



28^{es} JOURNÉES
de la Fédération Française
d'Étude de la Reproduction

FFER 2023
NOUVELLE AQUITAINE
27/29 Septembre

Connectez-vous
  

ffer-nouvelleaquitaine2023.com
→ Palais des Congrès - ARCACHON ffer-nouvelleaquitaine2023.com

Session GEDO

Quelle serait la « meilleure » donneuse d'ovocytes ?

Emmanuelle Mathieu d'Argent
RESPONSABLE DE L'UNITÉ D'AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION,
SERVICE DU PR TOUBOUL. HÔPITAL TENON.

27 SEPTEMBRE 2023



www.fertilite-tenon.fr





28^{es} JOURNÉES
de la Fédération Française
d'Étude de la Reproduction

FFER 2023
NOUVELLE AQUITAINE
27 / 29 Septembre

Connectez-vous
  

ffer-nouvelleaquitaine2023.com
→ Palais des Congrès - ARCACHON ffer-nouvelleaquitaine2023.com



www.fertilite-tenon.fr

Liens d'intérêt: aucun



AP-HP.
Sorbonne
Université

Quelle serait la « meilleure » donneuse d'ovocytes ?



- Celle qui permettra au moins une naissance



- Celle qui n'aura pas de complication



- Celle qui considèrera l'expérience du don comme une expérience positive, à tous points de vue

- QUE FAIRE DE CETTE INFORMATION, SI ON L'OBTIENT?

Le critère majeur de donneuse de « bon pronostic » en AMP: la taille de la cohorte ovocytaire

Human Reproduction, Vol.26, No.7 pp. 1768–1774, 2011

Advanced Access publication on May 10, 2011 doi:10.1093/humrep/der106

human
reproduction

ORIGINAL ARTICLE *Infertility*

Association between the number of eggs and live birth in IVF treatment: an analysis of 400 135 treatment cycles

Sesh Kamal Sunkara¹, Vivian Rittenberg¹, Nick Raine-Fenning²,
Siladitya Bhattacharya³, Javier Zamora⁴, and Arri Coomarasamy^{5,*}

