



RAPPORT SCIENTIFIQUE DU 4^{ème} CONGRÈS INTERNATIONAL DU GIERAF

A DAKAR DU 11 AU 16 FEVRIER 2013.

1. Lundi 11 et Mardi 12 Février 2013 :

Formation sur la Labellisation des Centres de PMA en Afrique

La formation s'est déroulée du 11/02 au 12/02/13 dans la salle de conférence du

Laboratoire de bactériologie et virologie de HALD. Cette formation était animée par H Leclat

(France), M Fiadjoe (Togo), M Bailly (France) assistés de J Demouzon (France), JF Guérin (France) et Ernestine Gwet Bell (Cameroun).

Pendant 2 jours, 30 participants ont bénéficié d'un enseignement qui a porté sur les points suivants: la raison d'une labellisation et la manière d'y parvenir, le Référentiel de la labellisation, le Plan d'amélioration de la qualité, les principes fondamentaux du management de la qualité, les clefs d'une bonne démarche de labellisation, l'initiation à l'audit, les outils de mesure de la qualité, la rédaction d'une procédure et enfin comment devenir auditeur/évaluateur du GIERAF.

La formation s'est terminée par la revue des différents Guides.

2. Mercredi 13 Février 2013 :

5 Ateliers étaient programmés : l'Hystéroskopie, l'Echographie, la Biologie du sperme, la Technologie contraceptive et la Rédaction médicale.

- **Atelier Hystéroskopie et infertilité**

L'atelier s'est déroulé le 13 Février 2013 à l'hôpital National de Pikine avec le concours de la Firme **Storz**. L'atelier était animé par ML. Cissé, JM Mayenga, S Sango et 16 participants.

L'atelier s'est déroulé en 2 parties.

Une première partie théorique portait sur les notions suivantes: place de l'hystéroskopie

Dans l'infertilité féminine (Mayenga J.M. France), états des lieux de l'Hystéroskopie (Cissé

M.L. Sénégal), accueil et prise en charge de la patiente en hystéroskopie ambulatoire

(Mayenga J.M. France), quoi de neuf sur l'entretien du matériel d'hystéroskopie? (Storz).

La seconde partie était pratique avec des interventions réalisées au bloc opératoire

Associées à une vidéo transmission des images en salle de cours.

- **Atelier Echographie et infertilité :**

Il s'est à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Le Dantec de Dakar sur le thème



«Échographie et infertilité». Cet atelier était animé par les Pr Alassane Diouf et P Moreira du Sénégal ; Dr G Legendre de France et Dr M Latoundji du Bénin ; 29 Participants. Sponsoring d'OMT médical représentant d'Hitachi-Aloka.

Examens échographiques en live et vidéo transmission. Apprentissage du 3 et 4 D et l'Hystéro sonographie.

- **Atelier de Rédaction médicale.**

L'atelier était animé par Dr M Bailly (France), J de Mouzon (France), JF Guerin (France), M

Fiadjoe (Togo) et SM Gueye (Sénégal). Les objectifs étaient de: développer les aptitudes des participants à rédiger un article scientifique, à faire la lecture critique d'un article et à élaborer un protocole de recherche multicentrique sur

L'infertilité en Afrique. En fin d'atelier un protocole de **recherche multicentrique sur la place de l'infertilité masculine en Afrique a été proposé**. Cette étude sera un des projets du nouveau mandat du GIERAF.

- **Atelier Spermologie**

Il s'est déroulé en 2 parties : une 1^{ère} partie théorique au CHU Le Dantec et une 2^{ème} partie pratique au Laboratoire BIO XXIV. Atelier a été animé par JM Plouchart (France), T Siby (Sénégal), MK Moroko (Côte d'Ivoire), Nicole Akoung (Cameroun) et Madina Ndoye (Sénégal).

3. Le Congrès scientifique : s'est déroulé du 14 au 16 février 2013 à l'Hôtel King Fahd Palace de Dakar.

1. Jeudi 14 Février 2013

Conférence 1 : Infection à VIH et fertilité en Afrique

Présentée par le Pr Souleymane Mboup et modérée par les Professeurs JF Guérin et F Diadiou.

L'orateur a d'abord rappelé l'impact émotionnel de l'annonce de la séropositivité au VIH, impact est allégé par les progrès scientifiques et l'espoir pour les patients. Un rappel épidémiologique a permis de constater l'ampleur de la pandémie du VIH notamment en Afrique subsaharienne. L'association VIH et fertilité a été passée en revue avec surtout les troubles du cycle menstruel, la ménopause précoce et les troubles métaboliques en rapport avec les médicaments antirétroviraux.

Les outils de prévention (préservatifs, circoncision, ARV) ont fait leur preuve. La PTME donne

Des résultats satisfaisants avec un taux de transmission réduit à moins de 1%. A ces outils de prévention s'ajoutent les microbicides et la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les couples sérodiscordants.

En cas de désir de grossesse, les problèmes majeurs suivants seront pris en compte: la transmission verticale, la santé périnatale et pré conceptionnelle la transmission horizontale et la fertilité individuelle.

Session communications 1: infection et infertilité

2. Quel Bilan infectieux dans l'exploration du couple infertile par Dr E Gwet-BELL

L'Oratrice a insisté sur l'importance de l'interrogatoire et sur la nécessité de hiérarchiser les examens

Complémentaires. Ces examens devront aller du plus simple au plus compliqué. Chez l'homme, elle a insisté sur l'intérêt de l'ECBU, du spermogramme, de l'échographie scrotale et de la biopsie testiculaire.



Chez la femme : les PCV, les sérologies et l'histologie endométriale donnent des éléments contributifs alors que la VS doit céder la place à la CRP. L'imagerie concerne l'échographie, l'HSG et l'IRM. La coelioscopie diagnostic a un rôle dans les doutes diagnostic. Un arbre décisionnel a été proposé.

