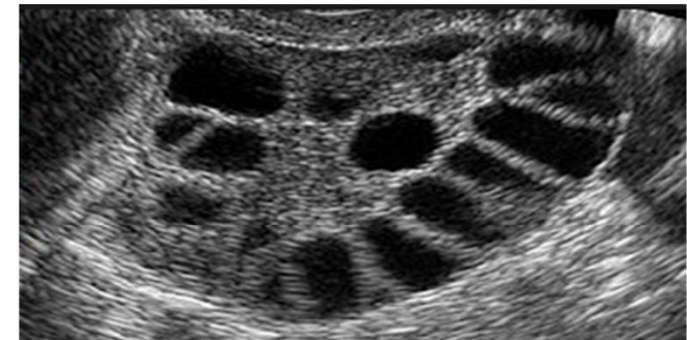
AMH < 1.2 ng/mL (Poseidon)



Réserve ovarienne élevée

High responders

AMH > 3.4 (- 5) ng/mL



Aflatoonian et al, J Assist Reprod Gen 2009; Lee et al, Human Reprod 2008

NICE Guidelines 2013 Updated September 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>

ESHRE consensus BOLOGNA Ferraretti et al, Hum Reprod 2011; Esteves et al Front Endocrinol 2021

Différents essais pour la mesure de l'AMH

Table I Anti-Müllerian hormone (AMH) assays characteristics.

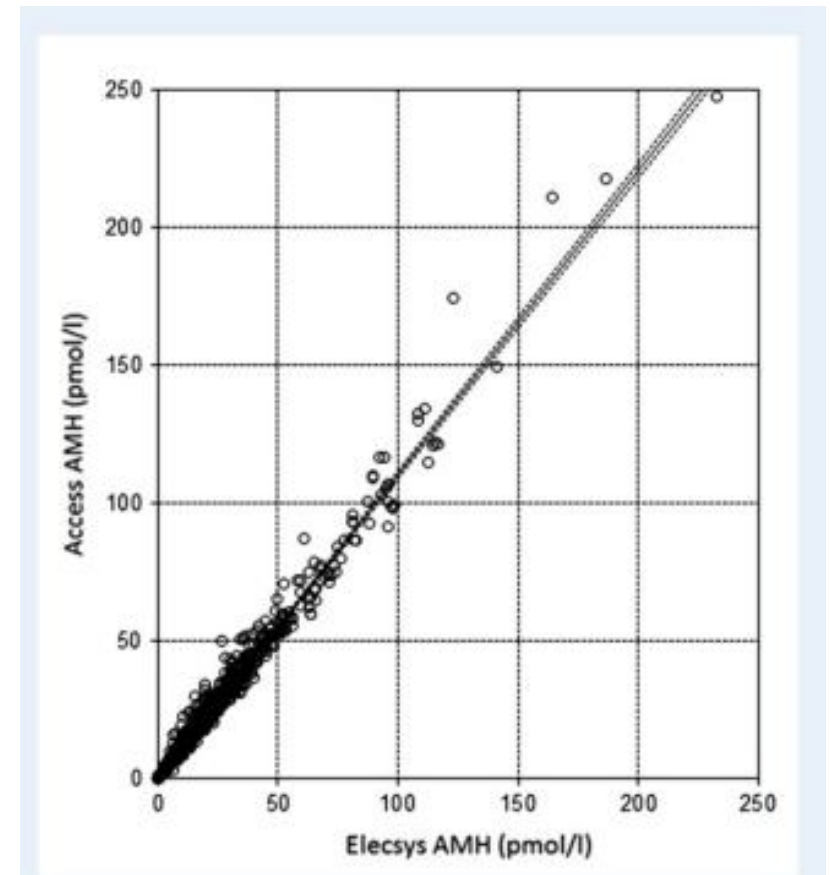
Automated assays

Competitor assays	Beckman Coulter AMH Gen II (Kumar et al., 2010; Beckman Coulter AMH Gen II ELISA package insert, 2013)	Beckman Coulter Immunotech AMH (Immunotech AMH (Beckman Coulter) package insert, 2012)	AnshLabs Ultrasensitive (AnshLabs UltraSensitive AMH/ MIS ELISA package insert, 2014)	AnshLabs picoAMH (AnshLabs picoAMH ELISA package insert, 2014)	Roche Assay Elecsys® AMH (Gassner and Jung, 2014)	Beckman Coulter Access 2 IA AMH (Beckman Coulter, 2014)
Assay type	Manual	Manual	Manual	Manual	Automated	Automated
Imprecision	<8%	<14%	<6%	<6%	1.8–2.0%	2.87–4.34%
Sample type	Serum, plasma	Serum, plasma	Serum, plasma	Serum, plasma	Serum, Li-heparin plasma	Serum, Li-heparin plasma
Minimum sample volume	20 µl	25 µl	50 µl	100 µl	50 µl	20 µl
Incubation time	<3 h	3 h	2.5 h	4.5 h	18 min	39 min
Limit of detection (LoD)	0.08 ng/ml	0.14 ng/ml	0.023 ng/ml	0.0012 ng/ml	0.01 ng/ml	≤0.02 ng/ml
Limit of Quantification (LoQ)	0.16 ng/ml	0.35 ng/ml (Decanter et al., 2014)	0.06 ng/ml	0.0039 ng/ml	0.03 ng/ml	≤0.08 ng/ml
Measurement range	0.16–22.5 ng/ml	0.42–21.0 ng/ml	0.06–11.6 ng/ml	0.003–0.75 ng/ml	0.01–23.0 ng/ml	0.02–24.0 ng/ml

Ilodromiti et al Hum Reprod Update 2015

Différentes valeurs d'AMH selon les essais

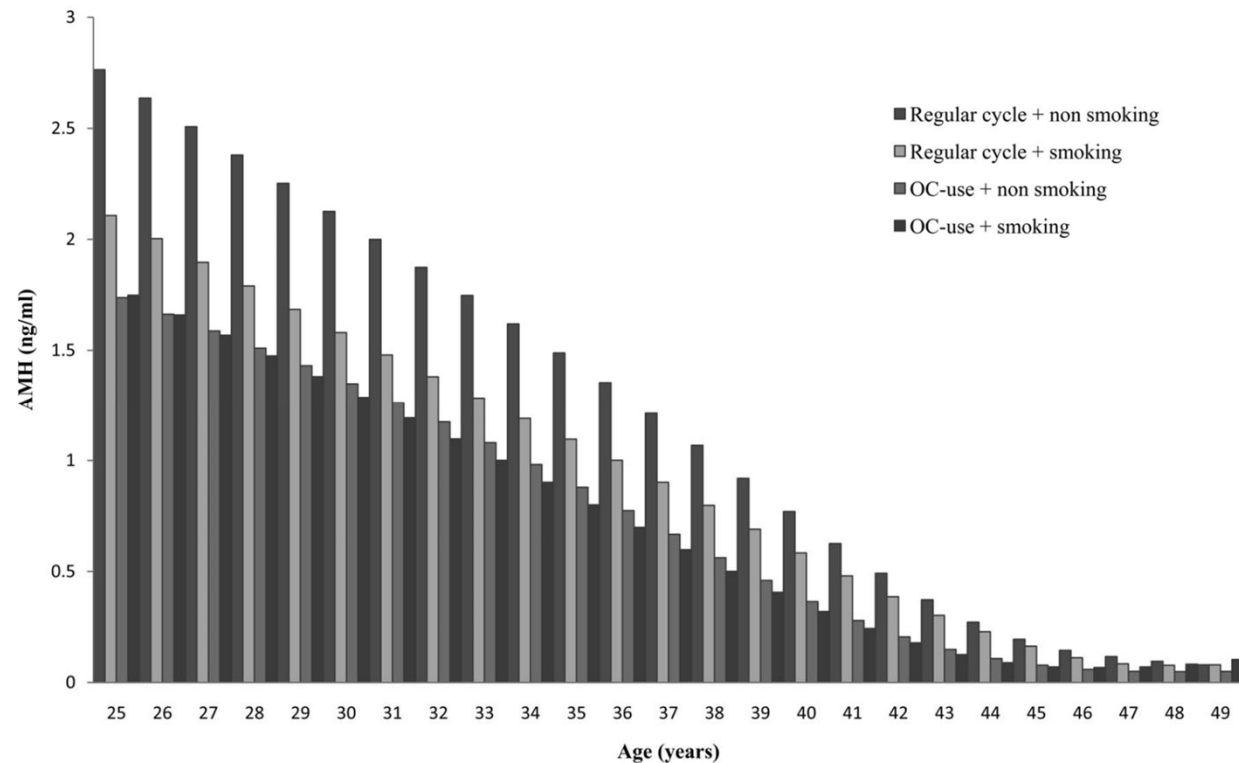
L'essai Beckman Coulter Access donne des valeurs d'AMH
10% plus élevées que l'essai Roche Elecsys.



Iliodromiti et al Hum Reprod 2017

L'AMH diminue sous contraception hormonale et chez les fumeuses

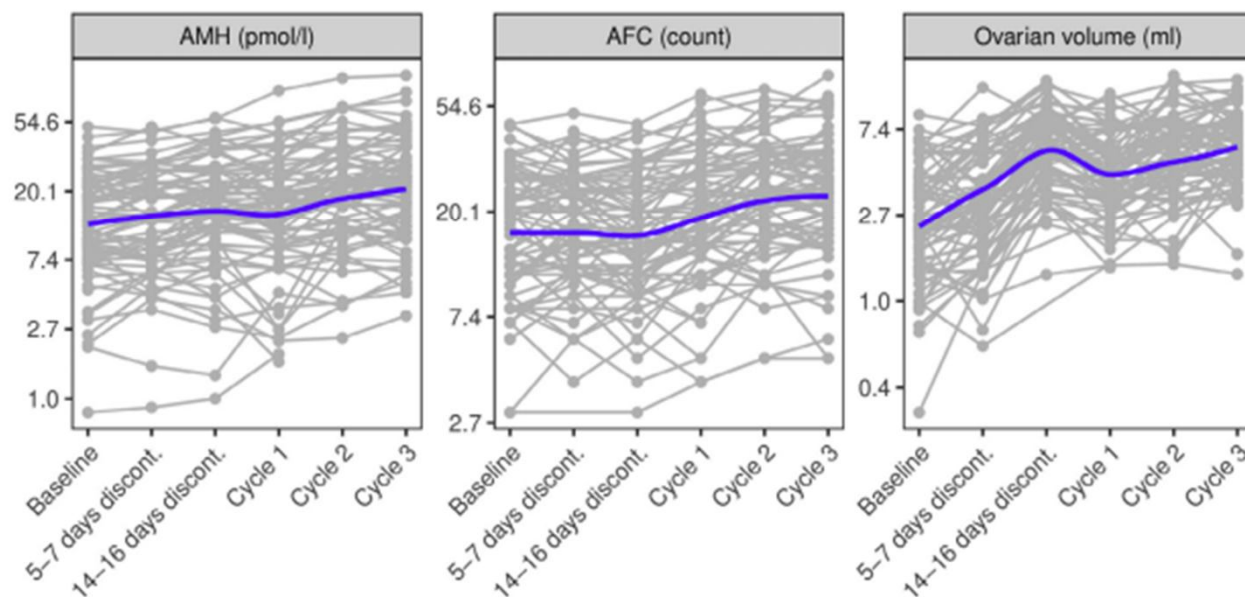
Median (p50) AMH values in subgroups



Dolleman et al, JCEM 2013

Retour à la norme 2 mois après arrêt de la contraception

	Menstrual periods											
	Baseline (during COC use)		5–7 days after discontinuation		Two weeks after discontinuation		First		Second		Third	
	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR
AMH (pmol/l)	13	8.4–22	14	7.7–24	17	11–27	16.5	9–25	22	12–33	22.5	11–37

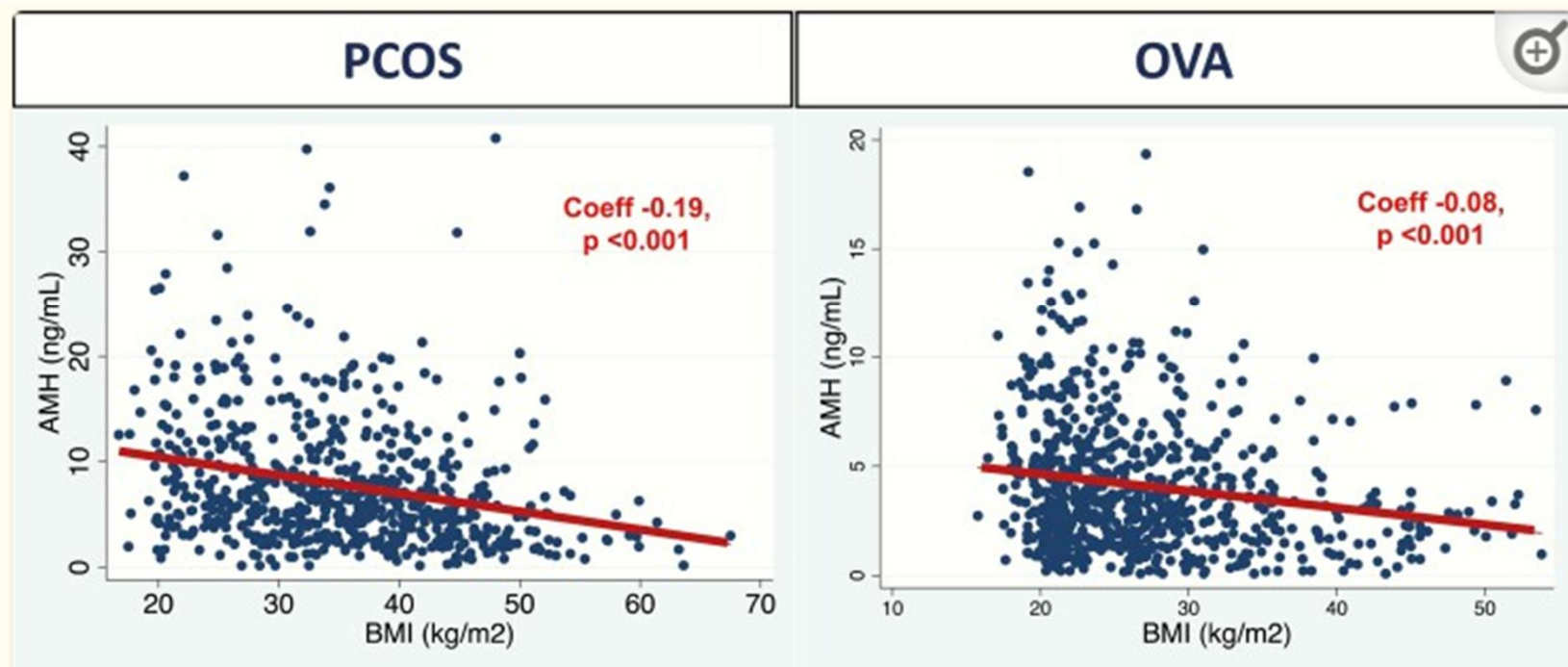


Kloeve Landerso et al Reprod Biomed Online 2020

Corrélation inverse entre l'AMH et l'IMC

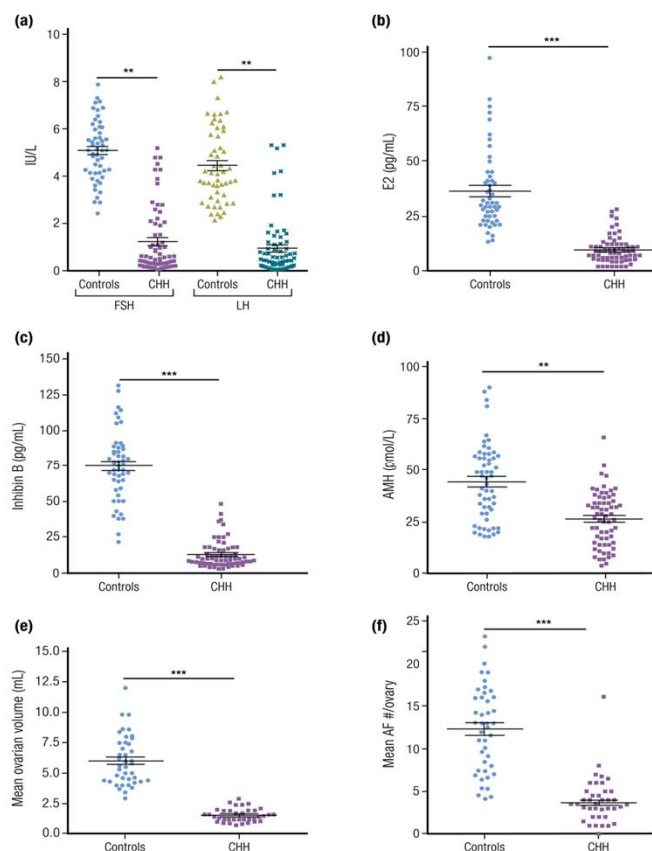
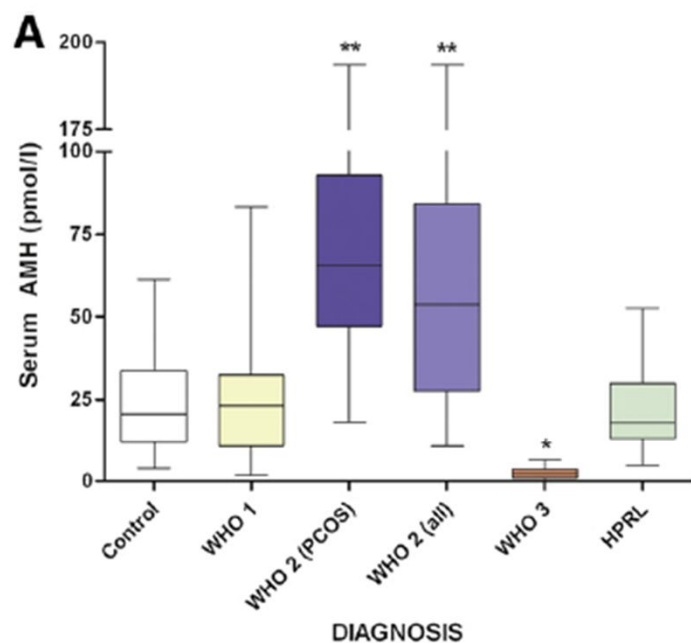
n = 640

n = 921



Jaswa et al, JCEM 2020

Taux d'AMH dans les troubles du cycle menstruel



Taux d'AMH bas dans l'hypogonadisme hypogonadotrope congénital.

Li et al, Fertil Steril 2011; Young et al, Endocrine Reviews 2019

L'AMH peut remplacer l'échographie pour le critère diagnostique multifolliculaire du Syndrome Métabolique Ovarien Polyendocrinien (SMOP- ex SOPK)

1.5		Anti-Müllerian Hormone in the diagnosis of PCOS	
1.5.1	EBR	Serum anti-Müllerian hormone (AMH) could be used for defining PCOM in adults.	◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.2	EBR	Serum AMH should only be used in accordance with the diagnostic algorithm, noting that in patients with irregular menstrual cycles and hyperandrogenism, an AMH level is not necessary for PCOS diagnosis.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.3	EBR	We recommend that serum AMH should not be used as a single test for the diagnosis of PCOS.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.4	EBR	Serum AMH should not yet be used in adolescents.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.5	PP	Either serum AMH or ultrasound may be used to define PCOM; however, both tests should not be performed to limit overdiagnosis.	
1.5.6	PP	Laboratories and healthcare professionals need to be aware of factors that influence AMH in the general population including: • Age: Serum AMH generally peaks between the ages of 20–25 years in the general population. • Body mass index (BMI): Serum AMH is lower in those with higher BMI in the general population. • Hormonal contraception and ovarian surgery: Serum AMH may be suppressed by current or recent COCP use. • Menstrual cycle day: Serum AMH may vary across the menstrual cycle.	
1.5.7	PP	Laboratories involved in AMH measurements in females should use population and assay specific cut-offs.	

International Evidence-based Guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023



MONASH University

CREWHIRL

CREPCOS

asrm

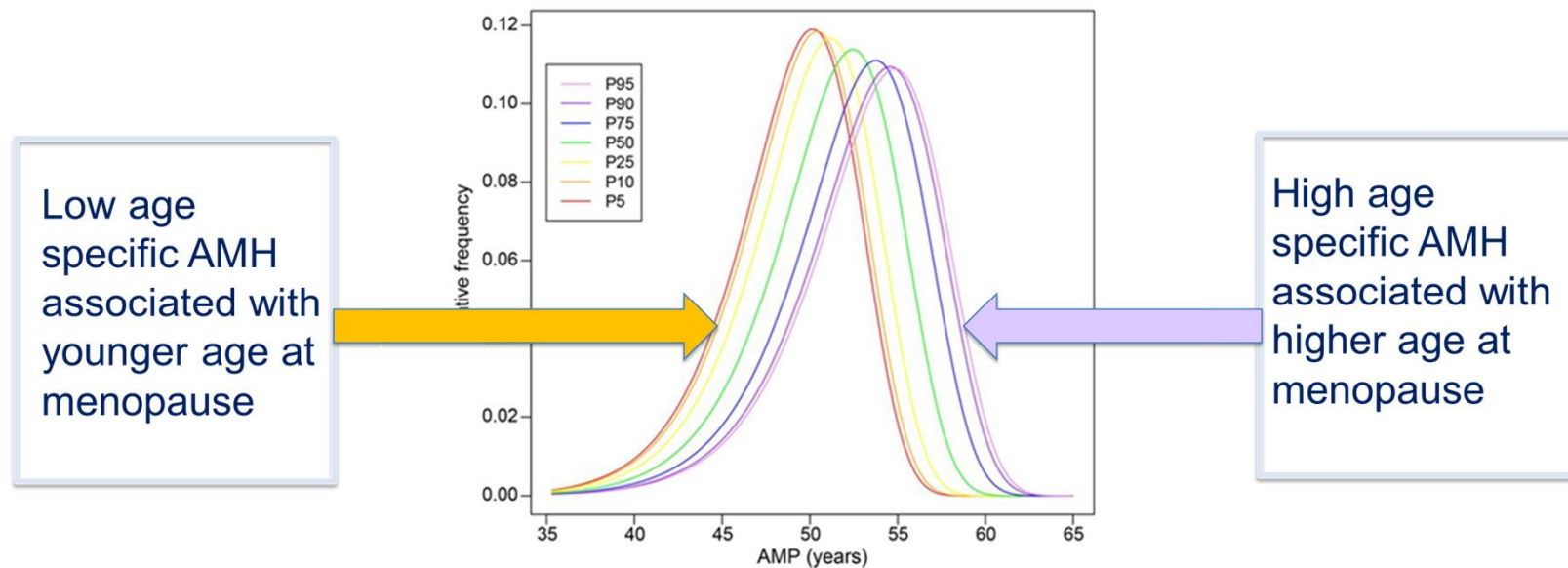
ENDOCRINE SOCIETY

eshre

European Society of Endocrinology

Valeur seuil d'AMH ?

L'AMH peut-elle prédire la ménopause?



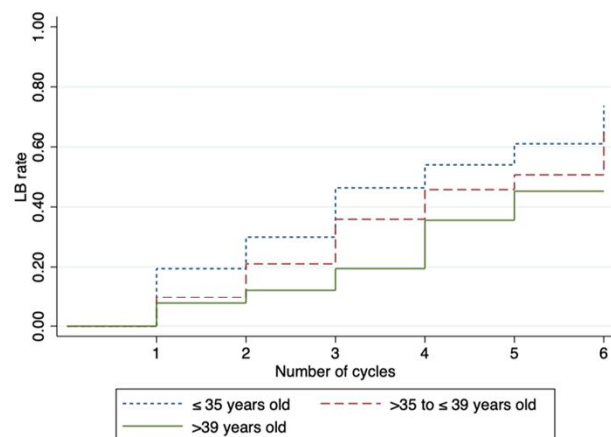
L'AMH devient indétectable au moment de la ménopause ou en cas d'IOP

Grands intervalles de prédiction de l'âge à la ménopause naturelle ce qui limite son utilité clinique

Depmann et al Human Reprod 2016; Nelson et al, Human Reprod Update 2023

AMH et fécondabilité

Âge



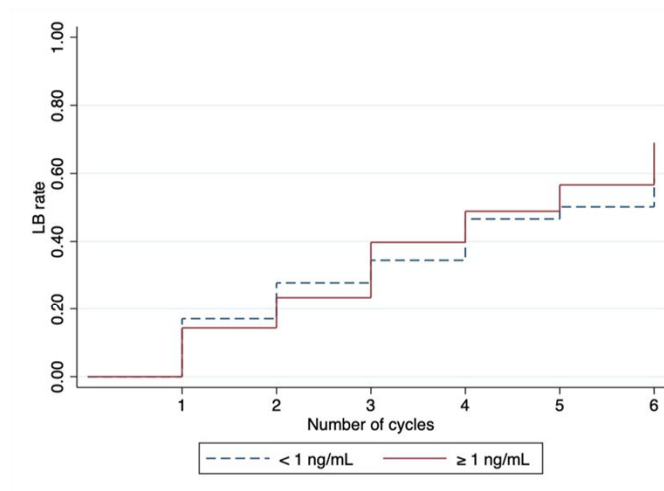
$p < 0,001$

G1 vs G2: $p=0,03$

G2 vs G3: $p=0,02$

G1 vs G3: $p<0,001$

AMH



$p = 0,54$

Libarle et al, unpublished results

589 patientes
cycles ovulatoires et
perméabilité tubaire
bilatérale
1 à max 6 IUI-D en
cycle spontané (pic
de LH).

Des taux bas d'AMH ne semblent pas associés à une diminution de la fécondabilité

The Value of Anti-Müllerian Hormone in the Prediction of Spontaneous Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis

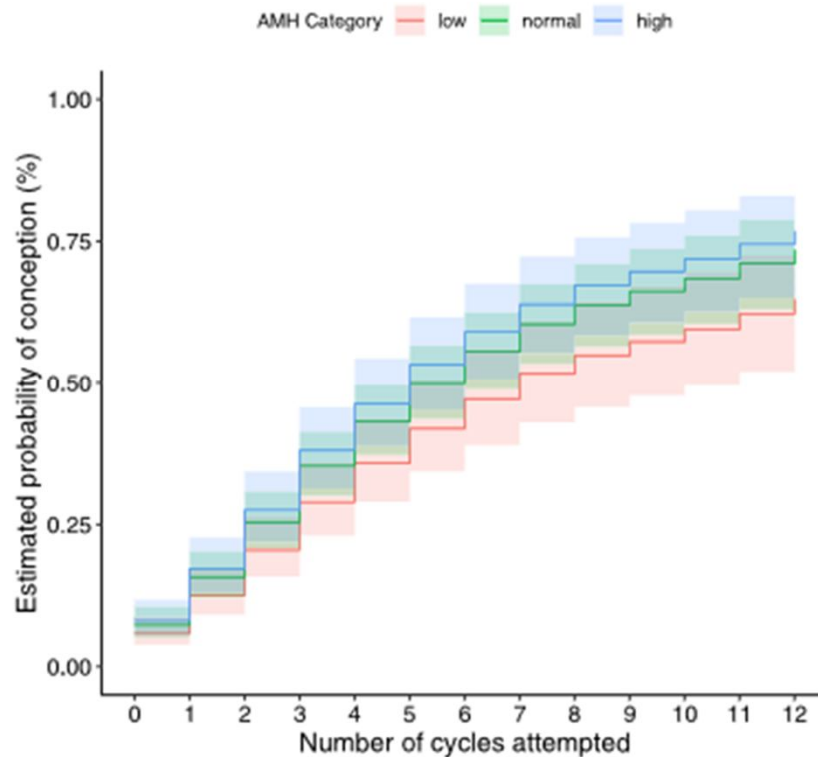
Chenxi Lin^{1†}, Miaomiao Jing^{1†}, Wenjun Zhu², Xiaoyu Tu¹, Qi Chen^{1,3}, Xiufang Wang^{1,4}, Youbing Zheng^{1,5} and Runju Zhang^{1*}

Results: Eleven studies (4,388 women) were ultimately included in this meta-analysis. The AUC and Cochran's Q indices were 0.5932 and 0.5702, respectively. For women younger than 35 years, the AUC was 0.6355 and the Q index was 0.6025. For those older than 35 years, the AUC was 0.5536 and the Q index was 0.5403. Subgroup analyses by study type and population characteristics showed results similar to the overall outcome. No publication bias was identified, and the sensitivity analysis confirmed the robustness of the final result.

Conclusions: Serum AMH levels have poor predictive value for natural pregnancy. The predictive value of AMH was poor in the younger and older subgroups. Our findings suggest that low serum AMH levels are not associated with reduced fertility.

Lin et al, Frontiers Endocrinol 2021

AMH et délai de conception



N= 3150

- AMH < 1 ng/mL augmentation du délai de conception (HRa 0,77 IC 95%: 0,64-0,94)
- AMH < 1 ng/mL 20% de temps supplémentaire pour concevoir
- Information complémentaire à l'âge, mais âge reste le principal déterminant de la fertilité.

Nelson S et al Fertil Steril 2024

AMH et aneuploïdie ovocytaire

Euploid rates (no. of euploid blastocysts/no. of blastocysts biopsied) per stimulation cycle by diminished ovarian reserve (DOR) status.

Age, y	DOR	Non-DOR	<i>P</i> value	Lowest MII yield	Higher MII yield	<i>P</i> value
<35	42.8%	54.8%	—	43.3%	56.1%	—
35–37	50.3%	50.2%	—	44.6%	51.2%	—
38–40	27.5%	40.8%	—	32.9%	38.2%	—
41–42	22.4%	25.6%	—	29.8%	22.9%	—
Overall	29.0%	44.9%	< .01	37.6%	41.7%	< .01

Note: MII = metaphase II oocyte.