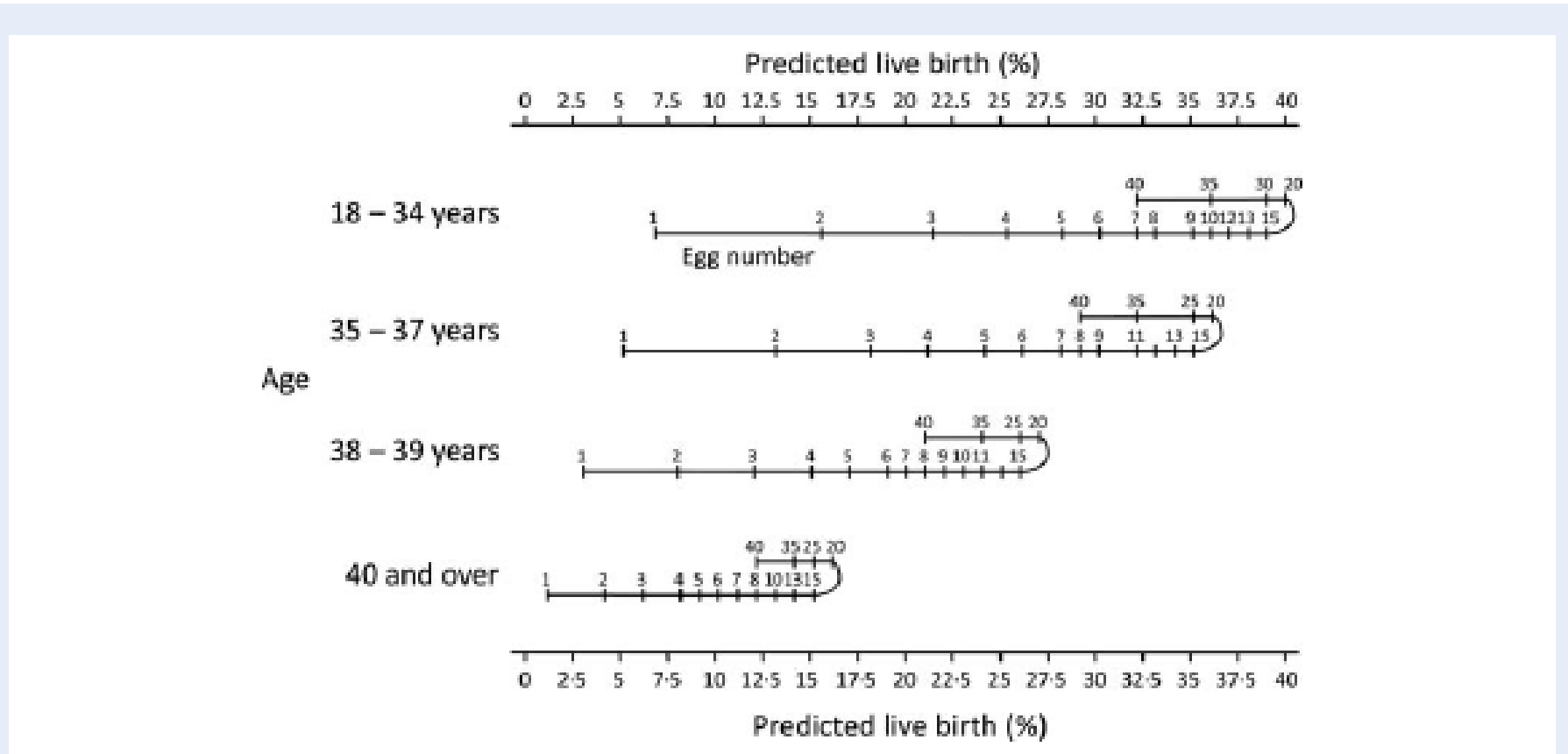


Figure 5 Nomogram to calculate predicted live birth probability given egg number and age.

CONCLUSION: The relationship between the number of eggs and live birth, across all female age groups, suggests that the number of eggs in IVF is a robust surrogate outcome for clinical success. The results showed a non-linear relationship between the number of eggs and LBR following IVF treatment. The number of eggs to maximize the LBR is ~15.

Quels sont les facteurs prédictifs de la taille de la cohorte ovocytaire chez les donneuses? Et est ce que ces paramètres sont associés aux chances de grossesse chez les receveuses?

- Age de la donneuse?
- Ses paramètres de réserve ovarienne? AMH, CFA
- Son BMI?
- Le nombre d'ovocytes obtenus?
- Le mode de stimulation, le choix des gonadotrophines, l'adaptation des doses de départ...

L'Age de la donneuse

Human Reproduction, Vol.27, No.1 pp. 118–125, 2012

Advanced Access publication on November 2, 2011 doi:10.1093/humrep/der359

human
reproduction

ORIGINAL ARTICLE *Infertility*

Donor age is a major determinant of success of oocyte donation/recipient programme

Yueping Alex Wang^{1,*}, Cindy Farquhar², and Elizabeth Anne Sullivan¹

Meilleur pronostic pour les donneuses < 35 ans

BACKGROUND: In recent years, particularly in developed countries, women have tended to delay childbirth until over 40 years of age. Our study aims to identify whether the donor's age or recipient's age influences the pregnancy and live birth rate following oocyte recipient cycles.

METHODS: A population study included 3889 fresh oocyte recipient cycles. Pregnancy and live delivery rates were compared in recipient age groups (<35, 35–39, 40–44 and ≥45 years) and donor age groups (<30, 30–34, 35–39 and ≥40 years).

RESULTS: The highest live birth rate was of cycles in donors aged 30–34 years (25.0%), it decreased ($P < 0.05$) to 24.1% in donors aged <30 years, 20.7% in donors aged 35–39 years and 11.5% in donors aged ≥40 years. The multivariate analysis showed no significant differences in the success by recipient's age. Compared with cycles in donors aged 30–34 years, cycles in donors aged 35–39 years had 14 and 18% less chance to achieve a pregnancy [adjusted rate ratio (ARR) 0.86, 95% confidence interval (CI) 0.75–0.98] and a live delivery (ARR 0.82, 95% CI 0.71–0.96), while cycles in donors aged 40 years or older had 42 and 54% less chance to achieve a pregnancy (ARR 0.58, 95% CI 0.41–0.84) and a live delivery (ARR 0.46, 95% CI 0.29–0.73).

CONCLUSIONS: Older recipients with younger donors did not have a poorer pregnancy outcome compared with younger recipients with younger donors. Choosing a donor aged <35 years would increase the chance of pregnancy and live delivery for older recipients.

Key words: oocyte recipient / recipient age / donor age / live delivery / pregnancy loss

Hogan et al. 2019: lower CLBR in recipients of oocytes from donors aged 35 years or older

Mais...