3. La 2^{ème} communication présentée par le Dr M Mbaye (Sénégal) portait sur

Les **Nouveautés à propos des salpingites**. L'orateur a rappelé que ces salpingites étaient une

Complication des infections génitales hautes, les lésions tubaires étant les plus fréquentes.

Le germe le plus souvent retrouvé est le Chlamydia Trachomatis. La clinique, l'échographie et la coelioscopie sont déterminants. Les modalités de traitement ont été rappelés.

4. La 3^{ème} communication, celle du Pr R Leke, portait sur **la tuberculose génitale et l'infertilité**. Après un rappel sur la tuberculose, l'orateur a insisté sur les causes féminines (obstructions tubaires, synéchies utérines) et masculines liées à la tuberculose. Le diagnostic nécessite une biopsie et un examen anatomo-pathologique pour établir la différence avec d'autres pathologies, notamment la bilharziose génitale.

5. La 4^{ème} et dernière communication de cette session était présentée par le Pr SM GUEYE portait sur

La bilharziose uro-génitale et fertilité. L'orateur a insisté sur les complications urinaires et génitales de la bilharziose qui sont plus fréquentes qu'on ne le pense et qui jouent un certain rôle dans l'infertilité du couple. Les défis sont : la lutte contre la pauvreté, l'éducation sanitaire, l'accessibilité du Praziquantel, le traitement des formes chroniques et le développement d'un vaccin.

Session communications 2: infections et infertilité (suite)

Session modérée par M Bailly (France) et D Diallo (Sénégal).

- **Les Infections cervico-vaginales et fertilité** présentée par le Dr ME F Dieme (Sénégal).

Après un rappel de l'épidémiologie des IST dans le monde, elle a insisté sur leur responsabilité dans la genèse de l'infertilité. Les infections cervico-vaginales représentent une cause importante d'infertilité. Ces infections sont surtout dues à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae, plus rarement on retrouve Ureaplasma urealyticum, Gardnerella vaginalis, Streptococcus B ou D et Escherichia Coli. La preuve de l'implication de Gardnerella vaginalis reste à établir par la réalisation d'études randomisées. L'auteur a rapporté aussi une baisse du taux d'implantation après AMP en cas de cervicite à Candida albicans ou à Ureaplasma urealyticum.

- La deuxième communication : « **HPV et fertilité** » présentée par J Pfeiffer (France).
Un rappel épidémiologique sur le cancer du col et son lien avec l'HPV a introduit l'exposé. L'infection à HPV est une condition nécessaire mais non suffisante pour la survenue du cancer du col. Avec une incidence de 500 000 nouveaux cas par an, le cancer du col est responsable de 275000 décès par an dans le monde.

Il est ressorti des deux plus grandes études (scandinave et américaine) sur «HPV et fertilité»

Que Chlamydia trachomatis ne potentialise pas l'effet de HPV. Il est noté une diminution non

Significative du taux de grossesse chez les patientes porteuses de HPV.



- **L'infection du sperme et fertilité** a été présentée par Pr. PA Fall (Sénégal).

Selon Pr Fall, les infections aiguës ou chroniques du tractus génital masculin, quelles soient de nature bactérienne, fongique, parasitaire ou virale, sont impliquées dans près de 15 % des infertilités masculines. Il apparaît aujourd'hui

Que l'inflammation du sperme altère grandement sa qualité. La leucospermie est très fréquente mais n'atteint des niveaux alarmants que chez 15 à 20 % des patients infertiles.

Session communications 3: communications libres

- La première communication a porté sur **le vécu psychologique de l'infertilité du couple au**

Sénégal. Il s'agit d'une étude qualitative de 20 couples suivis à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU A Le Dantec et présentée par Dr S Seck.

Après avoir défini l'infertilité, l'orateur a parlé de son impact dans notre contexte africain

Pro-nataliste. Elle constitue un drame social et psychologique. La procréation procure une

Sécurité, un pouvoir et une pérennisation sociale. Pour l'homme, elle lui permet d'affirmer

Sa virilité, sa puissance sexuelle et de transmettre son nom. Pour la femme, elle valorise sa

Féminité et lui permet d'affirmer sa maturité.

Pour le couple, l'infertilité est source de dysharmonie, de diminution de la fréquence des

Rapports sexuels, d'infidélité et de divorce. Le traitement traditionnel et les interprétations

Culturelles occupent une place importante.

- La deuxième communication a concerné **la prise en charge de la métaplasie ostéoïde à la**

clinique BIASA présentée par J. C.K. Kolani (Togo). Il a d'abord défini la métaplasie ostéoïde

Comme l'apparition du tissu osseux dans la cavité utérine. C'est une pathologie rare et méconnue ce qui explique sa prise en charge hésitante. Son étiopathogénie est controversée. Elle peut causer une infécondité chez la femme.

L'Hystérocopie et l'ablation de la métaplasie ostéoïde a été réalisée. C'est le traitement de choix qui permet d'éviter les complications des techniques

- La troisième communication a porté sur la narration de 4 cas de **hernie de la coupole**

Diaphragmatique sur un des jumeaux d'une grossesse gémellaire obtenue par AMP par K Tchatue de France.

L'orateur a d'abord décrit la hernie diaphragmatique comme un défaut de développement

De la portion postéro-latérale de la coupole diaphragmatique ; il en résulte une hypoplasie Pulmonaire, des anomalies de développement vasculaires et une hypertension artérielle pulmonaire. Elle est souvent associée à des anomalies chromosomiques. Il a rapporté une étude prospective d'une série de 4 fœtus porteurs de hernie congénitale diaphragmatique.



- **Symposium des laboratoires SANOFI: Prise en charge des infections génitales**

La séance était modérée par le Pr JC Moreau (Sénégal) et comportait 3 communications

Suivies de discussions.

- o La 1^{ère} communication était présentée par Pr CT Cissé (Sénégal), elle était intitulée:

«Prévention de l'infertilité par une meilleure prise en charge des IST :

Après avoir rappelé les données épidémiologiques concernant les IST en Afrique et dans le reste du monde, l'orateur a montré la relation étroite entre les infections génitales et l'infertilité. En Afrique, l'infertilité d'origine

Infectieuse représente $\frac{3}{4}$ des cas aussi bien chez l'homme que chez la femme. Les infections les plus en cause sont la chlamydie, la gonococcie et les infections à germes anaérobies.

