

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Guide pour les personnes
atteintes d'une maladie ou
exposées à des événements
de la vie pouvant
affecter leur fertilité



EDQM
2023


European Directorate
for the Quality
& HealthCare | Direction européenne
de la qualité
du médicament
& soins de santé

COUNCIL OF EUROPE

CONSEIL DE L'EUROPE

Remerciements

Graphiques établis à partir de :

[page 8] Supplement to the “Egg freezing in fertility treatment” report, Human Fertilisation & Embryology Authority, Londres, 2018, <https://www.hfea.gov.uk/media/2658/egg-freezing-in-fertility-treatment-supplement.pdf> (en anglais uniquement), dernière consultation :

11 mars 2021;

[page 9] Kuliev et al. Meiosis errors in over 20,000 oocytes studied in the practice of preimplantation aneuploidy testing, *J Reprod Biomed Online*. 2011 Jan; 22 (1) : 2–8.

Ce guide a été élaboré par le Comité européen sur la transplantation d'organes (CD-P-TO) du Conseil de l'Europe. Pour plus ample information, rendez-vous sur notre site à l'adresse <https://go.edqm.eu/transplantation>.

Tous droits réservés. Toute demande de reproduction ou de traduction de tout ou partie de ce document (et notamment de toute figure ou de tout tableau) doit être adressée au HelpDesk de l'EDQM (<http://www.edqm.eu/hd/>). La reproduction de courts extraits est autorisée, à condition qu'ils ne soient pas utilisés hors contexte, qu'ils ne donnent pas d'informations incomplètes et qu'ils n'induisent pas le lecteur ou la lectrice en erreur, et pour autant que leur source soit dûment citée.

Directrice de la publication : D^r P. Doerr

Mise en page et couverture : EDQM

Direction européenne de la qualité du médicament & soins de santé (EDQM)
Conseil de l'Europe
7 allée Kastner
CS 30026
F-67081 Strasbourg
France

Internet : www.edqm.eu

© Conseil de l'Europe, 2022

Version française © Conseil de l'Europe, 2023

Élaboré avec le soutien de



INTRODUCTION

La préservation de la fertilité consiste à sauvegarder ou à protéger les ovocytes (« ovules »), les spermatozoïdes, les tissus germinaux (ovariens ou testiculaires) ou un ou plusieurs embryons d'une personne, afin de lui permettre de les utiliser par la suite pour essayer d'avoir des enfants biologiques. Dans la plupart des cas, la préservation de la fertilité passe par un processus de « cryoconservation », au cours duquel les ovocytes, le sperme, les tissus ou les embryons viables sont congelés, puis conservés.

À l'heure actuelle, la préservation de la fertilité est notamment indiquée chez :

Préserver votre fertilité suppose de congeler vos ovocytes, vos spermatozoïdes, vos embryons ou vos tissus germinaux, dans l'espoir d'avoir des enfants biologiques à l'avenir. Les techniques de préservation de la fertilité peuvent être envisagées chez les personnes susceptibles de connaître, pour différentes raisons, un déclin de leur capacité à procréer naturellement par la suite.

- ✓ les personnes atteintes d'un cancer et devant recevoir une chimiothérapie ou une radiothérapie ;
- ✓ les personnes souffrant d'une maladie sévère non maligne, dont la prise en charge nécessite des traitements médicaux potentiellement délétères pour leur fertilité ultérieure ;
- ✓ les personnes atteintes d'une maladie génétique qui menace leur fertilité ultérieure ;
- ✓ les femmes devant subir une intervention chirurgicale qui affectera inévitablement leur tissu ovarien ;
- ✓ les personnes transgenres ou non binaires sur le point de démarrer un traitement hormonal ou prévoyant de recourir à une chirurgie de réassignation sexuelle ;
- ✓ les femmes souhaitant différer leur projet parental et atténuer les effets négatifs du

vieillesse sur le nombre et la qualité de leurs ovocytes ;

- ✓ les hommes occupant un emploi potentiellement nocif pour leur fertilité ou ayant décidé de recourir à une vasectomie à des fins contraceptives.

La conservation des cellules et tissus et leur utilisation ultérieure à visée de restauration de la fertilité peuvent, dans certains cas, nécessiter des interventions médicales encore considérées, à l'heure actuelle, comme expérimentales. Par ailleurs, les enjeux éthiques de certaines de ces techniques sont perçus différemment selon les pays. Il est donc possible que certaines des procédures décrites ne soient pas pratiquées partout.

L'évaluation des besoins, l'accompagnement proposé et l'approche adoptée pour préserver la fertilité d'une personne dépendent du type d'événement de la vie auquel elle est confrontée ou de la gravité de sa maladie, de son âge et du traitement indiqué. Il convient d'adresser quiconque envisage de recourir à une procédure de préservation de la fertilité à un centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) ou à un-e spécialiste de la fertilité, qui pourra l'informer davantage sur son risque d'infertilité, sur les options de préservation de la fertilité disponibles et sur les possibilités d'utilisation ultérieure de ses ovocytes, spermatozoïdes ou tissus cryoconservés.