- Wu et al 2012: meilleurs résultats quand la donneuse a 25-29 ans
- Franasiak et al 2014: taux élevé d'aneuploidie embryonnaire (> 40%) pour les donneuses de moins de 23 ans

- Lien direct entre CFA et taille de la cohorte ovocytaire chez les donneuses d'ovocytes:
 - Vrontikis et al 2010,
 - Polyzos et al 2012
 - Martinez et el 2013

- Mais...

Le CFA est associée à la taille de la cohorte ovocytaire mais ne prédit PAS les résultats du don d'ovocytes

Melo MA Fertil Steril 2009

Antral follicle count (AFC) can be used in the prediction of ovarian response but cannot predict the oocyte/embryo quality or the in vitro fertilization outcome in an egg donation program

Marco Antonio Barreto Melo, M.D.,^a Nicolás Garrido, Ph.D.,^{a,b} Claudio Alvarez, M.D.,^a José Bellver, M.D.,^a Marcos Meseguer, Ph.D.,^{a,b} Antonio Pellicer, M.D.,^a and José Remohí, M.D.^a

^a Instituto Valenciano de Infertilidad, Universidad de Valencia, and ^b Fundación IVI, Valencia, Spain

Objective: To verify whether the antral follicle count (AFC) could predict ovarian response, oocyte/embryo quality, and IVF outcome.

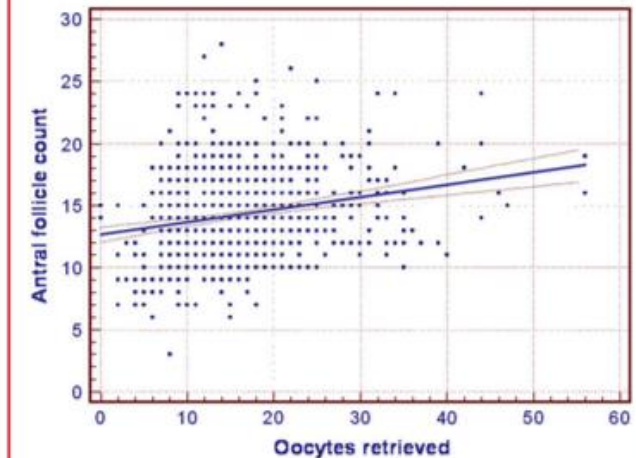
Design: Prospective study.

Setting: Instituto Universitario–Instituto Valenciano de Infertilidad, Valencia, Spain.

Patient(s): One thousand seventy-four donors and 975 oocyte recipient cycles.

FIGURE 1

Plot of the correlation analysis between the number of oocyte retrieved and AFC at the ultrasound after pituitary down-regulation and before the start of COH. The regression curve delineates the significant correlation between the AFC and retrieved oocytes ($r = 0.2135$, $P < .0001$).



Barreto Melo. Role of AFC in egg donation program. Fertil Steril 2009.

Le lien entre la taille de la cohorte ovocytaire et l'AMH

- Démonstré chez les patientes infertiles
- Chez les donneuses:
 - Les études montrent le lien entre AMH et nombre d'ovocytes obtenus chez les donneuses
 - En protocole agoniste (*NAKHUDA 2010, RIGGS 2011*)
 - En protocole antagoniste (*POLYZOS 2012*)

ARTICLE

Anti-Müllerian hormone for the assessment of ovarian response in GnRH-antagonist-treated oocyte donors

Nikolaos P Polyzos *, Dominic Stoop, Christophe Blockeel, Paul Adriaensen, Peter Platteau, Ellen Anckaert, Johan Smits, Paul Devroey

Lien clair entre la taille de la cohorte et l'AMH

Table 1 Baseline characteristics according to the level of ovarian response.

	≤6 oocytes	7–20 oocytes	>20 oocytes
Patients	16	73	19
Demographics			
Age (years)	28 (25–30)	29 (25–32)	25 (21–32)
BMI (kg/m ²)	22.6 ± 1.8	23.2 ± 4.0	20.9 ± 2.6
Endocrinological profile			
Basal FSH values (mIU/ml)	7.2 ± 3.3	6.5 ± 3.0	5.6 ± 2.4
AMH values (ng/ml) ^a	3.22 ± 1.3	4.3 ± 2.6	7.3 ± 5.6
Stimulation characteristics			
Stimulation days	10 (9–11)	10 (9–11)	9 (9–10)
Total gonadotrophin dose (IU)	1925 (1575–2325)	1750 (1500–2212.50)	1600 (1350–1900)

Values are n, median (interquartile range) or mean ± SD.

