

L'INFERTILITE CONJUGALE

Dr SAWADOGO Yobi Alexis

INTRODUCTION

- Depuis toujours, les hommes ont été confrontés aux problèmes de reproduction.
- Demande et les possibilités thérapeutiques accrues
- L'absence de grossesse est source de frustration.
- Plus d'un tiers des infertilités sont d'origine mixte
- Prise en charge du couple, en tant que tel, et non d'un des deux partenaires séparément.
- Les examens sont prescrits selon une chronologie en fonction des données cliniques.

I.GENERALITES

1. Définitions

- *On parle d'infertilité* du couple lorsqu'après 1 an de rapports sexuels réguliers et sans contraception, aucune grossesse n'est survenue
- Couple *fertile* est un couple apte à concevoir
- La *stérilité* correspond à une situation définitive et irréversible, l'absence de possibilité de procréation.
- Un couple fécond est un couple qui a conçu.

I.GENERALITES

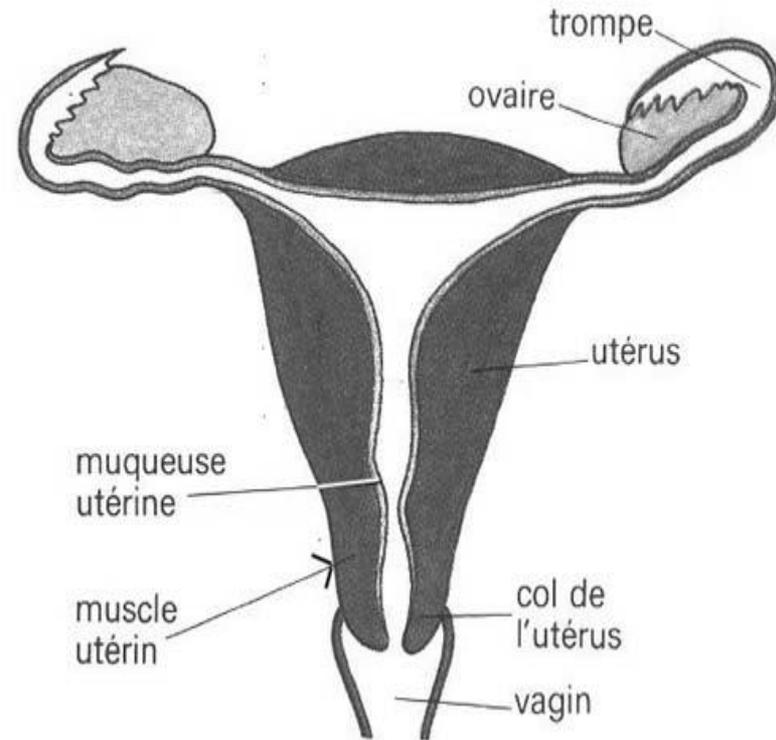
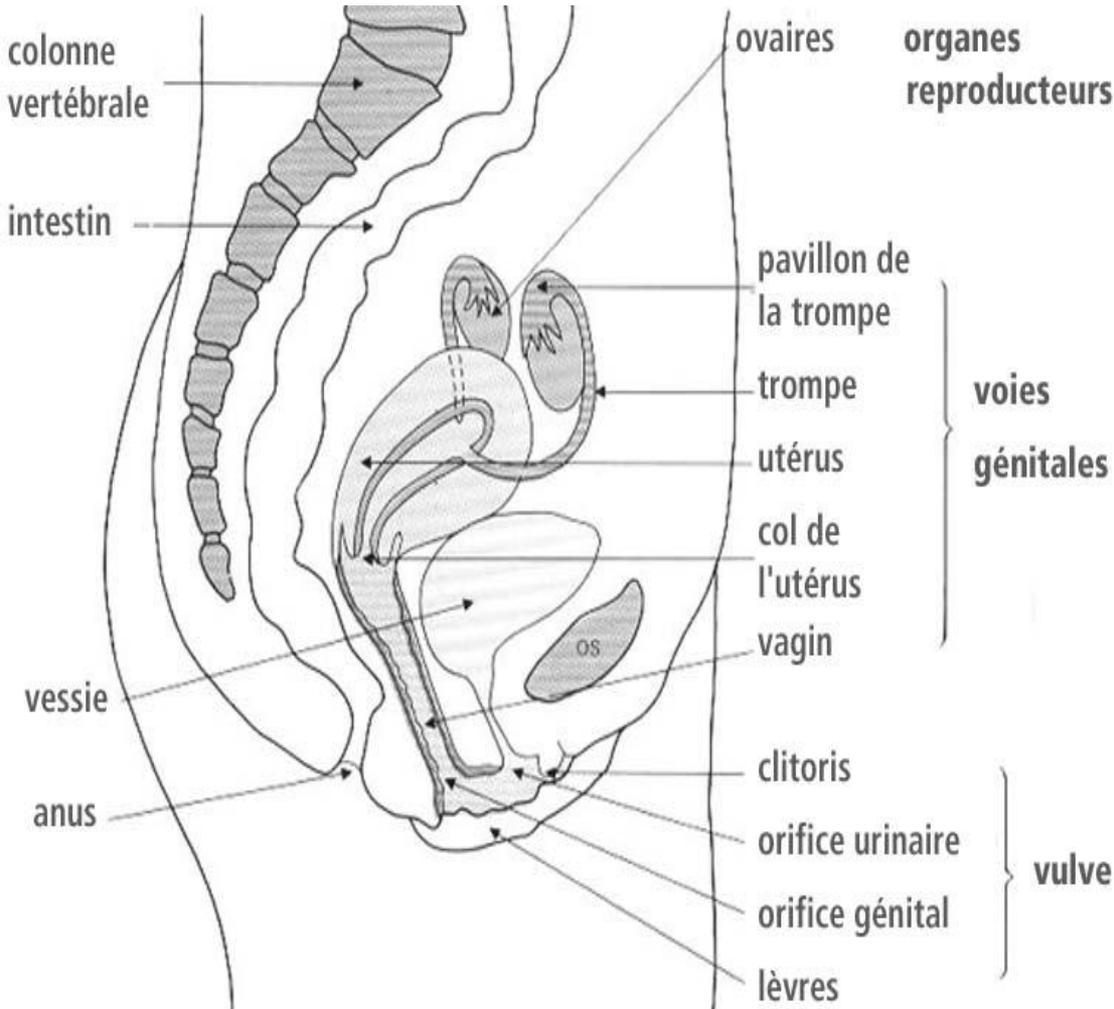
2. Intérêt

