



20th INTERNATIONAL CONFERENCE ON PREIMPLANTATION GENETICS

Contact: pgdisparis2023@ant-congres.com



APRIL
17-19
2023
PARIS
FRANCE

Scientific Program

Table of contents

Editorial p.3

Committees p.4

Planning p.5

Program p.6 to p.11

Pre-Congress Monday, April 17th (morning) ... p.6

Monday, April 17th (afternoon) p.6

Tuesday, April 18th p.8

Wednesday, April 19th p.10



Editorial

Dear colleagues, Dear Friends,

It is a great pleasure for us to welcome you in Paris for the **20th International Congress Preimplantation Genetic Diagnosis**.

As you know, Paris, capital of France, opens itself to your desires. **Paris, is one of the most beautiful cities in the world**, with its exceptional architectural and cultural heritage and in charge to organize the next year summer Olympic games. Paris is also the capital of gastronomy, fashion and shopping; a city where there is always something happening...

Committed to quality of life and sustainable development, it offers a particularly pleasant environment to its residents and visitors. Innovative, daring and vibrant.

As you did note, **the scientific program with the support of a highly motivated scientific committee promises to be very attractive.**

We hope the congress will permit us **to progress in our understanding** for the major benefit of the patients and couples.

A part from the scientific program, do not miss the opportunity to enjoy finest wines and French cooking!

Welcome in Paris,

On behalf of the National Organizing Committee.

Professor S. HAMAMAH



Committees

National Organizing Committee



Pr. S. Hamamah
Montpellier



Pr. N. Achour
Paris



Dr. T. Anahory
Montpellier



Pr. JM. Ayoubi
Paris



Dr. S. Brouillet
Montpellier



Dr. A. Girardet
Montpellier



Pr. R. Levy
Paris



Dr. C. Moutou
Strasbourg



Pr. C. Patrat
Paris



Pr. P. Ray
Grenoble



Dr. C. Sonigo
Paris



Pr. J. Steffann
Paris

International Scientific Committee

D. Leigh, China
(President of PGDIS)

A. Kuliev, USA
(Executive director of PGDIS)

D. Wells, UK
(President-Elect of PGDIS)

A.Handyside, UK
S.Rechitsky, USA
D. Cram, China

S. Kahraman, Turkey
S. Munne, USA

J. Leigh Simpson, USA
C. Simon, Spain

J. Cohen, USA
L. Gianaroli, Italy
C. Rubio, Spain
J. Grifo, USA

K. Xu, USA
J. Vermeesch, Belgium
G. Harton, USA
A. Thornhill, UK
A. Schmutzler, Germany
T. Gordon, UK
S. Hamamah, France
M. Katz-Jaffe, USA
Q.Jie, China



Program at a glance

MONDAY 17	9.00 AM – 12.00 PM				
	Pre-Congress				
	Optimizing ART – Key for PGT-A impact on reproductive outcome.				
	2.00 – 2.15 PM	2.15 – 3.45 PM	3.45 – 4.00 PM	4.15 – 4.45 PM	4.45 – 6.30 PM
	OPENING AND WELCOME	SESSION 1	SESSION 2 (part 1)	COFFEE BREAK	SESSION 2 (part 2)
TUESDAY 18	8.30 – 9.00 AM	9.00 – 9.30 AM	9.30 – 11.00 AM	11.00 – 11.30 AM	11.30 AM – 1.00 PM
	SUMMARY OF HIGHLIGHTS	PLENARY LECTURE 2	SESSION 3	COFFEE BREAK	SESSION 4
	1.00 – 2.00 PM	2.00 – 2.30 PM	2.30 – 4.00 PM	4.00 – 4.30 PM	4.30 – 6.15 PM
	LUNCH BREAK	PLENARY LECTURE 3	SESSION 5	COFFEE BREAK	SESSION 6
WEDNESDAY 19	8.30 – 9.00 AM	9.00 – 9.30 AM	9.30 – 11.00 AM	11.00 – 11.30 AM	11.30 AM – 12.00 PM
	SUMMARY OF HIGHLIGHTS	PLENARY LECTURE 4	SESSION 7	COFFEE BREAK	PLENARY LECTURE 5
	12.00 – 1.30 PM	1.30 – 2.30 PM	2.30 – 3.00 PM	2.30 – 4.00 PM	4.00 – 4.30 PM
	SESSION 8	LUNCH BREAK	PLENARY LECTURE 6	SESSION 9	COFFEE BREAK
	4.30 – 6.00 PM	6.00 PM			
	SESSION 10	CLOSING REMARKS			

Pre-Congress Session (Gulbenkian Room)

Monday, April 17th from 9.00 am to 12.00 pm

Optimizing ART – Key for PGT-A impact on reproductive outcome.

