

Information pour patients

Test génétique préimplantatoire pour les aneuploidies (PGT-A)

Pre-Implantation Genetic Testing for Aneuploidy

Principes

Le PGT-A est un examen génétique réalisé dans le cadre de la fécondation in vitro ; il est effectué 5 – 6 jours après la fécondation de l'ovocyte, avant son implantation dans l'utérus. L'objectif de cet examen est d'exclure les anomalies chromosomiques et de permettre ainsi de sélectionner les embryons appropriés pour le transfert dans l'utérus. Ainsi, le délai jusqu'à la grossesse peut être réduit.

Procédure

L'ovocyte fécondé se transforme tout d'abord en blastocyste. Le blastocyste se compose de cellules périphériques qui formeront le placenta (trophectoderme) et d'une masse cellulaire interne à partir de laquelle se développera l'embryon (Illustration 1).

Au jour 5 ou 6 après la fécondation, environ 3 – 8 cellules du trophectoderme sont prélevées par biopsie. Aucune cellule de l'embryon n'est prélevée. Chaque blastocyste est ensuite congelé individuellement. Les 3 – 8 cellules prélevées sont soumises à une analyse génétique moléculaire.

Les blastocystes qui présentent un nombre normal de chromosomes (Illustration 2) peuvent être décongelés, lors d'un cycle de décongélation pour un transfert d'embryon.

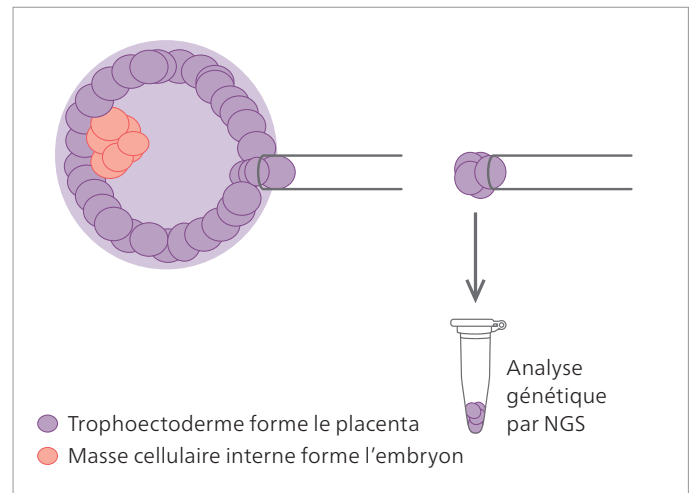


Illustration 1 : Biopsie du trophectoderme au 5^e jour, prélèvement de cellules qui formeront le placenta

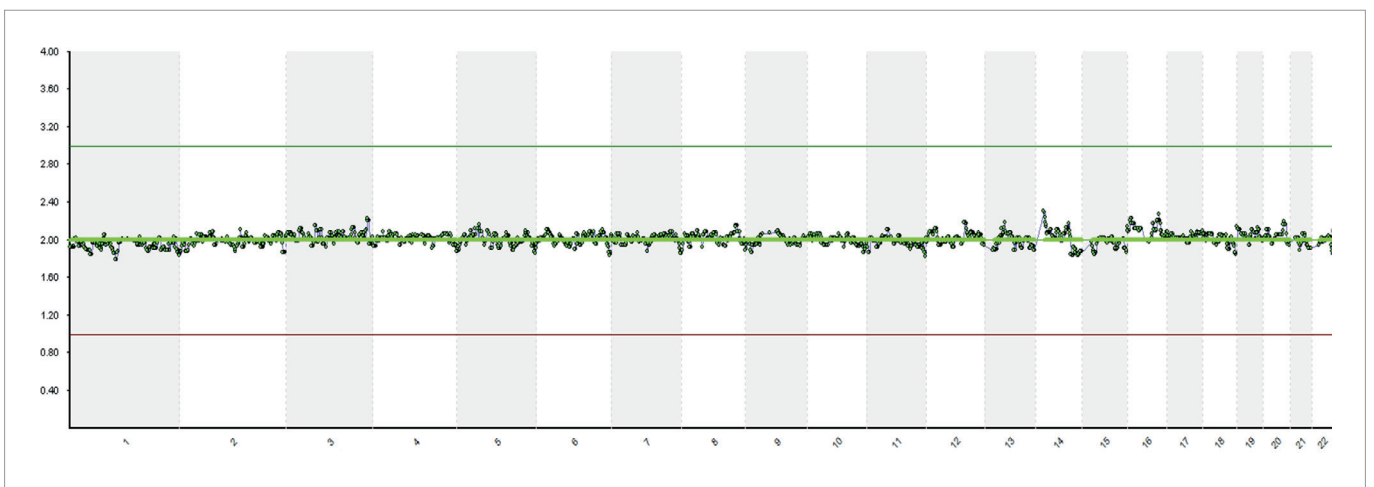


Illustration 2 : Nombre normal de chromosomes

Les blastocystes qui présentent un nombre anormal de chromosomes (Illustration 3) seront détruits selon l'accord du couple.