Jaswa et al, Fertil Steril 2021

1152 patients PGT-A:

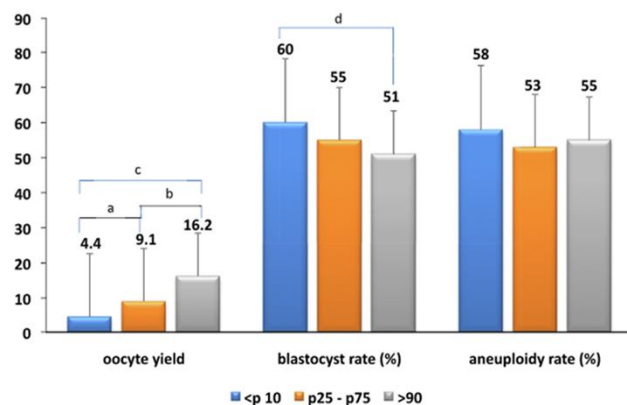
225 réserve diminuée et 927
réserve ovarienne normale

**Taux d'euploïdie par blastocyste plus
bas chez les patientes avec réserve
ovarienne diminuée.**

AMH et aneuploïdie ovocytaire

Taux d'aneuploïdie par blastocyste comparables quel que soit le taux d'AMH

1718 patientes PGT-A

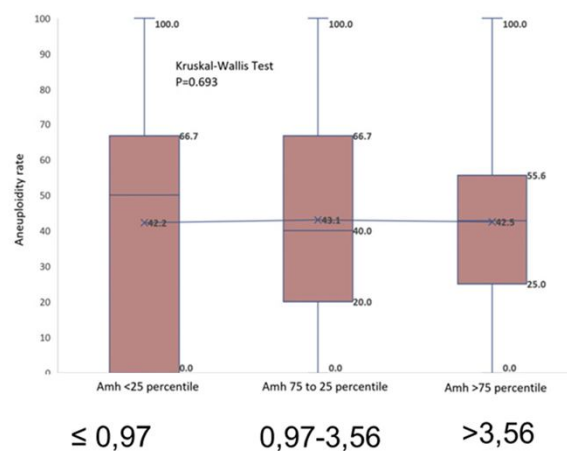


AMH

Pipari et al, RBMO 2021

383 patientes avec réserve ovarienne diminuée

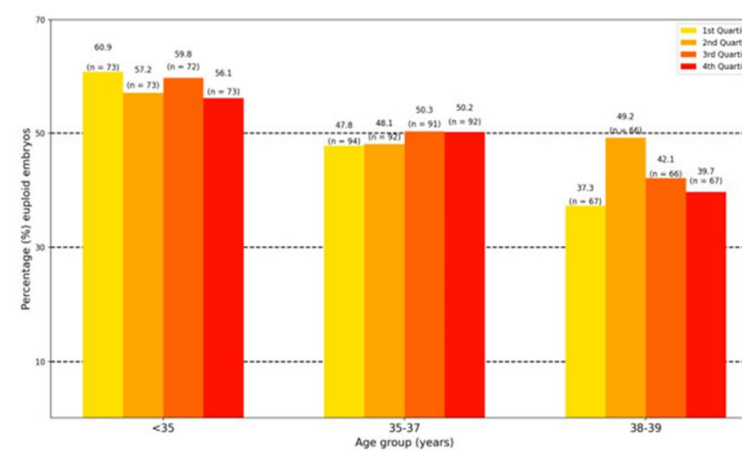
764 patientes sans ROD, Match pour âge, BMI et année de traitement



AMH ng/mL

Fouks et al Fertil Steril 2022

1140 patientes PGT-A
926 infertiles
214 non infertiles (PGT-M)

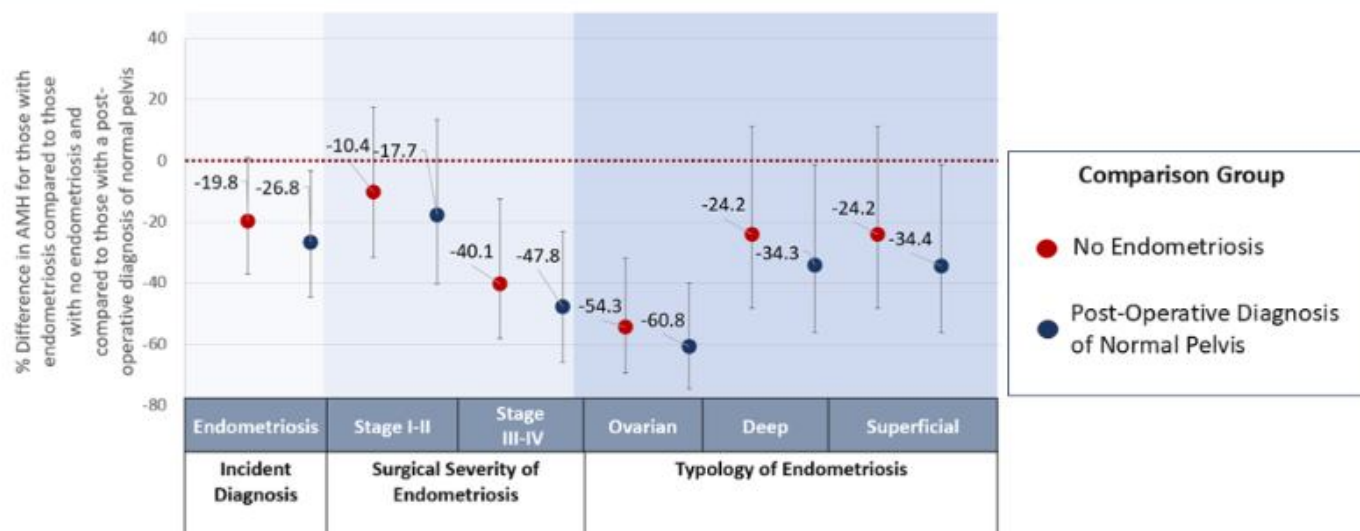


Stovecky et al, Fertil Steril 2023

AMH et situations à risque de diminution de la réserve ovarienne: exemple de l'endométriose

Patientes de 18 à 44 ans prévues pour une Intervention chir gynéco. Dosage AMH pré-op

FIGURE
Percent difference of AMH by endometriosis diagnosis, stage, and location (n = 333)

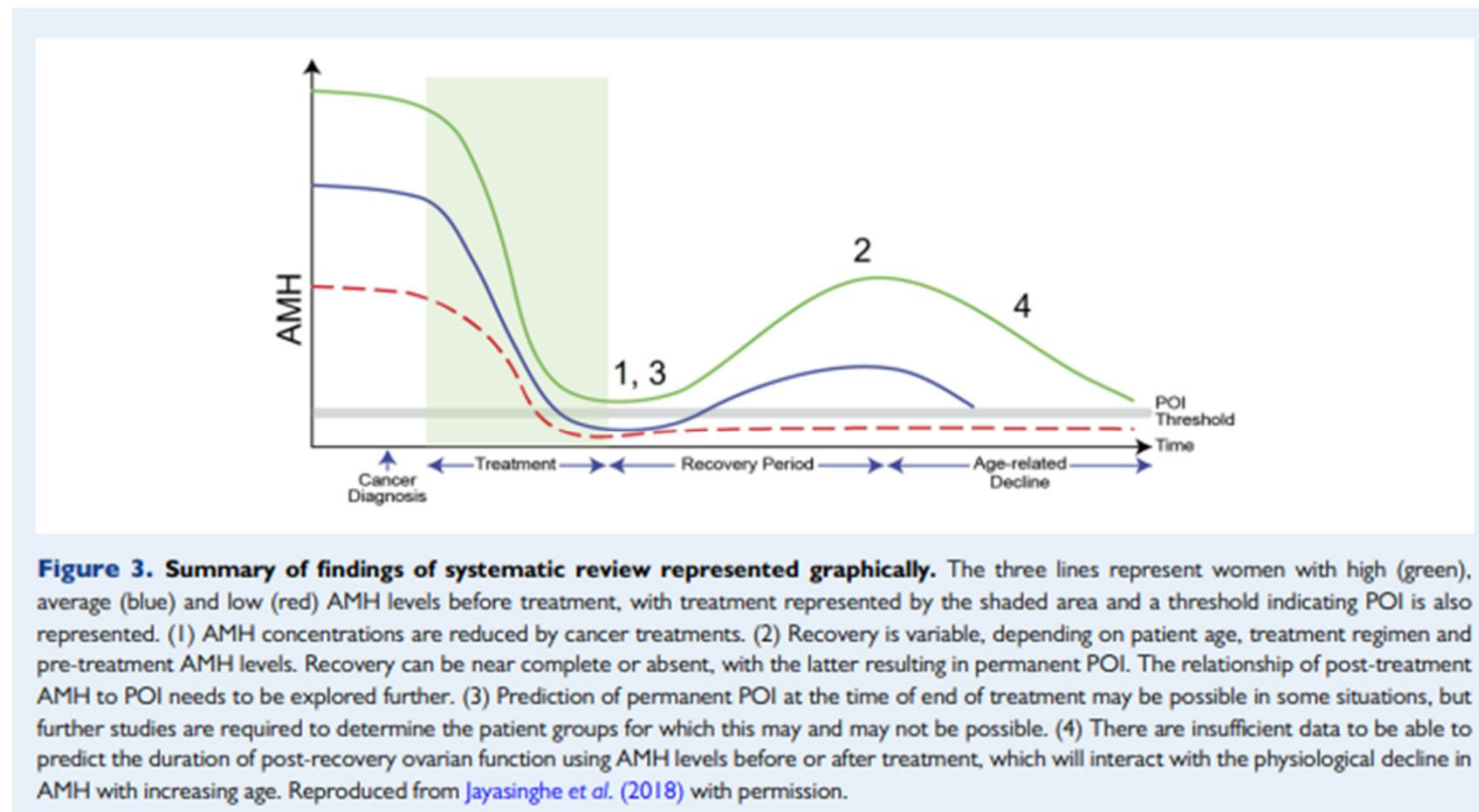


- L'endométriose elle-même pourrait s'accompagner d'une diminution de la réserve ovarienne ;
- Diminution est particulièrement marquée lorsqu'il existe :
 - Des endométriomes,
 - Une maladie avancée (stade III-IV).

Valenti M AJOG 2026

AMH et traitements gonadotoxiques chez les patientes atteintes de cancer

// Stratégies de préservation de la fertilité individualisées en fonction du risque



Anderson RA et al, Human Reprod Update 2022

AMH: fake news et connaissances insuffisantes

JAMA
Network | **Open**[™]

Original Investigation | Obstetrics and Gynecology

Websites Selling Direct-to-Consumer Anti-Müllerian Hormone Tests

Alexis Johnson, MPH; Rachel Thompson, PhD; Brooke Nickel, PhD; Patti Shih, PhD; Karin Hammarberg, RN, PhD; Tessa Copp, PhD

27 sites web de compagnies vendant tests d'AMH en ligne

Informations erronées: prédiction fiable de la fertilité, de l'âge de la ménopause,...

RESEARCH ARTICLE

Fertility and assisted reproduction

BJOG An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

Attitudes, knowledge and practice regarding the anti-müllerian
hormone test among general practitioners and reproductive
specialists: A cross-sectional study

Tessa Copp¹ | Rachel Thompson² | Karin Hammarberg³ | Sarah Lensen⁴ |
Lidiya Augustine¹ | Jenny Doust⁵ | Michelle Peate⁴ | Erin Cvejic¹ |
Ben W. Mol^{6,7} | Devora Lieberman⁸ | Kirsten J. McCaffery¹

362 MG, gynécos

50% ont des difficultés à interpréter les résultats d'AMH de façon appropriée

5% pensent que le test permet de prédire une conception spontanée de façon fiable

22% pensent que le test permet de prédire une IOP

Conclusions

- L'AMH est un marqueur fiable de la réserve ovarienne utile pour prédire la réponse ovarienne à la stimulation
- Influence de l'âge, de la contraception, du BMI, du tabac, du type d'essai sur les taux d'AMH
- L'AMH ne permet pas de prédire individuellement l'âge de la ménopause, mais des taux d'AMH bas pour l'âge sont associés à un âge plus précoce à la ménopause
- L'AMH n'est pas un marqueur fiable de la fécondabilité, mais un taux bas d'AMH pourrait être associé à une augmentation du délai de conception
- Des études supplémentaires sont nécessaires pour clarifier la corrélation ou l'absence de corrélation entre les taux d'AMH et l'aneuploïdie ovocytaire
- L'AMH est utile pour conseiller les patientes en vue d'une préservation de fertilité en particulier dans des situations à risque d'IOP
- Il est indispensable de transmettre une information correcte et nuancée aux patientes par rapport aux résultats d'AMH (surtout s'ils sont bas)



MERCI POUR VOTRE ATTENTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



INSTITUT
JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital
Erasmus



Hôpital Universitaire
des Enfants Roger Tardieu
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabrika



**Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?**

Endométriose et Fertilité

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL

INSTITUT
JULES BORDET
INSTITUUT

Hôpital
Erasmes

Hôpital Universitaire
des Enfants Renée Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabiola

FERT/LITY
CLINIC
ERASME



Hôpital
Erasmes
Clinique de l'Endométriose



Dr. Agathe RABATTU
Gynécologue à la Clinique de PMA
Hôpital Erasme H.U.B



INTRODUCTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Endométriose ≠ infertilité

L'endométriose touche 10% des femmes en âge de procréer

Environ 40% des patientes atteintes d'endométriose sont infertiles

Environ 40% des patientes infertiles sont atteintes d'endométriose

Mais toutes ne sont pas infertiles !!



Hôpital
Erasme

Clinique de l'Endométriose

Diapositive 37

RA0 sources

RABATTU, Agathe; 2026-06-05T08:48:58.348

Introduction

// Endométriose ≠ infertilité

ENDOMÉTRIOSE & INFERTILITÉ

LES CHIFFRES CLÉS

L'ENDOMÉTRIOSE TOUCHE

10%

DES FEMMES
EN ÂGE DE PROCRÉER

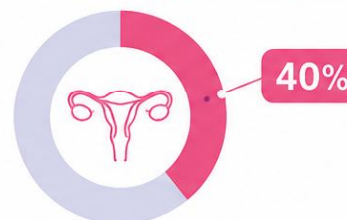


Soit **1 femme sur 10**
en âge de procréer

ENVIRON

40%

DES PATIENTES ATTEINTES
D'ENDOMÉTRIOSE **SONT INFERTILES**

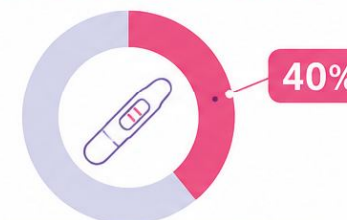


Parmi les femmes atteintes
d'endométriose, **4 sur 10** sont
concernées par l'infertilité.

ENVIRON

40%

DES PATIENTES INFERTILES SONT
ATTEINTES D'ENDOMÉTRIOSE



Parmi les femmes infertiles,
4 sur 10 sont atteintes
d'endométriose.



**MAIS TOUTES
NE SONT PAS INFERTILES !!**



L'endométriose peut avoir des impacts différents
selon les femmes. Un diagnostic précoce et un
accompagnement adapté font toute la différence.

Sources : OMS, American Society for Reproductive Medicine (ASRM), CNGOF

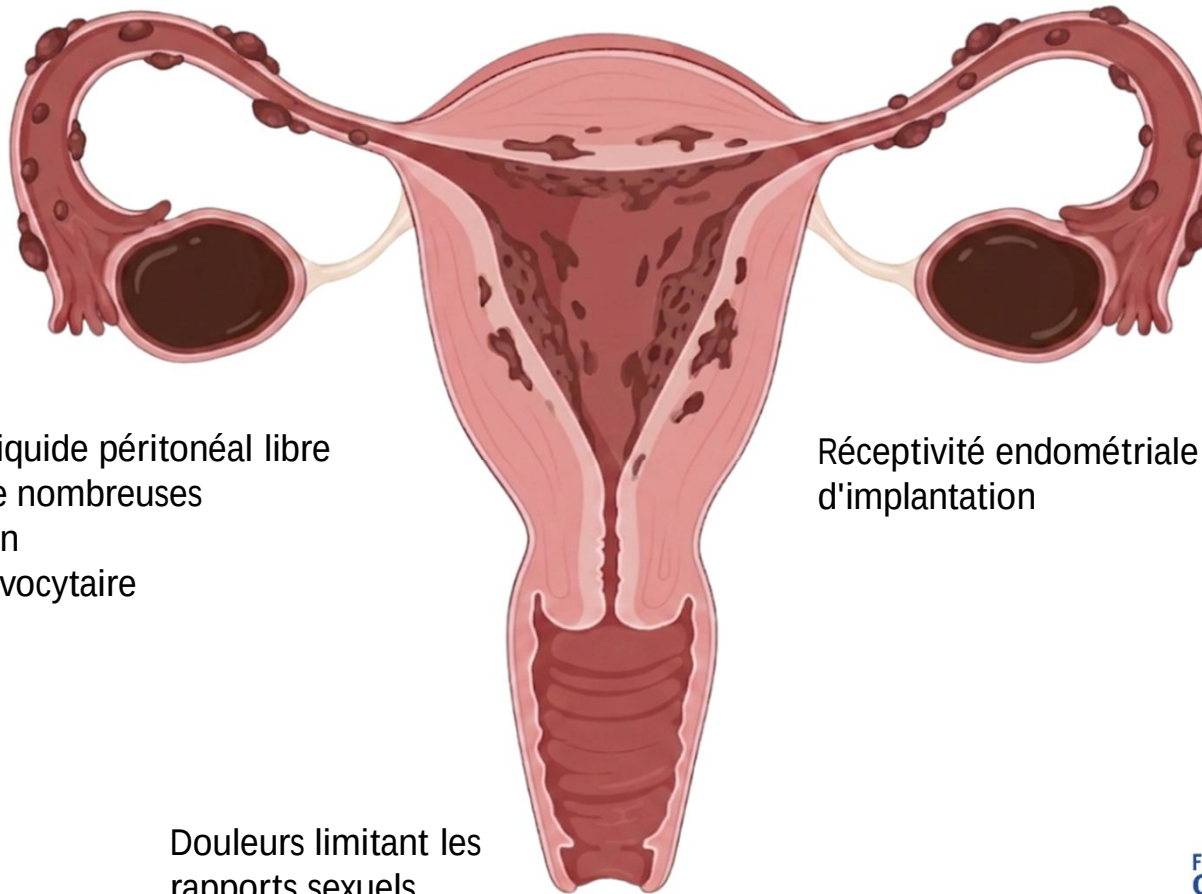
IMPACT DE L'ENDOMÉTRIOSE

Impact de l'endométriose sur la fertilité

Anatomie perturbée
(adhérences,
phymosis tubaire)
➤ fécondation
inefficace

Contexte inflammatoire : liquide péritonéal libre
et folliculaire contenant de nombreuses
protéines de l'inflammation
> altération de la qualité ovocytaire

Douleurs limitant les
rapports sexuels



Atteinte ovarienne -
endométriomes -
altération de la réserve
ovarienne

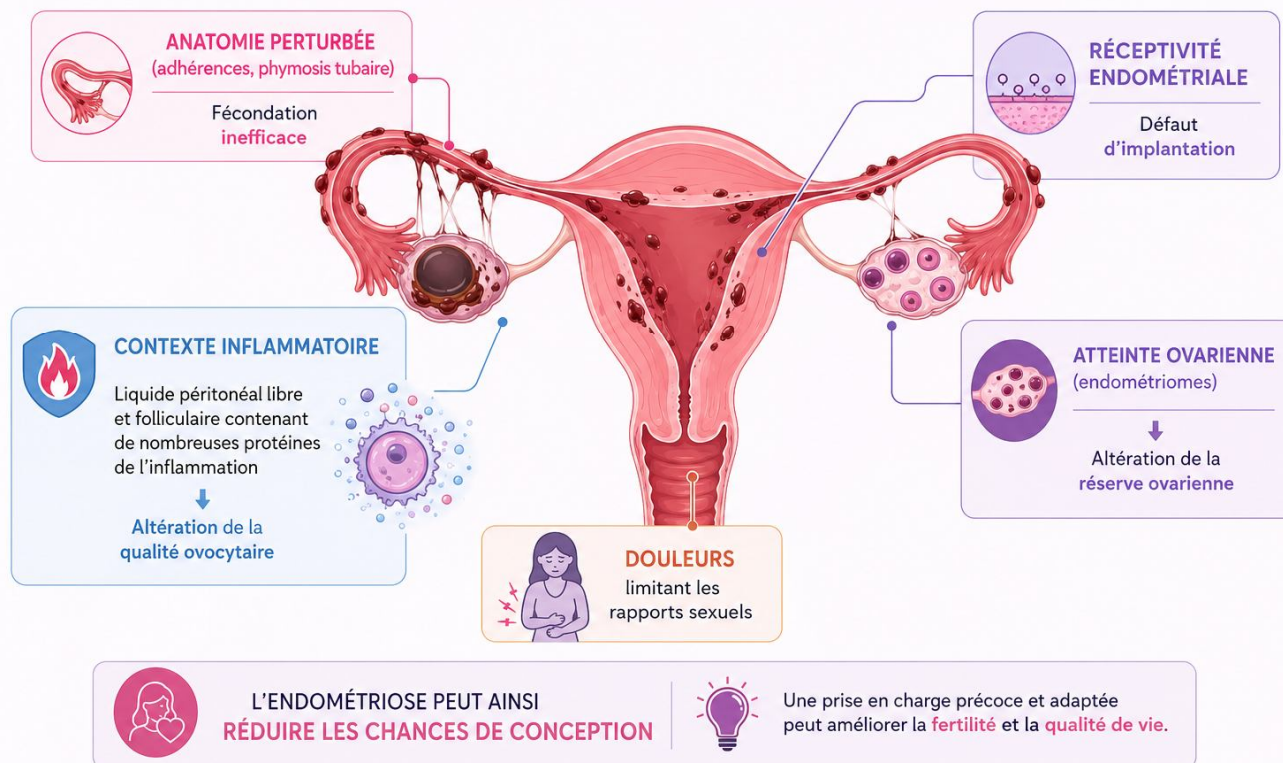
Réceptivité endométriale - défaut
d'implantation

Impact de l'endométriose

// Impact de l'endométriose sur la fertilité

ENDOMÉTRIOSE & INFERTILITÉ

Plusieurs mécanismes peuvent altérer la fertilité



Impact de l'endométriose

// *Impact de l'endométriose sur la fertilité*

Facteur principal : AGE !

Importance d'obtenir un diagnostic rapide

Limiter d'impact de l'âge sur la fertilité

Variation individuelle

réserve ovarienne

stade de l'endométriose

Prise en charge chirurgicale

// Est-ce que la chirurgie améliore la fertilité spontanée ?

La laparoscopie opératoire peut être proposée comme option thérapeutique pour l'infertilité associée à l'**endométriose aux stades I/II** de la classification rASRM, car elle améliore le **taux de grossesse évolutive**. ⊕⊕

Les cliniciens peuvent envisager une laparoscopie opératoire pour le traitement de l'infertilité associée à l'**endométriose**, car celle-ci peut augmenter les chances de **grossesse spontanée**, bien qu'il n'existe pas de données issues d'études comparatives ⊕

Bien qu'il n'existe pas de preuves convaincantes que la laparoscopie opératoire dans les **endométrioses profondes** améliore la fertilité, elle peut constituer une option thérapeutique chez les **patientes symptomatiques souhaitant concevoir**. ⊕

ESHRE guidelines 2022

Prise en charge chirurgicale

// Quand proposer la chirurgie ?

La décision de réaliser une chirurgie chez une femme infertile doit être guidée par :

- **la présence ou l'absence de symptômes douloureux**
- l'âge de la patiente et ses préférences
- les antécédents de chirurgie (ovarienne)
- la présence d'autres facteurs d'infertilité
- la réserve ovarienne

Prise en charge chirurgicale

// Score EFI: Permet après la chirurgie d'orienter les patientes soit en PMA soit vers essais spontanés

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Score	Description	Left	Right
4	= Normal	Fallopian Tube	
3	= Mild Dysfunction	Fimbria	
2	= Moderate Dysfunction	Ovary	
1	= Severe Dysfunction		
0	= Absent or Nonfunctional		

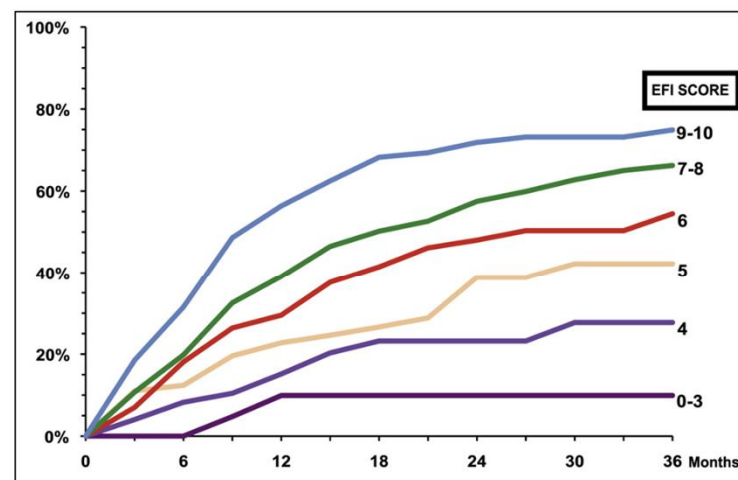
To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

Lowest Score		+		=	
	Left		Right		LF Score

ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors		
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points
Age	If age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high score)	3
	If age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate score)	2
	If age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low score)	0
Years Infertile	If years infertile is ≤ 3	2	AFS Endometriosis Score	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16	1
	If years infertile is > 3	0		If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16	0
Prior Pregnancy	If there is a history of a prior pregnancy	1	AFS Total Score	If AFS total score is < 71	1
	If there is no history of prior pregnancy	0		If AFS total score is ≥ 71	0
Total Historical Factors			Total Surgical Factors		
EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS: + =			Historical + Surgical = EFI Score		

ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE



Adamson and Pasta. Fertil Steril 2010

Endométriose et réserve ovarienne

// Chirurgie avant PMA

Endométriose stades I/II (rASRM) → la chirurgie n'est pas recommandée ⊕⊕⊕⊕

Endométriome ovarien → la chirurgie n'est pas recommandée ⊕⊕⊕⊕

Endométriose profonde infiltrante → la décision de réaliser une chirurgie doit être guidée par : les symptômes douloureux, les préférences de la patiente (efficacité sur le pronostic reproductif ?)
⊕⊕⊕⊕

Endométriose et réserve ovarienne

// Faut-il opérer les endométrioses avant prise en charge en PMA ?



Endométriose et réserve ovarienne

// Faut-il opérer les endométriomes avant prise en charge en PMA ?

Endométriome < 3cm

aucune preuve que la kystectomie avant un traitement par PMA améliore le taux de naissances vivantes

Endométriome > 3cm

± kystectomie avant la PMA dans le but d'améliorer les douleurs liées à l'endométriose ou l'accessibilité aux follicules

La décision de recourir à la chirurgie doit être soigneusement pesée, en particulier si la patiente a déjà subi une chirurgie ovarienne ! Eviter les interventions à répétition..

Dunselman et al. Human Reprod. 2014

Endométriose et réserve ovarienne

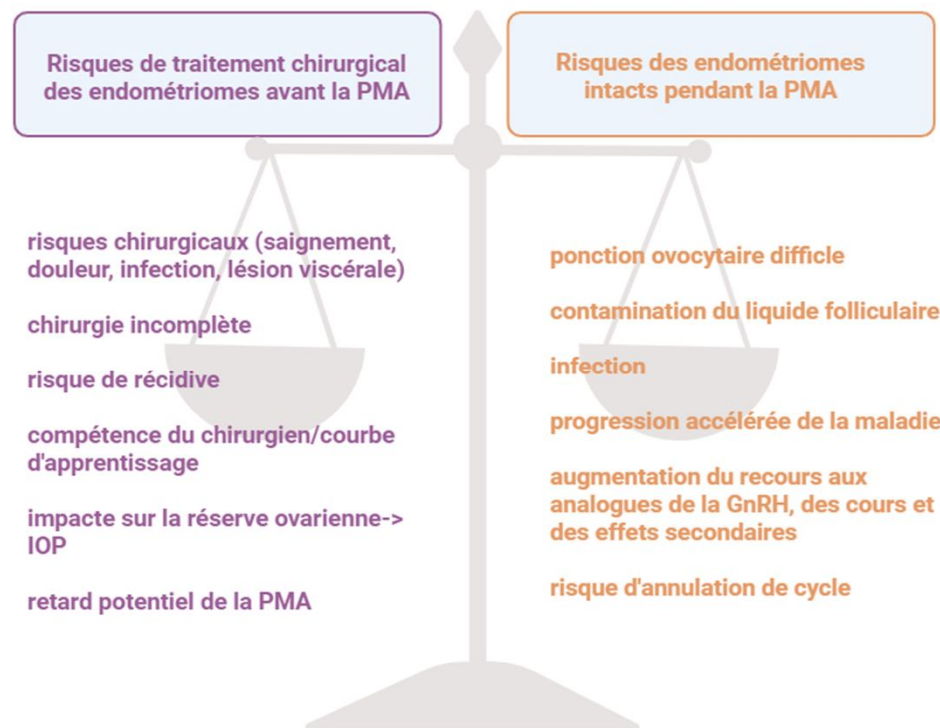
// Le risque n'est pas seulement la maladie mais aussi son traitement

L'endométriome peut diminuer la réserve ovarienne

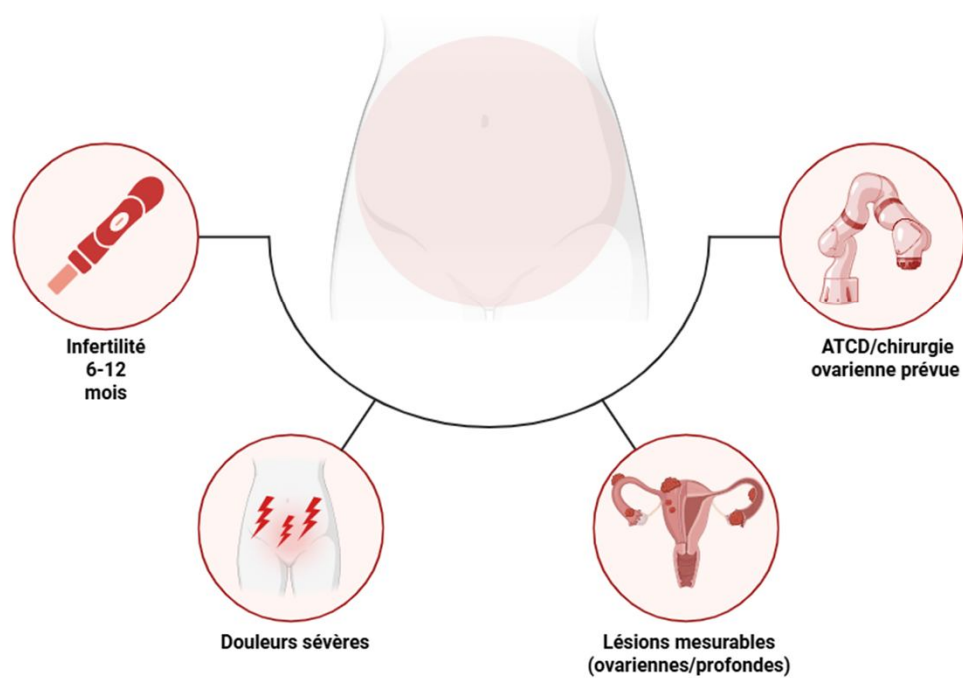
La chirurgie diminue aussi la réserve ovarienne !

Endométriose et réserve ovarienne

// Le risque n'est pas seulement la maladie mais aussi son traitement



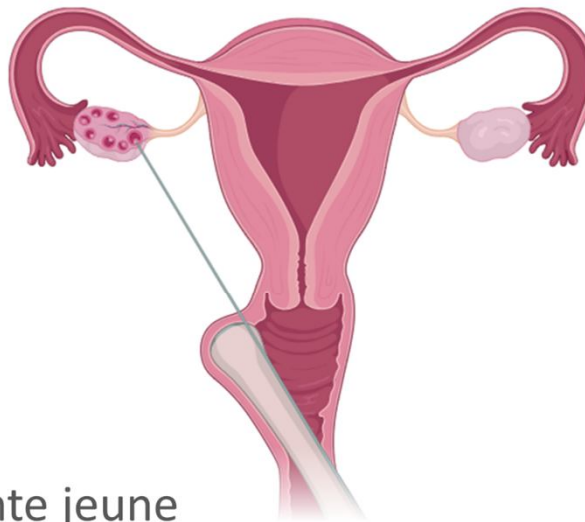
Quand suspecter un impact sur la fertilité ?