Chairs: S. Hamamah (France), L. Gianaroli (Italy)

Faculty: Charlotte Sonigo (France), Luca Gianaroli (Italy), Semra Kahraman (Turkey), Svetlana Madjunkova (Canada) and Don Leigh (China)

9.00 am	Optimization of ART Protocol <i>C. Sonigo (France)</i>
9.30 am	When can PGT-A solve the problem <i>L. Gianaroli (Italy)</i>
10.00 am	Strategy for low responders <i>S. Kahraman (Turkey)</i>
10.30 am	Experience with “Freeze All” strategy <i>S. Madjunkova (Canada)</i>
11.00 am	Review & critical analysis of different views on PGT-A impact <i>D. Leigh (China)</i>
11.30 am	Discussion

Main Conference (Auditorium)

Monday, April 17th from 2.00 pm to 6.30 pm

2.00 pm	<i>OPENING AND WELCOME</i>
----------------	----------------------------

2.15 – 3.45 pm	SESSION 1: EVOLVING PGT-M TECHNOLOGY <i>Chairs : J.L. Simpson (USA), S.Rechitsky (USA)</i>
-----------------------	--

2.15 pm	Whole genome PGT for transmitted and de novo mutations, using whole genome sequencing (PGT-WGS) with GenomeScreen®: validation and performance <i>S. Munne (Spain)</i>
2.45 pm	PGT-M Referral Pathway: Changing Indication Profile Towards Non-Lethal Conditions <i>S. Rechitsky (USA)</i>
3.15 pm	PGT for Mitochondrial Mutations: Certainties and Uncertainties <i>J. Steffann (France)</i>

3.45 – 6.30 pm	SESSION 2: FREE COMMUNICATIONS (PGT-M) Chairs : C. Moutou (France), A. Thornhill (UK)
3.45 pm	Ongoing development of SNP genotyping and karyomapping for combined PGT-M and aneuploidy detection <i>J. Horak (Czech Republic)</i>
4.00 pm	Next-generation PGT: combined genome and transcriptome analysis <i>B. Han (China)</i>
4.15 pm	Coffee Break
4.45 pm	PGT-M for disease and HLA compatibility with PGT-A: Outcomes from a large reproductive genetics laboratory <i>L. Isley (USA)</i>
5.00 pm	Enabling both CNV and genome-wide linkage analysis from a single sample <i>E. Brown (UK)</i>
5.15 pm	Down-regulated gene expression in human embryos affected by mitochondrial diseases <i>J. Steffann (France)</i>
5.30 pm	Preimplantation DNA methylation screening (PIMS) illustrates the outcome of assisted reproductive technology <i>Y. Gao (China)</i>
5.45 pm	Universal genome-wide haplotyping-based preimplantation genetic testing: a systematic seven-year experience at a single center – <i>O. Tsuiko (Belgium)</i>
6.00 pm	ART as a treatment: Simultaneous PGT-M/PGT-A using whole genome sequencing and haplotyping <i>S. Chen (Canada)</i>
6.15 pm	Limitations of gene editing assessments in human preimplantation embryos <i>S. Mitalipov (USA)</i>

Main Conference Program

Tuesday, April 18th from 8.30 am to 6.30 pm

8.30 am	<i>Summary of highlights of previous day and introduction to the second day</i> <i>D. Leigh (China)</i>
9.00 am	Plenary Lecture <i>From PGT to cure – D. Wells (UK)</i>
9.30 – 11.00 am	SESSION 3: TOWARD IMPROVEMENT OF PGT-A Chairs : A. Handyside (UK) , S. Munne (Spain)
9.30 am	SNP analysis of nature and origin of mosaic embryos <i>A. Handyside (UK)</i>
10.00 am	Impact of different platforms and differences in performance <i>D. Babariya (UK)</i>
10.30 am	Clinical Interpretation of mosaicism, its incidence and reproductive potential <i>PANEL: M. Katz-Jaffe (USA), M. Viotti (USA)</i>
11.00 am	<i>Coffee Break</i>
11.30 – 1.00 pm	SESSION 4: FREE COMMUNICATIONS (PGT-A) Chairs: T. Gordon (UK) , M. Katz-Jaffe (USA)
11.30 am	Mosaicism detected by routine clinical PGT-A persisting through pregnancy: Incidence, implication, and outcome <i>A. Victor (USA)</i>
11.45 am	Incidence of triploidy by NGS in trophectoderm biopsies from normally fertilized oocytes <i>J. Miravet-Valenciano (Spain)</i>
12.00 pm	The potential impact of mosaicism classification criteria on cumulative live birth rates after PGT-A <i>L. Girardi (Italy)</i>
12.15 pm	KIDScore vs IDAScore – which is the better predictor of aneuploidy? <i>E.L. Heaw (Malaysia)</i>
12.30 pm	Adjusting reference data for optimal representation of sequencing-based CNV analysis <i>R. Blanshard (UK)</i>