- o La 2^{ème} communication était présentée par Dr M Fiadjoe (Togo) qui a rapporté l'expérience de la Clinique Biasa à propos de **l'approche Conceptia développée par les Laboratoires SANOFI** pour traiter les infections génitales hautes. Le succès enregistré lui a permis de décentraliser cette approche grâce à la formation de plusieurs personnels de santé : médecins et sages-femmes.
- o La 3^{ème} communication avait trait à la présentation de l'approche Conceptia par Dr AM K'Habore (SANOFI). Il s'agit d'une approche thérapeutique proposée par les laboratoires SANOFI pour mieux prendre en charge les infections génitales hautes et prévenir ainsi les séquelles inflammatoires qui sont source d'infertilité. Il s'agit notamment de l'association d'une Quinolone et du Métronidazole pendant 14 jours.

- **Table ronde 1: Prévention des infections dans la prise en charge de l'infertilité**

Table ronde modérée par Dr G Cassuto (France) et Dr DK Diakité (Mali)

- o La première communication faite par Dr MM Niang (Sénégal) sur : **La prévention des**

Infections : synthèse des meilleures pratiques. Le présentateur a rappelé les différentes

Étapes et principes généraux de la prévention des infections en insistant sur les mesures de

Protection, le lavage des mains, le traitement des instruments, l'élimination des déchets et

L'entretien des locaux. Il a aussi mis en exergue l'ignorance par un nombre important de

Praticiens des différents maillons de la chaîne de prévention des infections. Il a conclu en

Disant que la prévention des infections doit être un challenge pour tout acte médical, pour

Tous les prestataires, tous les jours et pour tous les patients.

- o La deuxième communication a porté sur **la prévention des**

Infections et AMP par Pr ML Cissé. L'orateur a rappelé l'impact négatif de l'infection dans le taux de

Réussite des tentatives d'AMP. En prenant successivement l'exemple de l'infection à VIH, du



virus de l'hépatite C, de l'hépatite B. Il a rappelé pour chaque type d'infection les différents

Réservoirs de virus dont le sperme, les sécrétions génitales, le placenta et le lait maternel.

Cela justifie d'après lui, combien il est important de bien traiter le sperme et la femme

Receveuse pour minimiser les risques et améliorer les résultats.

- La troisième communication faite par Dr C Pany (Cameroun) a porté sur **Les risques**

Infectieux en AMP. Dr Pany a rappelé que les risques existent et peuvent être nosocomiaux

Ces risques concernent les deux conjoints, le futur enfant à naître et les personnels de Laboratoire. Il a aussi insisté sur le fait que les préoccupations sont surtout en rapport avec le VIH, le VHB, le VHC, le HTLV et le CMV. Il a ensuite parlé de l'épidémiologie de chaque germe et des modes de contamination (le sang, le sperme, les

Rapports sexuels et l'allaitement maternel). Il a conclu sur la nécessité d'un respect strict des règles de prévention des infections à toutes les étapes de la manipulation des produits biologiques dans le cadre de l'AMP.

- La quatrième communication présentée par Pr JM Plouchart (France) a porté sur **les risques de contamination au Laboratoire** et sur les moyens de minimiser ces risques pendant la procédure d'AMP. Il a précisé les sources de contamination qui peuvent être les gamètes, les liquides de laboratoire, le personnel, l'environnement l'air ambiant, les sols et surfaces et beaucoup d'autres polluants de l'atmosphère. Pour chaque source, il a développé en détails les mesures spécifiques à entreprendre au Laboratoire pour réduire les risques. La procédure doit reposer sur une bonne évaluation au départ du facteur-source, la mise en œuvre d'interventions spécifiques et le contrôle de l'efficacité des interventions. La complexité des interventions nécessite, conclue t-il, une formation spécifique et la mise en place de mécanismes de contrôle des procédures.

- **Table ronde 2: la prise en charge des lésions tubaires en Afrique**

Présidée par Pr R Perrin et animée par Pr PM Moreira, Dr G Legendre, Pr D Komongui et Pr M Ogoubémy. 4 Communications y ont été présentées.

- La première communication intitulée **«Apport de l'échographie dans le diagnostic des lésions**

Tubaires» était celle du Pr PM Moreira (Sénégal). Après avoir rappelé que 21% des infertilités tubaires étaient imputables aux lésions tubaires, il a précisé la place de l'échographie et de l'Hystérosonographie dans le diagnostic de ces pathologies.

- La deuxième communication portait sur **«Hystérosonographie et infertilité»**.

Animée par le Dr G Legendre (France). L'orateur a décrit une technique d'échographie qui utilise du gel à la place du sérum physiologique utilisé classiquement. Le contraste est meilleur avec le gel, la sensibilité et la spécificité de cette méthode est de 90% avec une très bonne tolérance.

- La troisième présentation portait sur **«Coeliochirurgie et lésions tubaires»**, était animée par le Pr M Ogoubémy (Sénégal). Il a rappelé la place des lésions tubaires dans l'infertilité féminine. Ainsi, la Coeliochirurgie se positionne comme un moyen diagnostique et thérapeutique.



L'exposé a passé en revue les indications, les techniques opératoires et le moment idéal pour la chirurgie.

- o La quatrième et dernière présentation «**Que reste-t-il des hydrotubations et des insufflations utéro-tubaires ?** était animée par Pr DG Komongui (Benin).

Le caractère historique de ces méthodes de vérification et de restauration de la perméabilité tubaire a été rappelé. La technique, les accidents, incidents, contre-indications et résultats ont été revus. Cependant, avec l'avènement des nouvelles méthodes d'exploration tubaire, ces méthodes ont été délaissées progressivement en Europe et même dans les pays en développement. Pourtant, ces méthodes présentent l'avantage d'être moins onéreuse, facteur dont il faut tenir compte au vue du peu de ressources de nos patientes en Afrique sub-saharienne. L'animateur a proposé de faire une étude multicentrique pour juger de l'efficacité de cette méthode avant de l'abandonner.