Préservation de la fertilité

// Indications pratiques- penser préservation avant chirurgie !

Endométrïomes
bilatéraux et
chirurgie prévue



ATCD de chirurgie
ovarienne

Patiente jeune
avec projet différé

Messages pratiques

// *Préservation de la fertilité*

Idéalement avant 35 ans, limite avant l'anniversaire des 38 ans

Critères INAMI de remboursement : "endométriose ovarienne bilatérale nécessitant un traitement chirurgical impactant la fertilité"

Si hors critères INAMI : 2500-3000€/cycle

1400-1600€ : comprend monitoring, acte, le forfait de congélation des ovocytes (1080€), les frais administratifs (27€)

1000€ : médicaments

+250€/an : frais de conservation

Stratégies de prise en charge

// *Cas simples*

Cas 1 : patiente jeune <35 ans, peu symptomatique

- essais spontanés (+/- bilan de fertilité au préalable)

Cas 2 : infertilité 6-12 mois

- Bilan de fertilité
- Passage en PMA probable FIV

Cas 3 : endométriome(s)

- Chirurgie vs FIV vs Préservation

Messages pratiques

// À faire

Ne pas retarder la prise en charge

Evaluer l'AMH avant la chirurgie > éviter les chirurgies délabrantes pour la RO

Informez sur la fertilité

Encourager la préservation de la fertilité

Messages pratiques

// À éviter

Délais de prise en charge

Chirurgies répétées

Quand référer ?

Si désir de grossesse et
endométriose

Infertilité 6-12 mois

Si chirurgie envisagée



Doute sur la stratégie

Take home messages

1. L'endométriose peut affecter la fertilité mais pas toujours
2. L'âge est le facteur pronostic principal
3. La chirurgie a un impact négatif sur la réserve ovarienne
4. La préservation doit être discutée avant la chirurgie
5. L'approche doit être individualisée et multidisciplinaire

**Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?**

PGT-A : Sélection embryonnaire par diagnostic préimplantatoire

*Indications, limites
et controverses*

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital
Erasmé



Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabiola

ULB

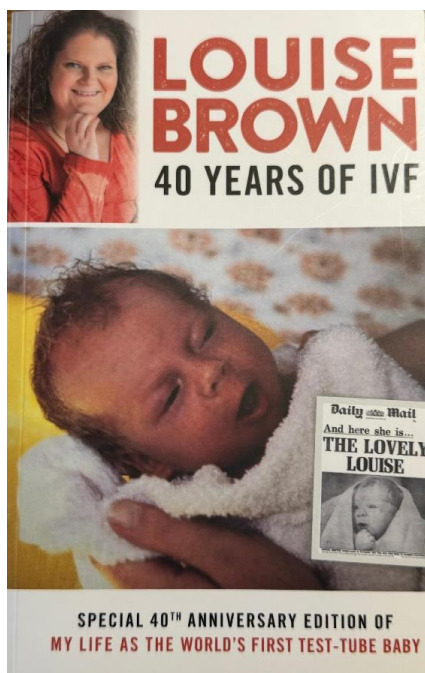


FERTILITY
CLINIC
ERASME



Dr. Isabelle DUPOND
Gynécologue à la clinique de PMA
Hôpital Erasme H.U.B

Historique du DPI



1978

Louise Brown,
premier bébé FIV

1987

premières
publications sur le
diagnostic
préimplantatoire

1990

premier DPI
réalisé au
Royaume-Uni

1994

première naissance
après DPI en
Belgique

2025

plus de 30 ans
d'expérience
clinique

Les types de DPI en un coup d'œil

PGT-M

Maladies monogéniques

- Mucoviscidose
- Drépanocytose
- Myopathie de Duchenne

PGT-SR

Réarrangements structurels

- Translocations
(réciproques/ro-
bertsoniennes)
- Inversions
- Duplications

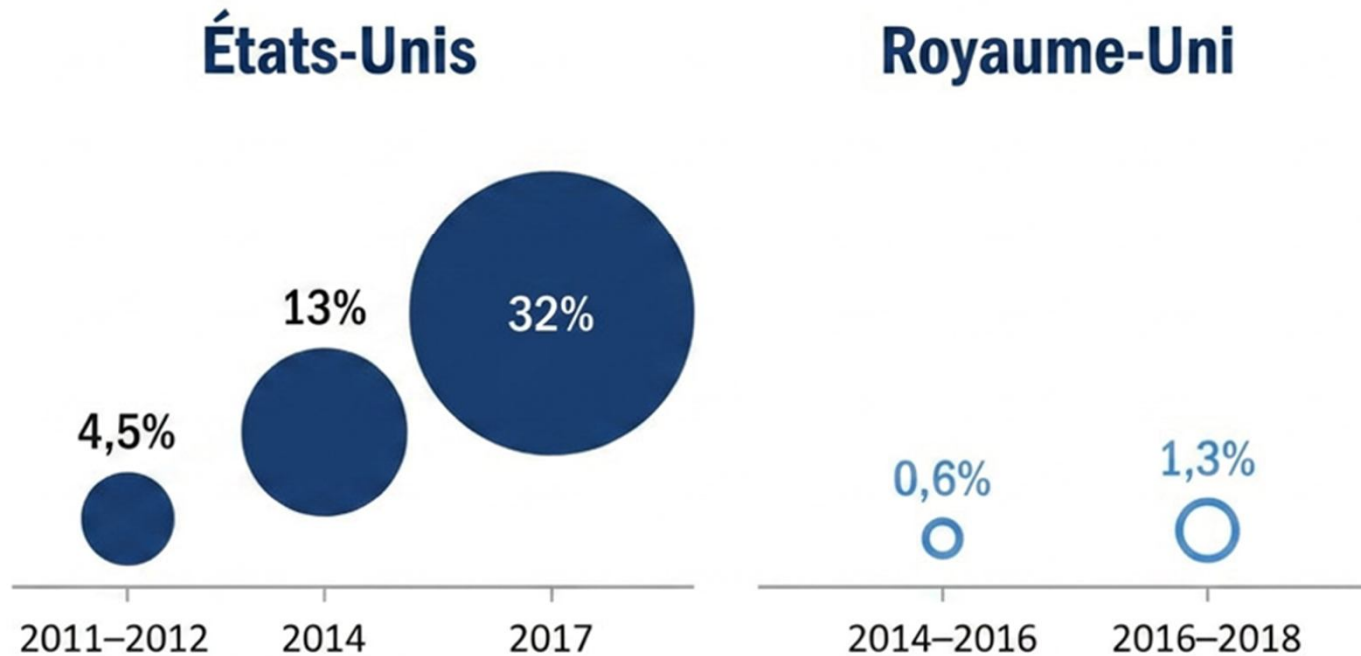
PGT-A

Aneuploïdies

- Trisomie 21, 18,
13
- Monosomie X
- Anomalies
chromosomiques

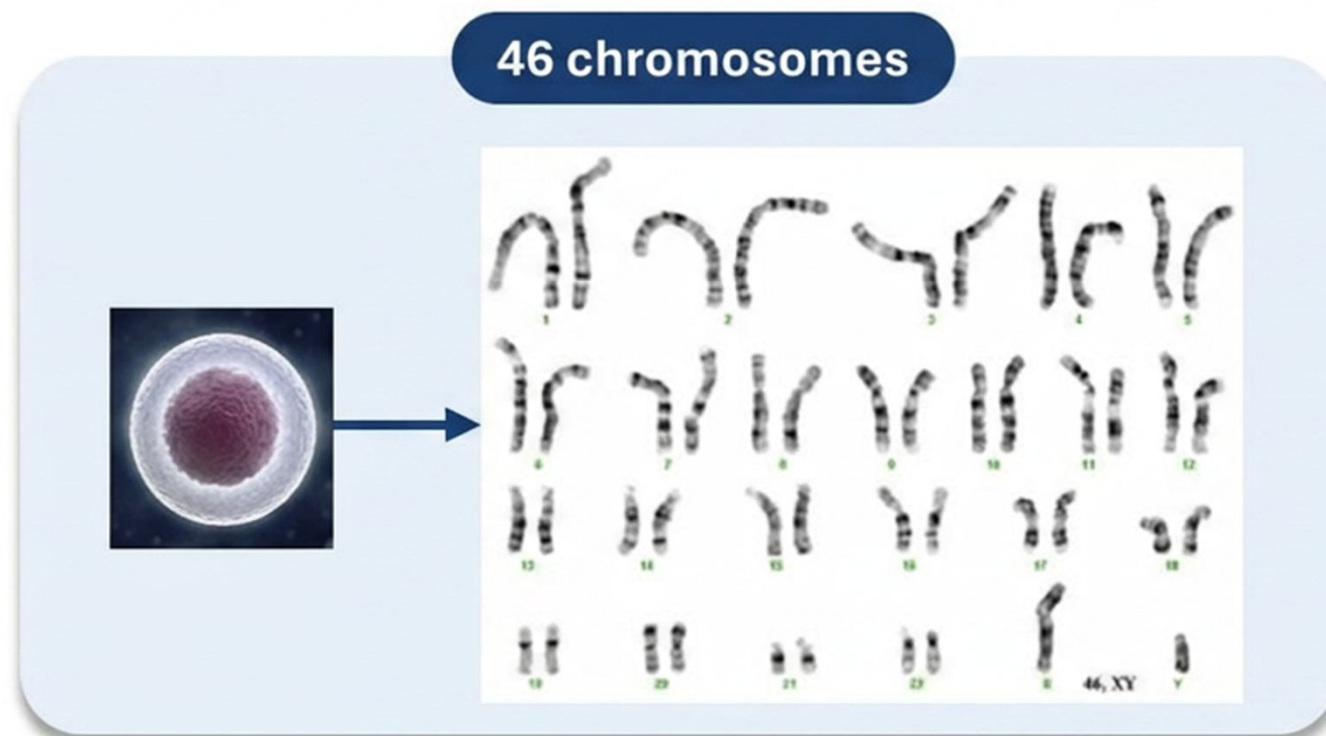
Le PGT-A

Évolution du recours au PGT-A (% des cycles FIV)



Rappel de génétique

Cellule euploïde :



Rappel de génétique



Conséquences possibles :



Absence d'implantation



Arrêt précoce du développement
embryonnaire



Fausse couche



Naissance d'un enfant atteint



Aneuploïdies viables :

T21 $\frac{T18}{T13}$

Syndrome
Turner



Syndrome
Klinefelter



À qui le PGT s'adresse-t-il ?

- 01**  Fausses couches à répétition (3 ou plus)
- 02**  Échecs répétés d'implantation d'embryons de bonne qualité (3 ou plus)
- 03**  Âge maternel avancé (38 ans ou plus)
- 04**  Antécédents d'aneuploïdie

Les buts du PGT-A

Objectifs théoriques :



**Augmenter le taux
d'implantation**



**Réduire les
fausses couches**



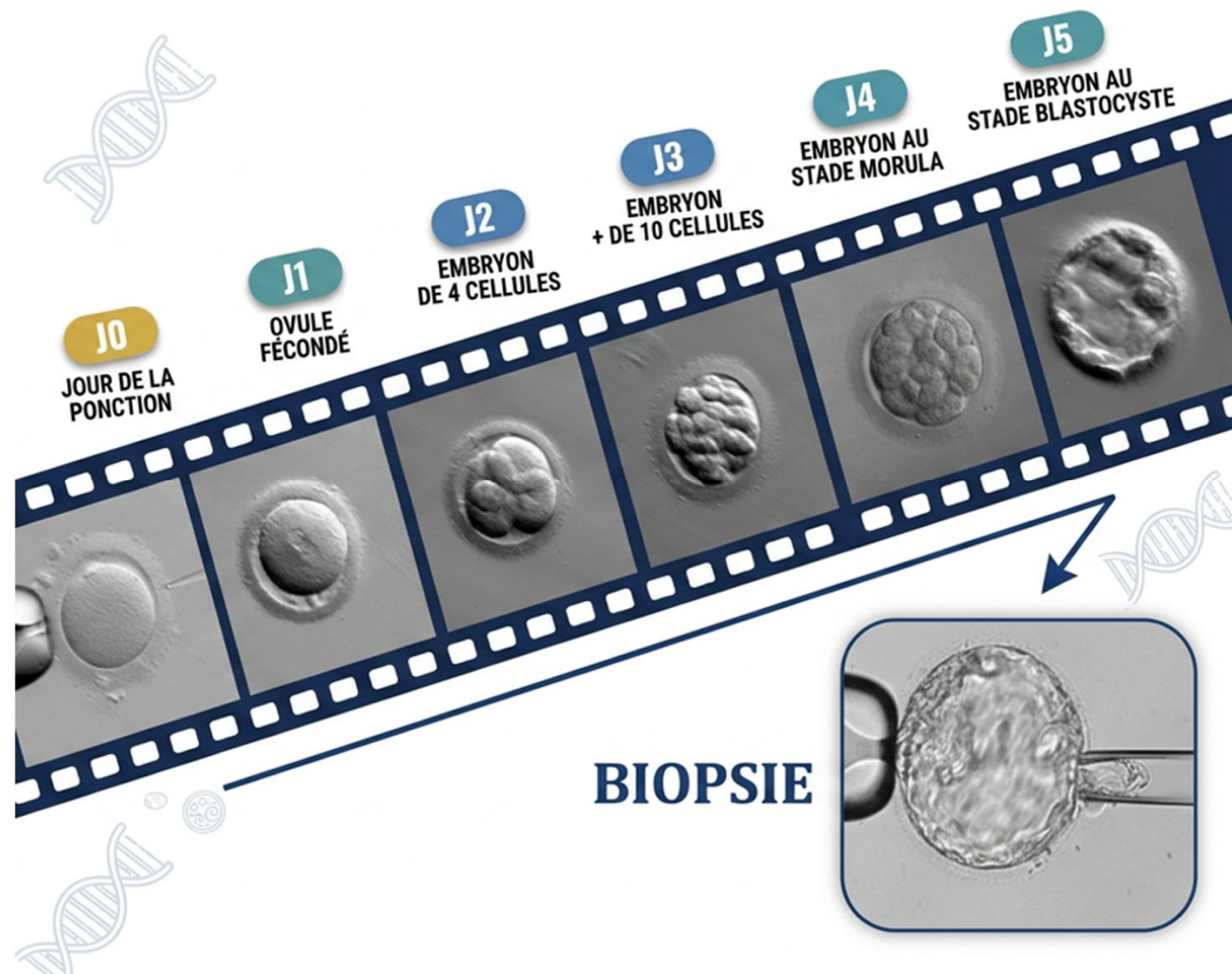
**Réduire les
transferts inutiles**



**Exclure les
aneuploïdies viables**



Le développement embryonnaire

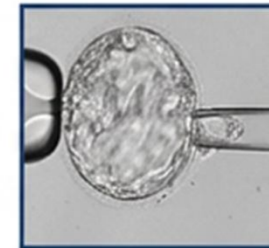
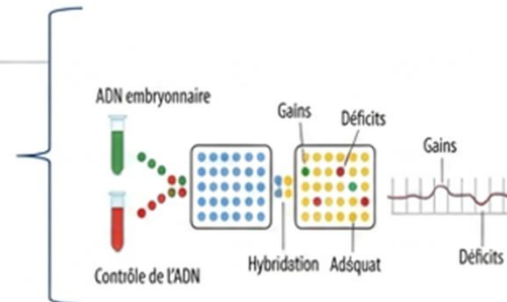


La biopsie embryonnaire

Prélèvement de 5 à 10 cellules du trophoctoderme

Analyse :

- CGH-array



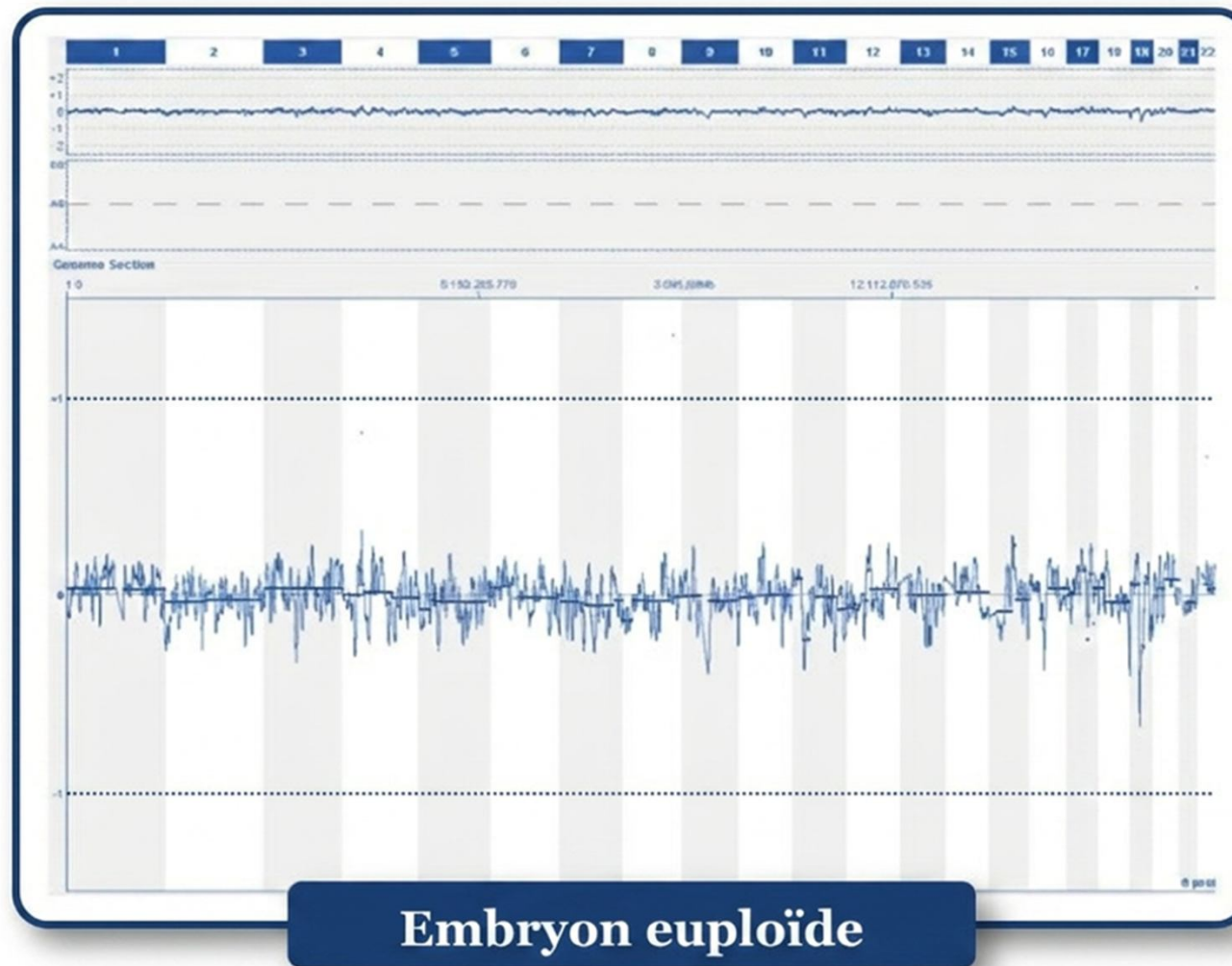
Avantages :

- Analyse complète du génome

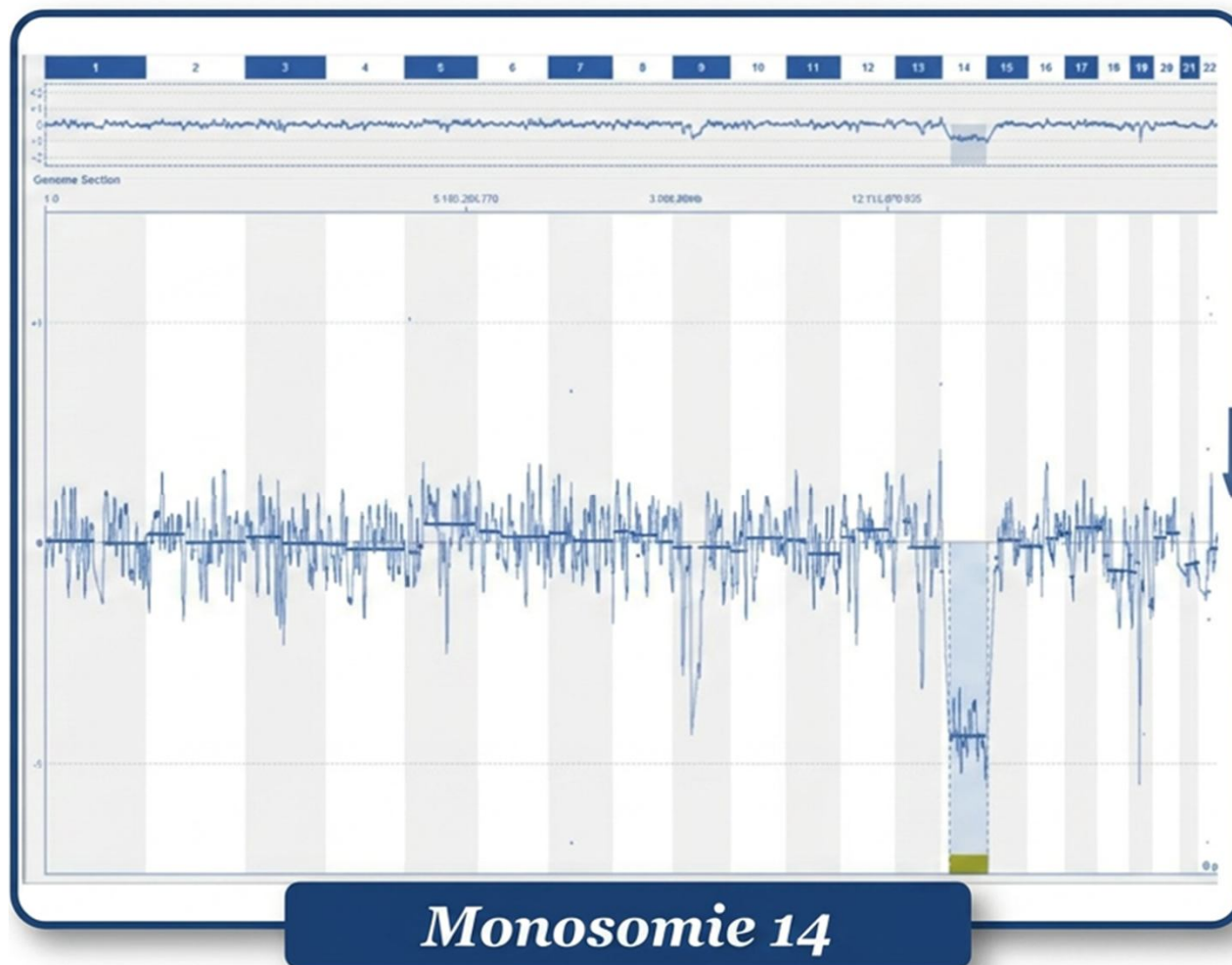
Limites :

- Erreurs d'échantillonnage
- Mosaïcisme

CGH ARRAY

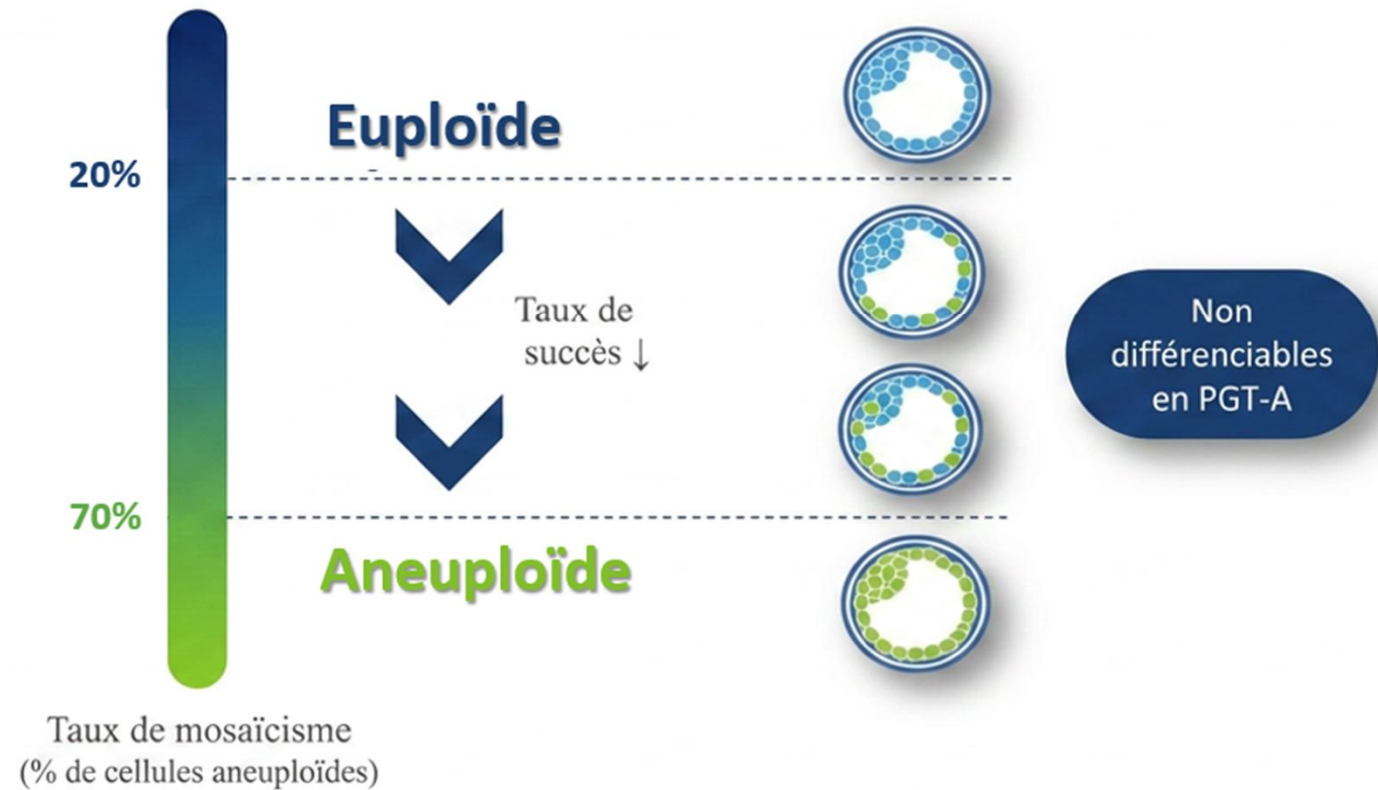


CGH ARRAY



Le Mosaïcisme

CLASSEMENT DES EMBRYONS



Le Mosaïcisme

Mosaïque



Embryon en
mosaïque



Embryon
possiblement
atteint



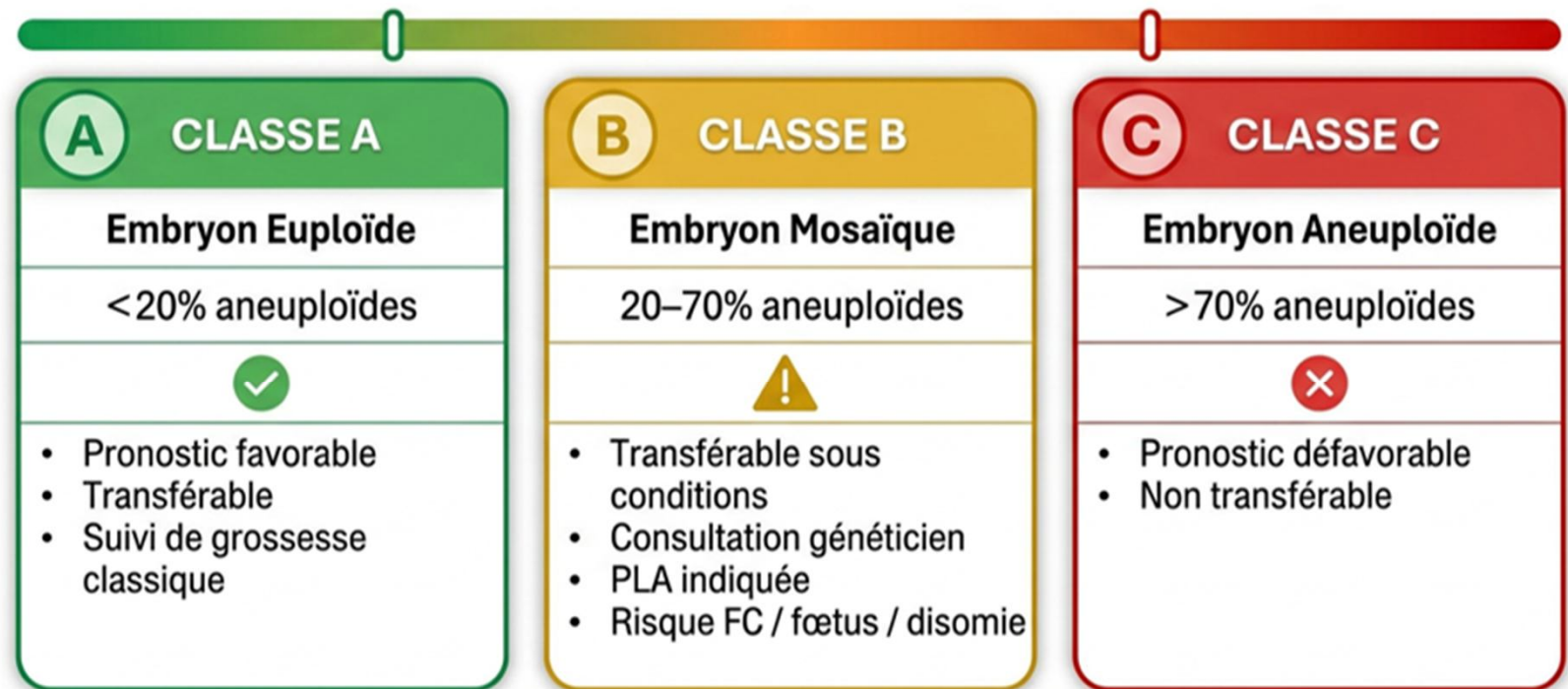
Mosaïque confinée
au placenta



Embryon sain

Le Mosaïcisme

CLASSEMENT DES EMBRYONS



Pourquoi le PGT-A est-il controversé ?

Toutes les études rapportant un résultat positif basent leurs calculs sur les critères du transfert embryonnaire. Plusieurs études, y compris la Cochrane de 2020 montrent que les taux de grossesse globale pour un cycle de FIV sont similaires entre le PGT-A et la FIV conventionnelle. Le PGT-A semble attractif pour beaucoup car de nombreuses cliniques promettent des résultats exceptionnels en terme de grossesse mais en réalité, le constat est plutôt qu'il s'agit d'une technique coûteuse pour les patients, lucrative pour les équipes PMA et qu'elle n'offre pas de bénéfice pour la population générale.