- *Epidémiologique*: demande de plus en plus croissante
 - 15 à 20% en France dont 60000 nouveaux couples
 - 12,82% Dakar 17,63% Bénin 14% Togo 15%BF
- *Clinique*: Etiologies souvent mixtes, démarche diagnostique délicate suit une chronologie.
- *Thérapeutique*: possibilités thérapeutiques de plus en plus nombreuses avec l'AMP.

I. GENERALITES

1. Rappel

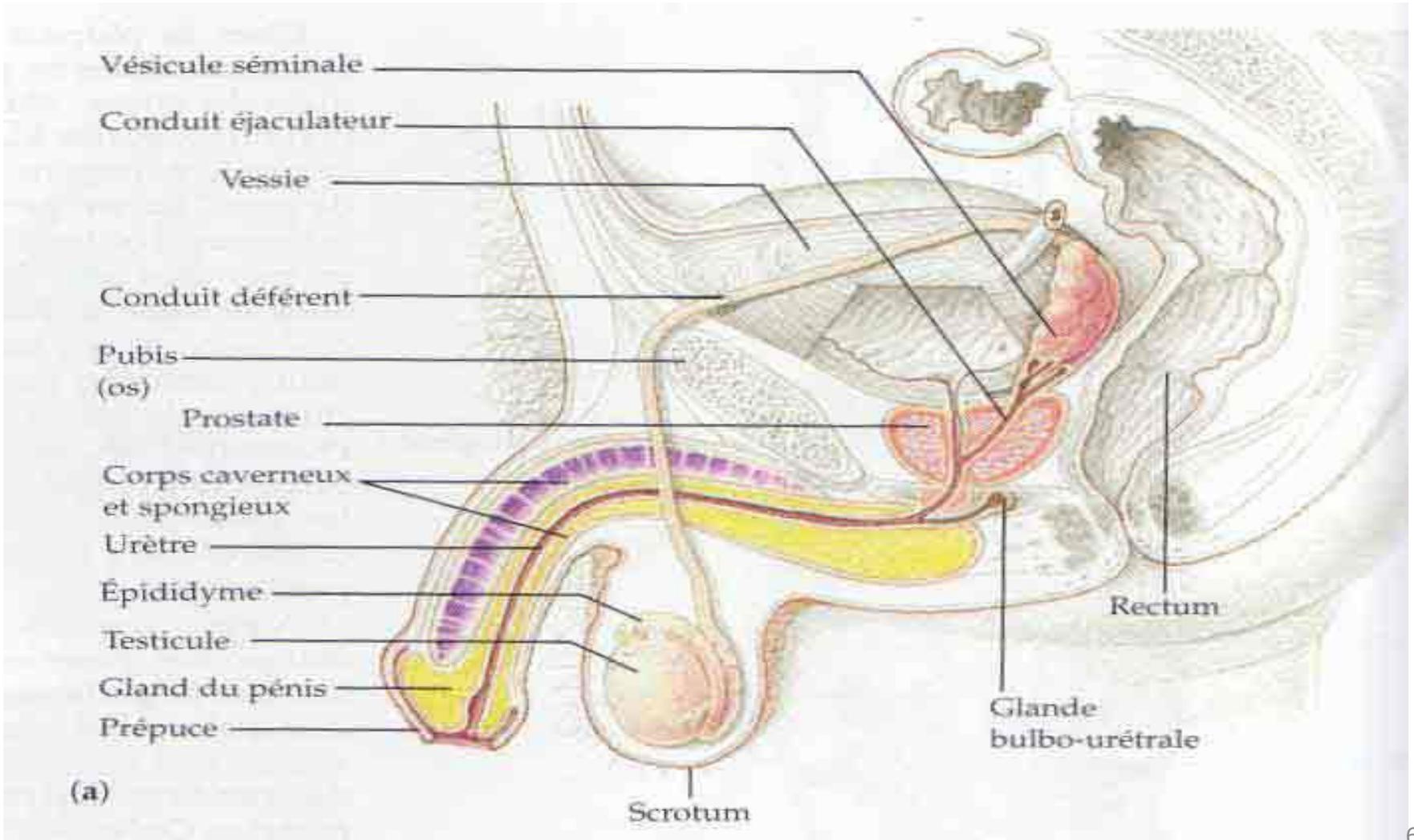
❖ Anatomie physiologie de l'appareil génital féminin



I.GENERALITES

1.Rappel

❖ Anatomie physiologie de l'appareil génital masculin



I.GENERALITES

2. Rappel

❖ Conditions pour une fécondation chez la femme

- une ovulation régulière, de qualité correcte,
- des trompes bien perméables,
- un appareil génital permettant les rapports sexuels complets, et donc le contact spermatozoïdes-glaire,
- une glaire cervicale de bonne qualité,
- une muqueuse utérine réceptive, propre à la nidation.

I.GENERALITES

2. Rappel

❖ Conditions pour une fécondation chez l'homme

- un testicule normal,
- une sécrétion normale de FSH et de testostérone,
- un liquide séminal de bonne qualité, donc une prostate et des vésicules séminales fonctionnant bien,
- l'absence d'anomalies de l'épididyme, des déférents, des canaux éjaculateurs,
- l'absence d'anomalies de l'éjaculation (éjaculation rétrograde).

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *L'examen clinique du couple*

Interrogatoire +++

- Motivations
- Durée de l'infertilité
- Age des partenaires
- Profession
- Mode de vie
- ATCD

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *L'examen clinique de la femme*