AMH = anti-Müllerian hormone; BMI = body mass index.

^aValues are statistically significantly different (*P* = 0.012).

Anti-Müllerian hormone serum levels predict response to controlled ovarian hyperstimulation but not embryo quality or pregnancy outcome in oocyte donation

Riggs, FS 2011

160 cycles de don
78 donneuses

The objective of this retrospective cross-sectional study was to evaluate the value of basal serum anti-Müllerian hormone (AMH) levels as a predictor of ovarian response and pregnancy outcome in a donor egg program. The study showed that AMH was superior to other biomarkers of ovarian reserve in predicting low and high response in young women selected as oocyte donors, but that it was not predictive of embryo morphology or pregnancy outcome in the recipient population. (*Fertil Steril*® 2011;95:410–2. ©2011 by American Society for Reproductive Medicine.)

TABLE 2

ROC analysis.

	≤ 6 retrieved oocytes			≥ 16 retrieved oocytes			Live birth		
	AUC	P value	95% CI	AUC	P value	95% CI	AUC	P value	95% CI
AMH (ng/mL)	0.862	.021	0.761–0.963	0.705	.0005	0.623–0.787	0.559	.583	0.451–0.666
FSH (IU/L)	0.574	.655	0.354–0.794	0.621	.023	0.532–0.710	0.617	.038	0.513–0.720
E ₂ (pg/mL)	0.612	.398	0.400–0.824	0.512	.960	0.421–0.603	0.525	.660	0.419–0.631
Inhibin B (ng/mL)	0.730	.183	0.473–0.987	0.608	.051	0.520–0.696	0.554	.348	0.450–0.658
LH (IU/L)	0.740	.041	0.582–0.900	0.522	.562	0.431–0.913	0.644	.006	0.545–0.744
Peak E ₂ (pg/mL)	0.746	.056	0.625–0.867	0.736	.0007	0.660–0.813	0.562	.177	0.459–0.666

Note: AUC = area under the ROC curve; CI = confidence interval; ROC = receiver operating characteristic.

Riggs. Correspondence. *Fertil Steril* 2011.

**aucune
corrélation
entre AMH et
CLBR**

Reproductive outcomes in recipients are not associated with oocyte donor body mass index up to 28 kg/m²: a cohort study of 2722 cycles

Francisca Martínez *, Alejandro Kava-Braverman, Elisabet Clúa, Ignacio Rodríguez, Sofia Gaggiotti Marre, Buenaventura Coroleu, Pedro N Barri

2017

Table 1 – Donor and recipient characteristics by donor body mass index quartiles.

Quartile (n = 2722)	Q1 (n = 722)	Q2 (n = 676)	Q3 (n = 689)	Q4 (n = 635)	P-value
Donor BMI quartile, kg/m ²	≤19.9	19.91–21.50	21.51–23.50	≥23.51	–
BMI mean, kg/m ²	18.9 ± 0.7	20.8 ± 0.5	22.5 ± 0.6	25.3 ± 1.3	–
Quartile	Q1	Q2	Q3	Q4	P-value
Total FSH doses, IU	1853 ± 758	1791 ± 723	1874 ± 771	1937 ± 753	<0.05
Peak oestradiol, pg/ml	1846 ± 965	1864 ± 972	1901 ± 976	2014 ± 1093	NS
Number of follicles on triggering day	17.7 ± 5.7	18.0 ± 5.4	18.3 ± 5.9	17.8 ± 5.6	NS
Days of stimulation	9.3 ± 1.9	9.3 ± 1.7	9.5 ± 2.0	9.6 ± 1.7	<0.05
Oocytes retrieved	17.1 ± 7.2	16.8 ± 6.6	17.7 ± 7.1	16.7 ± 6.8	<0.05
Metaphase II oocytes	14.1 ± 6.5	13.9 ± 5.8	14.6 ± 6.1	13.6 ± 5.8	<0.05
Oocytes received by recipient	9.7 ± 3.3	9.7 ± 3.2	9.9 ± 3.3	9.7 ± 3.3	NS
Clinical pregnancies from fresh transfers (rates)	360/722 (49.9%)	340/676 (50.3%)	346/689 (50.2%)	301/635 (47.4%)	NS
Miscarriages (rates)	72/360 (20.0%)	58/340 (17.1%)	68/346 (19.7%)	57/301 (18.9%)	NS
Live births from fresh transfers (rates)	231/722 (32.0%)	249/676 (36.8%)	242/689 (35.1%)	206/635 (32.4%)	NS
Cumulative live births (rates)	287/722 (39.8%)	305/676 (45.1%)	305/689 (44.3%)	281/635 (44.3%)	NS

Etude GEDO 2023

Jeanine OHL

Cohorte rétrospective française:

1186 cycles de don

12 centres (Toulouse, Bécère, IMM, JVR, Marseille, Metz, Rennes Rouen Strasbourg Tenon, Lille, Lyon).