L'étude de cohorte rétrospective de Meija et Al en 2022 réalisée sur 31.900 patients a démontré que le PGT-A est associé avec un taux de naissance vivante plus bas que la FIV conventionnelle.

Le Working groupe ESHRE Add-On a conclu en disant que le DPI pour aneuploïdies n'est actuellement pas recommandé en pratique clinique de routine.

Pourquoi le PGT-A est-il controversé ?



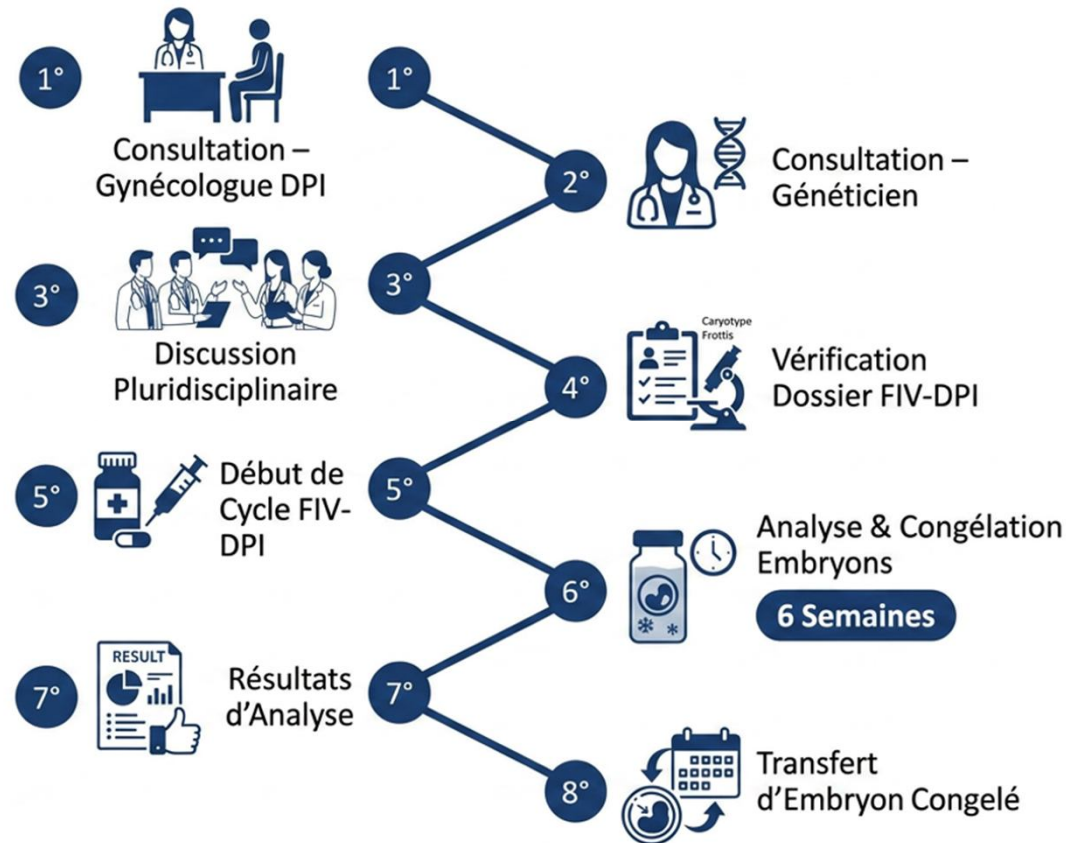
Class action lawsuits against genetic testing companies over PGT-A

OCTOBER 24, 2024

Former IVF patients in the USA have filed class action lawsuits against several companies for misleading them about the efficacy of PGT-A.

Class action lawsuits have been filed against CooperGenomics, CooperSurgical, The Cooper Companies, Reproductive Genetic Innovations, Progenesis, and Natera by former patients to recuperate funds spent on preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A). The lawsuits allege that these companies engaged in consumer fraud and breach of warranty by selling PGT-A to IVF patients, without disclaiming that this test is unproven, experimental, and entails risks of both misdiagnosis and embryo damage during the biopsy. The plaintiffs and class action members claim they would not have purchased testing if given accurate information about its efficacy.

Comment cela se passe à l'Hôpital Erasme ?



Quel est le coût pour le PGT-A à l'Hôpital Erasme ?

MUTUELLE BELGE

AVANT 43 ANS

6 cycles remboursés
avant 43 ans



500 €

Restant à charge par cycle après
intervention de la mutuelle



550 €

Par embryon analysé en PGT-A
à charge du patient

APRÈS 43 ANS : Tout est à charge du patient



2.500–3.000 €

Par cycle FIV



1.000 €

De médicaments



550 €

Par embryon analysé en PGT-A

PAS DE MUTUELLE BELGE

Pas de différence d'âge



4.000–4.500 €

Pour le cycle FIV

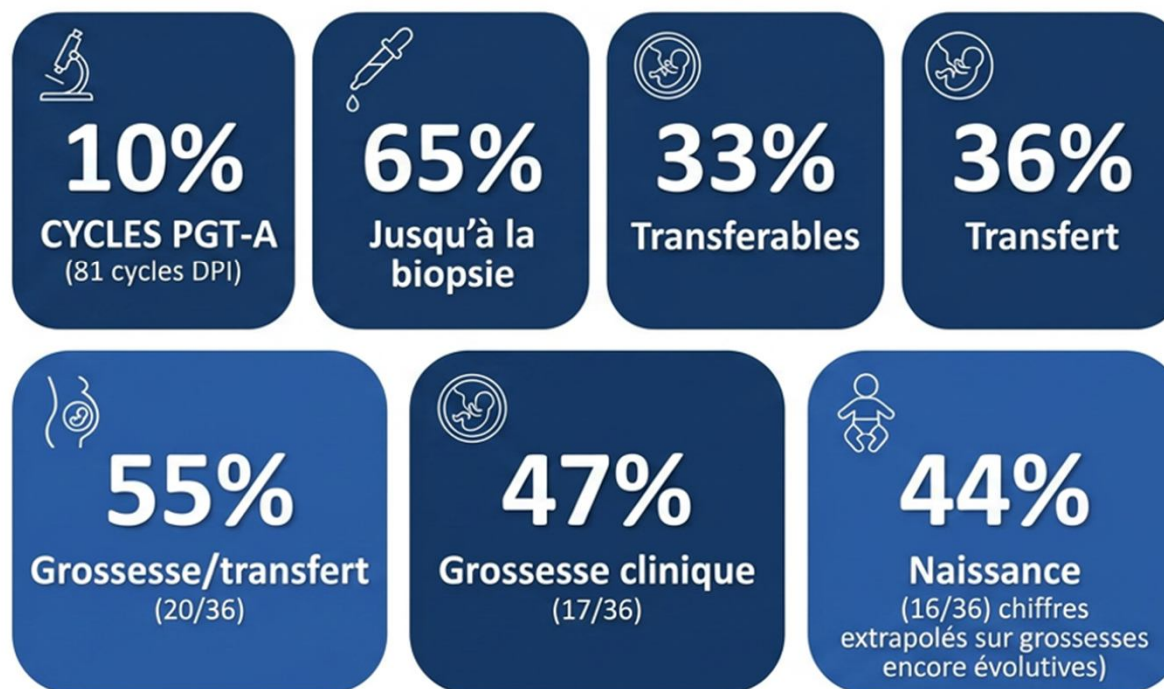


550 €

Par embryon analysé en PGT-A
à charge du patient

Le PGT-A à l'Hôpital Erasme : quels résultats ?

Nous avons regardé notre activité depuis novembre 2019, date du démarrage du CGH Array permettant la biopsie du trophoctoderme :
Période de nov.2019 à mai 2026 (soit 6 ans ½) :



Oui au PGT-A, mais cibler les demandes

À QUI PROPOSER LE PGT-A ?



Fausses couches
répétées (≥ 3)



Patientes > 38 ans
avec FC



Antécédents
d'aneuploïdies

QUELLES LIMITES ?



Réserve ovarienne



Âge de la patiente



Coût

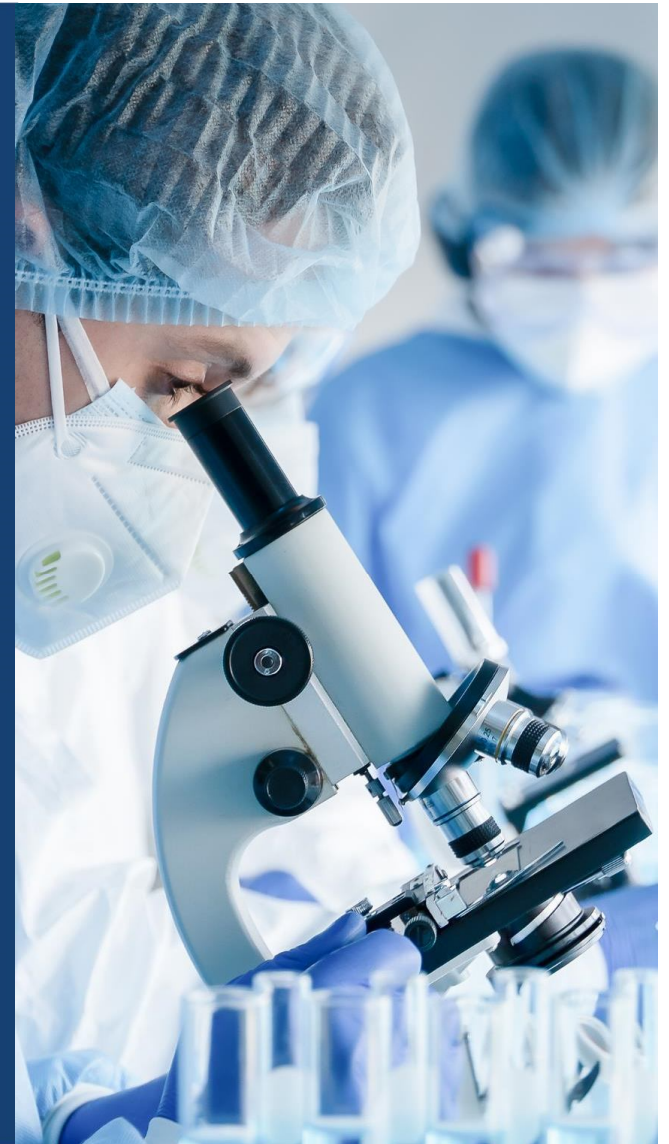
**Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?**

- **COMMENT RÉDUIRE LES EFFETS SECONDAIRES ET AMÉLIORER L'EXPERIENCE DES PATIENTS?**

- *NOUVELLES STRATÉGIES, PROTOCOLES MIEUX TOLÉRÉS, PERSONNALISATION DES STIMULATIONS*

Pr. Fabienne Devreker
Clinique de fertilité

H.U.B

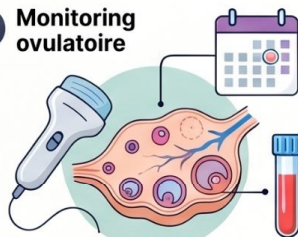


- 
- La procréation médicalement assistée (PMA) englobe l'ensemble des pratiques cliniques visant à préserver ou restaurer la fertilité des individus.
 - Elle propose un ensemble de parcours adapté aux demandes spécifiques des patient.e.s. Elle vise à proposer des traitements en limitant les risques de complications liées à la PMA.
 - Elle vise également à soutenir les patient.e.s à travers les différentes étapes du processus.

Parcours et Techniques de Médecine de la Reproduction

Techniques et Procédures de Procréation

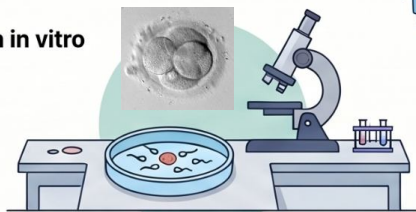
1 Monitoring ovulatoire



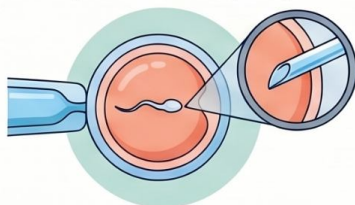
2 Insémination intra utérine



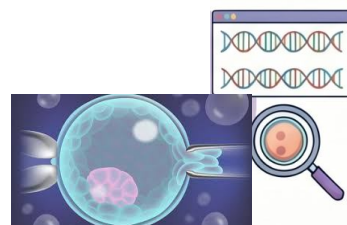
3 Fécondation in vitro



4 Micro-injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI)



5 Diagnostic préimplantatoire

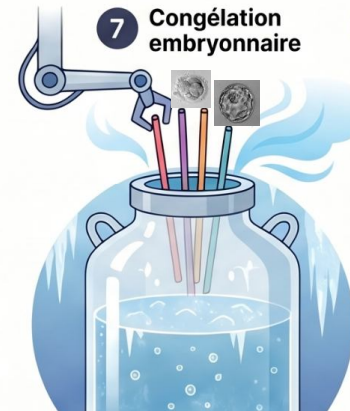


Préservation, Don et Suivi Spécialisé

6 Congélation ovocytaire



7 Congélation embryonnaire



8 Préservation de la fertilité : Ovocyte - Spermé



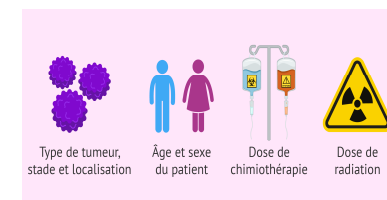
9 Don de gamètes : ovocyte - sperme



10 Prise en charge début de grossesse



11 Oncofertilité



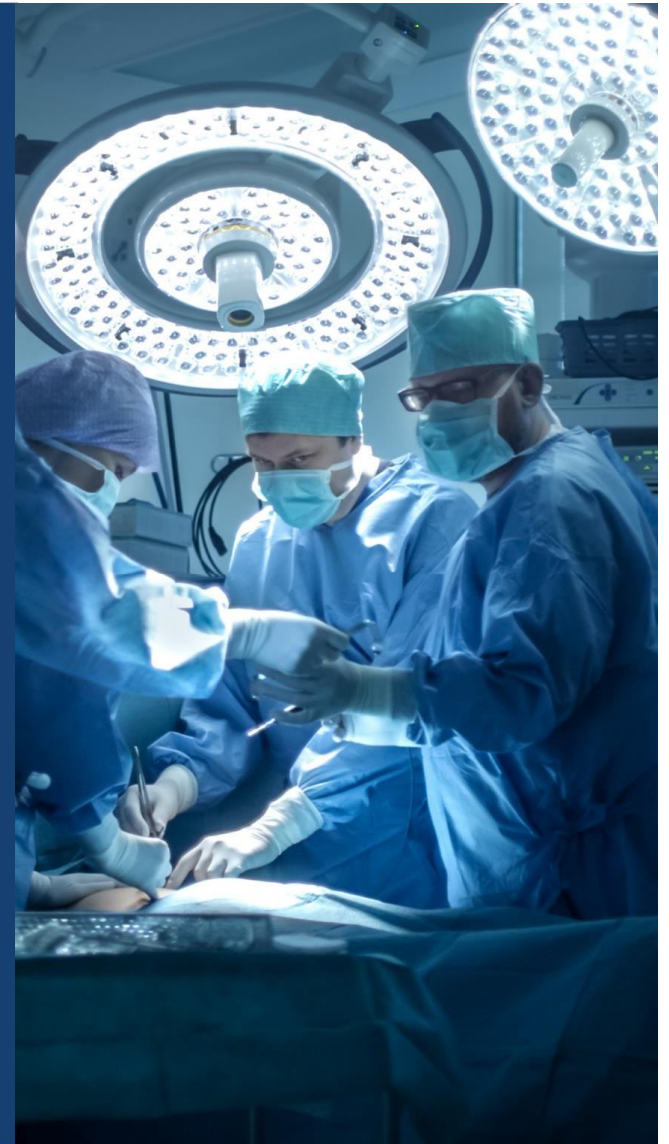
- **Collaborations multidisciplinaires**

- *Clinique de l'endométriose*
- *Clinique de l'endocrinologie*
- *Clinique de l'obstétrique*
- *Clinique de l'obésité*
- *Centre Horizon de la Transidentité*
- *Plateforme Turner*
- *Equipe des psychologues PMA*
- *Equipe Natus –Pédiatrie*

•01

- DES FACTEURS INFLUENÇANT LES CHANCES DE SUCCÈS
- *Impact du surpoids et de l'obésité*

H.U.B



- 
- // Ajouter un sous-titre (16 pt)

L'OMS définit le surpoids et l'obésité comme suit :

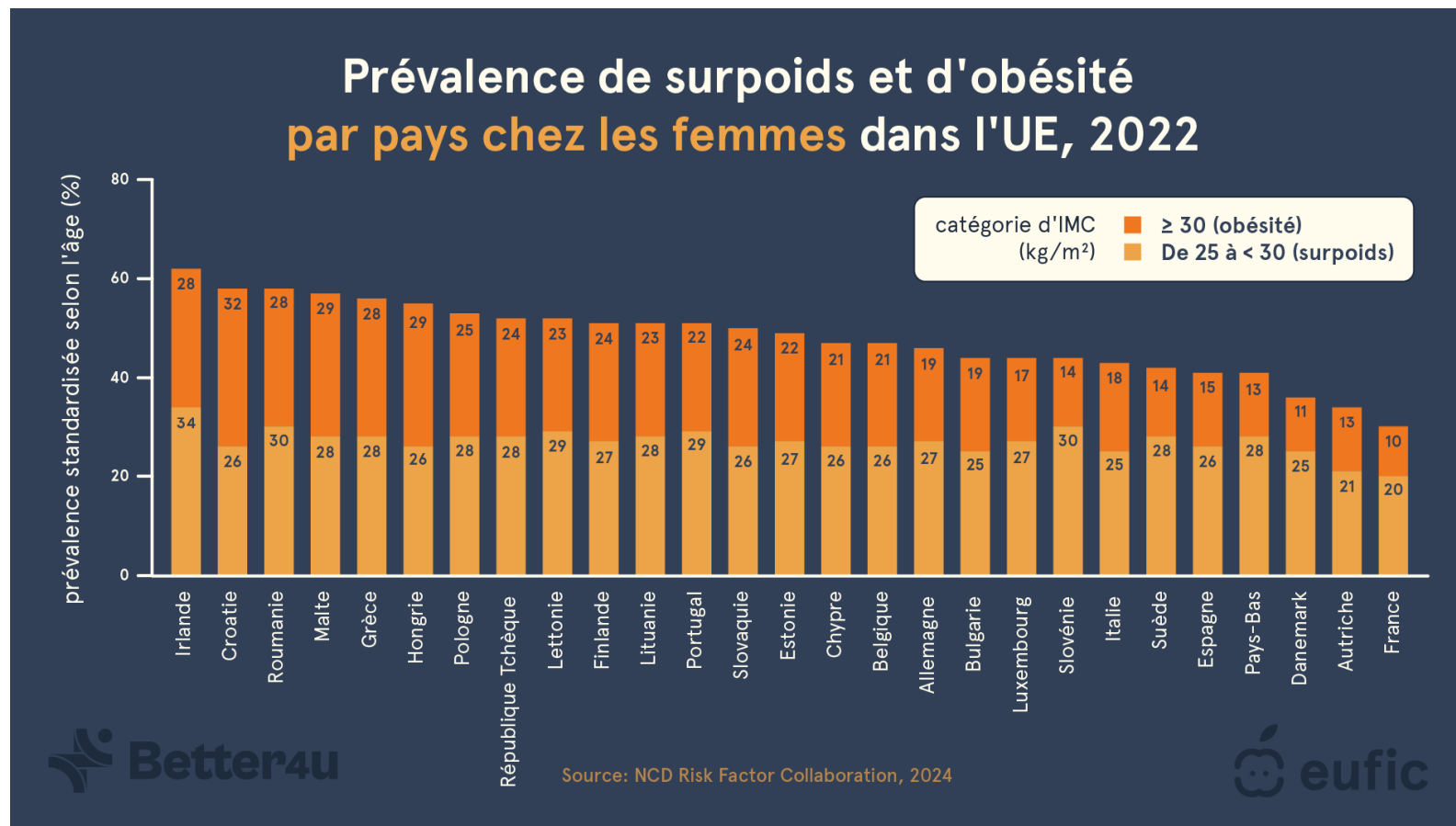
- **Surpoids quand l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m²**
- **Obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m²**

Plusieurs catégories d' IMC:

- ❖ **Corpulence normale: 18,5 – 24,5 kg/m²**
- ❖ **Surpoids: 25 – 29,5 kg/m²**
- ❖ **Obésité modérée: 30 – 34,9 kg/m²**
- ❖ **Obésité: 35 – 39,5 kg/m²**
- ❖ **Obésité morbide: $\geq$ 40 kg/m²**

- EUROPEAN FOOD INFORMATION COUNCIL

- ❖ En 2022, 2,5 milliards d'adultes (à partir de 18 ans) étaient en surpoids, soit 43 % des adultes (43 % des hommes et 44 % des femmes), dont 890 millions d'obèses.
- ❖ La prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial entre 1990 et 2022.
- ❖ On estime que d'ici 2030, plus de la moitié de la population européenne vivra avec l'obésité, avec des taux pouvant atteindre 89 % dans certains pays.
- ❖ *Aucun État membre n'est en voie d'atteindre l'objectif de stopper la progression de l'obésité d'ici 2030.*



Prévalence de surpoids et d'obésité par pays chez les femmes dans l'UE, 2022

Phelps, N. H., et al, Lancet (2024).; <https://www.eufic.org>; Usage interne

Chaque augmentation de **1 kg/m² de l'IMC** est associée à une diminution de la fécondité naturelle d'environ **2 %**.

Preconception and Early-Pregnancy Body Mass Index in Women and Men, Time to Pregnancy, and Risk of Miscarriage

Aline J Boxem ^{1 2}, Sophia M Blaauwendraad ^{1 2}, Annemarie G M G J Mulders ³,
Eline L Bekkers ¹, Claudia J Kruithof ¹, Eric A P Steegers ³, Romy Gaillard ^{1 2},
Vincent W V Jaddoe ^{1 2}

Jama Network, 2024, 7(9)

Impact of Obesity on In Vitro Fertilization (IVF) Outcomes: A Systematic Review

Sruthi Boddeti ^{1 2}, Khutaija Noor ^{3 4 5}, Mehwish Ansar ^{6 7}, Mahlet Abera ⁷,
Suchith B Suresh ⁸, Aparna Malireddi ⁹, Safeera Khan ⁷

Fertil. Steril. 2021, 116(5)

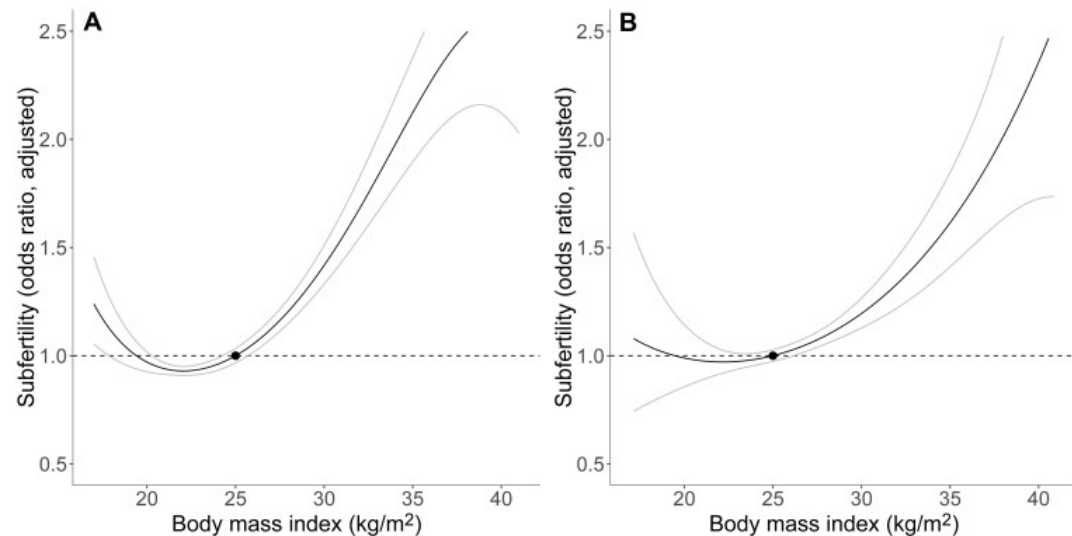
F: 1 kg/m²: ↑ 18% si IMC ≥ 30 kg/m² (CI:5% - 31 %)

H: 1 kg/m²: ↑ 26% si IMC ≥ 30 kg/m² (CI:5% - 31 %)

Body mass index and subfertility: multivariable regression and Mendelian randomization analyses in the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study

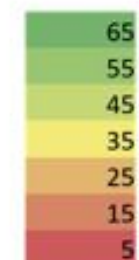
Álvaro Hernáez ^{1 2 3}, Tormod Rogne ^{4 5 6}, Karoline H Skåra ¹, Siri E Håberg ¹,
Christian M Page ^{1 7}, Abigail Fraser ^{8 9 10}, Stephen Burgess ^{11 12}, Deborah A Lawlor ^{8 9 10},
Maria Christine Magnus ^{1 8 9}

Hum Reprod 2021



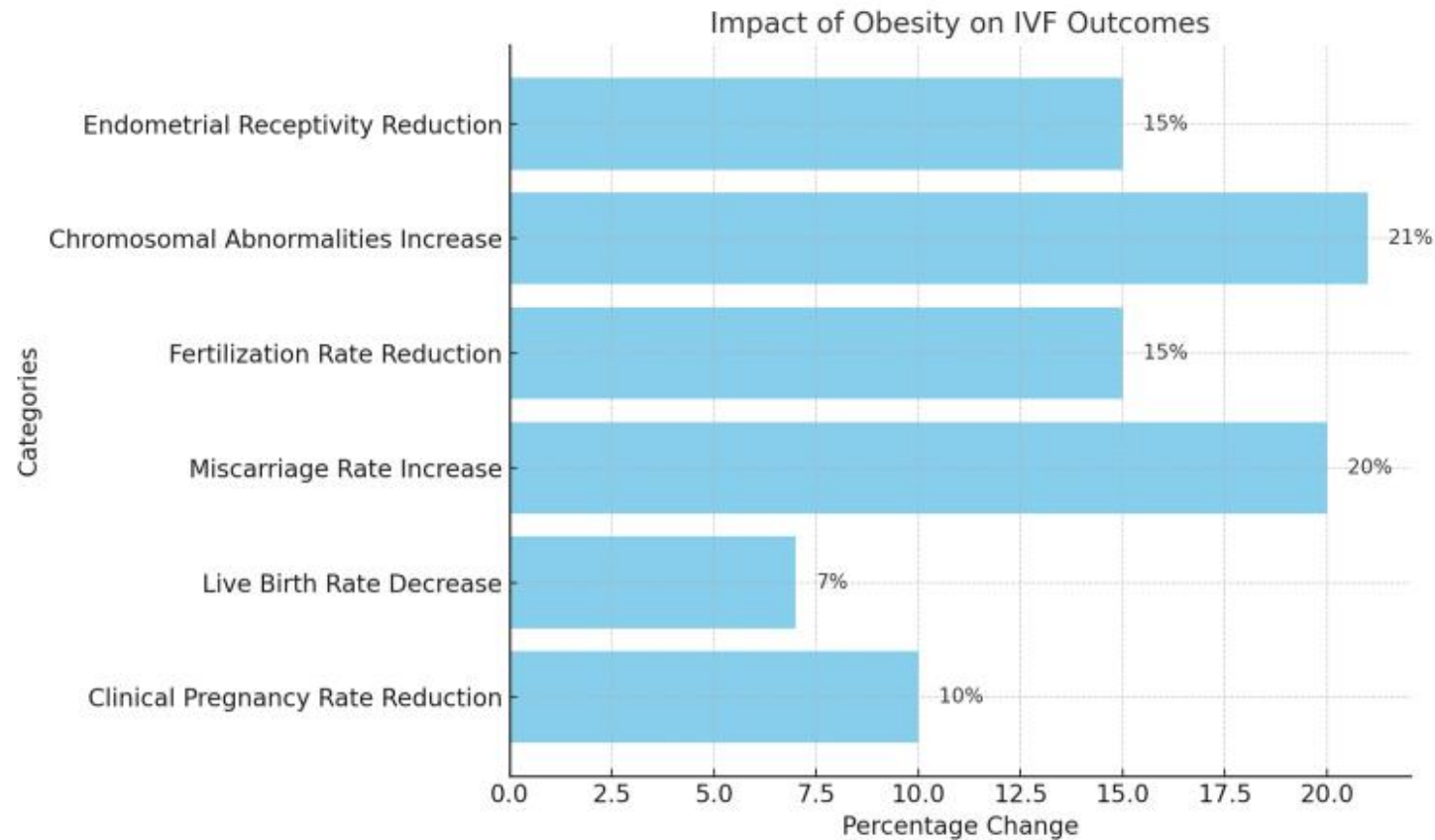
Présenté par A. Delvigne en 2024; usage interne

Age, y	BMI, kg/m ²							
	<18.5	18.5–24.9	25.0–29.9	30.0–34.9	35.0–39.9	40.0–44.9	45.0–49.9	≥50
	Underweight	Normal weight	Overweight	Class I obesity	Class II obesity	Class III obesity	Morbid obesity	Super obesity
<30	65	64	59	60	50	48	40	25
30	60	63	57	59	54	48	20	20
31	61	59	57	54	46	40	30	.
32	61	58	55	53	43	44	35	22
33	45	56	52	54	44	37	43	.
34	44	51	48	42	44	40	43	.
35	47	50	44	46	42	44	38	17
36	41	43	40	42	43	39	33	.
37	39	39	38	35	38	24	33	30
38	30	32	33	30	25	20	25	21
39	10	25	27	27	28	23	11	.
40	19	20	19	21	17	12	31	.
41	6	13	15	12	19	14	7	.
42	2	11	9	11	9	11	14	.
>42	0	3	4	5	2	5	0	.



Taux cumulatif de naissance en fonction de l'âge et du BMI des femmes

- **Impact d'un IMC > 30 kg/m² sur la fertilité**



- **Prise en charge pluridisciplinaire à la clinique de l'obésité**

- **Augmenter l'activité physique**
- **Hygiène alimentaire**
- **Anti GLP-1**
- **Soutien psychologique**

➤ **5 – 10 % du poids** les chances de fertilité, perturbations métaboliques

QUI?