- ***Interrogatoire*** : âge des 1^{ère} règles, régularité du cycle, les ATCD gynéco-obstétricaux doivent être détaillés(salpingite, mode de terminaison des grossesses...).

Les examens déjà prescrits et leur résultats

Les interventions chirurgicales(césarienne, appendicectomie, sur l'utérus ou les trompes)

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *L' examen clinique de la femme*

- *Examen physique*
 - *Examen général*: Poids, TA, Taille, température
 - *Inspection/palpation*: morphotype, les seins, la pilosité, la vulve(dimensions, vulvite, développement des lèvres, orifice vaginal...)
 - *Spéculum*: état du col et du vagin, leucorrhée, glaire

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *L' examen clinique de la femme*

- *Examen physique*

- *Toucher vaginal combiné au palper vessie vide:*

Col, utérus, annexes, cul de sac

- *Le toucher rectal et bidigital: distance anovaginale, cloison anorectale, recherche de malformation*

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *L'examen clinique de l'homme*

- Interrogatoire: puberté, infections(orchite, VIH, tuberculose, gonococcie, oreillons) la chirurgie(cryptorchidie, torsion du testicules, traumatisme du testicule, section du canal déférent.
- Examen physique:

Examen général: TA, Poids, T°, Etat général

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *L'examen clinique de l'homme*

- Inspection: morphotype, les seins, pilosité, organes génitaux externes(testicule, verge appréciée dans ses dimensions, canal déférent ou on recherchera une varicocèle ...)
- Toucher rectal: prostate et vésicule séminale.