2019-2022

En 'vie réelle': sont ici compilées des stratégies très variables de vitrification d'ovocytes, de vitrification embryonnaire, de transferts, à des stades variables de développement embryonnaire) selon les centres et intra centre.

Objectifs de la cohorte:

- évaluer les caractéristiques des donneuses qui ont permis au moins une grossesse
- évaluer les pratiques françaises (vitrification, dons synchrones, devenir des ovocytes donnés et/ou autoconservés)

Pas d'outil organisé de recueil et d'analyse transversale des données

Etude GEDO 2023

Jeanine OHL

	Moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n
Âge au moment de la ponction	31.5 (4.51)	33.0 [29.0; 35.0]	18.0	38.0	1186
AFC	21.4 (12.0)	19.0 [14.0; 26.0]	0	122	918
AMH	3.46 (2.51)	2.81 [1.81; 4.31]	0	16.7	1152
BMI	23.6 (4.10)	22.7 [20.7; 25.7]	15.1	46.8	1023
Tabac OUI=1 NON=0	0	714 (79%)			

Attention:
beaucoup de
cycles non
exploitables

	moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n
Protocole de stimulation	Antagoniste	849 (85%)			
	progestatifs	123 (12%)			
	Agoniste	31 (3.1%)			
	NC	183 (15.4%)			
ELONVA	0	766 (76%)			
	1	236 (24%)			
Ovo donnés	9.59 (6.21)	8.00 [5.00; 12.0]	0	47.0	1184
Nbre total de grossesses par donneuse	0.901 (1.13)	1.00 [0; 2.00]	0	7.00	1186
Grossesse (au moins une) OUI=1 NON=0	0	566 (48%)			
	1	620 (52%)			
Autoconservation oui=1 non=0	0	1009 (85%)			
	1	177 (15%)			

Nombre d'accouchements trop incomplets (quelques grossesses en cours): travail avec les données de grossesses

11.6 MII obtenus / donneuse
13123 MII au total

MIl donnés: 11355 soit 9.59 par donneuse

1069 grossesses obtenues / 11355 ovocytes donnés:

10.62 ovocytes pour obtenir une grossesse

Analyse univariée

		Grossesse NON (n = 566)	Grossesse OUI (n = 620) 52,3%	n	p
Âge au moment de la ponction moyenne (écart-type)		32.0 (4.44)	31.1 (4.53)	1186	<0.001
AFC moyenne (écart-type)		20.1 (11.1)	22.7 (12.7)	918	<0.01
AMH moyenne (écart-type)		3.10 (2.44)	3.79 (2.53)	1152	<0.001
BMI moyenne (écart-type)		23.5 (4.32)	23.6 (3.88)	1023	0.67
Parité moyenne (écart-type)		0.906 (1.00)	1.01 (1.01)	885	0.12
ELONVA n	0	380 (78%)	386 (75%)	766	0.17
	1	105 (22%)	131 (25%)	236	-
Protocole de stimulation n	Antagoniste	388 (80%)	461 (89%)	849	<0.001
	progestatifs	81 (17%)	42 (8.1%)	123	-
	Agoniste	18 (3.7%)	13 (2.5%)	31	-
Tabac OUI=1 NON=0, n	0	363 (80%)	351 (79%)	714	0.55
	1	90 (20%)	96 (21%)	186	-

Analyse univariée

		Grossesse NON (n = 566)	Grossesse OUI (n = 620)	n	p
Ovo total moyenne (écart-type)		11.9 (8.15)	15.8 (9.45)	1004	<0.001
Ovo donnés moyenne (écart-type)		7.97 (5.66)	11.1 (6.34)	1184	<0.001
Ovo vitrif restants moyenne (écart-type)		0.356 (1.57)	0.397 (1.77)	1184	0.67
Autoconservation ovocytaire oui=1 non=0, n	0	472 (83%)	537 (87%)	1009	0.12
	1	94 (17%)	83 (13%)	177	-