- **Toute patiente avec un IMC > 34 kg/m²**
- **Patiente jeune: propose d'attendre 6 – 12 mois pour démarrer le traitement**
- **Patiente > 38 – 40 ans:**
 - **faire une stimulation et congeler les embryons**
 - **Perdre du poids et puis remplacer les embryons**

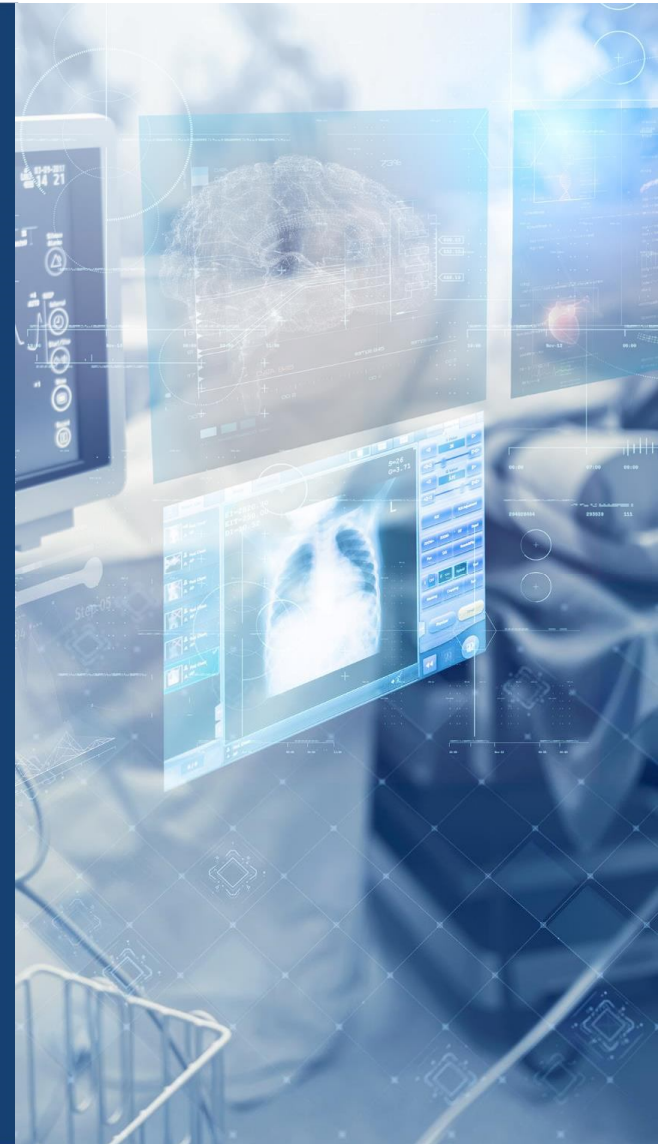
- Taux de grossesse clinique en fonction du BMI

BMI	Transfers	Clinical	Rate (%)
<19	31	7	22,6
19-24	288	83	28,8
25-29	199	72	36,2
30-35	135	46	34,1
36-39	39	18	46,2
>40	2	0	0,0
Unknown	28	11	39,3
Total	722	237	32,8

•02

- RÉDUCTION DU RISQUE D'OHSS
- ADAPTATION DES SCHÉMAS DE STIMULATIONS
- ADAPTATION DE LA POLITIQUE DE REPLACEMENT DES EMBRYONS

H.U.B





Définition:

- *Réponse excessive à la stimulation ovarienne entraînant une perméabilité capillaire accrue.*

Facteurs de risques:

- Patientes présentant un SOMP (Syndrome Ovarien Métabolique Polyendocrinien)
- IMC plutôt limite inférieure
- Un nombre de follicule visible à l'échographie ≥ 15
- Un nombre d'ovocyte recueillis > 15
- ATCD d'OHSS
- La présence d'HCG: injection ou grossesse

Prévalence: 0,6 – 0,7 % formes sévères

Stade	Symptômes principaux	Echographie / Rx	Biologie clinique
Léger	Ballonnement abdominal, gêne ou D+ abdominale légère Nausées modérées	Ovaires augmentés de volume, souvent autour de 5 à 8 cm	Pas d'altération significative
Modéré	Douleur abdominale modérée, Nausées, parfois vomissements Diminution de la diurèse	Présence d'ascite au niveau pelvien Ovaires souvent entre 8 et 12 cm	Hémoconcentration (Hct > 41 %)
Sévère	Douleurs abdominales sévères Ascite clinique, Prise de poids (> 1kg/24h) Dyspnée Thromboses Oligurie / Anurie	Ovaires souvent > 12 cm Ascite ++++ Epanchement pleural,	Hémoconcentration (Hct > 55 %) Altérations ionogramme ↑ Enzymes hépatiques ↑ Créatinine sanguine Hypoprotéinémie
Critique	Anurie Embolie pulmonaire ARDS Thromboses veineuses / artérielles	Ovaires souvent > 12 cm Ascite ++++ Epanchement pleural massif	Insuffisance rénale aiguë Faillite hépatique ARDS

- **Protocole Freeze all**

Consiste à faire une cycle de fécondation in vitro en utilisant un schéma de stimulation adapté suivi de la congélation de tous les embryons obtenus.

Replacer ces embryons dans un cycle ovulatoire (ou non) ultérieur

Schéma antagoniste habituel

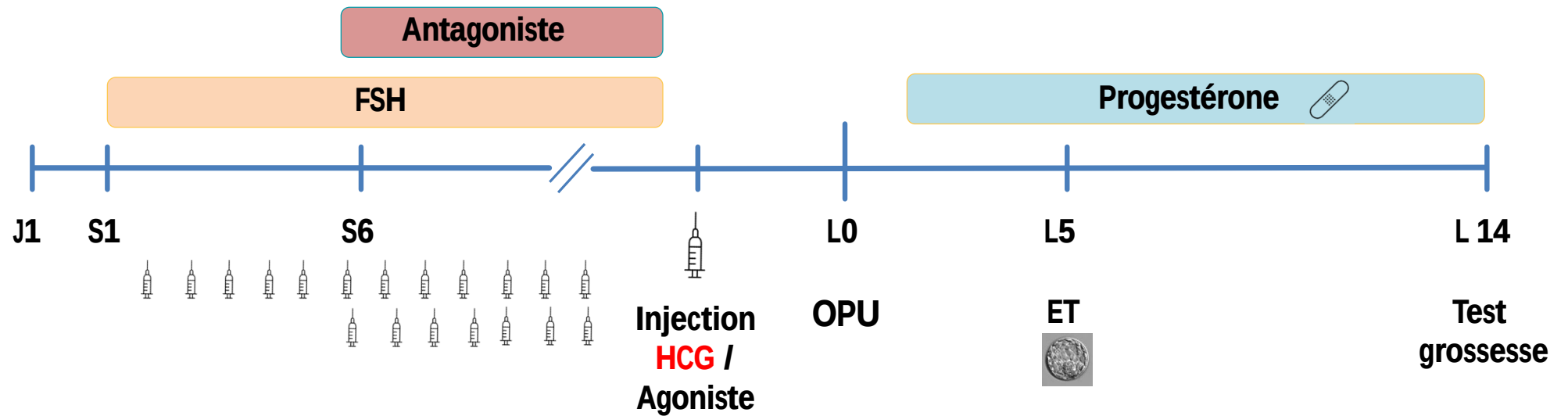
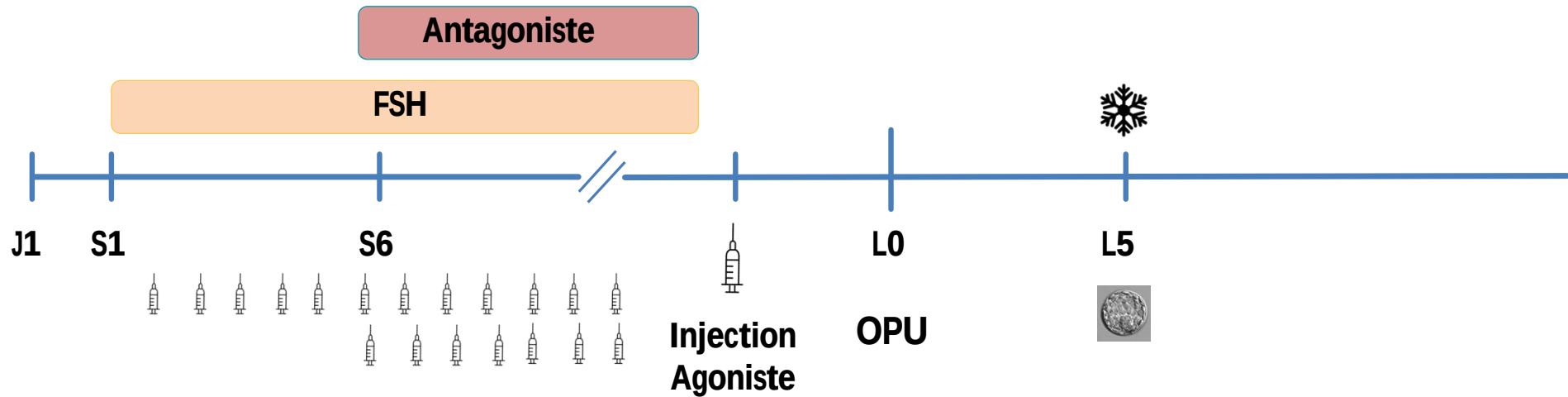


Schéma Freeze All

A



L'induction de l'ovulation se fait aux agonistes seuls

Prévention:

1. Adaptation des protocoles de stimulation ovarienne

Schéma de stimulation aux antagonistes de LHRH

Diminution des doses de stimulation : 150UI/j > à 125 UI/j voir 100 UI/j

Induction ovulation aux agonistes seuls:

Nb de follicules ≥ 10 mm est ≥ 20

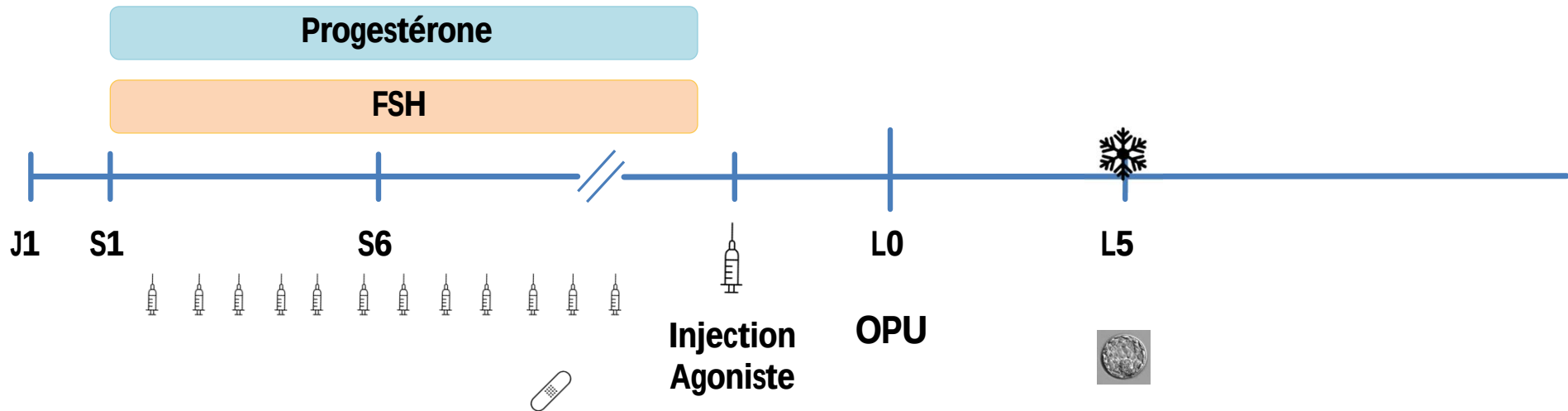
2. Freeze all: Pas de remplacement embryonnaire dans le cycle de stimulation

3. Congélation des embryons obtenus

4. Remplacement différé des embryons dans un cycle spontané

Schéma Freeze All

B



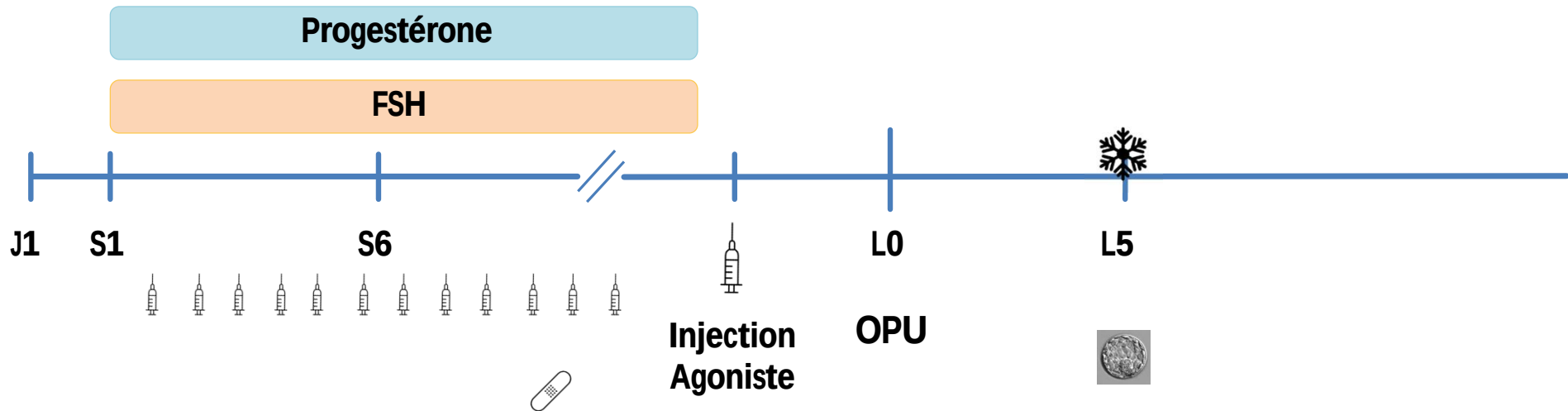
- Le contrôle de l'ovulation se fait à l'aide de la progestérone
- Plus confortable pour les patientes
- Moins d'injection
- Déclenchement de l'ovulation aux agonistes

- Indication de freeze all

Raison	2025 (n)	2025 (%)	2026 (n)	2026 (%)
Hyperstimulation (OHSS risk)	116	40,1%	44	28,4%
Fertility preservation	87	30,1%	57	36,8%
Other	86	29,7%	54	35 %

Schéma Freeze All

B



- Cryopréservation ovocytaire
- Diagnostic préimplantatoire
- Indication particulière de congélation embryonnaire

Année	2000 - 2003	2025 - 2026
Nb Cycle	2367	1146
Nb Freeze all		465
Nb Freeze all OHSS		190
OHSS sévère	39 (1,5)	2(0,1)
OHSS modéré		25 (0,02)

•04

• RÉDUCTION DES GROSSESSES MULTIPLES

H.U.B



• RISQUES AUGMENTÉS DANS LES GROSSESSES GÉMÉLLAIRES

**Fertility
and Sterility**

Octobre 2020

Current evidence supporting a goal of singletons: a review of maternal and perinatal outcomes associated with twin versus singleton pregnancies after in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection

Abey Eapen, Ph.D.^a, Ginny L. Ryan, M.D.^a, Patrick Ten Eyck, Ph.D.^b, Bradley J. Van Voorhis, M.D.^a

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, University of Iowa, Iowa City, Iowa

^bInstitute for Clinical and Translational Science, University of Iowa, Iowa City, Iowa

60 études comparant grossesses uniques vs grossesses gémellaires post FIV/ICSI

Summary table of maternal outcomes for effect and heterogeneity: twins compared with singleton pregnancies after in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment.

Outcome	Maternels	Heterogeneity I ² % (P value)	OR (95% CI)
Antenatal hospitalization		52 (.05)	2.6 (1.9–3.5)
Cesarean delivery		93 (<.01)	3.7 (3.3–4.1)
Gestational diabetes mellitus		58 (<.01)	1.2 (1.1–1.3)
Placental abruption		0 (.82)	1.3 (1.2–1.5)
Placenta previa		66 (.02)	0.8 (0.7–0.9)
Pregnancy-induced hypertension		78 (<.01)	2.0 (1.9–2.3)
Postpartum hemorrhage		91 (<.01)	2.2 (1.2–4.1)
Preterm labor		91 (<.01)	6.3 (3.6–11.0)
Preeclampsia		40 (.12)	1.9 (1.4–2.6)

Summary table of fetal and neonatal outcomes for effect and heterogeneity: twin compared with singleton pregnancies after in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment.

Outcome	Foetaux	Heterogeneity, I ² % (P value)	OR (95% CI)
Congenital anomaly	0 (.84)	1.1 (1.0–1.2)	
Preterm birth rate (<37 wk)	97 (<.01)	8.3 (7.8–8.9)	
Early preterm birth rate (<32 wk)	88 (<.01)	3.5 (3.1–3.9)	
Very preterm birth rate (<28 wk)	82 (<.01)	5.5 (5.2–5.9)	
Low birth weight (<2,500 g)	89 (<.01)	10.6 (9.9–11.4)	
NICU/SCBU admission rate	91 (<.01)	6.5 (5.8–7.3)	
Perinatal mortality rate	0 (.49)	2.4 (2.1–2.8)	
Stillbirth rate	36 (.09)	2.2 (1.8–2.6)	
Mean birth weight (g)	95 (<.01)	–856 (880–832) ^a	
Mean gestational age (wk)	95 (<.01)	–2.9 (–3.0 to –2.8) ^a	

- **Loi de juillet 2003: Réglementation du nombre d'embryons à transférer**

- *But: réduire le nombre de grossesses gémellaires,*

Age	1 ^{er} essai	2 ^{ième} essai	3 ^{ième} essai et +
≤ 35 ans	1 embryon	1-2 embryon(s) selon la qualité	2 embryons max
entre 36-39 ans	2 embryons max		3 embryons max
≥ 40 ans	pas de maximum		

En Belgique, une nouvelle politique de transfert a été instaurée de manière obligatoire depuis le 01/07/2003, visant à réduire les coûts liés aux grossesses gémellaires et à transférer les sommes libérées vers le remboursement des traitements de FIV

• RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

Previous unsuccessful ART treatments

I	The decision to perform DET instead of eSET should not be based on the number of previous unsuccessful ART treatments.	Strong	⊕○○○	Very low-quality evidence from a single retrospective study indicates similar clinical pregnancy rates but lower MPR if one embryo is transferred compared to two embryos. Furthermore, there is no scientific evidence indicating that repeated failed cycles can be compensated by increasing the number of embryos per transfer.
---	--	--------	------	---

Duration of infertility

II	The decision to perform DET instead of eSET should not be based on the duration of infertility.	Strong	⊕○○○	Low-quality evidence shows that this factor has no effect on LBR when analysing the results with respect to the number of embryos transferred in eSET and DET treatment cycles.
----	---	--------	------	---

Previous pregnancy/live birth

III	The decision to perform DET instead of eSET should not be based on previous pregnancies or live births from ART.	Strong	⊕○○○	Low-quality evidence demonstrates that this factor is not a significant variable for predicting LBR and MPR in SET and DET cycles.
-----	--	--------	------	--

Female age

	The decision to perform DET instead of eSET should not be based on female age.	Strong	⊕⊕○○	High-quality evidence is more abundant for women aged <38 years and of lower quality for those aged 38 years or more due to fewer studies. Regardless of female age, cLBR is higher after eSET but rates of multiple pregnancy are higher after DET. Consequently, obstetric complications such as preterm birth and perinatal mortality are observed more often after DET. In some studies of women ≥38 years, cLBR and MPR can be similar to the ones after DET. Advanced maternal age is in itself associated with increased obstetric risks, which should be taken into account at the time of planning of ART treatment.
IV	Women aged less than 38 years should receive eSET.	Strong	⊕⊕⊕○	
	Women aged 38 years or more should receive eSET.	Strong	⊕○○○	

Ovarian response

	For normal responders, eSET is recommended.	Strong	⊕○○○	Very low-quality evidence shows similar cLBR in normal responders with DET and eSET.
V	The GDG recommends eSET in patients with low or high ovarian response.	GPP		No evidence for high and low responders with regards to eSET vs. DET was identified. However, high responders are at high risk of OHSS and late onset OHSS is more frequent in multiple pregnancies. And low responders have only a few embryos, many of which cannot be classified as good-quality ones. Therefore, the GDG recommends that no more than one embryo be transferred in all high and low responders having a fresh ET.

Ni le nombre d'échecs,
Ni la durée d'infertilité,
Ni l'âge de la patiente,
Ni la réponse ovarienne ne
justifient le transfert de 2
embryons

• RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

Fresh embryo transfer			
Cleavage stage			
I.1	In fresh cleavage-stage embryo transfer, the decision to perform DET instead of eSET should not be based on embryo criteria.	Strong	⊕⊕⊕○
The evidence assessed failed to show an increase of LBR following DET as compared to eSET when embryos with similar quality are transferred in a fresh cycle. Moreover, if embryo quality is not taken into account, transferring two cleavage-stage embryos in fresh cycles led to a higher LBR at the cost of a substantial increase in the risk of MPR.			
Blastocyst stage			
I.2	In fresh blastocyst transfer cycles, the decision to perform DET instead of eSET should not be based on blastocyst morphology/quality.	Strong	⊕⊕⊕○
When balancing the benefit of higher LBR against the risks related to higher MPR and considering the higher risk of monozygotic twinning with blastocyst transfer, eSET is associated with higher benefit/risk ratio.			

Quelle que soit la qualité d'un embryon, un transfert double augmente les GM

Le transfert de blastocyste augmente le risque de grossesse gémellaire monozygote

• COMMENT CONVAINCRE LES PATIENTS?

Patient counselling

The GDG strongly recommends that healthcare professionals discuss with the patient a number of issues related to the number of embryos to transfer. Main topics include:

- Medical, economic, social and psychological consequences of transferring >1 embryo.
- Patient wishes regarding family building.
- Clinical, science-based recommendations for the specific patient case.

GPP

Key elements to the discussion, and the decision-making process regarding the number of embryos to transfer are the following:

- Patient involvement, which ensures a decision that reflects both healthcare professional' good clinical judgement and the patients' values and personal context.
- Involvement of both members of the patient couple.

Informations à transmettre aux patients

- Conséquences médicales, économiques et psychosociales d'un transfert double
- Recommandations cliniques selon la situation de la patiente
- Inclure la patiente dans la décision
- Inclure le partenaire

Il faut clairement informer les patients des risques liés à la grossesse gémellaire
→ Document de consentement au transfert double signé par le couple

- **NOUVELLE RECOMMANDATION POUR LES
REPLACEMENT D'EMBRYONS**

Depuis 01/01/2025:

Remplacement des embryons un à un pour toutes les patientes quel que soit l'âge de celle-ci.

LE REPLACEMENT D'UN EMBRYON EST LA RÈGLE, CELUI DE DEUX EMBRYONS EST L'EXCEPTION

Les patientes de > 40 ans présentant un risque plus élevé de complications obstétricales par rapport aux patientes plus jeunes, il est vivement recommandé de ne pas rajouter ceux liés aux grossesses gémellaires. Ces risques spécifiques pour la santé doivent être évalués et pris en compte lors de la planification d'un traitement de procréation médicalement assistée. (ESHRE guidelines 2023)

IL N'EST DONC PAS RECOMMANDÉ DE REPLACER PLUS D'UN EMBRYON DANS CE GROUPE DE PATIENTES

Modification de la politique de transfert à la clinique de fertilité

En 2009, afin de diminuer l'incidence de grossesses gémellaires, une politique de transfert unique de principe dans le cadre des embryons congelés quel que soit l'âge des patientes.

Avant 2009, le TEU représentait 51,3% des transferts effectués. Cette proportion a atteint 87,5% en 2017.

	< 36 ans		36-39 ans		≥ 40 ans	
	TEU	TED	TEU	TED	TEU	TED
Nombre de transferts	1260	118	244	71	84	37
Age maternel à l'OPU ¹	30 ± 4	30 ± 3	37 ± 1	37 ± 1	41 ± 1	41 ± 1
IMC	24 ± 5	25 ± 5	24 ± 5	24 ± 4	26 ± 6	25 ± 7

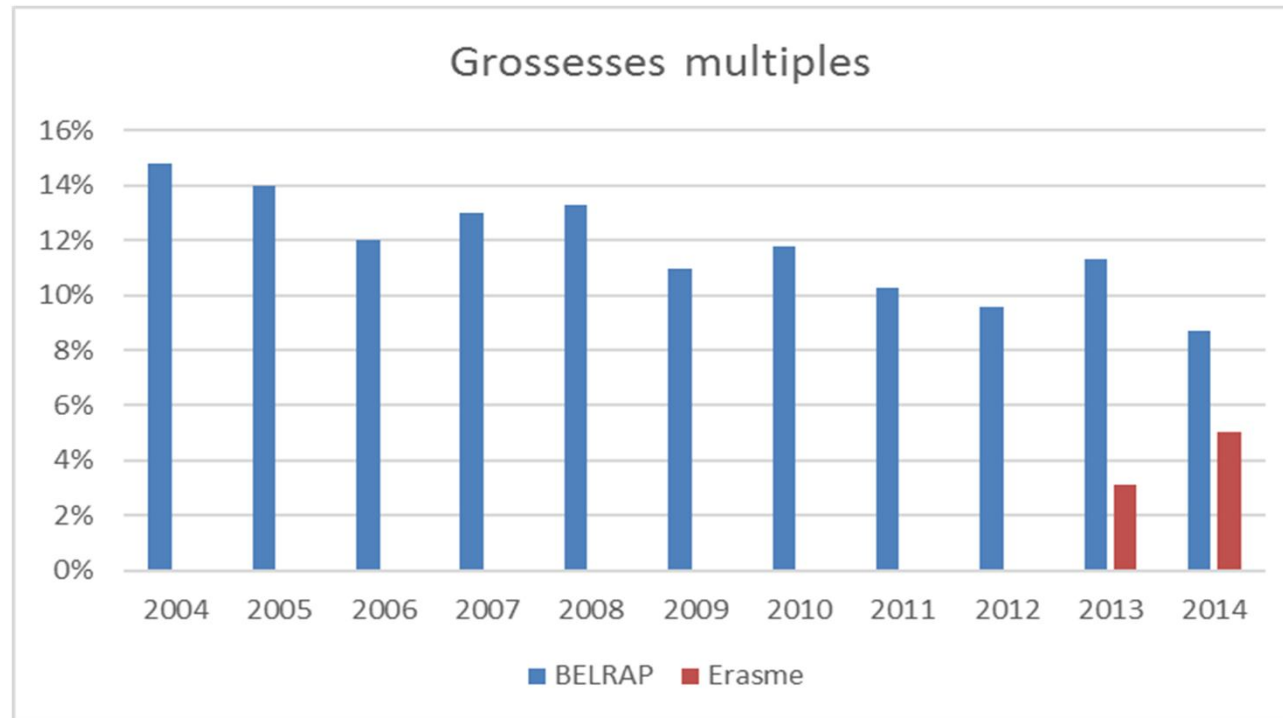
	< 36 ans		36-39 ans		≥ 40 ans	
	TEU	TED	TEU	TED	TEU	TED
Nombre de transferts	1260	118	244	71	84	37
Naissance de jumeaux / ET ¹	5 (0,4)	8 (6,8)	0	2 (3)	0	1 (2,7)
Accouchement / ET ²	306 (24)	29 (25)	35 (14)	18 (25)	5 (6)	3 (8)

n (%)

¹ p<0,05 sauf chez les ≥ 40 ans

² P<0,05 chez les 36-39 ans

Remplacement d'embryons congelés



Le taux de naissance gémellaires avait chuté de 20 % pour atteindre 5 %.
Il était inférieur à la moyenne belge sans réduire les chances pour les patientes

- **TAUX DE GROSSESSE DEPUIS 01/01/2025**

Age at transfer	Transfert	Grossesse clinique	%
<35	216	102	47,2
35-37	131	48	36,6
38-40	155	32	20,6
41-42	127	33	26,0
>42	93	22	23,7
Total	722	237	32,8

•04

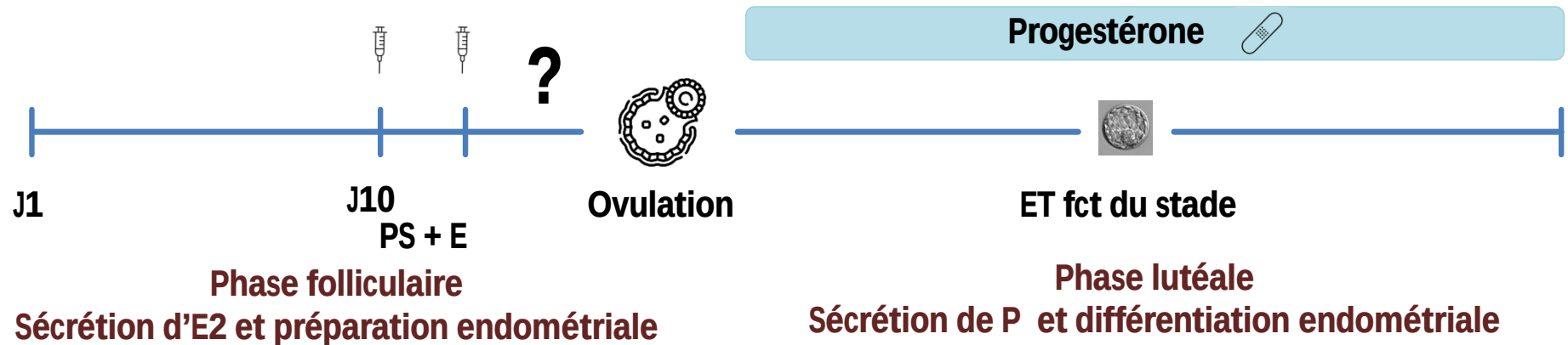
- AMÉLIORATION DU CONFORT DES CYCLES DE REPLACEMENT DES EMBRYONS CONGELÉS

H.U.B



Remplacement embryon congelé

A Cycle naturel



Avantage:

Simple

Nécessite la détection du pic ovulatoire

Ne nécessite que de la progestérone intravaginale

Désavantage:

Nombre répété de contrôle échographique et prise de sang

Pas de programmation possible du jour de remplacement

Replacement embryon congelé

B Artificiel



Avantage:

Simple

Nécessite un traitement hormonal > milieu premier trimestre de grossesse

Programmation du jour de remplacement

Pas de contrôle répété sauf si pathologie endométriale

Désavantage:

Augmente le risque de prééclampsie

Natural Proliferative Phase (NPP) : une nouvelle approche de préparation endométriale

human reproduction



39th Hybrid Annual Meeting of the ESHRE, Copenhagen – Denmark, 25-28 June 2023

Abstract citation ID: dead093.042

P-653 Natural proliferative phase frozen embryo transfers: a novel, safe and efficient transfer strategy

C. Santana¹, J.M. Mascarós Martínez², A.R. Neves¹, T. Semenova¹, S. G. Nunes¹, S. Reis Soares¹, S. Santos-Ribeiro¹

¹IVIRMA, IVI Lisboa, Lisboa, Portugal

²IVIRMA, IVI Foundation, Valencia, Spain



Human Reproduction, 2024, 39(5), 1089–1097
<https://doi.org/10.1093/humrep/deae061>
Advance Access Publication Date: March 26, 2024
Original Article

Reproductive endocrinology

Natural proliferative phase frozen embryo transfer—a new approach which may facilitate scheduling without hindering pregnancy outcomes

Catarina Mendes Godinho ^{1,*}, Sérgio Reis Soares ¹, Sofia Gouveia Nunes¹, Juan M Mascarós Martínez², and Samuel Santos-Ribeiro ^{1,3}

¹Reproductive Medicine, IVI RMA Lisbon, Lisbon, Portugal

²IVI Foundation, Valencia, Spain

³Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

*Correspondence address: Clínica IVI Lisboa, Avenida Infante D. Henrique, 333H esc 1-8, 1800-282 Lisboa, Portugal. E-mail: catarina.godinho@ivirma.com
 <https://orcid.org/0000-0001-7045-9237>

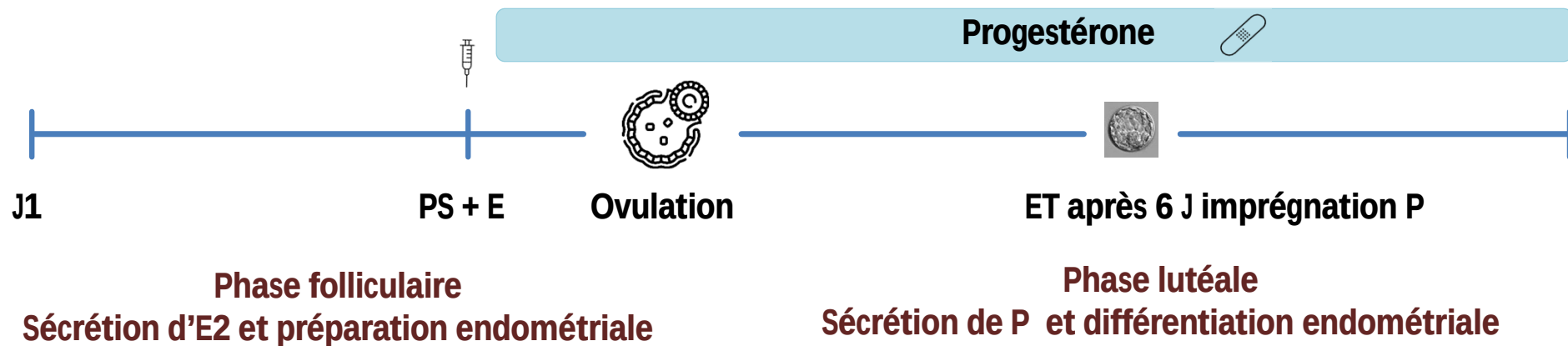
Initiation de progestérone une fois
l'endomètre atteint 7mm



Résultats grossesse : NC ≈ NPP
↓ Risques obstétricaux & néonataux vs CA
↓ Visites vs NC

Remplacement embryon congelé

C: Cycle naturel prolifératif



Avantage:

Simple

Cycles peuvent être irrégulier

Un contrôle pour vérifier l'adéquation de l'endomètre (≥ 7 mm)

Ne nécessite que de la progestérone intravaginale

Programmation du remplacement possible

Soutien du corps jaune présent

Prospective randomized non-inferiority study comparing natural cycle to a new type of endometrial preparation for frozen embryo transfer: natural proliferative phase cycle.