Cette brochure décrit les situations dans lesquelles la préservation de la fertilité peut être envisagée, les techniques de cryoconservation existantes et les utilisations possibles des cellules, tissus et embryons conservés. Le but est d'offrir aux lecteurs et lectrices des informations claires, précises et objectives sur les différentes options disponibles. Cela leur permettra de poser les bonnes questions au personnel de santé qui assure leur suivi et de prendre des décisions éclairées, en fonction de leurs besoins et de leurs valeurs.

Élaboré par le Comité européen sur la transplantation d'organes (CD-P-TO) du

Conseil de l'Europe, composé d'expert-es de renommée internationale, en collaboration avec la Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE), ce guide vise à fournir des informations claires, précises et objectives sur la préservation de la fertilité.

Cette brochure décrit les situations dans lesquelles la préservation de la fertilité peut être envisagée, les techniques de cryoconservation existantes et les utilisations possibles des cellules, tissus et embryons conservés. Le but est d'offrir aux lecteurs et lectrices des informations claires, précises et objectives sur les différentes options disponibles. Cela leur permettra de poser les bonnes questions au personnel de santé qui assure leur suivi et de prendre des décisions éclairées, en fonction de leurs besoins et de leurs valeurs.

Élaboré par le **Comité européen sur la transplantation d'organes (CD-P-TO)** du Conseil de l'Europe, composé d'expert-es de renommée internationale, en collaboration avec la **Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie (ESHRE)**, ce guide vise à fournir des informations claires, précises et objectives sur la préservation de la fertilité.

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ : OVOCYTES ET TISSU OVARIEN



Si vous vous apprêtez à recevoir une chimiothérapie, vous pouvez préserver votre fertilité en :

- congelant vos ovocytes ;
- congelant vos embryons ;
- congelant votre tissu ovarien.

Malheureusement, certains problèmes peuvent survenir avec ces méthodes, qui ne conviennent pas à tout le monde.

Contrairement aux spermatozoïdes, fabriqués dans les testicules dès la puberté, puis toute la vie durant, la totalité des ovocytes sont fabriqués avant la naissance, au cours du développement du fœtus, et stockés dans les ovaires, au sein de petites poches appelées « follicules ». Cette « réserve ovarienne » peut être altérée par différents facteurs. Par exemple, la chimiothérapie et la radiothérapie dans le traitement du cancer, ainsi que certaines maladies sévères non malignes – notamment les affections ou troubles auto-immuns, telles que le lupus, ou les maladies du sang, telles que l’anémie aplasique ou la thalassémie – peuvent détruire une partie, voire l’ensemble des follicules ovariens, et entraîner ainsi une perte de fertilité. Avec l’amélioration de la survie des patient-es souffrant d’un cancer ou d’autres maladies graves en âge de procréer, de plus en plus de personnes sont concernées par ces effets indésirables.

Les interventions chirurgicales peuvent aussi avoir des répercussions sur la fertilité. Par exemple, dans le traitement chirurgical de l’endométriose sévère ou dans l’ablation de kystes ovariens bénins, il est parfois nécessaire de retirer du tissu ovarien sain environnant, avec les follicules viables et les ovocytes qu’ils contiennent.

Certaines maladies génétiques, notamment le syndrome de Turner ou la galactosémie, sont par ailleurs susceptibles de causer une



insuffisance ovarienne prématurée, avant même l'âge adulte : ces cas se prêtent également à la préservation de la fertilité.

En outre, avant d'entreprendre un traitement hormonal ou une intervention chirurgicale affectant leurs ovaires, les personnes transgenres ou intersexes peuvent souhaiter réfléchir aux différentes options de préservation de la fertilité dont elles disposent.

Dans tous les cas cités précédemment, il convient d'expliquer en détail les risques associés à la préservation de la fertilité, notamment au recours à des interventions invasives, ainsi que tout délai éventuel dans l'administration d'un traitement curatif, et d'évaluer la balance bénéfices/risques de la conservation de cellules ou de tissus en vue d'une utilisation ultérieure.

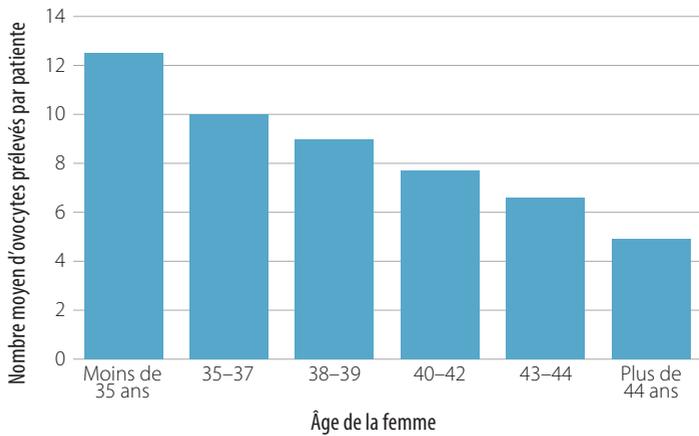
Préservation de la fertilité d'indication non médicale

Avec l'âge, le nombre d'ovocytes présents dans les ovaires et la « qualité » des ovocytes restants (leur capacité à être fécondés, à se développer en embryons et à aboutir à une grossesse saine) déclinent.