- **Conférence 2 : Infection à VIH et procréation médicalement assisté**

Modérée par les Pr Mboup (Sénégal) et JM Plouchart (France) et animée par le Pr JF Guerin (France).

Après un rappel sur l'épidémiologie du VIH dans le monde et en Afrique, il a insisté sur les indications de l'AMP chez les couples infectés par le VIH. Cette technique contribue à éviter la contamination du partenaire non infecté chez les couples sérodiscordants, les deux partenaires infectés ainsi que la contamination de l'enfant. La méthode utilisait était le lavage du sperme par gradient de densité ou par l'association gradient de densité-swim up. Il a précisé que cette prise en charge n'était autorisée que lorsque la charge virale était inférieure à 100000 copies.

En conclusion pour cette première partie, l'orateur a insisté sur la nécessité pour les centres de PMA qui prennent en charge les PVVIH d'avoir des postes dédiés à ces patients, un matériel qui leur est spécifiquement réservé et un personnel formé à la manipulation des échantillons à risque.

Dans la 2^{ème} partie de son exposé, il a abordé la relation entre l'infection par le VIH et l'infertilité. Une revue de la littérature lui a permis d'arriver aux conclusions suivantes: chez l'homme l'infection à VIH affecte peu ou pas la fertilité alors que chez la femme on note une réduction bien que non significative de la fertilité.

2. Vendredi 16 Février 2013

- **Conférence 3: Ce que les stimulations ovariennes nous ont appris**

Conférence animée par Pr B Hedon (France) et modérée par Pr A Diouf (Sénégal), Pr A Toure Ecra (Côte d'Ivoire).

Le conférencier a proposé, dès l'entame de son propos, d'aborder le sujet sous quatre angles : Le premier aspect étudié concernait la question de la nécessité ou non de stimuler l'ovulation. Il a répondu à cette question en mettant en balance les bénéfices et les risques de la stimulation de l'ovulation. Les bénéfices sont réels en ce concerne les inséminations intra-utérines et la fécondation in vitro; mais, il n'existe aucun bénéfice en dehors de la PMA. Quant aux risques, ils sont réels et il faudra en tenir compte (perte de qualité, effets secondaires de l'hyperoestrogenie induite par la stimulation, syndrome d'hyperstimulation, grossesse gémellaire, potentialisation du risque de cancer ?

Le second aspect avait trait aux différentes façons de stimuler l'ovulation. Il a alors rappelé le schéma global qui consiste à bloquer la séquence physiologique puis à stimuler. Pour cela il existe plusieurs protocoles. Selon lui, il faut adapter le protocole à chaque cas particulier en tenant compte des données collectées à l'interrogatoire, l'examen clinique et les résultats de l'évaluation de la réserve ovarienne.



Le troisième aspect qu'il a revisité était le concept de réserve ovarienne. Selon lui, ce concept fait l'objet de plusieurs amalgames qu'il a tenté de clarifier en disant que: la baisse de la réserve ovarienne est associée à un mauvais pronostic de la fécondité en AMP, par contre elle n'a aucune influence sur le pronostic de la fécondité spontanée. Il a ensuite passé en revue les recommandations 2011 du CNGOF pour évaluer la réserve ovarienne. Le quatrième point discuté concernait l'importance de la qualité dans la détermination du succès. Cette qualité devait être globale (ovocytes, embryons, endomètre). Cette qualité permet de compenser le nombre. Le conférencier a ensuite abordé la polémique actuelle relative aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

- **Session communications 4: Stimulations ovariennes.** Présidée par le Pr Hedon.
 - o La première communication, présentée par le Dr Mayenga (France) avait pour titre

«**Comment stimuler en 2013 pour une insémination intra-utérine**». Il s'est surtout appesanti

Sur le cas des patientes présentant un SOPK. Il a rappelé les critères de Rotterdam dans la définition du SOPK mais a aussi insisté sur les nouveaux critères de Lille qui incluent la valeur de l'AMH. Il a insisté sur la nécessité d'adopter une stratégie progressive dans la prise en charge axée sur les mesures hygiéno-diététiques pour la perte de poids, l'utilisation du citrate de clomifène en première intention pendant un maximum de six cycles, le recours aux gonadotrophines en 2^{ème} intention ou au Drilling. Les cas d'échecs devant être orientés vers une IIU ou une FIV.

- o La 2^{ème} communication a été faite par le Dr V Vernaev de la clinique Engin de Barcelone (Espagne). Elle a montré, en s'appuyant sur les données de la littérature, qu'il n'y avait pas à l'heure actuelle de bénéfices à utiliser des combinaisons ou à augmenter les doses au cours de stimulations ovariennes. Elle a précisé également qu'il n'existait pas de différences significatives entre les différents types de déclenchement dans les résultats en termes de taux de grossesse. Elle a également abordé l'utilisation des antagonistes en insistant sur leur coût plus élevé.
- o La 3^{ème} communication, présentée par le Dr A Toure Ebra (Côte d'Ivoire), a porté sur les méthodes de monitoring au cours des stimulations ovariennes. Il est ressorti de cette présentation que les examens clés au cours du monitoring sont l'échographie et le dosage de l'œstradiol.
- o Le Pr Cheikh Tidiane Cissé a présenté la 4^{ème} communication. Elle portait sur la place du Drilling dans les infertilités dues au SOPK. Après avoir rappelé les différentes techniques de Drilling, ainsi que leurs avantages et inconvénients, il a proposé un modèle de prise en charge du SOPK en Afrique. Il a préconisé en particulier de placer le Drilling en deuxième intention en alternative aux gonadotrophines après 6 cycles infructueux au citrate de clomifène. Des recommandations ont été faites pour privilégier un Drilling unilatéral avec en moyenne 5 perforations de 2 mm.
- o La 5^{ème} communication portait sur les résultats d'une étude du Pr E Mboloko (RD Congo) sur les infertilités associées au SOPK. Il a mis en exergue les difficultés liées à la réalisation des examens biologiques et à l'accessibilité des gonadotrophines dans le contexte africain.
- o La 6^{ème} et dernière communication de cette session a été présentée par le Pr Saadani du Maroc qui a parlé de l'utilisation des antagonistes au cours des stimulations. Il a insisté sur les nombreux avantages de ces produits notamment en ce qui concerne la prévention de la décharge de LH, l'absence de réponse kystique et l'absence d'effets secondaires.

