



Cinq interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

Par

Société canadienne de fertilité et d'andrologie

Dernière mise à jour : novembre 2019

1. Ne procédez pas d'emblée à un dépistage génétique préimplantatoire de l'aneuploïdie chez des candidates à la fécondation *in vitro*.

Le dépistage génétique préimplantatoire de l'aneuploïdie (DGP-A) a été mis au point pour faciliter la sélection des meilleurs embryons en vue de la fécondation *in vitro* (FIV) afin d'écartier l'aneuploïdie. Or, son utilisation n'améliore pas clairement le taux de naissances vivantes comparativement à la FIV seule. Le DGP-A comporte un risque de diagnostic erroné et on ne dispose pas de données à long terme sur les résultats chez l'enfant. Le DGP-A ne devrait pas être effectué de routine sans indication et les patientes devraient être renseignées au sujet des risques et limites de cette intervention.

Sources :

Forman EJ et coll. In vitro fertilization with single euploid blastocyst transfer: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*. 2013; vol. 100, n° 1 : p. 100-107.

Scott RJ et coll. Blastocyst biopsy with comprehensive chromosome screening and fresh embryo transfer significantly increases in vitro fertilization implantation and delivery rates: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*. 2013; vol. 100, n° 3 : p.697–703.

Werner MD et coll. Clinically recognizable error rate after the transfer of comprehensive chromosomal screened euploid embryos is low. *Fertil Steril*. 2014 ; vol. 102, n° 6 : p. 1613–1618.

Yang Z et coll. Selection of single blastocysts for fresh transfer via standard morphology assessment alone and with array CGH for good prognosis IVF patients: results from a randomized pilot study. *Molecular Cytogenetics*. 2012; vol. 5 : p. 24.



2. Ne prescrivez pas de gonadotrophines à des doses > 450 unités par jour pour la stimulation ovarienne contrôlée en vue de la FIV.

Selon plusieurs études, l'utilisation de doses élevées de gonadotrophines (environ 450 unités par jour ou plus) n'augmente pas le recrutement folliculaire, la collecte d'ovocytes matures, ni le nombre d'embryons de bonne qualité comparativement à des doses plus faibles. En outre, les doses élevées de gonadotrophines ont été associées à un risque accru de syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHO). Étant donné le coût plus élevé pour la patiente, le risque de préjudice et l'absence de données probantes quant aux résultats, il est recommandé d'éviter les doses élevées de gonadotrophines.

Sources :

Friedler S et coll. An upper limit of gonadotropin dose in patients undergoing ART should be advocated. *Gynecol Endocrinol*. Déc. 2016; vol. 32, n° 12 : p. 965-969.

Haas J et coll. Do poor-responder patients benefit from increasing the daily gonadotropin dose during controlled ovarian hyperstimulation for IVF? *Gynecol Endocrinol*. Janv. 2015; vol. 31, n° 1 : p. 79-82.

van Tilborg TC et coll. Individualized FSH dosing based on ovarian reserve testing in women starting IVF/ICSI: a multicentre trial and cost-effectiveness analysis. *Hum Reprod*. 1^{er} déc. 2017; vol. 32, n° 12 : p. 2485-2495.

3. Ne procédez pas d'emblée à l'éclosion assistée par laser des embryons frais avant leur implantation.

L'éclosion assistée par laser (ÉAL) est une technique qui dissout la coque externe (*zona pellucida*) pour améliorer l'implantation et ainsi augmenter le taux de naissances vivantes à partir d'embryons créés par fertilisation *in vitro*. Même si l'ÉAL sur des embryons frais peut être indiquée chez certaines populations de patientes, il n'a pas été démontré que son utilisation de routine chez toutes les patientes candidates à ce type d'implantation améliore les taux de naissances vivantes.

Sources :

Carney SK et coll. Assisted hatching on assisted conception in vitro fertilization (IVF) and intracytoplasmic sperm injection (ICSI). *Base de données des revues systématiques Cochrane*. 2012.

Pfeifer S et coll. Role of assisted hatching in in vitro fertilization: a guideline. *Fertil Steril*. 2014; vol. 102 : p. 348-351.