Compte tenu de ces deux facteurs, plus une femme prend de l'âge, plus ses chances de mettre au monde un-e enfant en bonne santé diminuent. Par conséquent, les femmes qui ne sont pas prêtes à fonder une famille et qui souhaitent différer leur projet de maternité – parce qu'elles n'ont pas rencontré le ou la conjoint-e idéal-e, qu'elles jugent leurs moyens financiers insuffisants, qu'elles ne se

sentent pas prêtes sur le plan émotionnel ou qu'elles ont d'autres projets de vie qu'elles ne souhaitent pas abandonner – peuvent envisager la préservation de la fertilité comme un moyen de protéger quelques-uns de leurs ovocytes des effets du vieillissement. C'est ce que l'on appelle parfois la « préservation sociale de la fertilité » ou la « préservation de la fertilité d'indication non médicale ».

Diminution du nombre d'ovocytes avec l'âge



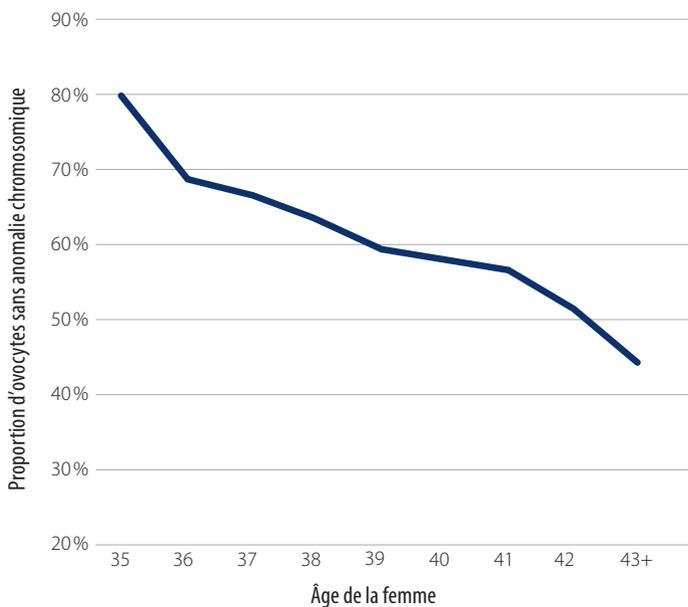
En raison de la baisse de la qualité des ovocytes, il est toutefois important de garder à l'esprit que le taux de réussite dépend en grande partie de l'âge de la femme au moment de la cryoconservation des ovocytes et que rien ne garantit qu'elle sera en mesure d'avoir un-e enfant biologique par la suite.

Conservation des ovocytes

Afin d'accroître le nombre d'ovocytes matures prélevés simultanément, les pa-

tientes reçoivent un traitement hormonal qui stimule leurs ovaires. Cette procédure est semblable à l'étape de stimulation ovarienne pratiquée dans le cadre d'une fécondation *in vitro* (FIV).

Diminution de la qualité des ovocytes avec l'âge



Les injections hormonales visent à augmenter le nombre d'ovocytes produits par les ovaires et à inhiber l'ovulation spontanée. Cette procédure dure de 8 à 12 jours ; son déroulement est contrôlé par des échographies endovaginales et des prises de sang, qui aident les médecins à déterminer le moment auquel les ovocytes sont prêts pour le prélèvement. Pendant cette période, plusieurs rendez-vous au centre d'AMP sont nécessaires.

Environ 36 heures avant le prélèvement des ovocytes, une injection hormonale destinée à amener ces derniers à maturation est administrée à la patiente. Les ovocytes matures sont ensuite prélevés dans les ovaires, sous contrôle échographique, à l'aide d'une sonde endovaginale. Une aiguille, reliée à un système d'aspiration, est guidée à travers la paroi vaginale jusqu'à chaque ovaire et aspire les ovocytes un par un. Cette intervention, d'une demi-heure environ, est généralement effectuée sous anesthésie locale, avec ou sans sédation, voire sous anesthésie générale.

L'administration d'inducteurs d'ovulation pour stimuler la production d'ovocytes s'accompagne parfois d'effets indésirables légers, notamment des bouffées de chaleur, une irritabilité ou une baisse de moral, des maux de tête et une agitation. Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHSO), qui se manifeste par une réponse excessive des ovaires au traitement hormonal, une augmentation de la taille des ovaires et des douleurs ovariennes, est la plus sévère des complications médicales possibles après une stimulation ovarienne. Jusqu'à 30 % des femmes sous stimulation ovarienne souffrent d'une hyperstimulation légère, dont les symptômes peuvent comprendre un gonflement abdominal et des maux de ventre, qu'une prise d'antalgiques classiques suffit à résoudre. Dans les cas extrêmes, des nausées, des vomissements, un essoufflement, des pertes de connaissance et une diminution du volume des urines peuvent être constatés. Toutefois, en raison du protocole de stimulation modifié utilisé à

L'heure actuelle, les formes graves d'hypersimulation ovarienne sont désormais extrêmement rares. Aucun de ces symptômes ne doit cependant être pris à la légère et il est important de contacter immédiatement son centre d'AMP en cas de réaction aux inducteurs d'ovulation.



L'aspiration des ovocytes est généralement sans danger : la plupart des patientes ne rencontrent aucun problème au-delà de la gêne due à l'intervention elle-même, bien qu'il existe un risque très faible de saignement ou d'infection. Certaines patientes peuvent également ressentir une gêne légère après l'intervention, mais elle disparaît généralement en quelques heures.