- **Session communications 5: Spermiologie**

Modérée par les Pr SM Gueye (Sénégal) et M Benkhalifa (France). La session comportait 5 présentations.



- La 1^{ère} Présentation avait trait aux **nouvelles normes d'interprétation du spermogramme de l'OMS**. Elle a été présentée par le Pr JM Plouchart (France) qui a commencé en faisant l'historique des normes d'interprétation du sperme de l'OMS depuis 1999, il a parlé des **5 modifications** qui ont été opérées, la dernière datant de 2010. Les critères ayant connu le plus de changement sont: *la mobilité, les classes de spermatozoïdes fléchant, progressifs et lents ont été remplacées respectivement par les classes A, B et C. L'idéal pour mesurer la vitesse de ces spermatozoïdes est de disposer d'un analyseur cinétique ; *la vitalité, elle passe de 50 à 58% et les spermatozoïdes à tête rose clair sont désormais considérés comme vivants ; *la morphologie, la proportion de formes normales acceptables de 60 à 4% et sera faite selon les 4 classes des critères de Menkveld ainsi que l'Indice de tératozoospermie (TZI). Les résultats sont alors rendus soit selon la nomenclature classique (normo, Oligo, asthéo, teratospermie), soit selon l'estimation des chances de survenue d'une grossesse.
- La 2^{ème} Présentation relative aux critères d'évaluation du sperme avant une tentative faite par Dr M Bailly (France).

Le présentateur a rappelé l'importance du test de Hühner qui demeure le seul test in vivo disponible. Selon lui, les critères d'évaluation du sperme seront définis selon l'interrogatoire, l'examen clinique, l'échographie, le spermogramme et la biochimie séminale. Il a terminé son propos en recommandant d'aller du plus simple au plus compliqué et de parfois de savoir attendre, mais pas trop, avant de proposer une PMA.

- La 3^{ème} Présentation portait sur **les choix thérapeutiques induits par les nouvelles normes de l'OMS**. Présentée par le Pr S Hamamah (France). Il a d'abord rappelé les différentes causes de l'infertilité masculine. Selon lui, le bilan d'infertilité doit comporter : le spermogramme, le test post-coïtal et les tests fonctionnels. Il a aussi fait une analyse critique des dernières normes de spermogramme de l'OMS de 2010 en soulignant qu'elles ont été proposées sur la base de résultats émanant de plusieurs équipes n'ayant pas les mêmes méthodes de travail. Cela explique selon lui les discordances

Notées. Il a conclut en disant que la présentation des résultats du spermogramme selon le 50^{ème} percentile est plus intéressante qu'avec le 5^{ème} ou le 95^{ème} percentile.

- La 4^{ème} Présentation a été faite par le Dr G Cassuto (France) qui a parlé de **La sélection des spermatozoïdes avant une technique de PMA**. L'orateur a démontré que le taux de réussite dans la PMA dépendait en grande partie du choix du spermatozoïde. Ainsi, après la préparation du sperme, le grossissement au microscope servira à choisir le spermatozoïde selon un score des anomalies morphologiques ou le DNA. De ce fait, les spermatozoïdes immatures ne donneront pas d'embryon, car il y a une corrélation entre les anomalies chromatiniques et le pouvoir fécondant. De ce fait, le choix par l'IMSI semble donner moins de malformations urogénitales chez les nouveau-nés que ceux issus du choix par ICSI.
- La 5^{ème} et dernière présentation de cette session avait pour intitulé «**IMSI versus ICSI**». Elle a été co-présentée par les Pr Pfeiffer et De La Calle (France). Ils ont tour à tour argumenté à propos de l'intérêt de l'IMSI par rapport à l'ICSI dans le choix du spermatozoïde. De ce fait, certaines anomalies invisibles à l'ICSI seront détectées par l'IMSI ? Cette avancée permet ainsi d'augmenter les chances d'évolution des Blastocystes et de diminuer le risque de

Survenue de malformations chez le nouveau-né (1,1% pour IMSI et 5,4% pour ICSI).



Cependant, selon les auteurs, l'IMSI ne doit pas systématiquement remplacer l'ICSI et le choix devra être fait selon des indications précises.

- **Session communications 6: Transfert embryonnaire** Modérée par Pr S Hassan (Egypte), Dr GC Fayémi (Sénégal) et Dr G Sandjon (Cameroun).
 - o La 1^{ère} communication faite par Pr M Benkhalifa (France) portait sur **le stress embryonnaire**.

Le présentateur a rappelé les différentes voies endogènes et exogènes qui peuvent agir de manière néfaste sur la genèse des ovocytes et des spermatozoïdes lors d'une AMP. Ainsi, l'atteinte de ce processus de genèse peut être responsable de phénomène d'apoptose et de nécrose cellulaire contribuant ainsi à l'arrêt du développement embryonnaire. Enfin, il a beaucoup insisté sur l'importance de l'environnement de culture pour minimiser le stress

Embryonnaire. Il a conclu en disant que des axes de recherche doivent être ouverts dans ce domaine pour avoir des réponses par rapport aux nombreuses questions qui restent encore en suspend.