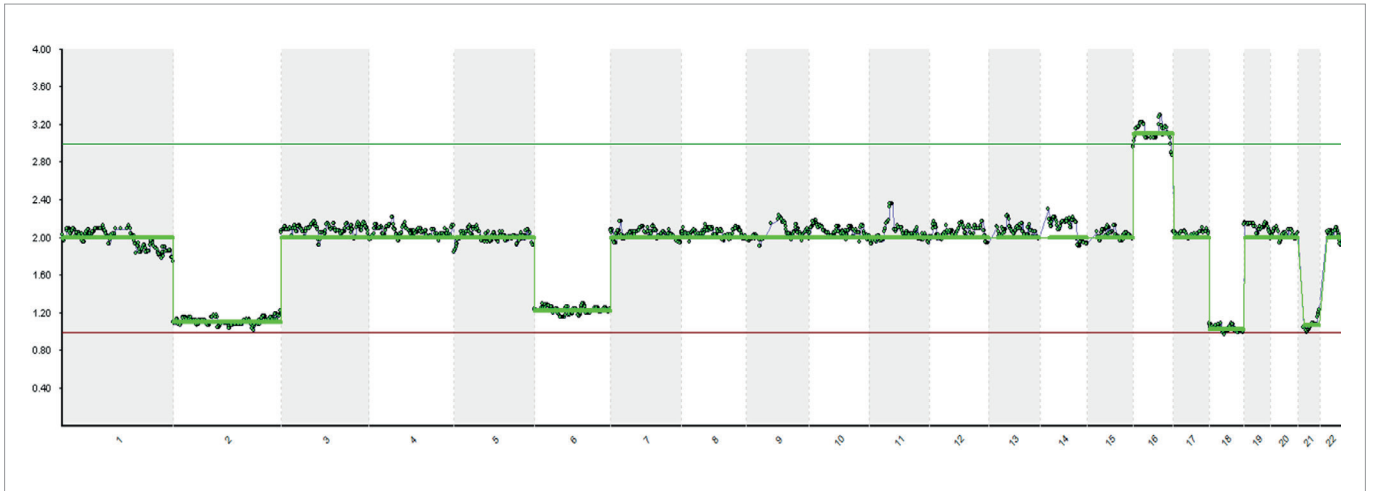


Illustration 3 : Nombre anormal de chromosomes

Limites de la méthode

- Il n'est pas toujours possible d'obtenir un résultat interprétable à partir d'une biopsie
- La biopsie, la congélation, la conservation et la décongélation des cellules sont effectuées selon des méthodes scientifiques éprouvées. Toutefois, Viollier AG ne peut garantir la viabilité des cellules après décongélation ni leur capacité à induire une grossesse
- Cette méthode n'est pas en mesure de détecter les translocations chromosomiques équilibrées, les inversions, les disomies uniparentales, les triploïdies, les mosaïcismes de faible grade (< 20 %) et les anomalies géniques
- Un transfert pendant un cycle de ponction (transfert frais) n'est pas possible
- Le PGT-A ne remplace pas les examens prénataux (p. ex. échographie, screening du premier trimestre, test non-invasif prénatal et examen chromosomique invasif)

Informations excédentaires

Lors d'un PGT-A, des informations excédentaires peuvent apparaître. Il s'agit d'informations qui ne font pas partie du screening d'une aneuploïdie, mais qui peuvent être révélées grâce aux analyses génétiques qui sont de plus en plus précises (p. ex. indication d'une translocation chez un des parents). Le couple a le droit d'être informé ou de ne pas être informé et décide si les informations excédentaires doivent lui être communiquées ou non.

Consentement éclairé

Test génétique préimplantatoire pour les aneuploïdies (PGT-A)

Pre-Implantation Genetic Testing for Aneuploidy

→ Veuillez lire attentivement les informations patients (pages 1 – 2) ainsi que ce formulaire (page 3)

→ Demandez si vous n'avez pas compris quelque chose ou si vous avez besoin d'informations supplémentaires

Conseiller

Nom / prénom

Patiente

Nom / prénom

Date de naissance

Patient

Nom / prénom

Date de naissance

Indication pour le PGT-A

1. Le conseiller co-signataire de ce document m'a donné oralement et par écrit les informations relatives à cette méthode, ses objectifs, son déroulement, ses effets attendus ainsi que ses éventuels avantages et inconvénients et les risques possibles qu'elle présente. Les procédures ultérieures qui seront appliquées aux embryons après l'examen PGT-A seront consignées par écrit par mon conseiller. Oui Non
2. J'ai lu et compris le contenu du document 'Information pour patients'. J'ai obtenu toutes les réponses aux questions que j'ai posées concernant cette méthode. Une copie de l'information patients ainsi que du formulaire de consentement éclairé m'a été remise. Oui Non
3. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision. Oui Non
4. Je souhaite être informé(e) de l'existence d'informations excédentaires qui pourraient apparaître au cours de l'analyse. Oui Non
5. Je sais et autorise, que mes données personnelles ne seront transmises que sous une forme anonyme à des institutions externes.

Lieu, date

Signature de la patiente

Signature du patient

Lieu, date

Signature du conseiller