Après leur prélèvement, les ovocytes matures sont cryoconservés au laboratoire par « vitrification » et conservés à très basse température, dans l'azote liquide. Ils peuvent y rester pendant de nombreuses années (à ce jour, le record de conservation officiel atteint 14 ans).

Cryoconservation du tissu ovarien

La destruction de l'ensemble des follicules d'une fillette prépubère au cours d'un traitement (par chimiothérapie, par exemple) bloque sa puberté, qui ne se déclenche pas sans médicament. Autrement dit, la patiente ne pourra pas tomber enceinte avec ses propres ovocytes, lorsqu'elle sera en âge de procréer. Les procédures de stimulation hormonale, de prélèvement ovocytaire et de congélation décrites précédemment ne sont pas recommandées chez ce type de



patiente. Toutefois, même avant la puberté, les follicules ovariens contiennent un grand nombre d'ovocytes immatures, et il est possible, pour préserver la fertilité, de congeler du tissu ovarien à tout âge. Cette option, la « cryoconservation de tissu ovarien », peut également être proposée chez l'adulte, par exemple lorsque la stimulation ovarienne et la cryoconservation ovocytaire sont contre-indiquées ou incompatibles avec l'urgence des traitements.

Le prélèvement de tout ou partie d'un ovaire est effectué par coelioscopie (en passant par une petite incision dans l'abdomen), sous anesthésie générale, et dure généralement moins d'une demi-heure. Chez l'enfant, l'intervention est pratiquée par un-e chirurgien-ne pédiatrique. La plupart des patientes peuvent rentrer chez elles en fin de journée, après l'intervention.

Comme pour toute autre intervention chirurgicale, des complications existent. Une hémorragie est possible, mais elle est souvent mineure et détectée au cours de l'intervention. Des infections peuvent se développer dans les jours ou semaines qui suivent, mais restent rares. L'intervention chirurgicale peut s'accompagner d'une complication sévère : une blessure intestinale accidentelle dont la correction peut nécessiter une reprise chirurgicale. Tout cela demeure rare et la chirurgie n'est, dans la plupart des cas, suivie d'aucune complication.

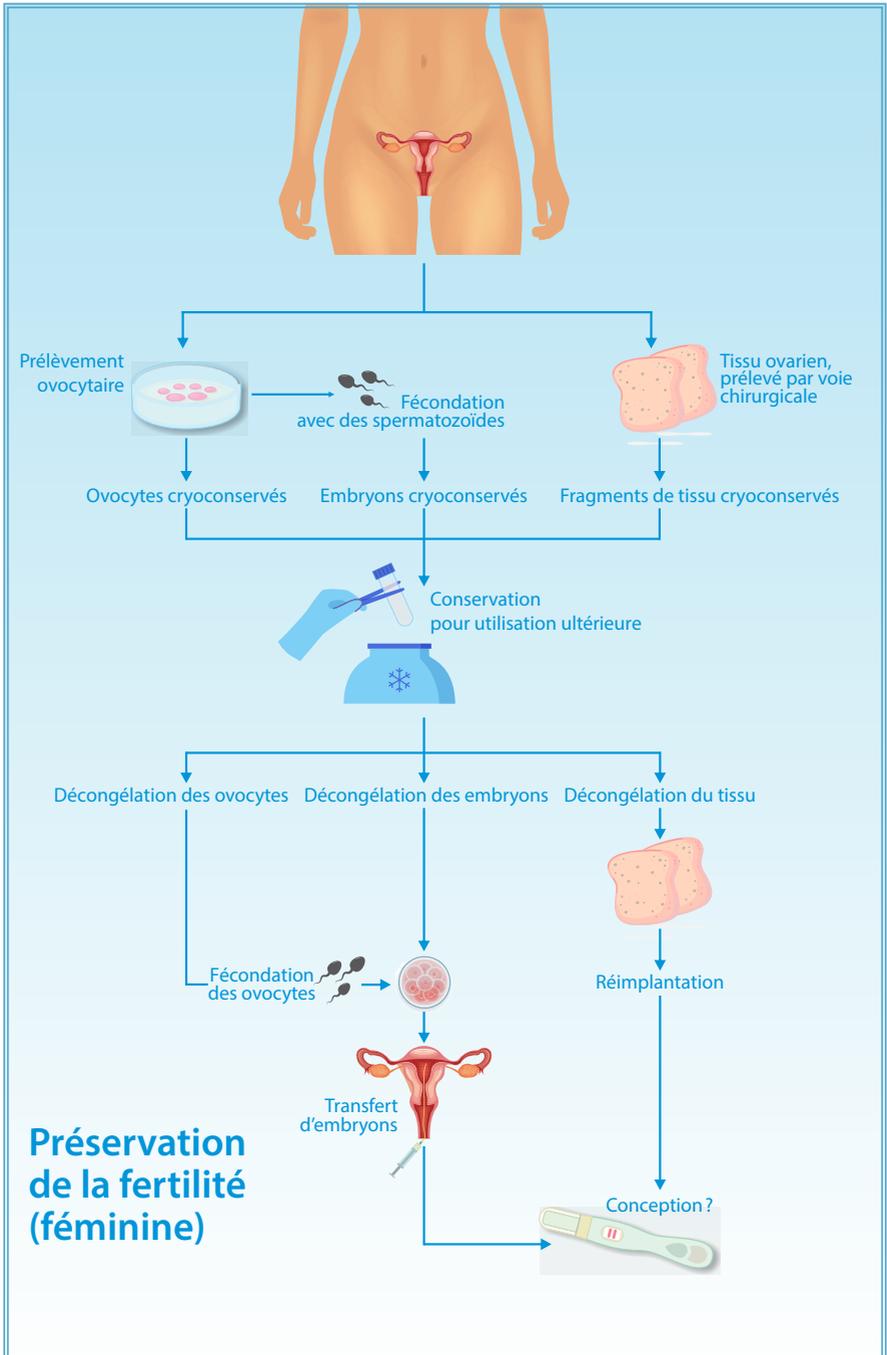
Une fois le tissu préparé (dissection en fragments de plus petite taille), il est conservé dans l'azote liquide et peut rester congelé pendant plusieurs années.