Travail de fin d'études - FARES Romy

Promotrice : Pr DELBAERE Anne

Année académique 2024-2025

Étude prospective randomisée contrôlée
Hôpital Universitaire de Bruxelles – Erasme
Clinique de fertilité
Août 2024 – Avril 2025

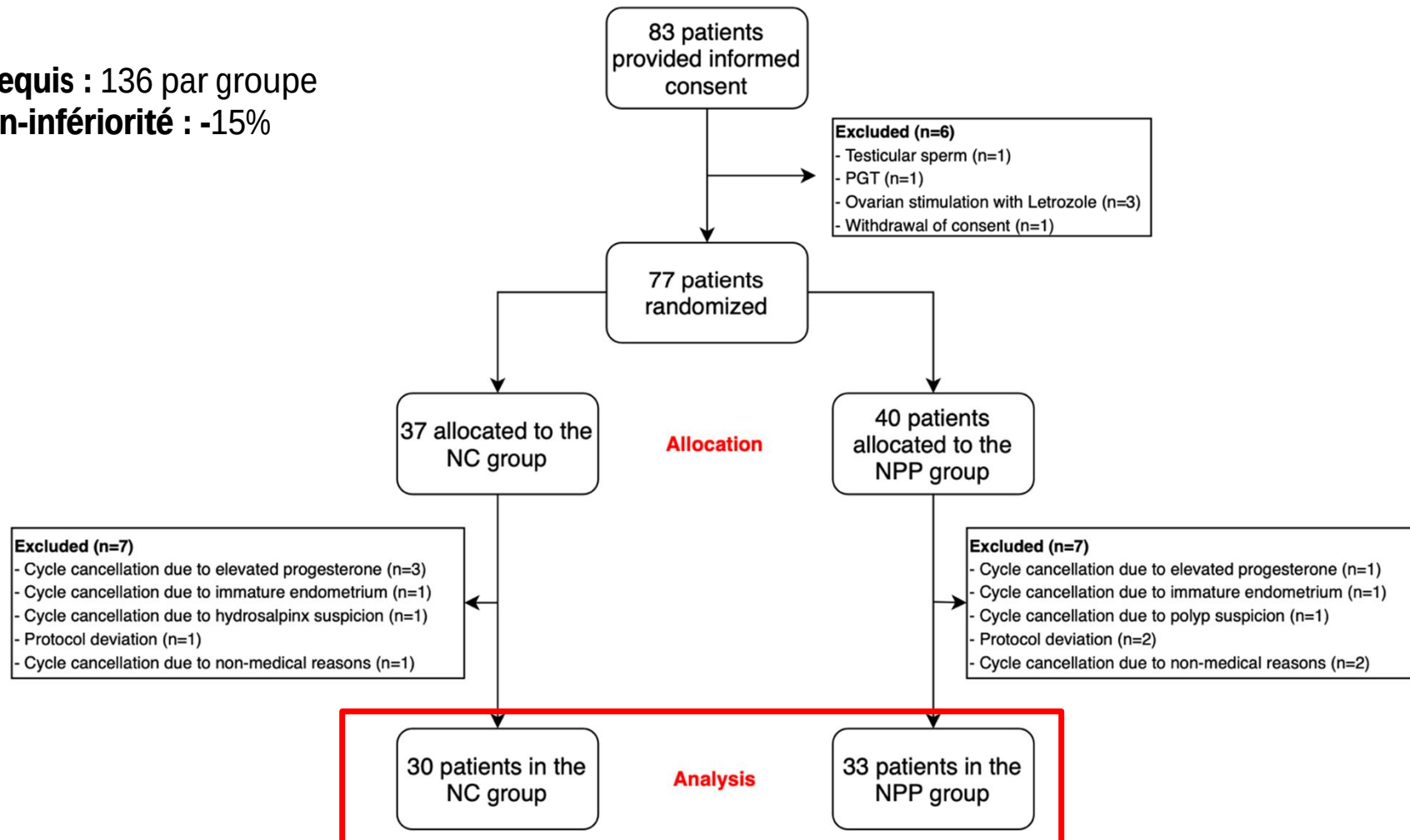
Contexte et sélection des patientes

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Transfert embryonnaire unique	Cycles de diagnostic pré-implantatoire
Transfert d'embryon congelé au stade de développement embryonnaire blastocyste	Cycles de remplacement d'embryons obtenus après don d'ovocytes
Patientes présentant des cycles réguliers (24 à 35 jours)	Cycles avec utilisation de sperme obtenu après biopsie testiculaire

Pas de critère d'âge pour les patientes

Contexte et sélection des patientes

Échantillon requis : 136 par groupe
Marge de non-infériorité : -15%



**Résultats de grossesses préliminaires sont très encourageants:
Sur les 83 patientes incluses et analysées:
les taux de grossesse sont de 48% et 33% en faveur du cycle NPP**

Actuellement 163 patientes sont incluses / 272 nécessaires

• **TAKE HOME MESSAGE**

- ❖ **Ecouter les patient.e.s**
- ❖ **Les accompagner dans leur parcours**
- ❖ **Contrôle du poids: hygiène de vie**
- ❖ **Allègement des protocoles de stimulations:**
 - Protocole freeze all pour éviter les OHSS**
 - Protocole NPP pour les embryons congelés**

REPLACER LES EMBRYONS UN À UN POUR TOUTES LES PATIENTES

**Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?**

MATERNITÉS TARDIVES : QUELLES OPTIONS PROPOSER ?

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital
Erasmé



Soraya Amirgholami

18/06/2026

- **MATERNITES TARDIVES**



COMPRENDRE

Le paradoxe reproductif



ANTICIPER

Préservation de la
fertilité



ACCOMPAGNER

Quelles options après 38-40
ans ?



SECURISER

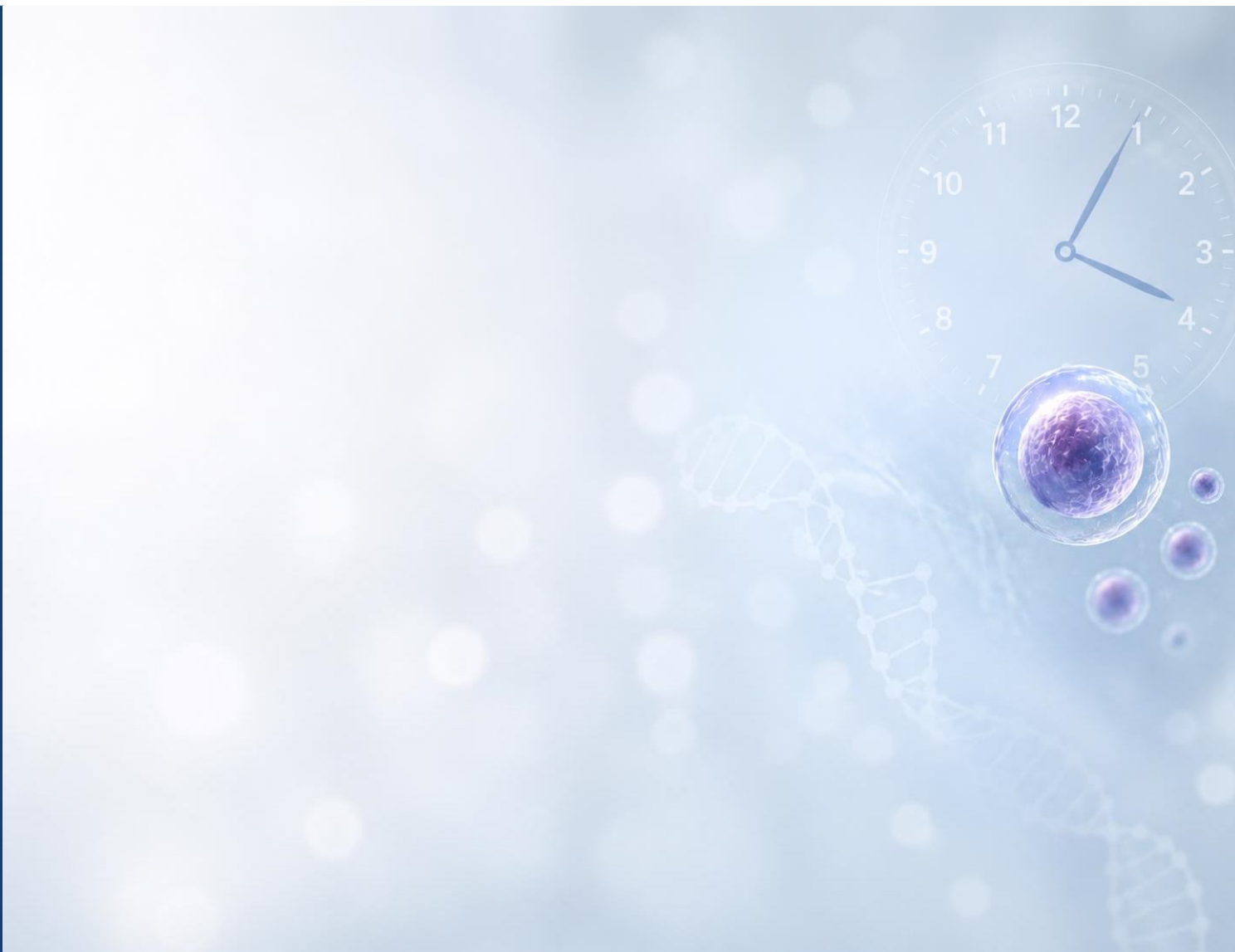
Que dit l'obstétrique
?



•01

- LES ENJEUX DE LA
MATERNITE
TARDIVE

H.U.B



- EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE
- EN EUROPE



ÉPIDÉMIOLOGIE

L'âge moyen au premier enfant n'a jamais été aussi élevé



Âge moyen au premier enfant

Belgique : 30,5 ans (2023)
En hausse constante depuis 2000



Forte progression des premières grossesses après 35 ans

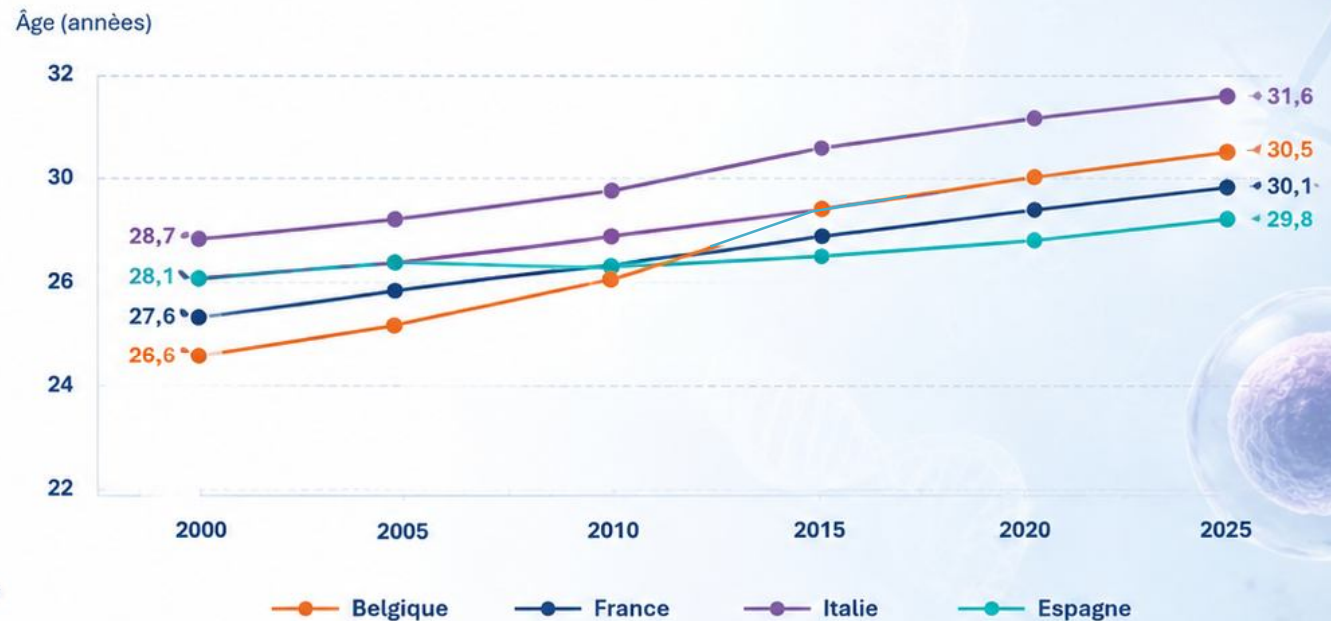
> 25% dans la majorité des pays européens (2023)



Augmentation continue des demandes de PMA après 38 ans

+ 60% de femmes ≥ 38 ans en PMA en 10 ans (Europe)

ÂGE MOYEN AU PREMIER ENFANT DANS QUELQUES PAYS EUROPÉENS (2000-2025)

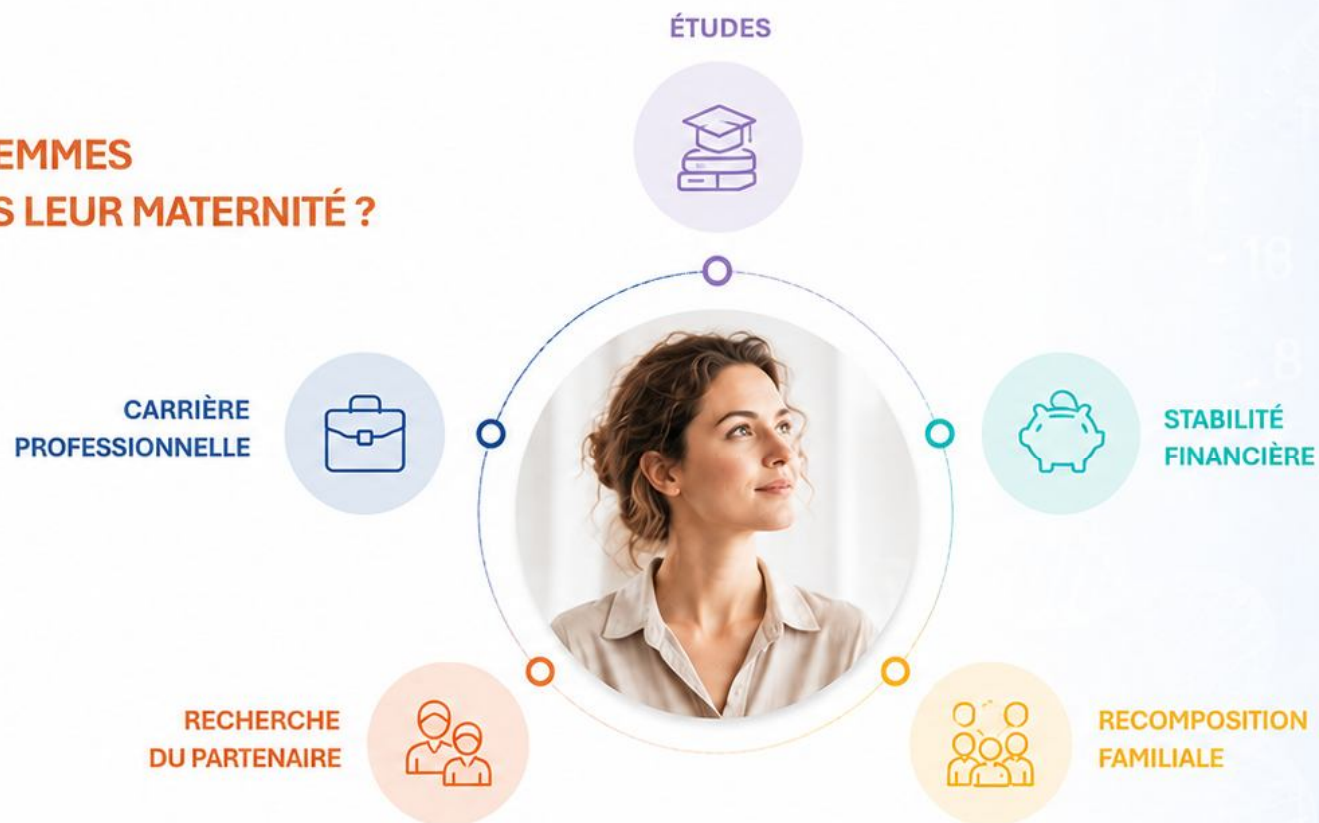


Le report de la maternité est un phénomène structurel qui impacte directement la pratique clinique en fertilité.

• REPORT DE LA MATERNITE

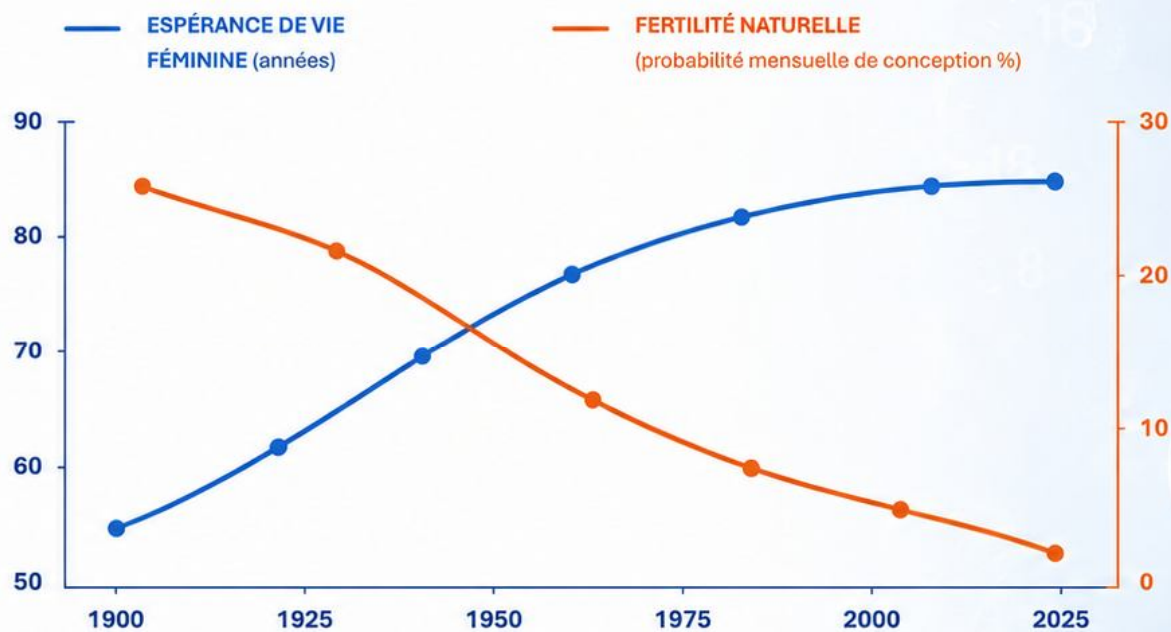


POURQUOI LES FEMMES REPORTENT-ELLES LEUR MATERNITÉ ?





LE PARADOXE DE LA FERTILITÉ MODERNE



**+30 ANS D'ESPÉRANCE DE VIE
EN 1 SIÈCLE**



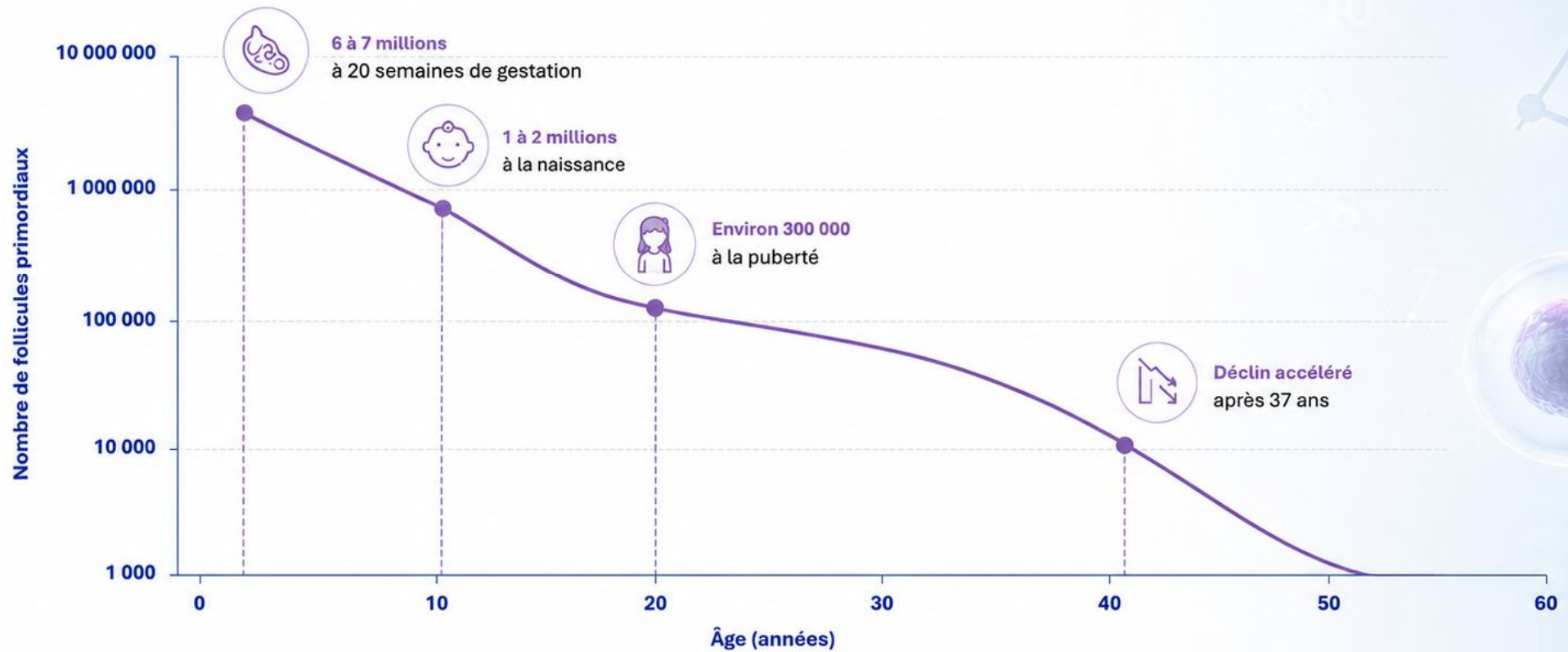
**DÉCLIN NATUREL DE LA FERTILITÉ
DÈS 35 ANS**



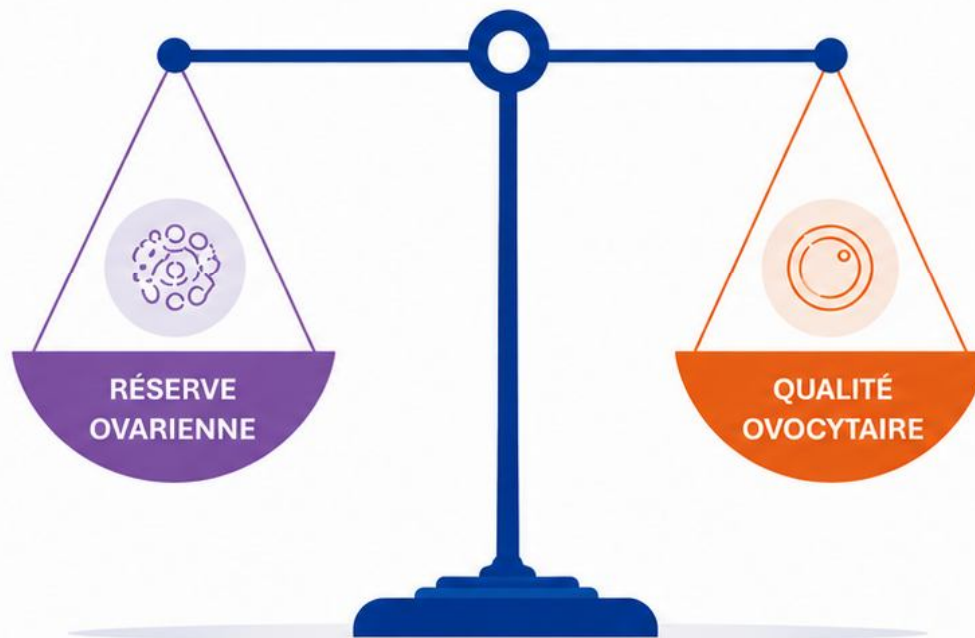
• LE VIEILLISSEMENT OVARIEN



NOMBRE DE FOLLICULES PRIMORDIAUX SELON L'ÂGE



• QUANTITE ≠ QUALITE

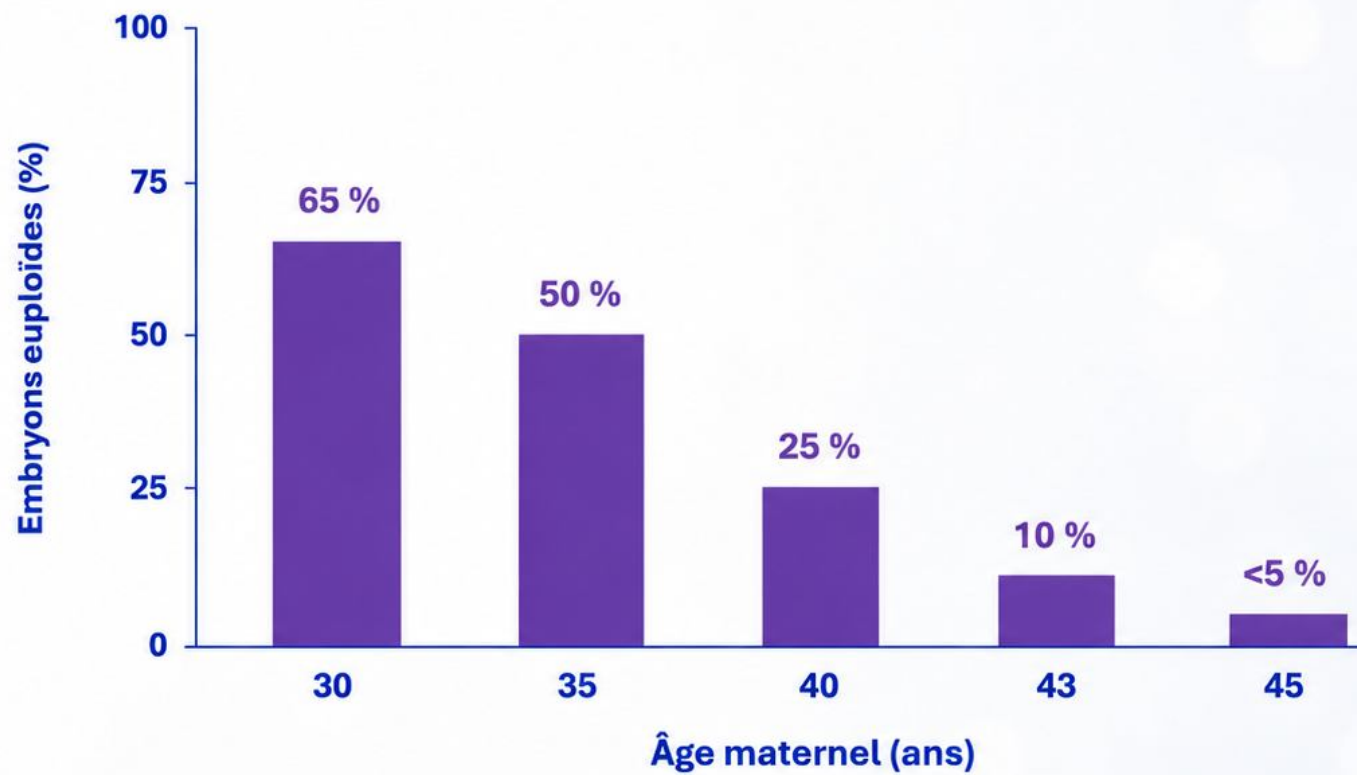


Après 38 ans, la qualité ovocytaire devient le déterminant principal du succès reproductif.

