

**PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE
AYANT UN BILAN DE RESERVE
FOLLICULAIRE ALTERE**

M.L. COUET

Collège Gynécologue CVL

L'INSUFFISANCE OVARIENNE
ISOLEE_N'EST PAS UNE
INDICATION DE FIV

FSH $>$ 12 UI, AMH $<$ 0,5ng/ml, CFA $<$ 6

AMH parmi les marqueurs de la réserve folliculaire en FIV

- AMH très bien corrélée au nombre de petits follicules antraux visibles à l'échographie qui est le marqueur le plus fiable du nombre d'ovocytes récupérés lors de la ponction (*De Vet 2002*) sans la variabilité inter opérateur de l'échographie.

Valeur prédictive du taux AMH sur l'obtention d'une grossesse en FIV

- **Pas de corrélation** retrouvée entre le **taux sanguin AMH** avant et pendant stimulation et la qualité embryonnaire
- **Aucune valeur seuil inférieure d'AMH** de reconnue actuellement pour le démarrage d'une grossesse (valeur $\leq 1,5$ ng/ml reconnue comme péjorative)
- **A pondérer avec l'âge** de la patiente et la réponse lors d'une première stimulation et **facteur implantation à prendre en compte**

2007 CHU Tours	AMH <1.5 ng/ml	AMH ≥1.5 ng/ml	<i>p</i>
Nb ponctions	90	469	
Age femme	33.5±3.8	31.7±4.3	0.0003
Nb ovo total	5.3±4.4	8.1±4.5	<0.0001
Tx ovo mat.	75%	72%	NS
Nb ovo mat.	3.9±2.6	5.8±3.6	<0.0001

Collège Gynécologie

2007 CHU Tours	AMH <1.5 ng/ml	AMH ≥1.5 ng/ml	<i>p</i>
Nb ponctions	90	469	
Tx fécondation	57%	60%	NS
Nb emb total	2.7±2.5	4.0±3.0	0.0002
Tx emb TQ	14%	17%	NS
Tx congélation	6%	12%	0.0059

Collège Gynécologie

2007 CHU Tours	AMH <1.5 ng/ml	AMH ≥1.5 ng/ml	<i>p</i>
Nb ponctions	90	469	
Nb emb trans	1.5±0.5	1.4±0.5	NS
Tx Gros Clin/ ponction	20%	27%	NS

Collège Gynécologie

DOSSIER

Madame M: DDN: 1971

- Arrêt de contraception en 2000; grossesse spontanée en 2001 IMG hygroma kystique ; bilan génétique normal
- Cs en 2004 pour absence de démarrage de grossesse.
- spermogramme monsieur asthéo tératozoospermie avec indication de FIV (10% de mob normale sans amélioration après test de séparation numération normale). Bilan séquelles de prostatite.
- madame kystes bilatéraux persistants; coelio kystectomie kystes mucineux en dec 2004;
- bilan hormonal 04 /2005: E2: 14 pg/ml
FSH: 21 UI/l
AMH: 0,1 ng/ml

- FIV en nov 2005 protocole court à 3 puis 6 ampoules de 75 UI HMG recrutement de 3 follicules > 14 mm un ovocyte obtenu et pas de fécondation

- décision commune en staff d'arrêt des FIV orientation vers don ovocytes

- démarrage d'une grossesse spontanée en janv 2006 évolutive

- revient en consultation en 2009 pour désir de deuxième enfant

- cycles réguliers de 28 jours sans symptomatologie clinique, bilan échographique normal

- bilan hormonal: E2: 26 pg/ml

FSH: 5,8 UI/L

AMH: 0,4ng/ml

DOSSIER

Madame T: DDN: 1976

- consulte en 2000 pour désir de grossesse depuis 1998

-spermogramme retrouvant une asthénozoospermie avec indication de FIV

-Bilan hormonal 05/2001 E2: 10 pg/ml

FSH: 6,7 UI/L

Inhibine B: 91 pg/ml

- 2 protocoles FIV réalisés en 2002 en protocole long j21 déca FSH 150 à 200 UI. Recrutement folliculaire satisfaisant. Discordance / nombre ovocytes 8 et 5 ovocytes mais bonne qualité embryonnaire. FC fiv 2 et grossesse évolutive TEC.

- Revient en cs en 2006 pour désir de deuxième enfant

-bilan de réserve : Echo CFA: 9

E2: 27 pg/ml

FSH: 11,5 UI/L

AMH: 0,8 ng/ml

- FIV réalisée en janv 2007 protocole long j21 deca FSH de 225 à 400 U. 3 follicules > 14 mm recrutés, 3 ovocytes recueillis 2 embryons transférés et un embryon éliminé. Grossesse évolutive

Collège

Gynécologie CVL

CONCLUSION

La décision de prise en charge en AMP d'une patiente ayant un bilan de réserve défavorable doit tenir compte de

1- Age de la patiente

2- Obtention d'une grossesse évolutive préalable dans les 5 ans précédents (tenir compte de évolutivité des bilans dans la période si disponibles)

3- Absence de pathologies associées diminuant encore les chances de grossesse

4- Indication AMP en dehors de altération de la réserve. Importance de quantifier pour la même période le taux de grossesses spontanées et le taux de grossesse en AMP.