Sagoskin AW et coll. Laser assisted hatching in good prognosis IVF-ET patients: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*. 2007; vol. 87 : p. 283-287.

4. Ne prescrivez pas de corticostéroïdes, d'IgIV, de facteur inhibiteur de la leucémie ou d'immunothérapie à base de lymphocytes chez des patientes candidates à la FIV, qui ont des antécédents d'échecs d'implantation ou de fausses couches à répétition.

Plusieurs études ont démontré que l'administration de corticostéroïdes, de facteurs stimulant les colonies de granulocytes (GCSF), de facteur inhibiteur de la leucémie (FIL) ou d'immunoglobuline IV (IgIV) n'améliore pas le taux de naissances vivantes ni le taux de grossesse clinique chez les candidates à la FIV ou ayant des antécédents d'échecs d'implantation ou de fausses couches à répétition. Chez les femmes qui ont des antécédents de fausses couches répétées, les données probantes indiquent que le taux de naissances vivantes ne s'améliore pas avec l'IgIV ni avec l'immunothérapie à base de lymphocytes.

Sources :

Achilli C et coll. The role of immunotherapy in in vitro fertilization and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2018; vol. 110, n° 6 : vol. 1089-1100.

Boomsma CM et coll. Peri-implantation glucocorticoid administration for assisted reproductive technology cycles. Base de données des revues systématiques Cochrane. 2012; vol. 13, n° 6 : CD005996.

5. Ne procédez pas d'emblée au test de fragmentation de l'ADN spermatique.

On ne dispose pas de données probantes de grande qualité pour appuyer l'utilisation de routine du test de fragmentation de l'ADN spermatique dans le cadre d'un dépistage initial de l'infertilité. Les tests de fragmentation de l'ADN spermatique sont peu utiles pour prédire les résultats chez les patientes qui sont soumises à des techniques de procréation assistée, particulièrement la FIV ou l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI), et ne devraient pas servir à orienter les décisions thérapeutiques.

Sources :

Agarwal A et coll. Clinical utility of sperm DNA fragmentation testing: practice recommendations based on clinical scenarios. *Transl Androl Urol*. 2016; vol. 5 : p. 935-950.

Cissen M et coll. Measuring sperm DNA fragmentation and clinical outcomes of



CANADIAN FERTILITY AND ANDROLOGY SOCIETY
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE

medically assisted reproduction: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016; vol. 11, n° 11 : p. e0165125.

Pfeifer S et coll. The clinical utility of sperm DNA integrity testing: a guideline. *Fertil Steril*. 2013; vol. 99, n° 3 : p. 673–677.

Zhang Z et coll. Sperm DNA fragmentation index and pregnancy outcome after IVF or ICSI: a meta-analysis. *J Assist Reprod Genet*. 2015; vol. 32 : p. 17–26.

Comment la liste a été établie

Le groupe de travail national Choisir avec soin de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA) a utilisé une approche Delphi consensuelle modifiée comportant 5 étapes pour susciter des idées, revoir les données probantes, évaluer la pertinence clinique, estimer l'incidence des recommandations et simplifier les éléments. Le groupe de travail était composé de 11 professionnels de la santé qui connaissent bien le domaine. La 4^e étape du processus Delphi a pris la forme d'un sondage national auprès des membres de la SCFA pour classer les 13 éléments restants par ordre d'importance. Les cinq premiers éléments ont été retenus sur la base de quatre critères : prévalence, coût, risque de préjudice et incidence sur la pratique clinique (5^e étape). Le conseil d'administration de la SCFA a formulé ses commentaires, qui ont été intégrés à la liste finale qu'il a approuvée.

À propos de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie

La Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA) est une société multidisciplinaire nationale sans but lucratif, qui se veut la porte-parole des spécialistes, scientifiques et professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la procréation assistée au Canada. La SCFA a pour mission de faire progresser de manière responsable la science et la médecine de la reproduction au Canada grâce au leadership, à la recherche et aux orientations qu'elle fournit.