L'examen de l'homme doit orienter vers une cause.

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. La 1^{ère} consultation

❖ *Résultats de l'examen du couple.*

- *Causes évidentes:* cervico-vaginite, des malformations vulvo-vaginales, de l'infantilisme génital, verge hypospade, une varicocèle
- *Causes possibles:* troubles de l'ascension du sperme (hypospadias, anomalie de la glaire), notion de péritonite appendiculaire, anovulation, troubles sexuels chez l'homme.

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. 2^{ème} consultation

- Rdv autour de la période d'ovulation
- Couple reçu séparément
- Interprétation des examens demandés:
spermogramme, courbe de température, bilan bactériologique, test post coïtal, HSG, échographie.
- Orientation des nouveaux examens et thérapeutique:
dosage hormonaux, hystéroscopie, immunologie

II. EXPLORATION CLINIQUE DU COUPLE INFERTILE

1. 3^{ème} consultation

- Analyse des résultats de certains examens
- Si cause évidente, envisager les possibilités de traitements et les proposer.
- Si aucune cause évidente (10%), critiquer les résultats, reprendre l'examen clinique et les examens demandés et donner d'autres RDV

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 1^{ère} consultation

❖ *Bilan de fertilité*

- La courbe thermique
- La courbe est monophasique. Elle signe une anovulation.
- La courbe biphasique avec un nadir= ovulation
- courbe avec un plateau écourté signe une activité brève anormale du corps jaune
- courbe à plateau irrégulière signe une instabilité lutéale
- Le point le plus bas est le NADIR

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 1^{ère} consultation

❖ *Bilan de fertilité*

- Etude de la glaire cervicale
 - Prélèvement la veille ou le jour de l'ovulation
 - Normale: limpide, filante(8-10cm) cristallisée en feuille de fougère= bonne imprégnation œstrogénique
 - Anormale=troubles œstrogéniques, infection ou autres anomalies de réceptivité œstrogénique.

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 1^{ère} consultation

❖ *Bilan de fertilité*

1. Le test post coïtal ou test de HUHNER

- Réalisé la veille ou le jour de l'ovulation
- Rapport sexuel entre 4 et 20h avant le prélèvement en l'absence de toute infection
- Prélèvement: exocol, endocol, cul de sacs vaginaux par aspiration, mouchage ou expression du col

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 1^{ère} consultation

❖ *Bilan de fertilité*

1. Le test post coïtal ou test de HUHNER

- Négatif: absence de spermatozoïdes ou spermatozoïdes morts. Cause masculine ou présence d'anticorps anti spermatozoïdes dans la glaire, rapport sexuel difficile Test à répéter 3 fois

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 2^{ème} consultation

❖ *Hystérosalpingographie*

- Pour étudier la perméabilité des voies génitales

❖ Echographie: statut utero annexiel, malformations, fibromes, hydrosalpinx, les ovaires, qualité de l'endomètre, malformations rénales associées...

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 3^{ème} consultation

❖ *Bilan hormonal*

- FSH, LH et œstradiol de façon systématique
- Etre alerté si taux de FSH dépasse 10 UI/L ou 13UI/L
- Œstradiolémie élevée supérieur à 75 pg/mL est péjoratif
- FSH et œstradiol élevés avec dosage d'inhibine basse

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 3^{ème} consultation

❖ *Tests dynamiques*

- ***Le test au citrate de clomifène:*** après FSH à J3 élevé
 - 2 comprimés de J5 à J9 puis dosage de FSH à J10
- **Le test à la FSH:** capacité de réponse de l'ovaire
 - 4 amp après dosage de l'oestradiol à J2 puis nouveau dosage à J3. ▲ tx d'oestradiol supérieur 30pg/mL

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 3^{ème} consultation

❖ *Tests dynamiques*

▪ *Le test à la LHRH de Winslow*

- LHRH administré et dosage de FSH; si bas , cause hypothalamo-hypophysaire.
- Réponse explosive de LH
- Autres hormones: TSH, androgènes, progestérone, T4,T3

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE INFERTILE

1. Chez la femme

1.1. La 3^{ème} consultation

❖ *Les autres examens demandés*

- Coélioscopie
- Les biopsies au niveau ovarien
- Rx de la selle turcique
- Scanner et IRM