RÉSERVE OVARIENNE	QUALITÉ OVOCYTAIRE
 AMH	 ÂGE
 AFC	 ANEUPLOÏDIE

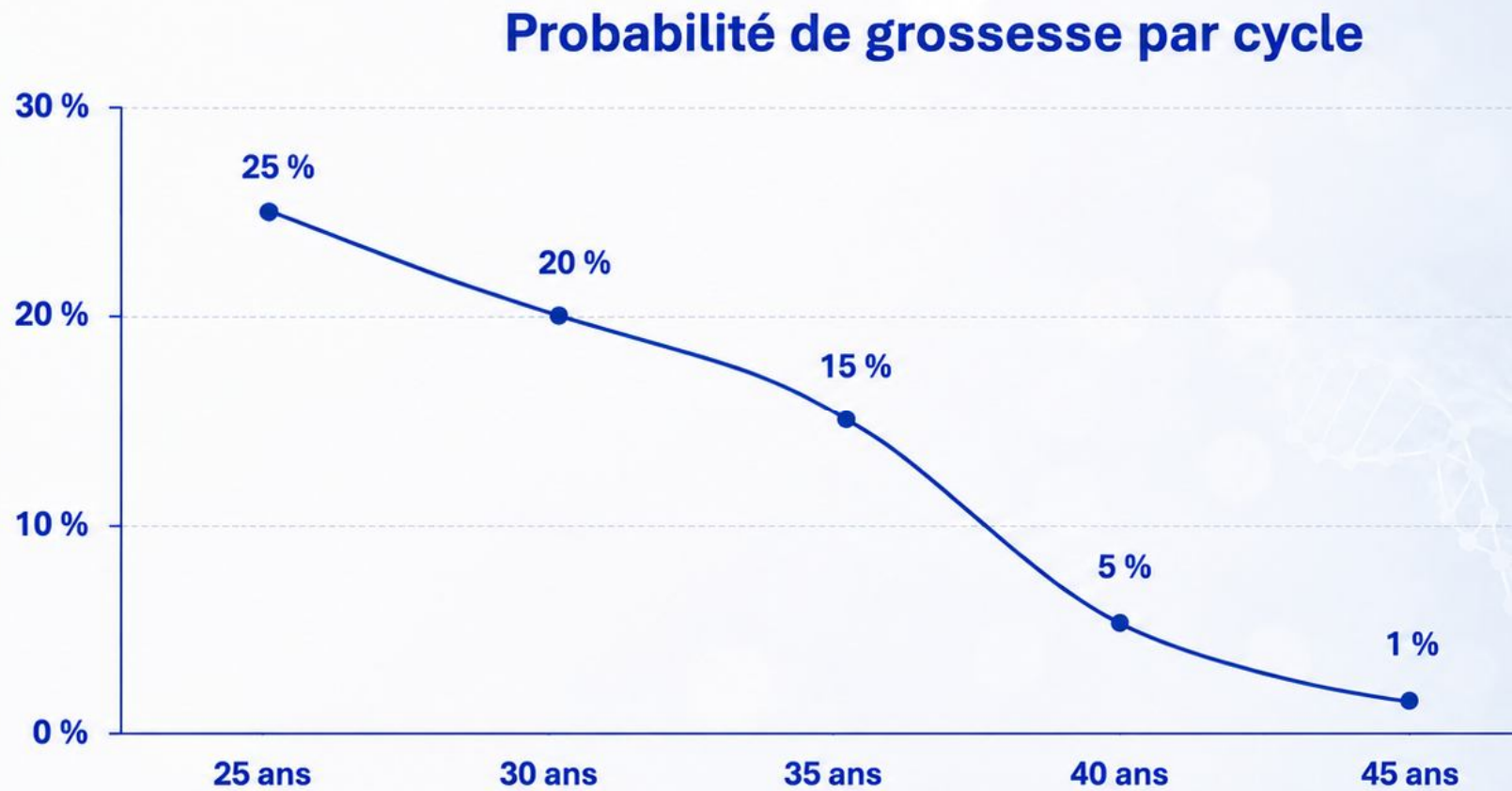


- (AN)EUPLOÏDIES ET ÂGE MATERNEL



La diminution des
embryons euploïdes
est **exponentielle**
après 38 ans.

- FERTILITE NATURELLE SELON L'ÂGE



- FIV > ÂGE ?

POURQUOI LA FIV NE COMPENSE PAS L'ÂGE ?



Moins d'ovocytes
récupérés



Plus d'aneuploïdies
embryonnaires



Moins d'embryons
transférables

**Résultat : moins de naissances vivantes
par cycle malgré la FIV.**

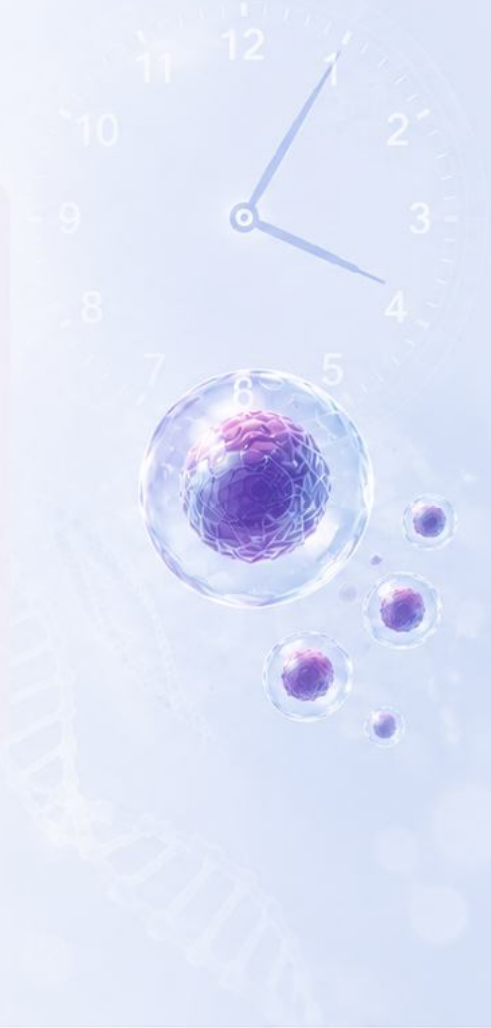


• FAUSSES COUCHES ET ÂGE MATERNEL

35 ans	15 %
40 ans	30 %
42 ans	40 %
45 ans	> 50 %



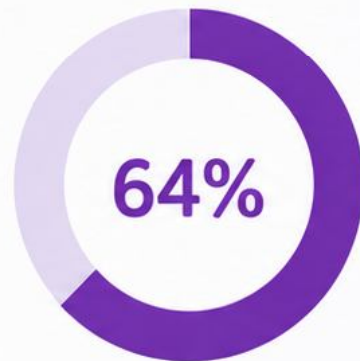
L'augmentation des fausses couches
reflète essentiellement
l'augmentation des aneuploïdies.



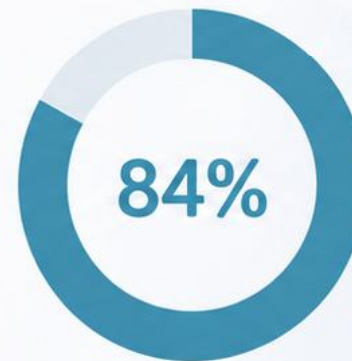
Ce que les femmes croient

Enquêtes internationales (Europe, USA)

Pensent qu'elles seront
fertiles après 40 ans

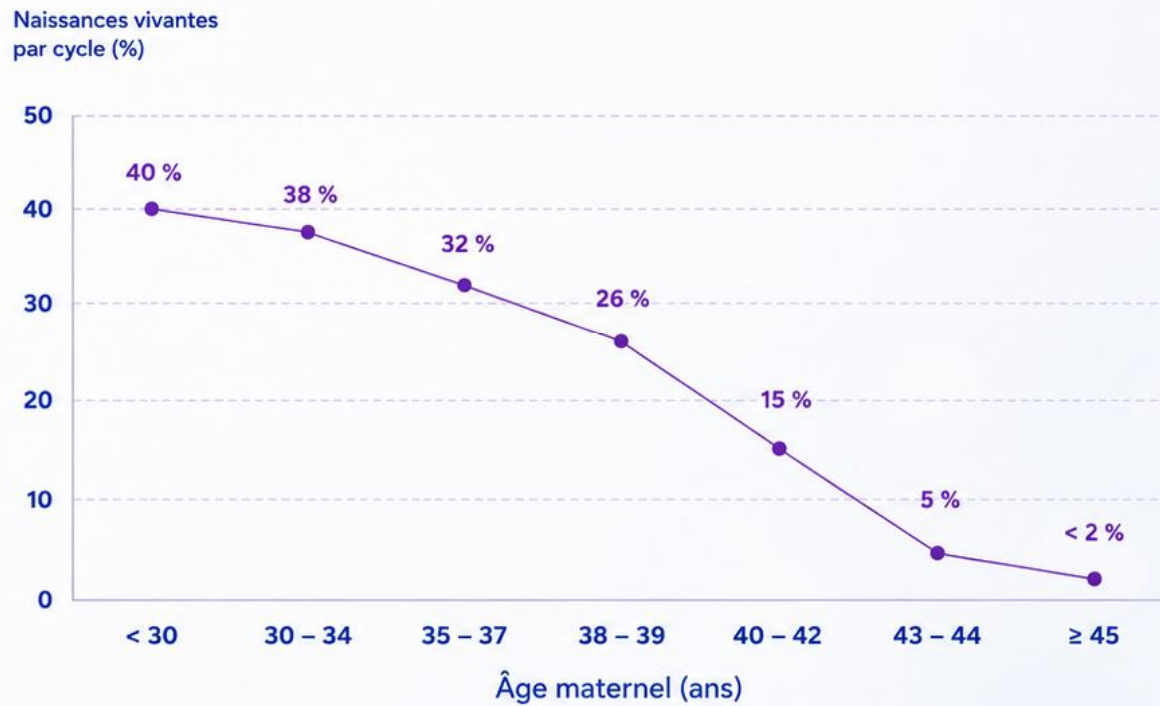


Surestiment les chances
de succès d'une FIV après 40 ans



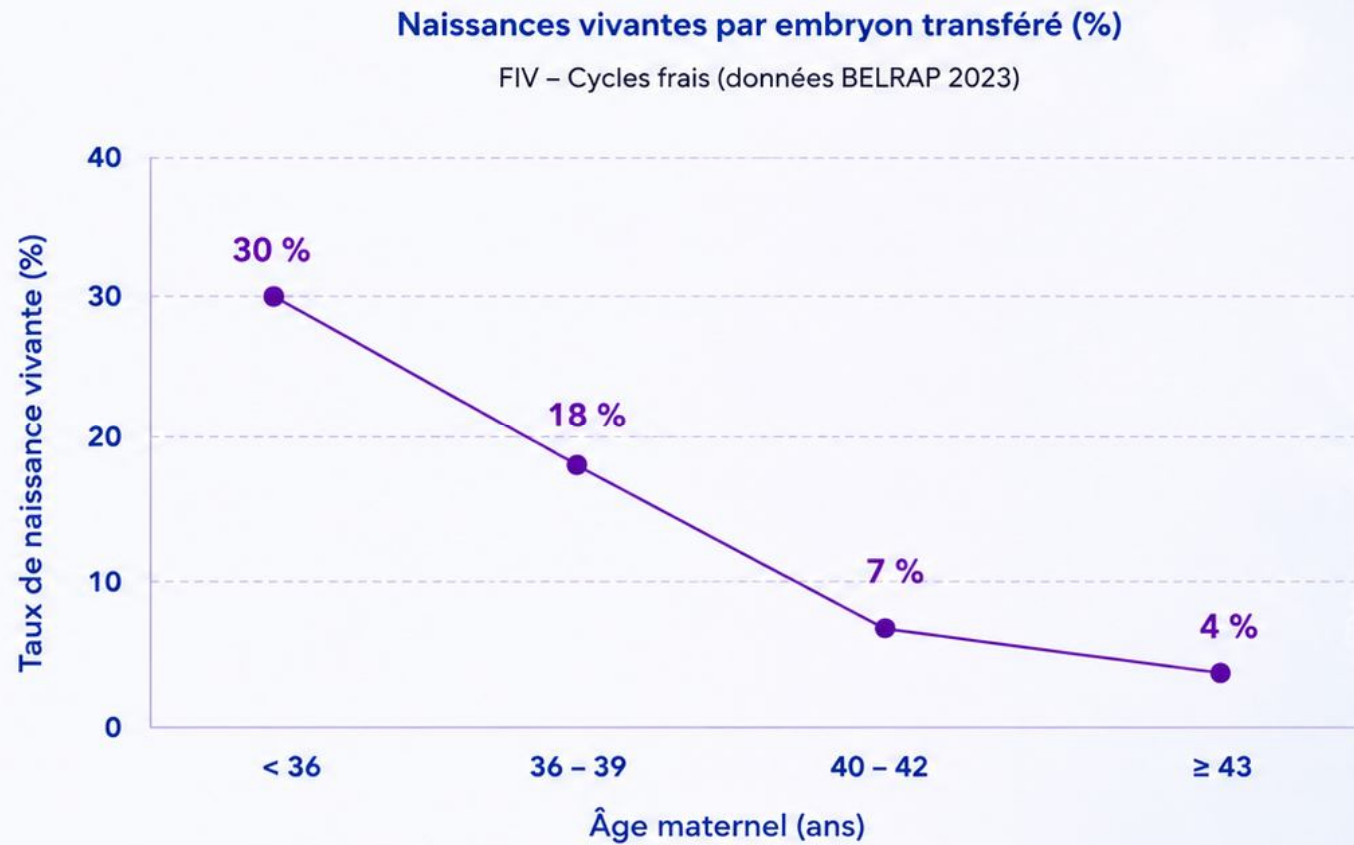
• RESULTATS EN FIV

Naissances vivantes par cycle de FIV selon l'âge maternel.



- › L'âge ovocytaire reste le facteur dominant
- › Les résultats chutent après 40 ans
- › Les techniques actuelles ne corrigent pas l'aneuploïdie liée à l'âge

- RESULTATS EN FIV / BELGIQUE



• ECOSYSTEME BELGE

Limites d'âge

- Remboursement des cycles de FIV jusqu'à (la veille des) 43 ans
- Mise en fécondation d'ovocytes autologues jusqu'à (la veille des) 46 ans
- Transfert embryonnaire jusqu'à (la veille des) 48 ans



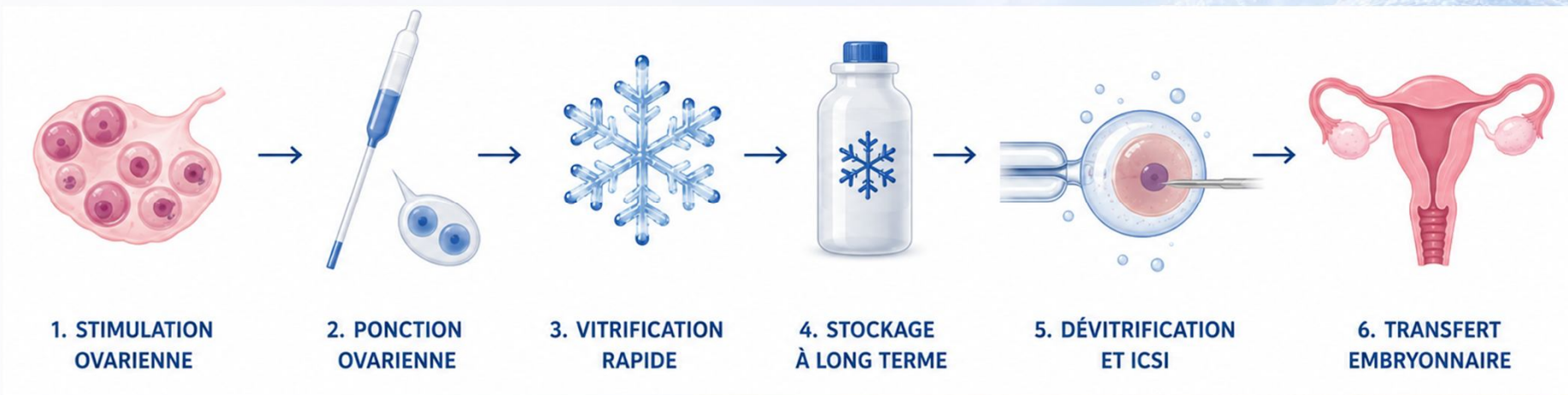
•02

- ANTICIPER ET PRÉSERVER LA FERTILITE

H.U.B



- **CRYOPRESERVATION : PRINCIPE**



• CRYOPRESERVATION : ETAT DES LIEUX



**VITRIFICATION
OVOCYNAIRE**

Seule technique
standard



**TAUX DE SURVIE
DES OVOCYTES**

>90%



**NAISSANCES VIVANTES
RAPPORTEES DANS**

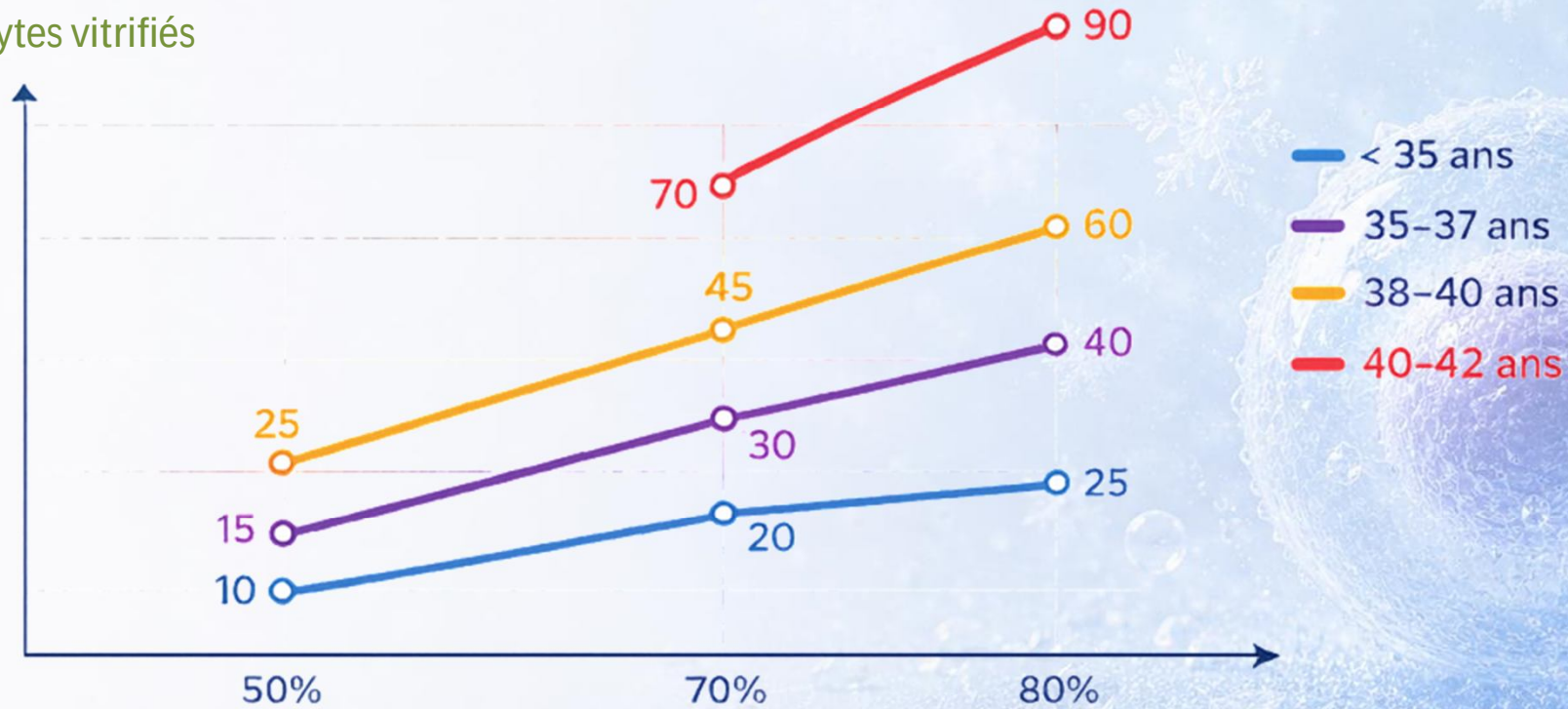
**>130 000
cas**



**SECURITÉ
DEMONTREE A LONG
terme**

Nombre d'ovocytes vitrifiés nécessaires selon l'objectif de naissance vivante

Nombre
d'ovocytes vitrifiés

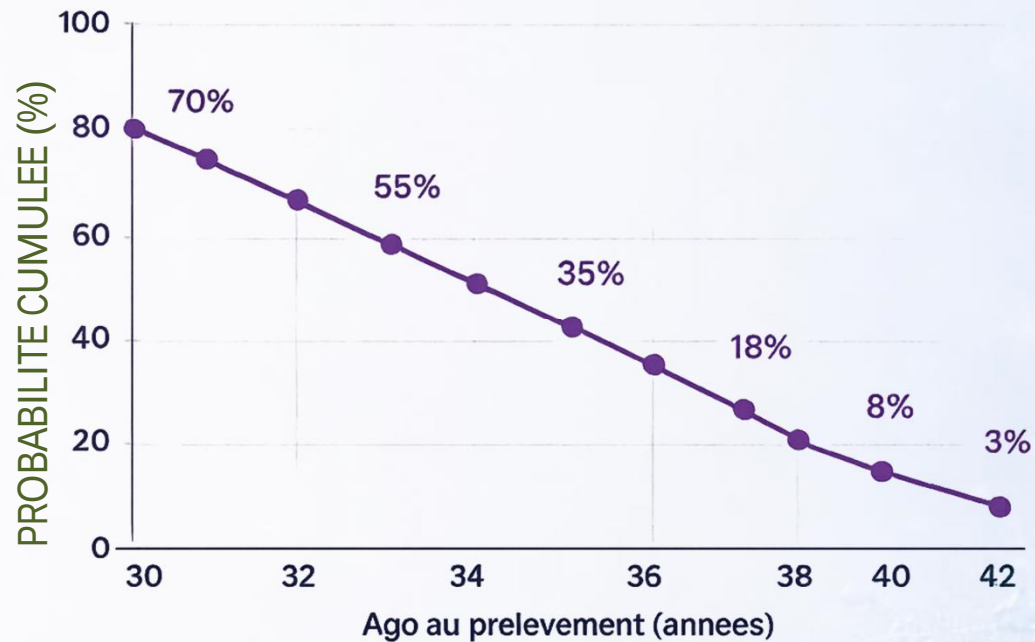


Probabilité de naissance vivante

Goldman RH et al. Hum Reprod. 2017
Doyle JO et al. Fertil Steril. 2016

La vraie question : quand ?

Probabilité cumulée de naissance vivante
selon l'âge au prélèvement



MESSAGES CLES



Meilleure rentabilité
avant 35 - 37 ans



Diminution rapide
après 38 ans



Rendement faible
après 40 ans

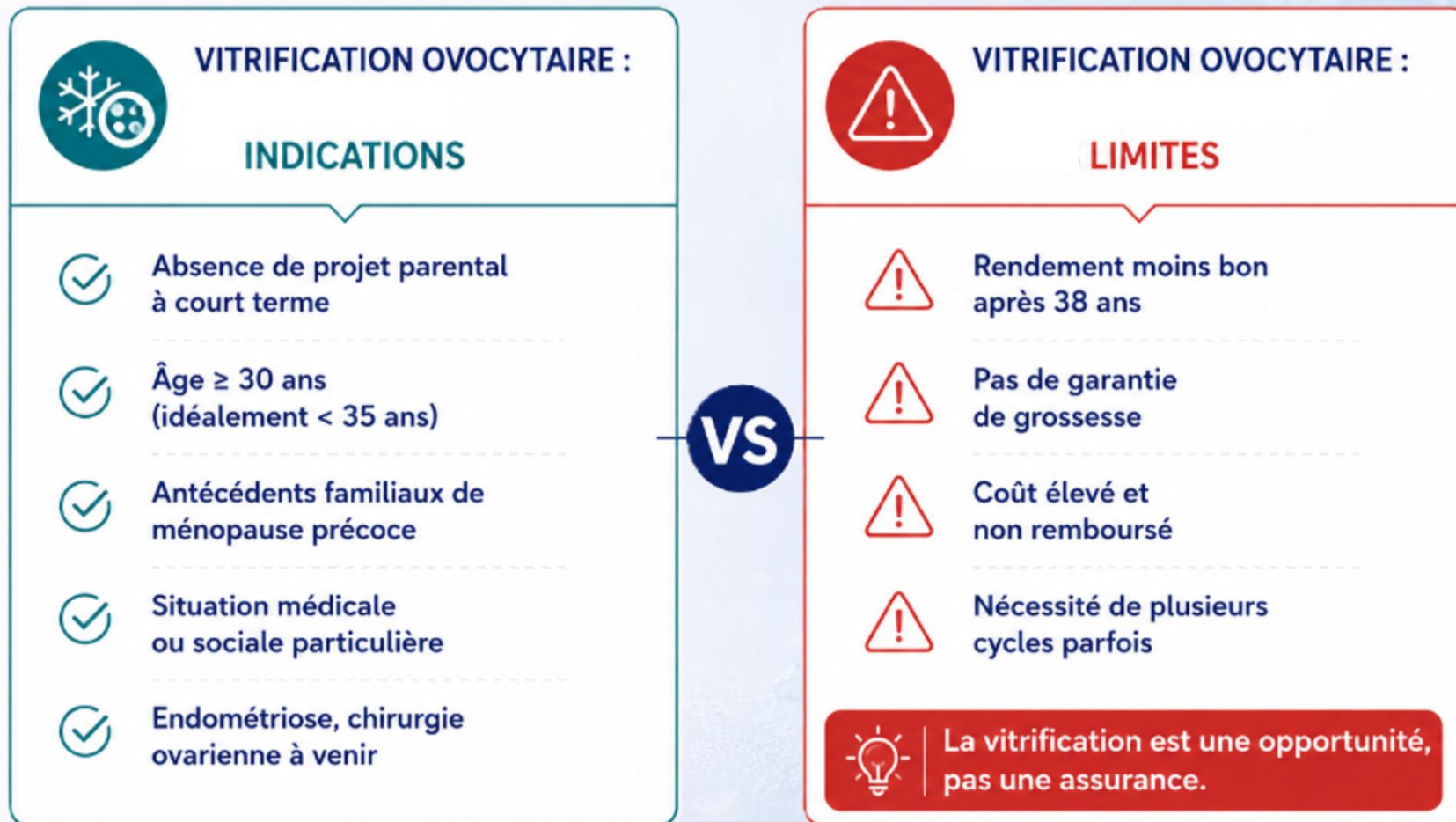


Le rendement depend
principalement de
l'âge au prelevement



Le potentiel reproductif diminue avec l'âge :
plus tôt, mieux c'est.

INDICATIONS ET LIMITES



>> PROFIL PATIENTE

idéal



» Ce qu'il ne faut pas promettre

*“Frozen eggs are
not an insurance policy.”*



La vitrification
augmente les chances



Elle ne garantit
pas une grossesse



Le succès dépendra
de l'âge futur et du nombre
d'ovocytes disponibles

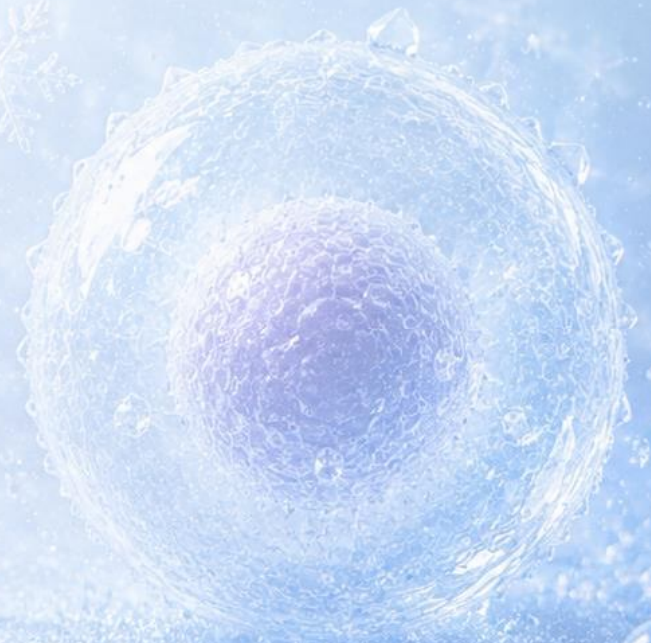
Opportunité, pas assurance.



- A ERASME



- Patientes entre 29 et 38 ans
- 2500 euros par cycle (donc x...) et 250 euros par année de conservation
- Mise en fécondation remboursée jusqu'à (la veille des) 43 ans
- Mise en fécondation légale jusqu'à (la veille des) 46 ans



- A ERASME



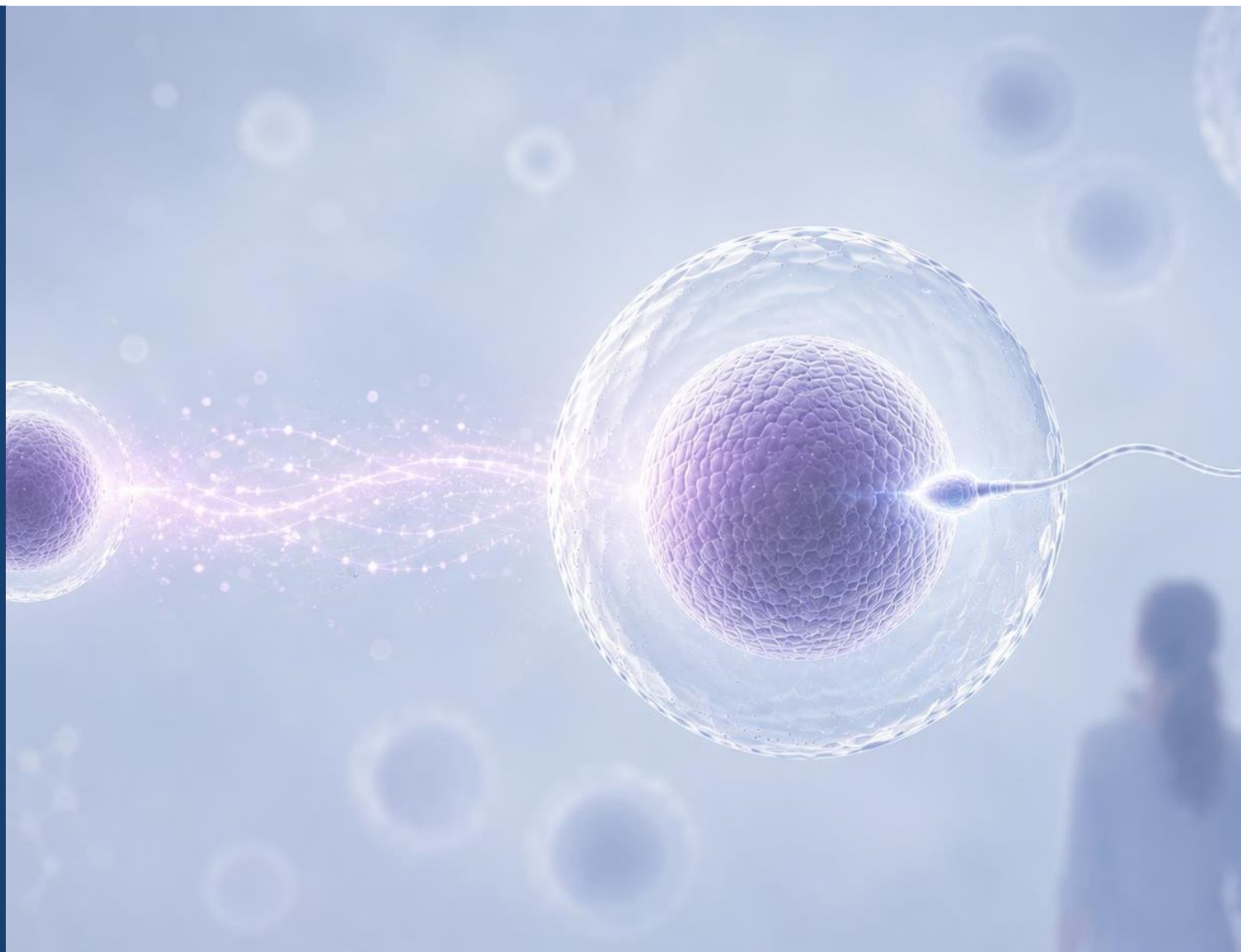
- 2014-2024 : 278 patientes, x ovocytes
- Retour



•03

- QUELLES OPTIONS
EN PMA APRES
38-40 ANS ?