- o La 2^{ème} communication était présentée par Pr S Hamamah (France) et portait sur **le choix du meilleur embryon**. Après un bref rappel sur le développement embryonnaire allant de la fécondation au stade de Blastocystes. Le Pr Hamamah s'est appesanti sur les différentes méthodes d'appréciation de la qualité de l'embryon. Selon lui, l'étude de la morphologie embryonnaire est subjective, car elle ne peut déterminer la signature moléculaire de l'embryon. L'approche invasive consiste à retirer quelques cellules de l'embryon afin d'apprécier la qualité de ce dernier. Enfin, le score du cumulus réalisé par une dizaine d'équipes dans le monde, est une approche non invasive avec une bonne sensibilité et spécificité qui permet de potentialiser les chances de réussite du transfert. L'intérêt de ce score du cumulus est conforté par les résultats de plusieurs études.
- o La 3^{ème} communication était celle du Pr B Hedon (France); elle portait **sur l'optimisation du transfert d'embryon**. L'orateur a surtout insisté sur les 4 grandes recommandations suivantes pour bien réussir un transfert d'embryon: l'évaluation préalable de la cavité utérine par la cartographie ou l'échographie, l'éviction des contractions utérines en s'éloignant du fond et en utilisant un cathéter simple, le mouchage et l'essuyage du col afin de se débarrasser des mucus, et bien déposer l'embryon dans la cavité utérine. Il a également parlé d'autres paramètres tels que l'injection du milieu de transport et la technique de retrait du cathéter.
- o La 4^{ème} communication a été présentée par Dr May-Panloup (France) et portait sur **les politiques de transfert embryonnaire en FIV**. Après un bref rappel sur le développement embryonnaire, le Dr May-Panloup s'est basée sur quelques études pour conclure qu'il n'y avait pas de différence de réussite entre le transfert d'un blastocyste et celui d'un embryon clivé et que le transfert du blastocyste est associé à plus de risque de grossesse gémellaire.
- o La 5^{ème} communication était celle du Dr C Morinière-Faye (France) qui a parlé **des techniques de transfert embryonnaire en FIV**. Elle a comparé 3 différentes techniques de transfert d'embryon: le «clinical touch» (à l'aveugle), sous échographie 2D et sous échographie 3D. Dans ces résultats, l'échographie 2D semblait avoir une supériorité par rapport à la technique à l'aveugle. Cependant, lorsque cette dernière est associée à une mesure stricte de l'hystérométrie, elle semble identique au transfert sous 2D. L'échographie 3D semble prometteuse.
- o La 6^{ème} et dernière communication de cette session était présentée par Pr S Hamamah (France) et portait sur **l'amélioration de l'implantation**. Après un bref rappel sur le taux de réussite de l'implantation (1 sur 5) et sur le rôle majeur joué par l'âge maternel, le Pr Hamamah



A insisté sur trois critères de réussite essentiels: un embryon compétent, un endomètre réceptif et une bonne interactivité entre l'embryon et l'endomètre.

- **Session communications 7: AMP à coûts réduits**

Modérée par S Hamamah (France) et JM Mayenga (France). Six communications étaient présentées.

- La 1^{ère} communication était intitulée «**Affordable IVF**» et présentée par J de Mouzon (France). Cette présentation a mis en évidence la grande différence dans la réalisation de l'AMP dans le monde et l'impact des facteurs économiques et démographiques sur les disparités observées. La pratique de l'AMP est plus importante dans les pays développés où sont réalisées plus de 35 000 AMP par an, alors qu'elle est inférieure à 2% du total mondial en Afrique. Cette situation contraste en Afrique où les taux d'infertilité sont très élevés, l'accès au diagnostic et au traitement est insuffisant et où on note une absence de données sur la pratique de l'AMP. Pour améliorer la situation, l'orateur a proposé des solutions qui s'articulent autour de 2 axes: améliorer la prise en charge par une meilleure implication des communautés et par la baisse des coûts de d'exploration et du traitement.
- La 2^{ème} Communication portait sur **la congélation lente versus la vitrification**, présentée par JF Velez de la Calle (France). La congélation est la technique standard et la vitrification apporte une amélioration technique incontestable. Chaque technique a ses avantages et ses contraintes. La limite de la vitrification est constituée par le coût, l'expertise et le temps matériel nécessaire. Il n'existe pas de différence entre les deux techniques et la population générale en termes de risque de malformation foetale. Cependant, le suivi des enfants nés après vitrification est obligatoire pour évaluer les risques à long terme.
- La 3^{ème} Communication avait trait à **l'expérience égyptienne de l'AMP et coûts abordables**, présentée par Pr S Hassan (Egypte). Selon l'orateur, la satisfaction des besoins en AMP en Afrique varie de 1 à 22,5%. Il a rappelé les difficultés d'accès à l'AMP dans les pays en développement. Ensuite, il a rapporté l'expérience égyptienne sur la pratique de l'AMP à coûts abordables à travers le projet ARUSHA. Depuis la stimulation ovarienne jusqu'au transfert embryonnaire, la simplicité doit être de mise selon lui. Il a donné quelques indications dans ce sens: HMG seule contre protocole long, échographie simple contre échographie et E2 pour la ponction ovocytaire, traitement du sperme simplifié et transfert embryonnaire à l'aide de cathéters rigides. Après évaluation de leur technique, le taux de grossesse était similaire aux taux retrouvés en technique conventionnelle. Des sessions de formation à cette approche ont déjà été tenues en faveur de beaucoup de collègues africains.
- La 4^{ème} Communication, celle du Pr JF Velez de la Calle (France) était intitulée «**Comment obtenir 3 Blastocystes à 1 Euro 50**». L'orateur a d'abord rappelé la loi votée dans plusieurs pays portant sur la diminution du nombre d'embryons transférés. Il a ensuite précisé les indications du «single embryo transfer» que sont entre autres l'âge supérieur à 37 ans, l'antécédent de myomectomie et de césarienne. Cette technique connaît cependant une limite constituée par la barrière professionnelle du fait de son efficacité relative mais aussi des mauvais résultats de la cryopréservation. Pr Velez de la Calle a présenté les résultats de son étude évaluant l'efficacité de l'AMP selon le milieu de culture. Il a démontré que la culture prolongée était associée à une cinétique embryonnaire accélérée et un taux de fausses couches spontanées moindre.
- Pr JF Velez de la Calle a enchaîné avec la 5^{ème} Communication de cette session: «**Comment**

Construire un congélateur de spermatozoïdes avec 10 Euros». Après un rappel sur l'historique de la congélation



Et les notions basiques de cryopréservation, l'orateur a passé en revue les différentes étapes de la construction de ce modèle de congélateur de spermatozoïdes.

