

Exploration du couple infertile

Dr S. BOUZID,
Pr M. DERGUINI,
Service gynéco-Obstétrique,
EPH Kouba - Alger

Résumé

On considère un couple comme infertile en l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels non protégés. L'exploration du couple infertile représente une préoccupation qui prend de plus en plus d'ampleur, dans le monde. Elle doit respecter des protocoles et des conduites dites : de « bonne pratique ».

L'exploration du couple se déroule en deux principales étapes, une première consultation dite de débroussaillage : se basant sur un bon interrogatoire et un examen clinique de la femme et de son conjoint, complété par un certain nombre d'examens paracliniques dits « de base », représentés par le bilan hormonal, l'échographie pelvienne, le spermogramme et l'HSG. Au bout de cette consultation, une deuxième consultation est programmée dite d'orientation : au terme de laquelle un diagnostic étiologique, est établi et une décision thérapeutique est proposée. Dans les cas d'infertilité dite « inexplicable » une stratégie thérapeutique est aussi proposée, en fonction des circonstances. La prise en charge du couple infertile est dominée principalement par l'assistance médicale à la procréation, et la chirurgie.

Abstract

Consider a couple as infertile in the absence of pregnancy after one year of unprotected sex. The exploration of the infertile couple is a concern that becomes increasingly important in the world. It must respect the said protocols and lines: « good practice ».

Exploring the couple involves two main steps, an initial consultation so-called clearing : Based on a good interview and a physical examination of the woman and her partner, supplemented by a number of so-called para clinical examinations « of base » represented by the hormonal balance, pelvic ultrasound, semen analysis and HSG. After this consultation, a second consultation is programmed so-called guidance : after which an etiologic diagnosis is established and a treatment decision is proposed. In cases of infertility called « unexplained » a therapeutic strategy is also proposed, depending on the circumstances.

The management of the infertile couple is dominated mainly by medically assisted procreation, and surgery.

Introduction :

La prise en charge du couple infertile fait l'objet de nombreuses recommandations, réglementations et conférences de consensus, dans des domaines très divers, le plus souvent dans celui de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Elles sont dans leur majorité orientées vers des règles de sécurité sanitaire ou vers la recherche de la qualité.

Les deux membres du couple, homme et femme, doivent être associés à égalité dans la recherche du diagnostic. Aucune exploration invasive ne doit avoir lieu tant que les investigations de base, moins invasives, n'ont pas été réalisées.

Le couple doit recevoir une information précise, basée sur des connaissances scientifiques et non des approximations. La démarche clinique de base : interrogatoire, examen clinique avant prescription des examens complémentaires doit toujours s'appliquer.

Définition – Généralités

On considère un couple comme infertile en l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels non protégés. [Fertil Steril, 2009]. Dans la population générale, 70% des grossesses souhaitées sont obtenues après 6 mois et 90% après un an.

Le terme de stérilité ne peut être employé que si la situation d'infertilité est définitive (ménopause, castration bilatérale, etc.). La fécondabilité de la femme par cycle est au mieux de 25% par cycle d'exposition. Dans un couple infertile, l'infécondité est

d'origine féminine dans un tiers des cas, voir la moitié (dont 30% reliés à l'ovulation et 25%, à un facteur tubaire), masculine dans un tiers des cas ; elle est partagée dans le dernier tiers ; et dans environ 10% des cas, l'infertilité demeure inexpliquée. Dans l'ensemble, la responsabilité masculine, appréciée par une étude de l'OMS portant sur plus de 6.000 couples, est d'environ 50%. L'exploration d'un couple infertile doit donc être menée parallèlement chez les deux partenaires.

L'exploration, se déroule en deux temps : une première consultation dite de débroussaillage (consistant à découvrir l'origine de l'infertilité), suivie de la deuxième consultation dite d'orientation, pour la prise en charge appropriée.

Dans le cas où le bilan de base revient normal, elle est dite « infertilité inexpliquée ».

La prise en charge est dominée par l'assistance médicale à la procréation dans des centres spécialisés, mais néanmoins des thérapeutiques simples peuvent être entreprises au niveau des cabinets médicaux multidisciplinaires (gynécologie, endocrinologie, urologie) et présenter des résultats.