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE

INFERTILE

1. Chez l'homme

❖ La 1^{ère} consultation

■ Le spermogramme et spermocytogramme

- examen de base , d'emblé ou après un TPC négatif
- Normal: bonne spermatogenese, voies spermatiques libres et glandes normales
- Anormal: azoopermie, hypospermie, asthénospermie, necrospermie, oligospermie, infection, troubles metaboliques du sperme

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE

INFERTILE

1. Chez l'homme

❖ La 2^{ème} consultation

■ Le spermoculture+antibiogramme

- hyperspermie, $\text{pH} \geq 8$, leucocytose $\text{PH} \geq 100000/\text{mL}$

- E coli, streptocoque B, protéus

■ Echographie du scrotum et des testicules

- Sequelles infectieuse, obstructions, agenesie des vesicules séminales, anomalie du volume des testicules, varicocèle, tumeur, cryptorchidie, anomalie des déférents...

III. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DU COUPLE

INFERTILE

1. Chez l'homme

❖ La 3^{ème} consultation

- **Bilan hormonal:** Testosterone, dihydro-épiandrostérone, prolactine, FSH
- Biopsies testiculaires
- Recherche de sperme dans les urines
- Le caryotype
- Test de récupération des spermatozoïdes
- Test de pénétration croisé

IV. DIAGNOSTIC DE LA STERILITE CONJUGALE

2. Diagnostic étiologique

❖ Facteurs féminins

- cervico-vaginaux: rapport incomplet, glaire imperméable, conisations hautes, produits caustiques
- Isthmique: étroitesse, diverticule, hyper antéflexion col
- Utérins : malformations, déviations utérines, fibromyome, synéchies, endométriose
- Tubaires : obstructions, paroi tubaire, adhérences
- Ovariens : kystes, dystrophie, endométriose, agénésie

IV. DIAGNOSTIC DE LA STÉRILITÉ CONJUGALE

2. Diagnostic étiologique

❖ Facteurs masculins

- Anomalies de l'éjaculation: anéjaculation, retrograde...
- Les malformations: canaux éjaculateurs, agénésie
- Anomalies obstructives: inflammations, infections, traumatismes, cryptorchidie
- Anomalies sécrétoires: altération spermatogénèse
- Anomalies immunitaires

V. TRAITEMENT

1. But

Aider le couple à obtenir un enfant

2. Moyens thérapeutiques

- ❖ Préventifs: antibiotiques, préservatifs
- ❖ Traitement médical: ATB, anti inflammatoire, antispasmodique, alcalinisants, hormones
- ❖ Instrumental: hystérometrie, insufflation, dilatation, utilisation de préservatif...
- ❖ Traitement chirurgical: coéloscopie(électrocoagulation des foyers d'endométriose, section des adhérences)

V. TRAITEMENT

2. Moyens thérapeutiques

- ❖ Traitement chirurgical: intervention sur le col(stomatoplastie) sur l'utérus et les annexes
- ❖ Assistance médicale à la procréation
 - IAC, insémination intra conjugale
 - FIV, fécondation in vitro
 - GIFT gamete intra fallopian transfer
 - IAD, insémination avec sperme du donneur
 - FIVD fécondation in vitro avec sperme de donneur
 - Don d'ovocyte et don d'embryon

V. TRAITEMENT

3. Indications

❖ Chez la femme

- fibromyomes: chirurgie
- endométriose: chirurgie et traitement médical
- Synéchies: curetage, dilatation
- Phimosis: salpingostomie+ATB+anti-inflammatoire
- Glaires cervicales pauvres: œstrogène + ATB
- Insuffisance lutéale: progestatif
- Obstruction complète tubaire: AMP
- Cycle anovulatoire et aménorrhée : clomifène

V. TRAITEMENT

3. Indications

❖ Chez l'homme

- pyospermie ou leucospermie: ATB
- Necrospermie: ATB
- asthenospermie: traitement infectieux
- Oligotéatospermie: FIV, IAC
- Varicocèle: chirurgie
- Azospermie: IAD

CONCLUSION

- Infertilité du couple est fréquemment rencontré en consultation gynécologique
- Recherche étiologique longue et difficile et le traitement n'est pas aisé.
- Une bonne conduite de l'examen clinique et du bilan paracliniques peuvent aider au diagnostic et à une bonne conduite thérapeutique