- La 6^{ème} Communication était celle du Dr N Dhont (Belgique) intitulée «La lutte pour l'accès mondial à la procréation médicalement assistée: une mise à jour de the Walking Egg Project». Il ressort de cette communication qu'en Afrique, les autorités n'investissent pas assez sur la PMA du fait de son coût élevé ; elles pensent que les priorités sont plutôt ailleurs (mortalité maternelle, pandémie du HIV, pauvreté...). Le Walking Egg Project qui a vu le jour en 2010 a pour objectif de rendre la FIV accessible à tous grâce à la mise en place d'un laboratoire de FIV simplifié dont l'orateur a passé en revue les différentes étapes de la création. Une étude est en cours pour évaluer l'efficacité de ce laboratoire et les résultats préliminaires montrent que le taux de fécondation était le même quel que soit le milieu de culture. Ils ont obtenu à ce jour la naissance de 4 enfants.

- **Table ronde 3: Problématique du don de gamètes**

- La 1^{ère} Communication, celle du Dr FIADJOE (Togo) portait sur **L'expérience Togolaise**.

L'orateur a commencé son exposé par cette assertion «Avoir un enfant est capital dans la vie de l'africain».

L'AMP est pratiquée au Togo depuis 1996, cependant il a signalé que cette pratique avait la particularité de ne pas avoir une législation au Togo. Il a exposé la technique de « sharing ». Il a rappelé les indications aussi bien chez l'homme que chez la femme de l'utilisation de cette technique et à énumérer les stratégies de recrutement de donneurs de gamètes. 40 enfants nés soit un taux de 21%. A la fin de sa communication, il a émis quelques

Perspectives notamment la vitrification des ovocytes et des embryons. Il a terminé en émettant une réserve concernant la préservation du secret et de l'anonymat dans le couple africain.

- La 2^{ème} Communication était celle du Dr E Gwet-Bell (Cameroun), elle portait sur **l'expérience camerounaise à la clinique Odysée de Douala**. L'orateur a débuté en proposant une définition de certains termes comme les dons de sperme, d'ovocyte et d'embryon. Elle a ensuite précisé que l'AMP est pratiquée au Cameroun depuis 1997 et que le recours à l'AMP était encore relativement tardif du fait de raisons multiples. Elle a signalé qu'au début de la pratique de l'AMP au Cameroun le don n'était réglementé par aucun texte, mais en 2010 après le 2^{ème} congrès du GIERAF, il a été proposé à l'état camerounais un Guide de bonne conduite en AMP rédigé par le GIERAF.

Cela a permis de démarrer la mise en place d'une législation. Dans son expérience, il est proposé un « sharing » ou un Don anonyme. Dans tous les cas on procède par un counselling et l'obtention d'un consentement éclairé. Elle a précisé que depuis 2010 le don d'ovocytes par sharing a nettement diminué alors que le don anonyme connaît une nette augmentation passant de 5% en 2009 à 23% en 2012. Elle a rapporté dans ses résultats un taux de grossesse de 20% avec la technique sharing et 35-40% dans le don anonyme. L'orateur a terminé son exposé en abordant quelques problèmes spécifiques tels que: les questions éthique, le problème financier et la gestion de l'échec. Elle a conclu en disant que le don de gamètes était de plus en plus connu et accepté au Cameroun.

- Dans la 3^{ème} Communication le Dr G Sandjon (Cameroun) a rapporté l'expérience de son centre d'AMP situé également à Douala. Dans sa pratique, le don est anonyme dans 75% et dans les 25% restant la donneuse est choisie par la receveuse. Il a rapporté dans ses résultats un taux de grossesse de 38,5%, taux comparé aux taux en France 33%, en Angleterre 42% et en Espagne 61%.



Il a aussi signalé les contraintes rencontrées relatives au coût élevé de cette technique qui était de 2395000 F, au problème du consentement avec un taux d'analphabétisme de 67,9% et à l'absence de loi bioéthique.

- o La 4^{ème} Communication a permis au Dr V Vernaeve (Belgique) de relater **l'expérience**

Européenne, en particulier celle espagnole, du don de gamètes. D'après elle, l'Espagne offre

40 % des soins transfrontaliers en Europe, 60% des dons qui y sont enregistrés concernent

Des personnes étrangères. Aussi, elle a qualifié l'Espagne de leader dans le don de gamètes. Ce don est protégé par des lois très claires et rigoureuses, le don d'ovocyte est anonyme volontaire et altruiste. Elle précise que l'âge des donneurs était situé entre 18 ans et 50 ans. En 2012, dans leur expérience elle avait noté plus de 3000 cycles de don

D'ovocytes avec plus de 60% d'étrangères, 78 nationalités et 16 pays différents. Elle utilisait un protocole basé sur les antagonistes, le gold standard étant la stimulation par les antagonistes et le déclenchement par les analogues, la satisfaction était très élevée dans 9 cas sur 10. Elle a noté un taux moindre de grossesses chez les africaines notamment à cause de la fréquence des fibromes. Elle a conclu son exposé en signalant que l'organisation d'un

Programme de don d'ovocytes est très complexe et repose en grande partie sur la qualité et sur la sécurité de l'information.

- o Dans la 5^{ème} Communication, Dr M Mayenga (France) a abordé les différentes étapes techniques du don de gamètes. Ce sont les suivantes: la sélection des patientes, l'appariement, la conservation des gamètes, la vitrification des ovocytes, la confidentialité et la conservation des données qui sont gérées de façon rigoureuse. Il a insisté sur l'anonymat qui est toujours respecté. Dans de rares exceptions il peut être levé, en particulier en cas de malformations embryonnaires. Il a rappelé qu'en France tous les dossiers de don de gamètes sont soumis à la vérification du tribunal de grande instance.