Interrogatoire et examen clinique

1. Âge :

L'âge actuel est un élément capital du pronostic : il se détériore après 35 ans (on rappelle que la fécondité maximale est observée à 28 ans et que la fertilité commence à diminuer dès 30 ans +++). Ceci est valable pour le couple mais plus pertinent chez la femme.

2. Fertilité - sexualité :

2.1. Durée de l'infécondité :

Si la durée est courte et couple jeune, il faut rassurer et faire attendre.

Si la durée est supérieure ou égale à un an et /ou couple âgé (surtout femme), alors il faut démarrer les investigations

2.2. Fertilité antérieure : du couple d'abord, puis celle de la femme, puis celle de l'homme.

2.3. Sexualité : déterminer leur fréquence (cohabitation), qualité, et le moment dans le cycle.

3. La revue des traitements antérieurs ou en cours et des explorations préalablement réalisées.

4. Antécédents de Madame :

4.1. Antécédents familiaux : diabète insulino-résistant, ménopause précoce, notion de prise de distilbène, et présence de néoplasies hormono-dépendantes.

4.2. Antécédents personnels : âge de la ménarche MST, pathologie endocrinienne contraception, chirurgie pelvienne ou du col utérin et/ ou traitement chimio ou radiothérapie, rechercher la notion d'IVG⁺⁺ ou FC⁺⁺⁺, ... curetage, IGH.

5. Conditions de vie : Stress, alimentation sélective, régime restrictif, activité sportive intense (compétition), addictions (tabac ++, alcool, cannabis, jogging, etc.).

6. Signes fonctionnels de Madame :

6.1. Cycles : leur régularité et leur durée.

6.2. Douleurs : au moment des règles ou lors des rapports.

7. Examen clinique de Madame :

Poids, taille, morphotype, pilosité (abondance, répartition), rechercher une galactorrhée et l'examen gynécologique (état du col et de la glaire).

8. Antécédents de Monsieur :

8.1. Antécédents familiaux (fertilité de la fratrie)

8.2. Antécédents personnels : âge de la puberté, notion de MST, torsion ou traumatisme, chirurgie inguinale, cryptorchidie, infection urinaire, chimio ou radiothérapie, diabète et

maladie neurologique, une varicocele, une gynécomastie.

9. Signes fonctionnels : trouble de l'érection et/ou de l'éjaculation, exposition à des toxiques (chaleur, solvants, pesticides...), mode de vie tabac, alcool...).

10. Examen clinique de

Monsieur : poids, taille, morphotype, caractères sexuels secondaires, testicules (position, taille, consistance, palpation du canal déférent), TR à La recherche d'une prostatite subaiguë.

Exploration du couple infertile

Lorsque le délai d'infertilité est long ou couple âgé il faut démarrer les investigations complémentaires, du moins invasif au plus invasif : courbe ménothermique, échographie pelvienne, bilan hormonal, spermiole (spermogramme - spermocytogramme), test de Hühner, HSG.

A. Exploration de madame

1. Courbe ménothermique :

Prise de température pendant trois cycles avant le lever, avec le même thermomètre, en sachant qu'une courbe normale est biphasique avec un décalage rapide (> 3/10e), un plateau de 10j.

Dysovulation mineure :

Irrégularité : + ou - 4j et /ou décalage lent (> 48h) et /ou plateau court (< ou égale à 8j).

Dysovulation majeure :

Irrégularité > 4j, ou longueur > 35j, ou alternance cycles ovulatoires et anovulatoires.

Anovulation :

Aménorrhée ou courbe plate.

2. Exploration hormonale :

- Cycles irréguliers :

taux E2, LH, FSH et PRL plasmatique entre j2 et j5 du cycle.