Utilisation ultérieure des ovocytes et du tissu ovarien cryoconservés

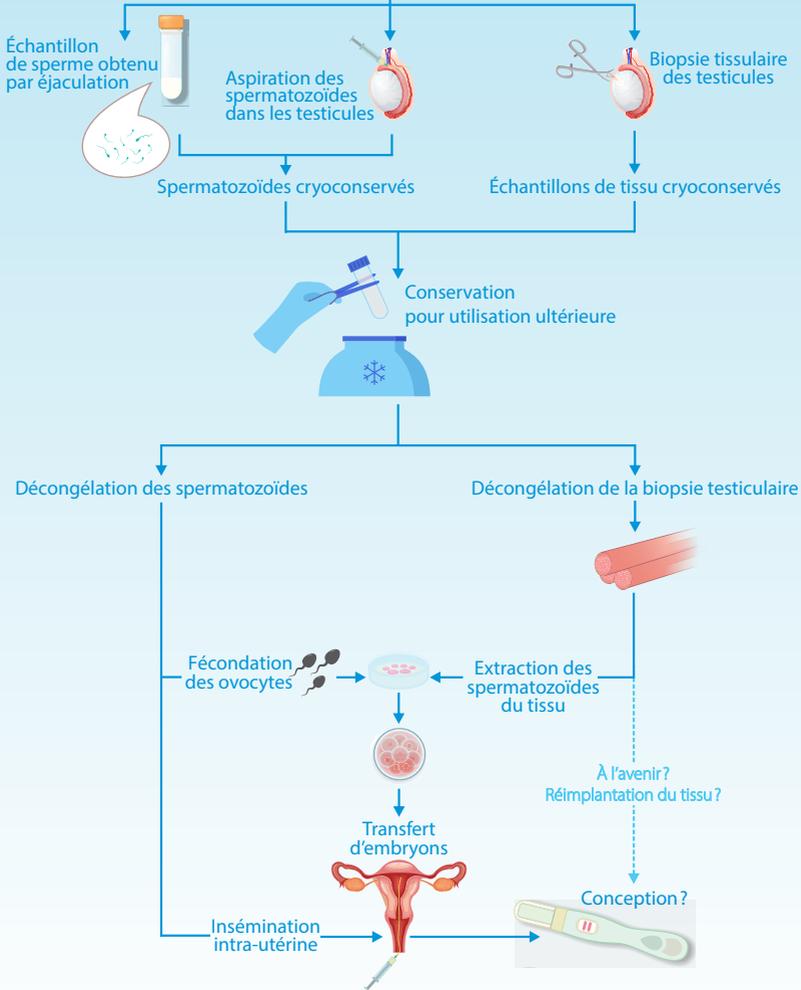
Quel que soit leur âge, les patientes qui recourent à la préservation de la fertilité doivent toujours être informées des différentes possibilités d'utilisation ultérieure de leurs ovocytes ou de leur tissu ovarien. Il est important qu'elles comprennent qu'il n'y a aucune garantie que les ovocytes, les embryons ou le tissu ovarien conservés leur permettront de concrétiser un projet parental à l'avenir. Les autres options envisageables pour fonder une famille doivent donc leur être présentées dans le cadre de l'accompagnement dont elles bénéficient pendant la procédure de préservation de la fertilité.

Il convient d'informer les hommes trans qui souhaitent envisager la préservation de leur fertilité que les différentes options relatives à l'utilisation ultérieure de leurs ovocytes peuvent varier selon les pays, en vertu de la législation nationale en vigueur.

La probabilité de mener une grossesse à terme à l'avenir dépendra de nombreux facteurs. Les techniques de cryoconservation ovocytaire se sont nettement améliorées ces dernières années et, en général, les patientes dont les ovocytes ont été cryoconservés ont les mêmes chances de donner naissance à un·e enfant (en bonne santé) que les femmes ayant recours à une FIV. Néanmoins, dans le cas des femmes adultes, l'âge au moment du prélèvement des ovocytes est le facteur de réussite le plus important (voir graphiques, pages 8 et 9). En outre, les ovocytes



Préservation de la fertilité (masculine)