La 6^{ème} Communication de cette session a permis au Pr A Dieye (Sénégal) d'aborder les problèmes culturels et éthiques posés par le don de gamète en Afrique. Selon l'orateur, l'Afrique a la particularité d'être caractérisée entre autres par une diversité culturelle, de fortes croyances religieuses, un faible niveau de revenu et une forte prévalence du VIH. Selon lui, les problèmes observés dans les dons de gamètes sont liés aux valeurs traditionnelles africaines telles que la famille définie par couple hétérosexuel, une discrimination fondée sur le sexe avec une puissance masculine absolue, une indexation et une culpabilisation de la femme vis à vis de l'infertilité. L'infertilité légitime la pratique de la polygamie ou suggère l'adoption de l'enfant d'un parent. Les avis des différentes religions

sont discordants par rapport au don de gamètes. La loi sénégalaise ne s'est pas encore prononcée par rapport au don de gamètes; pourtant il commence à être pratiqué. Selon l'orateur, l'anonymat est difficile à gérer en Afrique; la gratuité des dons doit être effective pour respecter la dignité de la personne. La seule motivation doit être la solidarité et l'altruisme.

4. Samedi 16 Février 2013

- **Conférence 4 : Repositionnement de la Planification Familiale et lutte contre l'infertilité**



Conférence modérée par R Leke (Cameroun), M Gueye Ba (Sénégal) et EO faye (Sénégal),

Le conférencier Pr R Perrin (Bénin) a rappelé l'historique des stratégies qui ont abouti au repositionnement de la PF depuis 1971 avec l'IPPF jusqu'en 2005 qui est l'année de naissance du concept du repositionnement de la PF. Cette nouvelle stratégie se justifie par l'existence d'un contraste entre une prévalence contraceptive faible et des besoins non satisfaits importants. Plusieurs éléments expliquent cette situation: faible implication des donateurs et des décideurs publics avec une tendance à l'orientation des fonds vers d'autres priorités comme les VIH/ SIDA. Après ce constat, il a insisté sur les bénéfices que la PEC de l'infertilité pourrait tirer du repositionnement de la PF.

- Session communication 8: Contraception et infertilité

Cette session modérée par R Leke (Cameroun), M Gueye Ba (Sénégal) et EO faye (Sénégal) ; 4 communications.

- o La 1^{ère} Communication par Dr D Diakité (Mali) a abordé la question suivante: **la contraception peut-elle être cause d'infertilité ?** Le présentateur a fait une large revue de la littérature pour essayer de répondre à cette question en précisant d'emblée que la fertilité baisse physiologiquement avec l'âge. Après une revue des conséquences de chaque méthode sur la fertilité, les résultats sont rassurants et ne montrent pas un impact négatif des contraceptifs sur la fertilité ultérieure. En conclusion de son exposé, l'orateur propose d'utiliser les arguments scientifiques développés dans son exposé pour faire un plaidoyer destiné à une meilleure gestion des rumeurs liées à la contraception.
- o La 2^{ème} Communication présentée par Pr E Mboloko (RD Congo) a porté sur **la contraception chez les patientes présentant une dystrophie ovarienne**. Le présentateur a rappelé la physiopathologie des dystrophies ovariennes (SOPK), les conséquences biologiques et cliniques de la dystrophie ovarienne. Ensuite, il a parlé de l'intérêt des oestroprogestatifs dans la dystrophie ovarienne. Ces oestroprogestatifs peuvent être utilisés, mais avec prudence en tenant compte des antécédents de la patiente.
- o La 3^{ème} Communication par Pr A Diouf (Sénégal) a essayé de répondre à la question: **Quelle contraception après l'accouchement d'une femme traitée pour infertilité ?**

La revue de la littérature est pauvre à propos de ce sujet souligne-t-il dès l'entame de sa présentation. Il insiste sur le paradoxe que peut constituer une telle pratique contraceptive. Alors, il recommande de bien faire un bilan complet de la patiente, l'histoire de son infertilité et les thérapeutiques apportées. Aussi pour chaque méthode il faut au préalable revisiter les chances et les délais de retour à la fertilité. Il conclue sur l'absence de consensus

Autour de cette question. Il recommande alors que le problème soit abordé au cas par cas, que la contraception soit

De courte durée et que les besoins de procréation du couple soient bien évalués avant de débiter.

- o La 4^{ème} Communication de cette session était présentée par Dr M Diallo (Sénégal), elle a porté sur

La contraception du post partum immédiat par les implants. Grâce à un essai clinique qu'il a conduit, le présentateur démontre que la méthode des implants en post partum immédiat est une méthode efficace, son utilisation dans ce contexte n'augmente pas le risque de complications par rapport à la période du post partum tardif.

Cette option est très intéressante et élargit les critères d'éligibilité à la contraception avec les progestatifs.



- **Conférence 5: L'assistance médicale à la procréation représente-t-elle un risque de dérive**

Eugénique? Cette conférence était animée par Pr JF Guerin (France) sous la modération des Pr JC Moreau (Sénégal), S Hassan (Egypte) et A Dieye (Sénégal). Le conférencier a commencé par poser la question de savoir si l'AMP présentait un risque d'augmentation de la prévalence des infertilités, en particulier masculine, au fil des générations. Selon lui, cette augmentation est possible ; mais, elle sera dans tous les cas très limitée. L'orateur a poursuivi sa conférence en disant que les risques épi génétiques liés à l'AMP existent; ces risques semblent faibles. Ils seraient plus en relation avec le statut d'infertilité qu'aux conditions mêmes de la fécondation in vitro. Quant aux risques de dérives eugéniques, selon lui, ils sont plus du domaine du «fantasme». Il a conclu en disant que c'est aux professionnels de santé et à la société de savoir raison garder.

Le Comité scientifique du GIERAF.