• **FSH :** 2 à 9 UI/l

< 2 => problème central

> 9 => insuffisance ovarienne

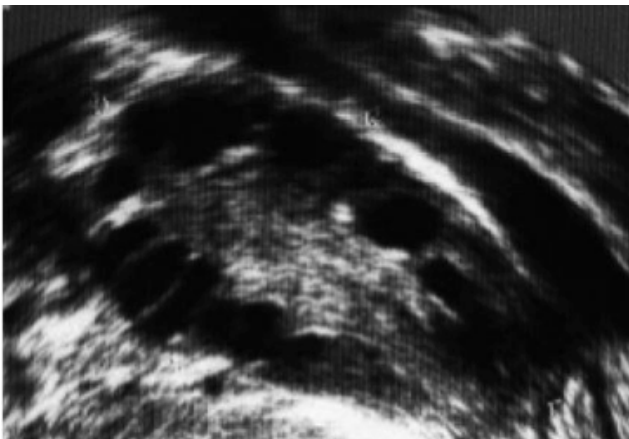
- **LH** : 2 à 9 UI/l sur pool :
 - < 2 => problème central => test au GnRH :
 - Si pas d'augmentation : insuffisance hypophysaire => IRM selle turcique + dosage TSH, ACTH.
 - Si augmentation : insuffisance hypothalamique.
 - > 6 => LH/FSH :
 - < 1,2 => normal
 - > 1,2 => OPK
 - **Prolactine** : conditions de prélèvement +++++
 - > 20 => IRM selle turcique
 - Aménorrhée : test à la progestérone.
 - Cycles réguliers : dosage progestérone j 22 – j 23 du cycle.
- Recherche d'endocrinopathies : TSH, DHEA, Cortisol, testostérone.
- Les androgènes surrénaliens sont : soit élevés => il faut rechercher un bloc enzymatique, soit normaux : il faut rechercher une hyper androgénie ovarienne => rechercher une insulino-résistance (HGPO + insulinémie) => régime + metformine.

3. Echographie pelvienne :

Avant j 6 elle permet de rechercher des anomalies utérines, malformations (cloison utérine, dualité, ... etc.), myome interstitiel, adénomyose, anomalie de l'endomètre, (pathologie endo-cavitaire : polype myome sous muqueux) à compléter par l'échosoanographie, images latéro-utérines.

Exploration des ovaires : surfaces ovariennes, densité du stroma, nombre, taille et répartition des follicules :

OPK : ovaires micro-polykystiques : surface $\geq 8 \text{ cm}^2$, ≥ 10 petits follicules repartis en périphérie, stroma dense.



Ovaires multi folliculaires : évoquant une insuffisance hypothalamo-hypophysaire avec de nombreux petits follicules avec répartition homogène, surface normale, stroma normal.

Ovaires déficients : insuffisance ovarienne, surface $< 3 \text{ cm}^2$, 4 follicules /ovaire, visualisation d'un follicule $\geq 10 \text{ mm}$ avant j7.

La visualisation d'un endométriome, pathologie pelvienne infectieuse ou endométriose.

4. L'hystéro-salpingographie : se réalise :



En début de cycle, en dehors de tout saignement, sous couverture antibiotique, elle explore :

- **La cavité utérine** : polypes, cloison-synéchies, hyperplasie endomètre => hystérocopie.
- **Les trompes** : imprégnation, passage, calibre, souplesse => coelioscopie.
- **La cavité péritonéale** : qualité du brassage => coelioscopie

B. Test de HÜHNER ou test post coïtal :

Il est réalisé près de 2 heures après un rapport sexuel. Il explore l'interaction entre mucus cervical et spermatozoïdes, déposés lors du rapport, dans la glaire de qualité optimale en pré-ovulatoire.

Il doit être fait pour dépister une pathologie de la glaire cervicale (PH score d'Insler), préciser les caractéristiques de mobilité de spermatozoïdes in vivo et rechercher une incompatibilité immunologique entre le sperme et le mucus.

Il est réalisé après une abstinence de 3 à 4 jours, puis est lu en phase pré-ovulatoire, 4 à 8 heures après un rapport sexuel. Il est en général réalisé lorsque l'évaluation initiale n'a pas montré d'anomalie évidente. Pour avoir des résultats normaux, 5 à 10 spermatozoïdes à mobilité progressive par champ doivent être observés au grossissement 400.

Si le test est déficient malgré une bonne glaire et spermogramme normal : il faut faire des tests croisés.