Analyse multivariée

Facteurs indépendamment corrélés à la variable grossesse

		ODDS-RATIO	P	P GLOBAL
MII		1.07 [1.04; 1.09]	<0.001	<0.001
AFC (+10)		0.988 [0.847; 1.15]	0.87	0.87
Âge au moment de la ponction		0.977 [0.949; 1.01]	0.13	0.13
AMH		1.03 [0.953; 1.12]	0.44	0.44
Protocole de stim	progestatifs vs Antagoniste	0.368 [0.241; 0.561]	<0.001	<0.001
	Agoniste vs Antagoniste	0.642 [0.306; 1.35]	0.24	-

Modalités de stimulation chez les donneuses: Sécurité, flexibilité et confort

661 RBMO VOLUME 40 ISSUE 5 2020

RBMO

ARTICLE

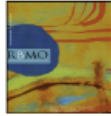
Does LH suppression by progesterone-primed ovarian stimulation compared with GnRH antagonist affect live birth rate among oocyte recipients?



BIOGRAPHY

Dr Francisca Martínez, PhD, is a specialist in obstetrics and gynaecology and has worked at the Hospital Universitari Dexeus since 1986. She currently works in research and development for the Reproductive Medicine Service. Her main interests are reproduction, infertility, contraception, oocyte donation and fertility preservation. She has authored several papers in peer-reviewed journals and is a member of several national and international scientific societies.

Francisca Martínez*, Elisabet Clúa, Sandra García, Buenaventura Coroleu, Nikolaos P. Polyzos, Pedro N. Barri



Martinez F, Juin 2021. Revue de la littérature

Protocoles:

- Pas de différences entre les protocoles agonistes et antagonistes
- PPOS: 7 études. Peu ou pas de différence, en comparaison avec le protocole antagoniste, pour:
 - Le nombre d'ovocytes
 - Les grossesses obtenues
 - Données à long terme sur la santé des enfants: insuffisantes (peu de recul)

Déclenchement par agonistes: gold standard

- Quasi disparition des Syndromes d'hyperstimulation
- Bon taux de recuperation ovocytaire
- Taux de grossesse identique chez les receveuses
- Pas de pic de LH

Monitoring par échographie seule: suffisant

Agonist triggering in oocyte donation programs—Mini review

Robert Najdecki^{1*}, Georgios Michos¹, Nikos Peitsidis¹, Evangelia Timotheou¹, Tatiana Chartomatsidou¹, Stelios Kakanis², Foteini Chouliara¹, Apostolos Mamopoulos² and Evangelos Papanikolaou^{1,2}

¹Assisting Nature, Centre of Assisted Reproduction and Genetics, Thessaloniki, Greece,
²3rd Department of Obstetrics and Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Frontiers in Endocrinology 2022

Agonist triggering

hCG triggering

Study	OHSSEvents	Donorsn (%)	OHSSEvents	Donorsn (%)
Acevedo, 2006 (5)	0	30	5	30 (17%)
Galindo, 2009 (6)	0	106	9	106 (8.5%)
Melo, 2009 (7)	0	50	2	50 (4%)
Sismanaoglou, 2009 (8)	0	44	3	44 (6.8%)
Bodri, 2009 (9)	0	1,046	13	1,031 (1.3%)
Streda, 2011 (10)	0	12	1	12 (8.3%)
Tsakiridis, 2020 (11)	0	80	3	80 (3.7%)
Total	0	1,368 (0%)	36	1,353 (2.66%)

Conclusions:

- Triptorelin 0.2 ou 0.3 mg
- Efficacité supérieure de ce type de déclenchement: plus d'ovocytes , plus d'embryons
- Pas de différence en terme de naissances
- Reduction drastique du risque d'HSO

L'Objectif: améliorer l'efficacité du don d'ovocytes

Comment obtenir le maximum d'ovocytes sans augmenter les risques pour les donneuses? (protocoles?)

Comment ajuster le nombre d'ovocytes donnés à chaque receveuse?

Faut il matcher les donneuses et les receveuses?

Comment choisir la technique utilisée (transfert frais, utilisation d'une vitrification ovocytaire ou embryonnaire, voire d'une double vitrification)?