12.45 pm	Comprehensive chromosomal testing of trophectoderm (TE) biopsies of blastocysts (CTEB) to improve live birth rates after in vitro fertilization in women over 35 years old: Preliminary results of a prospective randomized trial DEVIT (Delivery in Vitro Trophectoderm) <i>L. Ferreux (France)</i>
1.00 pm	<i>Lunch</i>
2.00 pm	Plenary Lecture <i>Pathways leading to aneuploidy, DNA repair and the origin of segmental abnormalities – J. Vermeesch (Belgium)</i>
2.30 – 4.00 pm	SESSION 5: COUNSELLING AND ETHICAL ASPECTS Chair: J. Goldberg (USA) PANEL: J Goldberg (USA), L Gianaroli (Italy), L Shulman (USA)
4.00 pm	<i>Coffee Break</i>
4.30 – 6.15 pm	SESSION 6: FREE COMMUNICATIONS (PGT-A & PGT-SR) Chairs: K. Xu (USA), P. May-Panloup (France)
4.30 pm	Analysis of aneuploidy in 3264 PGT-SR trophectoderm biopsy samples does not strongly evidence inter-chromosomal effect <i>C. Lynch (UK)</i>
4.45 pm	Impact of different balanced chromosome rearrangements on the incidence of aneuploidies and chromosome imbalances in trophectoderm biopsies <i>I. Campos-Galindo (Spain)</i>
5.00 pm	KaryoSeq: An integrated solution for PGT-M, PGT-SR, and PGT-A <i>S. Lu (China)</i>
5.15 pm	Aneuploidy detection in pooled polar bodies using rapid nanopore sequencing <i>S. Madritsch (Austria)</i>
5.30 pm	Automated reference-free meiotic aneuploidy detection using karyomapping data <i>E. Button (Australia)</i>
5.45 pm	Clinical application of comprehensive PGT-SR for detection of balanced rearrangements and microdeletions/duplications in embryos using long read nanopore sequencing <i>S. Madjunkova (Canada)</i>
6.00 pm	Post-warming re-expansion of euploid blastocyst at the time of transfer is associated with implantation rate <i>Z-Q. Tee (Malaysia)</i>

Main Conference Program

Wednesday, April 19th from 8.30 am to 6.00 pm

8.30 am	<i>Summary of highlights of previous day and introduction to the third day</i> <i>A. Handyside (UK)</i>
9.00 am	Plenary Lecture <i>Genetic Impacts on IVF Embryo Viability– R. McCoy (USA)</i>
9.30 – 11.00 am	SESSION 7 : PLACE OF PGT IN NEXT GENERATION IVF (NG-IVF) Chairs: L.Gianaroli (Italy) & S. Kahraman (Turkey)
9.30 am	KEYNOTE LECTURE: Pinpointing Genes in Challenging ART Cases & PGT-A in Low Responders <i>S. Kahraman (Turkey)</i>
10.00 am	Rethinking genetics of infertile patients in relation to PGT cycles <i>P. Ray (France)</i>
10.30 am	ART adjustment for PGT patients <i>S. Hamamah (France)</i>
11.00 am	<i>Coffee Break</i>
11.30 am	Plenary Lecture <i>Present Status of Expanded Carrier Screening and Evaluation of its Impact on PGT-M Uptake - J.L. Simpson (USA)</i>
12.00 – 1.30 pm	SESSION 8: ORAL COMMUNICATION (Clinical Aspects of PGT) Chairs : N. Achour (France), P. Ray (France)
12.00 pm	PGT-M for hereditary oncogenic mutations as a part of fertility preservation and reproduction in oncology patients/carriers <i>K. Vesela (Czech Republic)</i>
12.15 pm	Preimplantation high-resolution HLA typing by long reads confirms recombination in the proband <i>Fung Cheung Judy Chow (Hong Kong)</i>
12.30 pm	Analysis of gene variants through whole exomes sequencing in IVF patients with poor outcome related to impaired preimplantation embryo development <i>S. Garcia-Herrero (Spain)</i>
12.45 pm	Impact of calling mosaicism for a less stringent threshold on clinical pregnancies in more than 6000 PGT-A cycles <i>M. Cetinkaya (Turkey)</i>