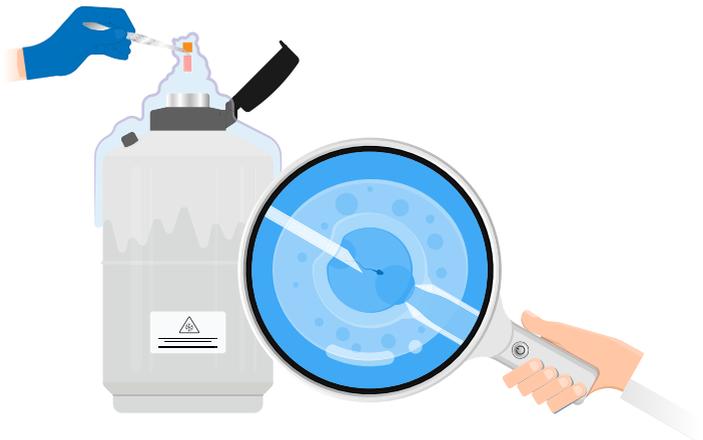
peuvent avoir été altérés en amont du prélèvement, par la maladie ou par le traitement.

De nombreuses personnes dotées d'ovaires restent fertiles après un traitement contre le cancer. Même si leurs règles s'interrompent pendant le traitement, elles reviennent souvent ensuite. Dans ce cas, les ovocytes ou le tissu ovarien congelés s'avèrent parfois inutiles. Il arrive toutefois que la fertilité soit totalement altérée et que le ou la patient-e veuille recourir à ses ovocytes ou à son tissu ovarien congelés pour tomber enceint-e. Il ou elle doit alors s'adresser à son ou sa généraliste, qui déterminera si une grossesse est sans danger en fonction de tout effet tardif potentiel du traitement contre le cancer, de son âge et du temps qui s'est écoulé depuis la fin du traitement. Si l'évaluation médicale est favorable, le ou la patient-e sera orienté-e vers le centre d'AMP où sont conservés ses ovocytes ou son tissu ovarien. Il lui sera peut-être conseillé de différer la grossesse ou d'être suivi-e de près pour s'assurer de la bonne santé du parent comme du bébé.

Si les ovocytes ont été cryoconservés, ils doivent d'abord être fécondés avec le sperme de la personne conjointe ou d'un donneur. Un cycle de réimplantation embryonnaire doit ensuite être programmé. À ces fins, un traitement hormonal, visant à préparer l'endomètre (la muqueuse qui tapisse l'utérus) à la nidation de l'embryon, des analyses de sang et un contrôle échographique peuvent être nécessaires.

Le processus diffère légèrement lorsque l'on conserve du tissu ovarien plutôt que des ovocytes. Bien que le tissu ovarien puisse

contenir un grand nombre de follicules, les ovocytes présents dans le tissu sont très immatures par rapport à ceux qui sont prélevés après stimulation ovarienne. Pour que les ovocytes arrivent à maturation (ce qui peut prendre plusieurs mois), le tissu doit être réimplanté dans le corps, à l'aide d'une nouvelle cœlioscopie. Généralement, entre un tiers et la moitié des fragments de tissu ovarien prélevés sont décongelés et réimplantés, soit dans l'ovaire restant soit près du site où se trouvait l'ovaire retiré. Dans la plupart des cas, après quelques mois, le tissu commence à fonctionner et à produire des œstrogènes, déclenchant ainsi l'ovulation et la menstruation. Après cette intervention, certaines femmes tombent enceintes spontanément, alors que d'autres ont besoin d'une assistance médicale à la procréation, telle qu'une FIV.



Il est important de savoir que la réimplantation de tissu ovarien reste considérée comme novatrice : le nombre de naissances attribuées à cette technique est relativement

Certains traitements médicaux peuvent :

- réduire la quantité de spermatozoïdes produits ;
- altérer la capacité des spermatozoïdes à féconder un ovocyte ;
- affecter la sécrétion des hormones reproductives ;
- endommager les nerfs de la région génitale, ce qui complique l'obtention ou le maintien d'une érection.

Parlez de votre risque d'infertilité à votre médecin, qui pourra vous en dire plus sur la possibilité de conserver vos spermatozoïdes.

faible et les données d'innocuité à long terme ne sont pas encore disponibles. Toutefois, la cryoconservation de tissu ovarien est pratiquée dans la plupart des pays d'Europe.

Il est également primordial de tenir compte du risque que le tissu ovarien cryoconservé contienne des cellules malignes, susceptibles de se réactiver après réimplantation. Ce risque est faible pour la plupart des cancers, mais il peut être significatif pour d'autres, en particulier la leucémie. Il convient donc d'analyser le tissu ovarien, à la recherche de la maladie résiduelle, avant de le réimplanter. Les patient-es doivent être informé-es des risques associés à la réimplantation du tissu et tout particulièrement du fait qu'il est impossible de garantir que le tissu implanté ne sera pas cancéreux.

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ : SPERME ET TISSU TESTICULAIRE

La production de spermatozoïdes par les testicules débute à 13 ans environ et se poursuit généralement tout au long de la vie. La chimiothérapie, la radiothérapie, les traitements hormonaux et certaines interventions chirurgicales peuvent toutefois y porter atteinte. La sévérité de l'altération de la fonction testiculaire varie selon le type de traitement et le patient. Environ 60% des patients atteints d'un cancer sont confrontés à des problèmes d'hypofertilité ou de stérilité une fois le traitement terminé. Même s'il est possible que la perte de fertilité soit temporaire et que les patients recouvrent leur capacité à produire des spermatozoïdes, il arrive qu'elle soit irréversible. Il est souvent difficile de pronostiquer une infertilité définitive, car cela dépend du type de maladie et du traitement curatif. Il convient d'informer tous les patients susceptibles de perdre leur fertilité (ou leurs parents, lorsqu'ils sont mineurs) des différentes options de préservation de la fertilité qui existent.