Facteurs predictifs de succès du don- utilisation d'ovocytes vitrifiés: Matcher donneuses et receveuses en fonction de leurs caractéristiques

Factors predicting clinical outcomes from 494 vitrified oocyte donation cycles at a UK-regulated egg bank



BIOGRAPHY

Dr Vanessa Pataia completed her MSc in Reproductive and Developmental Biology from Imperial College London in 2013 and PhD in Biosciences from King's College London in 2018. She currently works as a research associate at the London Egg Bank investigating factors that influence oocyte donor and recipient treatment success.

Vanessa Pataia, Shailaja Nair, Marta Wolska, Elena Linara-Demakakou,
Trina Shah, Giuseppina Lamanna, Nick Macklon, Kamal K. Ahuja*

495 donneuses de 18 à 35 ans

le nombre d'ovocytes donnés: lié à l'AMH
et à l'âge de la donneuse

A noter que les résultats sont moins
bons pour les donneuses de 18 à 22 ans,
que pour les donneuses de 23 à 29 ans.

Le pronostic est moins bon chez les
receveuses dont le BMI est élevé ou qui
ont présenté des fausses couches

Proposition: donner aux receveuses de moins bon pronostic (BMI, ATCD
de FCS), les ovocytes des donneuses de meilleur pronostic (23-29 ans)

2022

Facteurs prédictifs de succès du don- utilisation d'ovocytes vitrifiés:
Matcher donneuses et receveuses en fonction de leurs caractéristiques

Factors affecting live birth rates in donor oocytes from commercial egg banks vs. program egg donors: an analysis of 40,485 cycles from the Society for Assisted Reproductive Technology registry in 2016–2018

Robert Stan Williams, M.D.,^a Dorothy D. Ellis, M.S.,^b Elizabeth A. Wilkinson, M.D.,^c Joseph M. Kramer, Ph.D.,^a Susmita Datta, Ph.D.,^b and David S. Guzick, M.D., Ph.D.^a

LBR: 53.3% pour la commercial bank, versus 55.4% programme de don local
Reduction du LBR en fonction de l'âge de la receveuse (surtout après 45 ans)
Et de son BMI
Augmentation du LBR si le nombre d'ovocytes ponctionnés est > 16
Meilleurs résultats après transferts de blastocystes (versus clivage)
Résultats similaires en FIV et en ICSI

Facteurs de succès:

- la source des ovocytes
- l'âge de la receveuse
- le BMI de la receveuse
- le stade embryonnaire au transfert
- le nombre d'ovocytes ponctionnés.

A nous d'optimiser le don pour atteindre les objectifs:

Sélectionner les donneuses sur des critères de bon pronostic pour une naissance?
Identifier des « super donneuses » à priori ou possible seulement après un 1^{er} don?

OU PLUTÔT:

Adapter le nombre d'ovocytes donnés en fonction des caractéristiques des donneuses (âge, AMH..) et des receveuses (BMI, atcd de FCS)

Adapter la technique du don (synchrone, après vitrification de blastocystes, après vitrification d'ovocytes) aux caractéristiques des donneuses?

Améliorer la sécurité des donneuses, en choisissant les meilleures options de stimulation pour éviter les complications et effets secondaires

Améliorer l'expérience du don par plus de flexibilité, une organisation optimisée, et avoir un programme français de don d'ovocytes plus efficient

A nous d'optimiser le don pour atteindre les objectifs:

Mettre en place un observatoire des donneuses d'ovocytes en France?



More than the oocyte source, egg donors as patients: a national picture of United States egg donors

Jennifer F. Kawwass¹ · Patrick Ten Eyck² · Patrick Sieber³ · Heather S. Hipp¹ · Brad Van Voorhis⁴

Received: 26 January 2021 / Accepted: 28 March 2021 / Published online: 1 April 2021

49193 ponctions de donneuses

2016-2017 (SARTCORS)

2.4 ponctions par donneuse en moyenne, 26,3 ans, 24,6 ovocytes en moyenne

47,1% de naissance vivante par e-set

Table 2 Cycle characteristics and pregnancy outcomes per donor egg transfer in the USA for frozen and fresh oocytes, 2016–2017

Donor recipient transfer characteristics	Total (fresh + frozen eggs)	
	Number	Percentage
Total number of donor recipient transfers (fresh + frozen)	37,657	
Elective single embryo transfer (eSET)	20,159	53.5%
Pregnancy outcomes		
Among transfers	37,657	
Live birth (> 20 weeks)	17,725	47.1%
Among pregnancies	21,494	
Miscarriage	3,769	17.5%
Singleton	14,767	68.7%
Good perinatal outcome (> 37 weeks, > 2500 g)	11,179	75.7%
Twins or greater	2,958	13.8%
Good perinatal outcome (> 37 weeks, > 2500 g)	704	23.8%