1.00pm	Explaining the unreasonable effectiveness of trophectoderm biopsy in PGT-A for mosaic embryos <i>B. Skinner (UK)</i>
1.15 pm	The Impact of Genetic Carrier Screening on PGT Applications within a Fertility Centre in Australia <i>C. Tse (Australia)</i>
1.30 pm	<i>Lunch</i>
2.30 pm	Plenary Lecture <i>Prospect of Application of Gene Editing as Possible Alternative of PGT – H. O'Neill (UK)</i>
3.00 – 4.00 pm	SESSION 9: FREE COMMUNICATIONS (NIPGT) <i>Chairs: C. Rubio (Spain) & S. Madjunkova (Canada)</i>
3.00 pm	Does embryo cell-free DNA represent the chromosomal constitution of human blastocysts? Correlation with inner cell mass and trophectoderm biopsies <i>L. Navarro Sánchez (Spain)</i>
3.15 pm	Cell-free-DNA analysis in spent culture media for non-invasive Preimplantation Genetic Testing of Structural Chromosomal Rearrangements <i>A. Biricik (Italy)</i>
3.30 pm	NIPT : NIPT and mono and twin pregnancy : a retrospective study <i>V. Koubi (France)</i>
3.45 pm	Noninvasive PGT: Experiences from 6 years of clinical studies and applications <i>S. Lu (China)</i>
4.00 pm	<i>Coffee Break</i>
4.30 – 6.00	SESSION 10: NON-INVASIVE EMBRYO ANALYSIS <i>Chairs: C. Simon & D. Leigh</i>
4.30 pm	Standardization of sample collection, amplification, and analysis <i>D. Leigh (China)</i>
5.00 pm	Non-invasive PGT: Screening or Diagnosis <i>C. Rubio (Spain)</i>
5.30 pm	Discussion
6.00 pm	<i>CLOSING REMARKS</i>

Thanks to our partners

GOLD SPONSORS



CooperSurgical®



GEDEON RICHTER



Caring Innovation



SILVER SPONSOR



CCD

Laboratoire de la Femme

SPONSORS



BabySentry™
ART Management Systems



Cryo Bio System



eurofins
Testing for Life



MERCK



ORGANON
Here for her health



Vitrolife



Igenomix



Comprehensive Genetic Testing



CooperSurgical®

Contact your local sales
representative to find out more



Our Complete genetic testing portfolio

PGT-CompleteSM

4-in-1 genetic test

PGT-A

Parental QC

Genetic PN check

Parent of Origin of Aneuploidy



ER-CompleteSM

3-in-1 endometrial analysis

Window of Implantation

Abundance of Lactobacillus

Reproductive tract pathogens



bemfola[®]

follitropine alfa

Solution injectable en stylo pré-rempli

La fertilité
autrement



Ensemble. Accompagnons le changement des pratiques.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Chez les femmes adultes

- Anovulation (y compris syndrome des ovaires polykystiques, SOPK) chez les femmes qui n'ont pas répondu au traitement par le citrate de clomifène.
- Stimulation de la croissance folliculaire multiple, chez les patientes entreprenant une superovulation dans le cadre des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) telles que la fécondation *in vitro* (FIV), le transfert intratubaire de gamètes (TITG) et le transfert intratubaire de zygotes (TITZ).
- L'utilisation de la follitropine alfa, en association avec une préparation d'hormone lutéinisante (LH), est recommandée pour stimuler le développement folliculaire chez les femmes qui présentent un déficit sévère en LH et en FSH. Au cours des essais cliniques, ces patientes étaient définies par un taux plasmatique de LH endogène < 1,2 UI/l.

Place dans la stratégie thérapeutique

BEMFOLA[®] en tant que médicament biosimilaire de GONAL-F, a la même place que ce dernier dans la stratégie thérapeutique de la prise en charge de l'infertilité dans chacune de ses indications: il constitue un traitement de première intention dans toutes les indications sauf chez les patientes anovulatoires (y compris SOPK) où le traitement est de deuxième intention après échec ou intolérance au citrate de clomifène⁽¹⁾.

Les stylos préremplis Bemfola[®] sont remboursés à hauteur de 100 % (remboursement Sec, Soc et agrément collectivités). Ils sont disponibles en boîte de 1 : à 75 UI/0,125 ml ; à 150 UI/0,25 ml ; à 225 UI/0,375 ml ; à 300 UI/0,5 ml ; à 450 UI/0,75 ml.