En outre, avant d'entreprendre un traitement hormonal ou une intervention chirurgicale affectant leurs testicules, les personnes transgenres ou intersexes peuvent souhaiter réfléchir aux différentes options de préservation de la fertilité dont elles disposent.

Conservation du sperme

Les échantillons de sperme peuvent être obtenus chez l'adulte, l'adolescent pubère, voire l'enfant en période péripubertaire s'il est capable de produire un échantillon par masturbation (et s'il y consent). Les circonstances dans lesquelles l'échantillon est obtenu et transmis au laboratoire peuvent influencer sur sa viabilité. Les patients reçoivent donc des instructions claires pour le recueil de l'éjaculat (hygiène, abstinence sexuelle, date et heure du recueil, etc.). Pour limiter les risques liés à l'acheminement de l'échantillon (dépassement du délai maximal, refroidissement), il est préférable d'effectuer le prélèvement dans une pièce prévue à cet effet, adjacente au laboratoire.

Si, pour une raison ou une autre, le patient a des difficultés à recueillir un éjaculat par masturbation (lésion médullaire, par exemple), il convient d'en parler avec l'équipe médicale dès le début de la procédure, de sorte que d'autres solutions puissent être envisagées (stimulation vibratoire pénienne ou prélèvement chirurgical des spermatozoïdes directement dans les testicules).

Après leur recueil, les échantillons de sperme sont traités et préparés en vue de leur cryoconservation dans l'azote liquide.

Cryoconservation du tissu testiculaire

Pour les patients qui ne peuvent pas produire d'éjaculat ou dont l'éjaculat ne



contient pas de spermatozoïdes, un fragment de tissu (ou « pulpe ») testiculaire peut être prélevé, par voie chirurgicale, en vue de sa congélation et de sa conservation. Cette intervention, comme toute autre intervention chirurgicale, n'est pas sans risques : elle peut entraîner, dans de rares cas, des douleurs, des saignements ou une atteinte testiculaire.

Les testicules ne commençant à fabriquer des spermatozoïdes que vers l'âge de 13 ans, cette intervention est également possible chez les patients prépubères. Bien qu'elle soit jugée efficace et sans danger chez l'adulte, son utilisation chez l'enfant prépubère est actuellement considérée comme expérimentale ; il convient donc d'en évaluer très soigneusement la pertinence au cas par cas, en collaboration avec l'équipe médicale.

Utilisation ultérieure du sperme et du tissu testiculaire cryoconservés

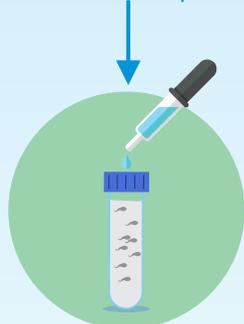
Les patients qui recourent à la préservation de la fertilité doivent toujours être informés des différentes possibilités d'utilisation ultérieure de leur sperme ou de leur tissu testiculaire. Il est important qu'ils comprennent que rien ne garantit que les spermatozoïdes ou le tissu testiculaire conservés leur permettront de concrétiser un projet parental à l'avenir. L'échantillon de sperme peut avoir été altéré en amont du prélèvement, par la maladie ou par le traitement.

Certains patients recouvrent leur capacité à fabriquer des spermatozoïdes, après leur traitement. Le cas échéant, cela se produit

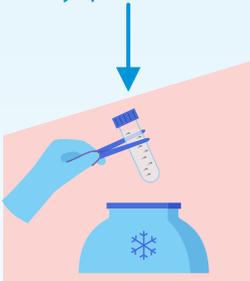
Utilisation ultérieure du sperme cryoconservé



Échantillon de sperme



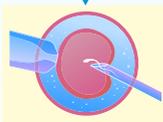
Cryoprotecteurs



Cryoconservation



Insémination
intra-utérine



Fécondation
in vitro

dans les cinq années qui suivent la fin du tout dernier protocole. Il convient donc de leur proposer régulièrement un bilan de sperme à distance du traitement.

Il convient d'informer les femmes trans qui souhaitent envisager la préservation de leur fertilité que les différentes options relatives à l'utilisation ultérieure de leur sperme peuvent varier selon les pays, en vertu de la législation nationale en vigueur.

Les spermatozoïdes peuvent rester congelés pendant de nombreuses années (plus de 25 ans, d'après les données disponibles) sans que cela altère leur pouvoir fécondant, et leur taux de survie est plutôt bon. Bien que le processus de congélation et décongélation puisse affecter la qualité globale de l'échantillon de sperme en diminuant le pourcentage de spermatozoïdes vivants et mobiles, il est très peu probable d'en perdre la totalité. Dans la plupart des cas, une partie au moins des spermatozoïdes survivent et peuvent être utilisés pour la fécondation. Il est important de noter que le pouvoir fécondant de ceux qui tolèrent ce processus est identique, après décongélation, à celui de spermatozoïdes frais.