Effect of oocyte donor stimulation on recipient outcomes: data from a US national donor oocyte bank

H.S. Hipp^{1,*}, A.J. Gaskins², Z.P. Nagy³, S.M. Capelouto⁴, D.B. Shapiro³,
and J.B. Spencer¹

350 donneuses entre 2008 et 2015
100% d'ovocytes vitrifiés (banque)

30 ovocytes en moyenne par donneuse

Taux de naissance par transfert: 49.1%

A banner for the FFER 2023 Nouvelle Aquitaine event. The background is a blue gradient with a faint image of a building on stilts over water. The text is white and yellow. On the left, it says '28^{es} JOURNÉES de la Fédération Française d'Étude de la Reproduction' and 'ffer-nouvelleaquitaine2023.com'. On the right, it says 'FFER 2023 NOUVELLE AQUITAINE', '27/29 Septembre', and 'Palais des Congrès - ARCACHON'. There are also social media icons for Facebook, LinkedIn, and Instagram, and the text 'Connectez-vous' and 'ffer-nouvelleaquitaine2023.com'.

Merci

- à tous les centres de dons qui ont répondu à l'enquête, -
- à Jeanine Ohl qui a coordonné ce travail d'enquête
- et à Guillaume Bachelot pour les statistiques.

Etude GEDO 2015

Etude univariée (critère: naissance)

N=295	Pas de naissance	Au moins une naissance	p
N (%)	180 (61%)	115 (39%)	
Centre			0.28
Age	32,63	31,42	0,006
BMI	24,06	23,14	0,07
Tabac	55%	45%	0,3
Nombre d'enfants de la donneuse	1,94	1,96	0,86
CFA	17,42	19,85	0,04
AMH (ng/ml)	3,73	4,99	0,002

Etude GEDO 2015

	Pas de naissance	Au moins une naissance	p
Protocole agoniste (%)	74,2	25,8	0,001
Protocole antagoniste (%)	54,56	45,45	
Dose totale de gonadotrophines	2353,62	2173,89	0,104
Nombre d'ovocytes	7,88	10,64	$2 \cdot 10^{-5}$



Egg donation of vitrified oocytes bank produces similar pregnancy rates by blastocyst transfer when compared to fresh cycle

Thais S. Domingues^{1,2} · Ana Paula Aquino¹ · Bruna Barros¹ · Raquel Mazetto¹ · Mariana Nicolielo¹ · Carolina M. Kimati¹ · Talita Devecchi¹ · Tatiana C. S. Bonetti^{1,2} · Paulo C. Serafini^{1,3} · Eduardo L. A. Motta^{1,2}

504 cycles de don
78 dons frais, 426 dons d'ovocytes
vitrifiés
Donneuses de moins de 30 ans

Table 2 Demographic characteristics of recipients and clinical outcomes

Variable	Fresh group	Vitrified group	<i>p</i>
Age (years)	42.0 ± 4.3	41.8 ± 4.8	0.790
BMI (kg/m ²)	23.5 ± 3.3	24.4 ± 3.6	0.099
MII oocytes received	10.1 ± 2.6	9.2 ± 2.2	0.005
Fertilization rate (%)	74.5%	77.4%	0.195
Blastocyst rate (%)	48.8%	51.6%	0.329
Number of embryos transferred	2.3 ± 0.7	2.1 ± 0.5	0.007
Implantation rate (%)	40.0%	36.4%	0.486
Clinical pregnancy rate	60.9%	59.0%	0.771
Cycle cancelation	3.8%	3.9%	0.969

L'impact de la culture longue (blastocystes) sur les chances de naissance vivante

Journal of Assisted Reproduction and Genetics (2021) 38:1777–1786
<https://doi.org/10.1007/s10815-021-02183-4>

ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGIES



When using donor oocytes, does embryo stage matter? An analysis of blastocyst versus cleavage stage embryo transfers using a cryopreserved donor oocyte bank

Sarah M. Capelouto¹  · Audrey J. Gaskins² · Zsolt Peter Nagy³ · Daniel B. Shapiro³ · Jessica B. Spencer⁴ · Heather S. Hipp⁴

132 embryons transférés au stade J2-J3,
1046 au stade blastocyste

RR : 0.77 pour les chances de naissance vivante, en faveur
du transfert au stade blastocyste