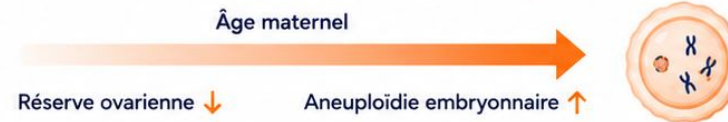
H.U.B



• STRATEGIE CLINIQUE PROPRES OVOCYTES

IIU vs FIV après 38 ans : taux de naissance vivante par cycle

Les comparaisons directes entre insémination intra-utérine (IIU/IAC) et FIV deviennent particulièrement importantes après 38 ans, car la **baisse de la réserve ovarienne** et l'**augmentation de l'aneuploïdie embryonnaire** réduisent fortement l'efficacité de l'IIU.



TAUX DE NAISSANCE VIVANTE PAR CYCLE SELON L'ÂGE

Âge	IIU (naissance vivante / cycle)	FIV (naissance vivante / cycle) initié ou ponction)
38–40 ans	5–8 %	20–30 %
40–42 ans	2–5 %	10–20 %
42–45 ans	< 2 %	2–8 %
>45 ans (ovocytes autologues)	≈0–1 %	<1–2 %



RAPPORT DE PERFORMANCE FIV / IIU

Âge	Gain relatif de la FIV
38–40 ans	~4 fois plus efficace
40–42 ans	~4–6 fois plus efficace
42–45 ans	~3–5 fois plus efficace
>45 ans	bénéfice limité avec ovocytes propres



MESSAGES CLINIQUES CLÉS



38–40 ans

La FIV devient généralement le traitement le plus efficace dès la première intention si infertilité > 6 mois.



40–42 ans

La FIV est nettement supérieure à l'IIU ; limiter l'IIU à 0–3 tentatives maximum.



42–45 ans

L'IIU n'est généralement plus recommandée ; la FIV peut être discutée selon la réserve ovarienne.



>45 ans

Naissances vivantes exceptionnelles avec ovocytes autologues ; le don d'ovocytes offre 40–55 % de naissance vivante par transfert.



RÉFÉRENCES

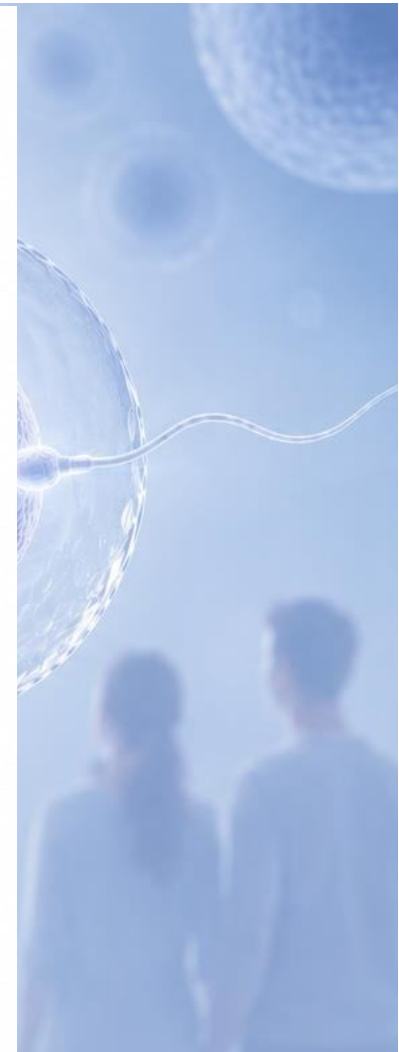
• Goldman MB et al.
Fertil Steril. 2014;101(6):1574–1581
(FORT-T Trial)

• Harris ID et al.
Fertil Steril. 2010;94(5):1410–1416

• SART National Summary Report 2022

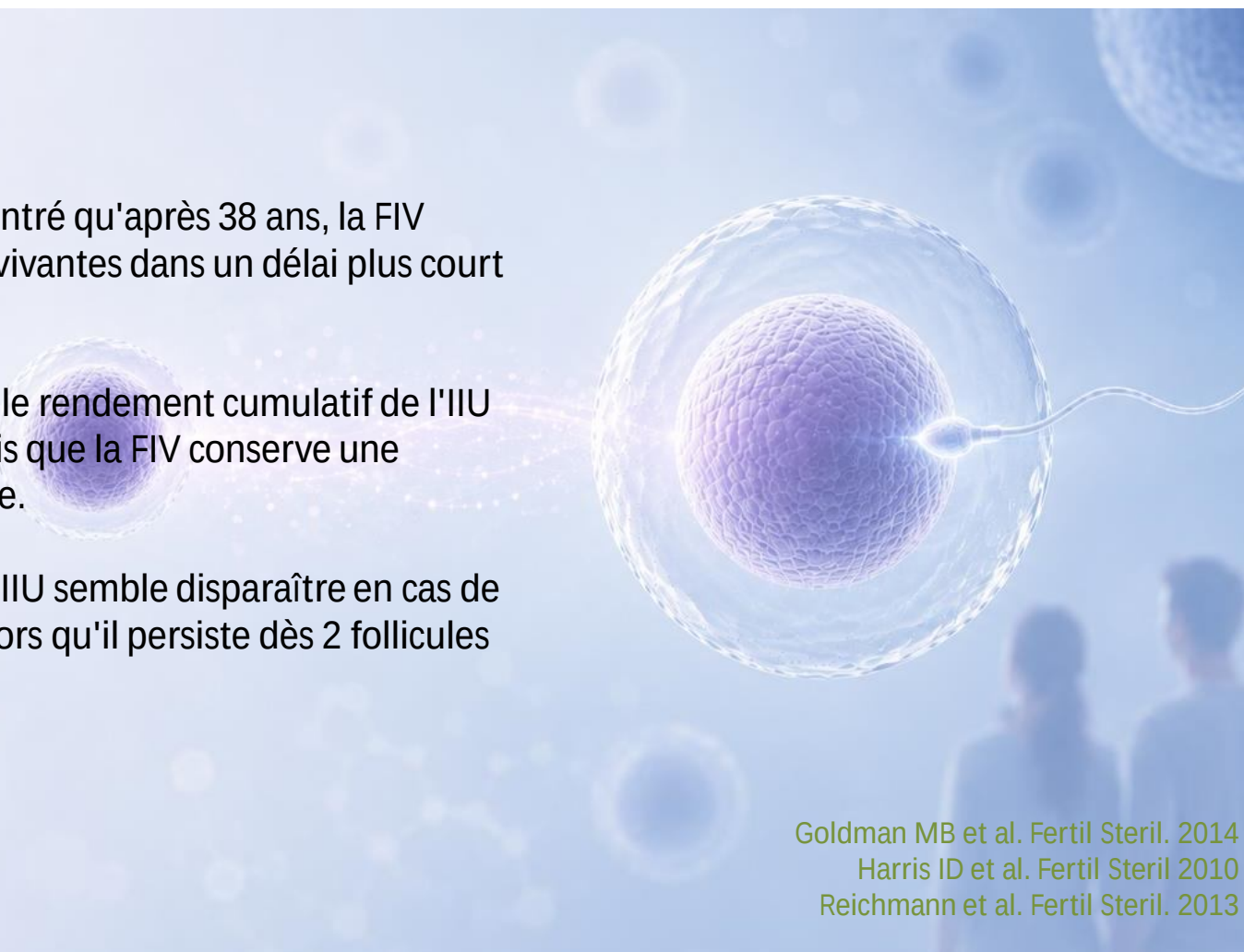
• CDC ART Success Rates 2022

• ESHRE Guideline
Hum Reprod Open. 2023



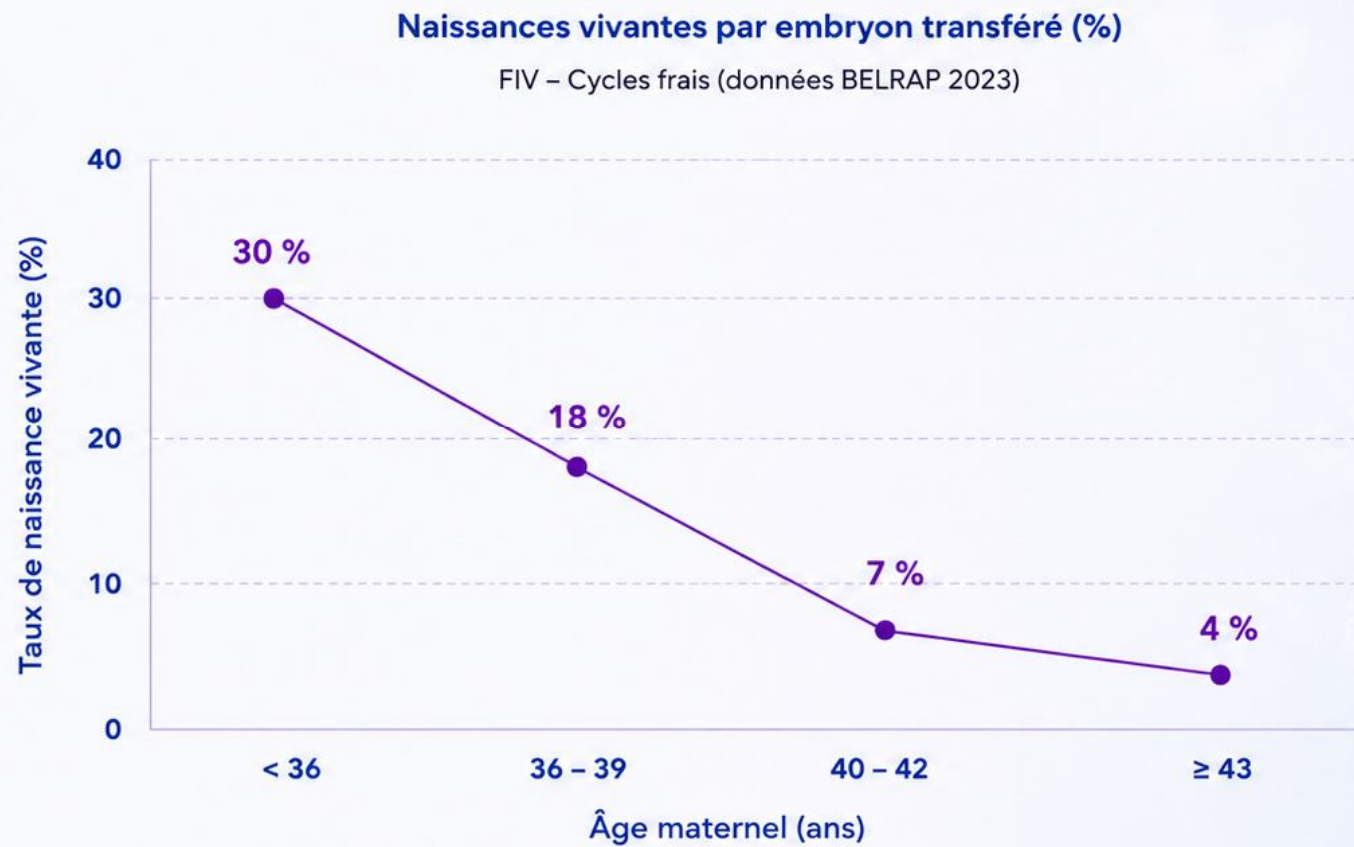
• STRATEGIE CLINIQUE PROPRES OVOCYTES

- IIU versus FIV ?
- La FORT-T Trial (Goldman et al.) a montré qu'après 38 ans, la FIV permet d'obtenir plus de naissances vivantes dans un délai plus court que les stratégies débutant par l'IIU.
- L'étude de Harris et al. a montré que le rendement cumulatif de l'IIU chute rapidement après 40 ans, tandis que la FIV conserve une efficacité significativement supérieure.
- Néanmoins, l'avantage de la FIV sur l'IIU semble disparaître en cas de développement d'un seul follicule, alors qu'il persiste dès 2 follicules ou plus (Reichmann et al.)

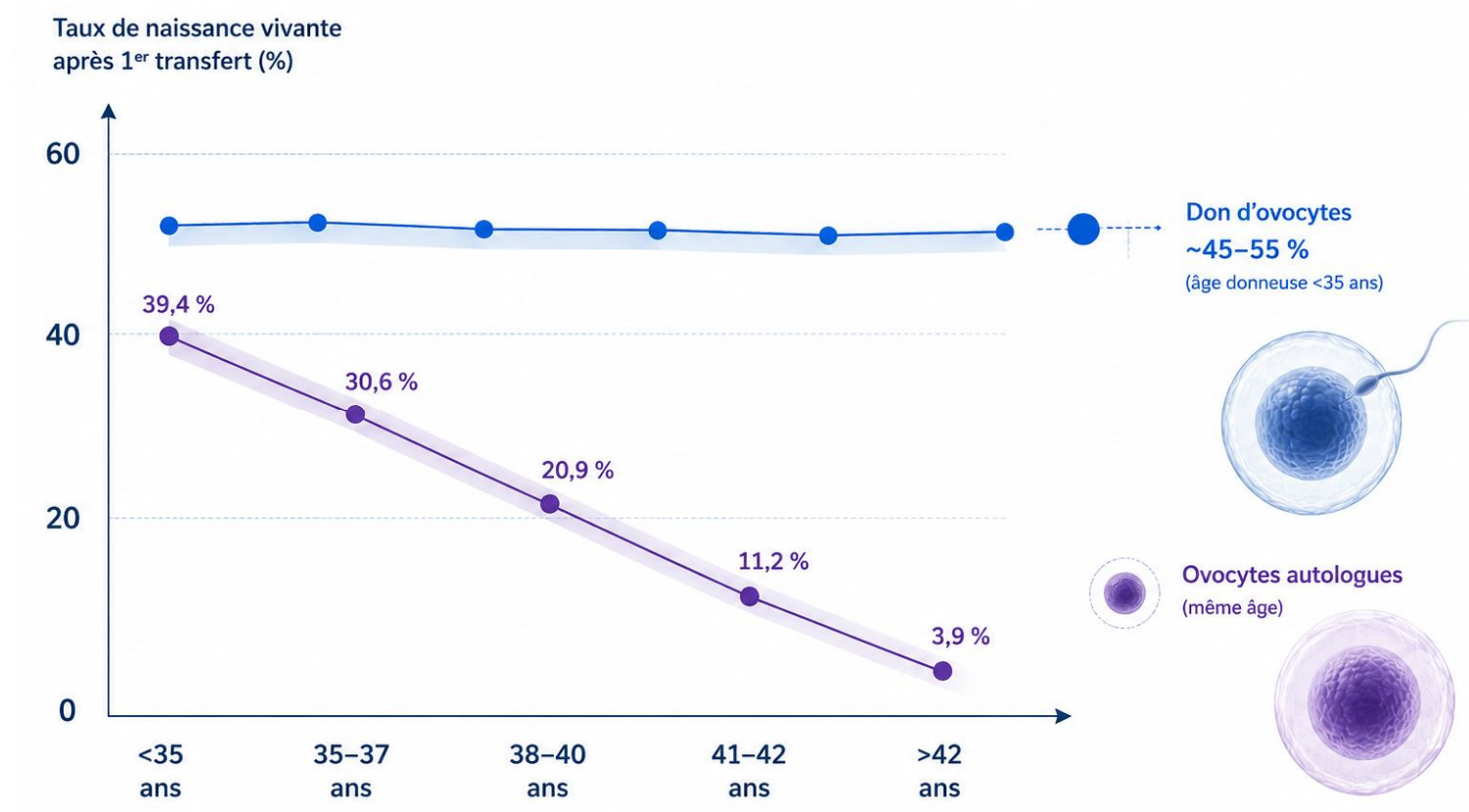


Goldman MB et al. Fertil Steril. 2014
Harris ID et al. Fertil Steril 2010
Reichmann et al. Fertil Steril. 2013

- RESULTATS EN FIV / BELGIQUE



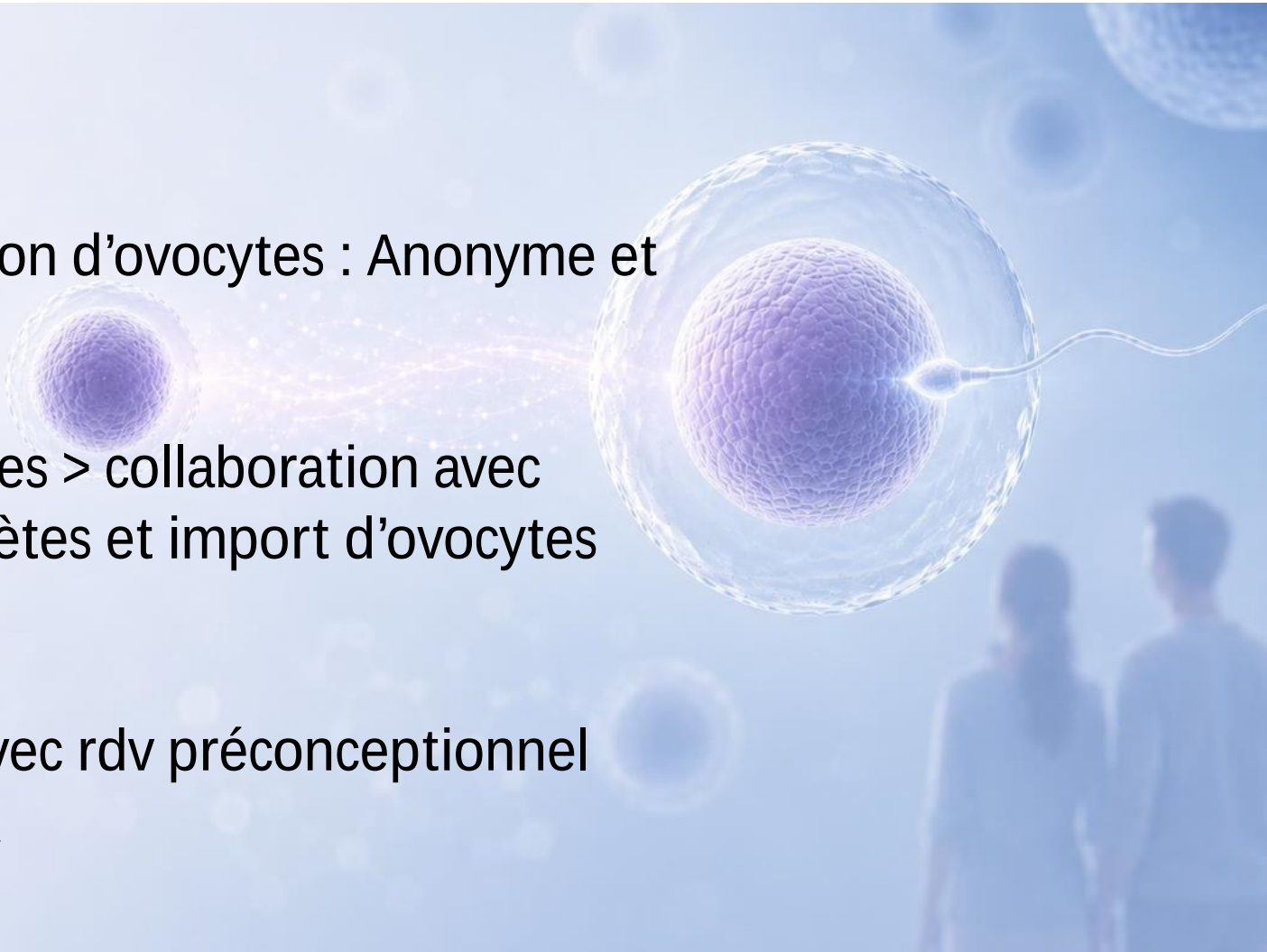
- LE DON D'OVOCYTES



• DON D'OVOCYTES A ERASME



- Programme de don d'ovocytes : Anonyme et dirigé
- Pénurie d'ovocytes > collaboration avec banques de gamètes et import d'ovocytes vitrifiés
- Trajet de soins avec rdv préconceptionnel obstétricien GHR



- A ERASME



- Recrutement de donneuses difficile
- Critères candidate donneuse : < 35 ans, Parité 1
- Disparition programmée de l'anonymat du don de gamètes



• **QUELLES OPTIONS APRES 38-40 ANS ? LE DON D'OVOCYTES**

- *// L'horloge ovarienne : la vraie contrainte*

Technique

IA reproductive

PRP ovarien

Stem cells

Rajeunissement ovarien

Niveau actuel

prometteur

expérimental

expérimental

non recommandé

•04

- GROSSESSE APRÈS
38 ANS : DU CÔTÉ
DE
L'OBSTETRIQUE

H.U.B



- RISQUES OBSTETRICAUX

Risques obstétricaux après 38 ans

Risque relatif (RR) par rapport à 25–29 ans

38+

Hypertension gestationnelle

Prééclampsie

Diabète gestationnel

Césarienne

Prematurité c 37 SA

RR (IC 95%)

1.6 (1.4–1.8)

2.2 (1.9–2.6)

1.4 (1.2–1.6)

1.3 (1.2–1.4)

1.5 (1.3–1.7)

BPD 93.2 mm
HC 345 mm
AC 318 mm
FL 70.1 mm
EFW 3100 g
GA 38w+2d

0.5

1

2

4

INDICATIONS DE L'ASPIRINE EN OBSTÉTRIQUE

Recommandations selon l'essai ASPRE*

Aspirine 150 mg/jour au coucher, à débiter entre 11⁺⁰ et 14⁺⁶ SA et poursuivre jusqu'à 36 SA

INDICATIONS : PRESENCE D'AU MOINS 1 FACTEUR DE RISQUE MAJEUR



Antécédent de
prééclampsie
(à tout terme)



Maladie rénale chronique
(DFG < 60 ml/min/1,73 m²
ou protéinurie)



Diabète de type 1
ou de type 2



Maladie auto-immune
(lupus, SAPL**
ou syndrome
des antiphospholipides)



Grossesse multiple

OU

INDICATIONS : PRESENCE D'AU MOINS 2 FACTEURS DE RISQUE MODÉRÉS



Primiparité



Antécédents
familiaux de
prééclampsie
(mère ou sœur)



Âge maternel
≥ 40 ans



Indice de masse
corporelle
> 35 kg/m²



Antécédents
personnels de
fausse couche
tardive***



Intervalle
inter-grossesses
> 10 ans



Fécondation
in vitro



Facteurs
socio-économiques
défavorables****



Objectif : réduction du risque de prééclampsie précoce sévère (< 37 SA)

* ASPRE trial : Rolnik DL et al. N Engl J Med. 2017;377:613-622.

** SAPL : syndrome des anticorps antiphospholipides.

*** ≥ 10 SA.

**** Faible niveau d'éducation, faible revenu ou origine ethnique à haut risque (selon les données de la population).

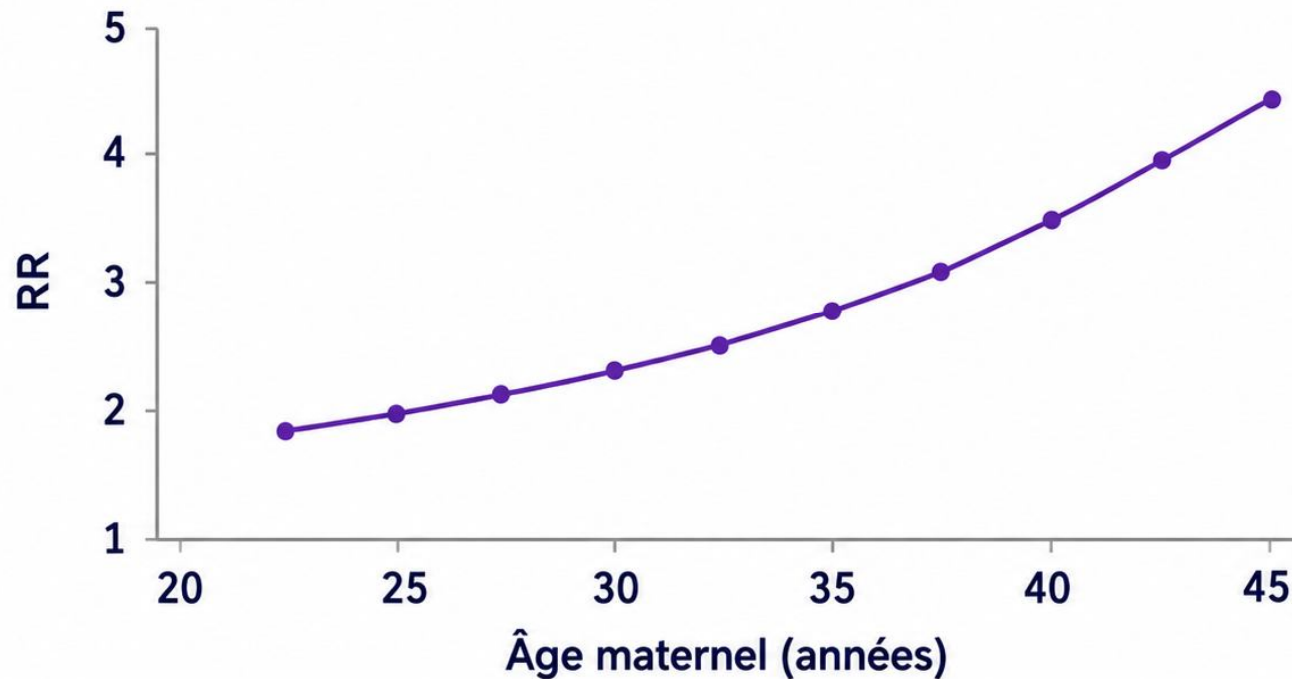


En l'absence de facteur de risque, l'aspirine n'est pas recommandée pour la prévention de la prééclampsie.

GA 32w4d
BPD 8.50 cm
HC 30.1 cm
AC 28.7 cm
FL 6.45 cm
EFW 1960 g
FHR 142 bpm

Le seuil de 35 ans est-il encore pertinent ?

Risque relatif composite (issues maternelles et périnatales)



Le risque augmente de façon continue à partir de 30 ans, **sans rupture nette à 35 ans.**

Smith GC et al., *BJOG*, 2018

• EN PRATIQUE



Messages clés

1



L'âge ovocytaire est le déterminant majeur du potentiel reproductif.

2



Informez tôt (idéalement < 35 ans) permet des choix éclairés.

3



La vitrification est efficace si réalisée suffisamment tôt.

4

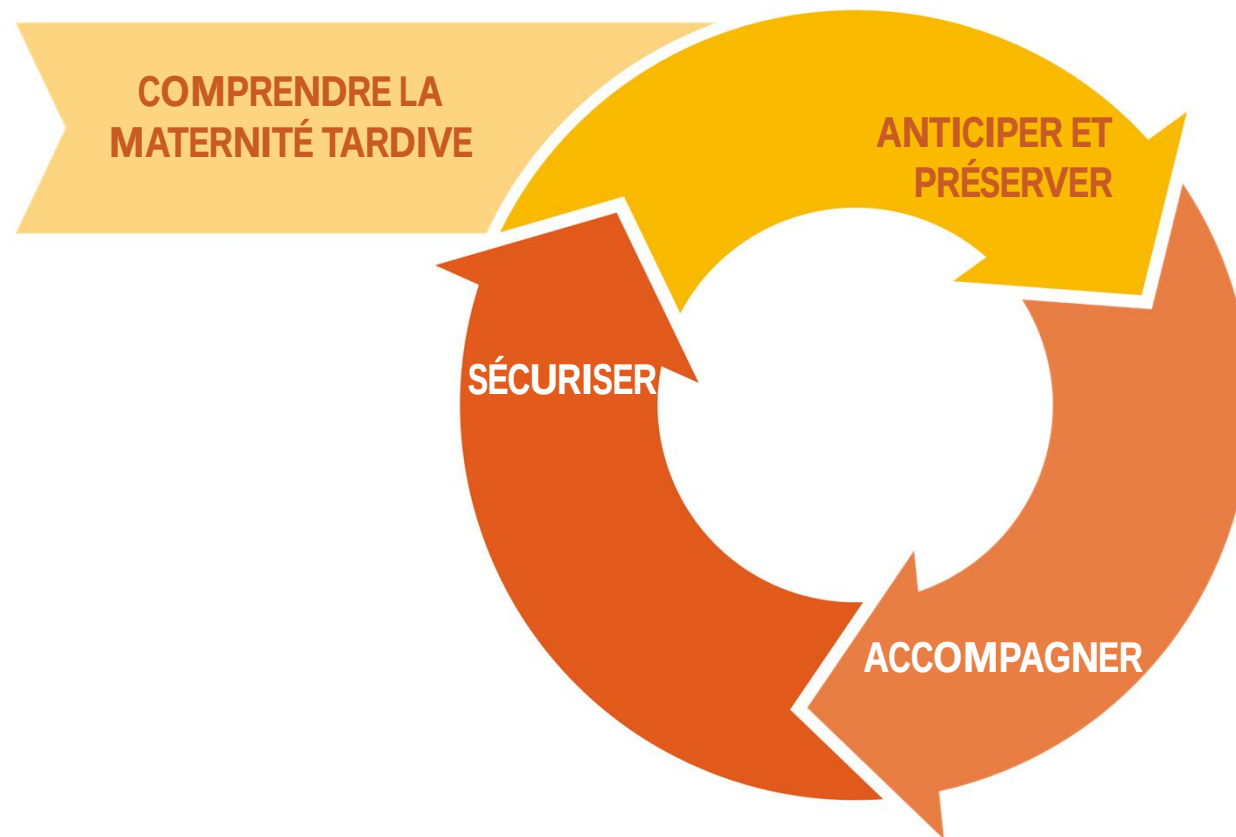


Le don d'ovocytes offre les meilleurs taux de succès quel que soit l'âge.

5



La plupart des grossesses après 38 ans se déroulent favorablement avec un suivi adapté.



**Merci pour votre attention !
Avez-vous des questions ?**

Pour en savoir plus sur la Clinique de la Fertilité de L'Hôpital Erasme - H.U.B



Contactez-nous

Pour les résultats médicaux de vos patient.e.s

Référer un.e patient.e

Demander un (deuxième) avis

+32 (0)2 555 36 89 (en semaine entre 8h30 et 12h30)

secmed.FIV@hubruxelles.be

Consultez notre page web



Suivez-nous sur les réseaux

-    @HôpitalErasme
-  @hopitaluniversitairebruxelles
-  Hôp'Voices Hôpital Universitaire de Bruxelles