Liste I, médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Prescription réservée aux spécialistes en gynécologie, en gynécologie-obstétrique, en endocrinologie, en métabolisme ou en urologie.

(1) Avis de la Commission de Transparence - 2016.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/> en flashant ce QR Code



GEDEON RICHTER

Fertistartkit[®]

Ménotropine. Poudre et solvant pour solution injectable.

75 UI
150 UI

hMG hautement
purifiée

Pour une **stimulation performante**,
le choix de l'association de la FSH pituitaire
et de l'hCG placentaire



Parce que
chaque ovocyte compte

Induction de l'ovulation : Induction de l'ovulation dans un contexte d'aménorrhée ou d'anovulation chez les femmes qui n'ont pas répondu au traitement par citrate de clomifène.

Hyperstimulation ovarienne contrôlée (HOC) pour induire le développement de follicules multiples dans le cadre des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) telles que la fécondation in vitro (FIV)

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR code :

Médicament soumis à prescription médicale. Remboursement Sécurité sociale à 100%. Liste I.



Caring Innovation



ovaleap

follitropine alfa

300 UI/0,5 mL ; 450/0,75 mL ; 900 UI/1,5 mL
Solutions injectables

ENSEMBLE SUR LE CHEMIN DE LA FERTILITÉ




ganirelix

theramex

Ganirelix 0,25 mg/0,5 mL
solution injectable en seringue pré-remplie

Ovaleap® est indiqué^{1,2}

◆ Chez les femmes adultes

- Anovulation (y compris le syndrome des ovaires polykystiques) chez les femmes qui n'ont pas répondu au traitement par le citrate de clomifène.
Traitement de 2^{ème} intention après échec ou intolérance au citrate de clomifène.
- Stimulation de la croissance folliculaire multiple, chez les femmes entreprenant une superovulation dans le cadre des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) telles que la fécondation *in vitro* (FIV), le transfert intratubaire de gamètes et le transfert intra-tubaire de zygotes.
Traitement de 1^{ère} intention.
- Ovaleap®, en association avec une préparation d'hormone lutéinisante (LH), est recommandé pour stimuler le développement folliculaire chez les femmes qui présentent un déficit sévère en LH et en FSH.
Au cours des essais cliniques, ces patientes étaient définies par un taux plasmatique de LH endogène < 1,2 UI/L.
Traitement de 1^{ère} intention.

◆ Chez les hommes adultes

- Ovaleap® est indiqué pour stimuler la spermatogenèse chez les hommes atteints d'hypogonadisme hypogonadotrophique, congénital ou acquis, en association avec la chorionadotropine humaine (hCG).
Traitement de 1^{ère} intention.
Liste I.
Prescription réservée aux spécialistes en gynécologie, gynécologie-obstétrique, en endocrinologie et métabolisme ou en urologie.
Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
Remb. Séc. Soc. : 100 % - Agréé aux collectivités.

◆ Ganirelix Theramex est indiqué³

- Dans la prévention des pics prématurés d'hormone lutéinisante (LH) chez les femmes en cours d'hyperstimulation ovarienne contrôlée (HOC) dans le cadre des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP).
- Dans les études cliniques, le ganirelix a été utilisé en association avec une hormone folliculo-stimulante humaine recombinante (FSH) ou la corifollitropine alfa, stimulant folliculaire à action prolongée.

Cette spécialité est un générique de ORGALUTRAN 0,25 mg/0,5 mL, solution injectable.

Médicament inscrit au répertoire des génériques. Lors de la substitution, consultez la liste des excipients à effet notoire figurant sur l'emballage ainsi que le répertoire des génériques pour prendre connaissance des mises en garde éventuelles y figurant.

Liste I.

Médicament soumis à surveillance particulière.

Médicament soumis à une prescription réservée aux spécialistes en gynécologie et/ou en gynécologie obstétrique et/ou en endocrinologie et métabolisme.

Remb. Séc. Soc. : 100 % - Agréé aux collectivités.

1. Résumé des caractéristiques du produit Ovaleap® en vigueur.
2. HAS, Avis de la Commission de la Transparence d'Ovaleap® du 25 novembre 2015.
3. Résumé des caractéristiques du produit Ganirelix Theramex en vigueur.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet :
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>



Theramex

All PGDIS 2023 abstracts are
available at your fingertips
by scanning the QR Code below



Conference Secretariat



2, rue Stanislas Digeon
34000, Montpellier (France)

+33 (0)4 67 10 92 23

pgdisparis2023@ant-congres.com