Même si le nombre de spermatozoïdes récupérés dans un échantillon congelé est très faible, il est parfois possible de les utiliser pour une intervention de fécondation appelée « injection de sperme intracytoplasmique » (ISIC), au cours de laquelle un seul spermatozoïde est directement injecté dans un ovocyte. Autrement dit, la personne conjointe doit recourir à une FIV, couplée à une stimulation ovarienne et à un prélè-

vement ovocytaire. Le taux de réussite de l'ISIC est identique à celui obtenu grâce à la FIV chez une personne avec une quantité de spermatozoïdes normale.

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun consensus sur les modalités de décongélation et d'utilisation du tissu testiculaire prépubère pour fabriquer des spermatozoïdes. De nombreux programmes de recherche tentent de déterminer comment procéder au mieux, mais il faudra probablement attendre encore quelques années avant qu'une technique soit prête pour une utilisation en routine. Il est recommandé aux jeunes patients dont le tissu testiculaire a été conservé de contacter leur équipe médicale pour en savoir plus sur les progrès de la science dans ce domaine et pour prendre connaissance des différentes options qui s'offrent à eux.



CONSENTEMENT AU TRAITEMENT

Il est obligatoire d'obtenir le consentement libre et éclairé des patient-es pour le prélèvement et la préservation de leurs gamètes et tissus germinaux. Toutefois, certains pays disposent de lois spécifiques en ce qui concerne la manière dont ce consentement est obtenu et la fréquence à laquelle il doit être réexaminé ou renouvelé.

Le consentement fait partie intégrante de votre traitement et, en collaboration avec votre centre d'AMP, vous devez vous assurer de bien saisir tous les enjeux avant de le donner. Vous devez obtenir des informations exhaustives sur votre traitement avant d'y consentir. En effet, vos décisions auront d'importantes répercussions sur la manière dont vos gamètes, vos embryons ou vos tissus pourront être utilisés à l'avenir.

Il convient d'accorder une attention toute particulière aux enfants, pour lesquels le consentement des parents ou tuteurs légaux peut être nécessaire.

Le cas échéant, il est recommandé de préciser, dans les informations communiquées aux patient-es, le caractère expérimental de l'intervention.

Il convient de faire figurer, dans le formulaire de consentement ou dans la notice d'information connexe, des renseignements détaillés sur les délais de conservation des ovocytes/spermatozoïdes ou des tissus germinaux et sur tout risque associé au traitement.

Il est important de noter que, bien que les ovocytes/spermatozoïdes cryoconservés appartiennent à la personne qui les a fabriqués, les embryons conservés par un couple appartiennent à ses deux membres. Ainsi, en cas de séparation, par exemple, il est possible qu'aucun-e des deux ne puisse recourir à ces embryons sans le consentement de l'autre. Dans certains pays, c'est également le cas lors du décès de l'un-e des membres du couple.

Conservation et utilisation du sperme et des embryons

Formulaire de consentement

Nom

Prénom(s)

1. Utilisation

a. Je consens à l'utilisation de mon sperme aux fins suivantes :

- pour le traitement d'une personne conjointe non anonyme

yes no nom complet de la personne conjointe

- pour le traitement d'autres personnes yes no

- pour tout projet de recherche yes no

En signant ce formulaire, vous attestez avoir reçu toutes les informations sur les procédures et avoir eu accès à un accompagnement psychologique. Vous pouvez, à tout moment, modifier les modalités de votre consentement ou le révoquer totalement, sauf en ce qui concerne des spermatozoïdes ou des embryons ayant déjà été utilisés.

En outre, dans de nombreux pays, l'utilisation post-mortem, par la famille ou par le ou la conjoint-e de la personne défunte, de tissus, d'ovocytes ou de spermatozoïdes conservés n'est pas autorisée ou est soumise à un consentement spécifique donné par la personne décédée avant sa mort.



À RETENIR



Les personnes atteintes de certaines maladies ou de certains troubles ou exposées à certains événements de la vie susceptibles d'altérer leur fertilité peuvent bénéficier du recours à la préservation de la fertilité. Il convient de proposer systématiquement cette option aux patient-es prépubères et aux adultes en âge de procréer qu'un cancer ou une autre affection expose à un risque d'infertilité. Certaines personnes peuvent également envisager une cryoconservation d'ovocytes/de spermatozoïdes pour des raisons non médicales (pour différer un projet parental, par exemple).

L'évaluation des besoins, les conseils fournis et la méthode choisie pour la préservation de la fertilité d'une personne dépendent de sa situation donnée, de son âge et du traitement indiqué.

Il convient d'adresser quiconque envisage de recourir à la préservation de la fertilité à un centre d'AMP ou à un-e spécialiste de la fertilité, qui pourra l'informer davantage sur son risque d'infertilité, sur les options de préservation de la fertilité disponibles et sur les possibilités d'utilisation ultérieure de ses ovocytes, spermatozoïdes ou tissus cryoconservés.

www.edqm.eu

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits de l'homme du continent. Il comprend 46 États membres, dont l'ensemble des membres de l'Union européenne. La Direction européenne de la qualité du médicament & soins de santé (EDQM) est une direction du Conseil de l'Europe. Sa mission est d'œuvrer pour le droit humain fondamental que constitue l'accès à des médicaments et soins de santé de qualité, et de contribuer à la promotion et à la protection de la santé publique.