C. Exploration de Monsieur

1. Hormonologie : Chez l'homme, l'exploration hormonale simple permet de diagnostiquer un déficit gonadotrope, ou une insuffisance testiculaire primitive par les dosages de testostérone, de LH, de FSH et si possible d'inhibine B et de SHBG (*sex hormone-binding globulin*) plasmatiques.

La PRL doit être mesurée en cas de dysfonction sexuelle ou de gynécomastie non expliquée.

2. Spermogramme et spermocytogramme :

Les trois paramètres essentiels sont : la concentration, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes. Il est parfaitement établi que, même dans des conditions

strictement physiologiques, les caractéristiques du sperme sont soumises à d'importantes fluctuations. Lorsqu'il apparaît pathologique, le spermogramme doit être reconstrôlé 3 mois plus tard.

Paramètres	Sperme	Sperme anormal
Mobilité	> 50 %	< 50 % (asthénozoospermie)
Morphologie	> 30 %	< 30 % (térazozoospermie)
Numération	> 20 106/ml	< 20 106/ml (oligospermie) 0 (azoospermie)
Volume éjaculat	< 2 ml	< 2 ml (hypospermie)

* en % formes normales

3. Échographie testiculaire :

Permet d'apprécier le volume des gonades, leurs échogénicité, rechercher une varicocèle, présence de déférents, dilatation épidydimaire, séquelles infectieuses de prostatite et facteur pronostic pour les biopsies testiculaires.

4. Blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire :

- Agonistes du GnRH
- Antagonistes du Gn-RH

Prise en charge du couple infertile

1. Traitements adjuvants

- Prise en charge hygiéno-diététique : afin de perdre du poids et avoir une alimentation équilibrée.
- Corriger une insulino-résistance ou une hyperprolactinémie
- Alcalinisation d'une glaire acide en prescrivant des solutions intimes avec PH adapté ...
- Traiter une infection spermatique (antibiotiques + anti-inflammatoires).

2. Chirurgie

- Chirurgie tubaire : dépend du type d'obstruction et des autres facteurs d'infertilité associés,
- Traitement de l'endométriase : lors de la coelioscopie diagnostique.
- Traitement de la varicocèle : selon le volume et l'âge.

3. Stimulation ovarienne :

- Dans les troubles de l'ovulation
- Assistance Médiale à la Procréation (AMP)
- Pompe au GnRh : uniquement dans les déficiences hypothalamiques.
- hMG : (*human menopausal gonadotropin*) : alternative à la pompe de LhRh et dans les déficiences hypophysaires.
- Clomid® : uniquement dans les OPK
- hCG : (hormone chorionique gonadotrophique)
- LH recombinante : utilisée en association avec FSHr pour remplacer hMG
- FSH recombinante.

Assistance Médicale à la procréation (AMP)

Insémination intra-utérine avec sperme du conjoint (IAC-IU)

Dans les situations suivantes :

- Anomalies de la glaire
- Déficits spermatiques mineurs
- Infertilités inexplicées
- Troubles de l'ovulation

Fécondation in vitro FIV

Dans les :

- Pathologies tubaires
- Endométriose
- Echecs IAC

Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI)

Dans les :

- Oligo-astheno-tératospermies sévères.
- Azoospermies sécrétoires (biopsies testiculaires) et excrétoires. (Prélèvements épidydimaires).
- Echecs de fécondation en FIV.

Lecture :

Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (CEEDMM) 2010-2011
 DIU de médecine de la reproduction-gynécologie -7 février 2008
 Stérilité conjugale (29) Docteur Jean-marc AYOUBI Août 2002 (Mise à jour avril 2005)
 Recommandations pour la pratique clinique La prise en charge du couple infertile Cngof. 2007.

Dismeno

La solution naturelle mensuelle

“ Examens !
heureusement
il y'a Dismeno ”

“ Entretien
d'embauche !
heureusement
il y'a Dismeno ”

“ Sortie entre amis !
heureusement
il y'a Dismeno ”



Pharmaceuticals
DLBS
DEXA LABORATORIES OF
BIOMOLECULAR SCIENCES

دیسمنو
DLBS1442 100

Dismeno

DLBS1442 100 mg

30 capsules