

ITEM 37 : STERILITE DU COUPLE

<ul style="list-style-type: none"> - Infertilité = absence de grossesse après > 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception - Stérilité = incapacité totale pour un couple d'obtenir un enfant → ne peut être affirmée qu'au terme de la vie reproductive - Primaire (aucun enfant) ou secondaire (après ≥ 1 grossesse finie ou non (IVG...)) - Epidémiologie : 25% de couples infertiles, 4% de couples stériles → 1 couple/5 consulte pour des difficultés de conception - Couple fertile avec rapports sexuels réguliers : 25% de chance de grossesse/cycle = délai moyen de 4 mois (femme de 25 ans) - Facteurs pronostiques : âge de la femme (++), tabagisme, obésité 		
Cause	Féminine (30%)	<ul style="list-style-type: none"> - Age maternel : fertilité maximale avant 25 ans, chute à partir de 31 ans, quasi-nulle après 45 ans - Poids : obésité (fertilité divisée par 4 si IMC > 30) ou maigre - Tabagisme : ↘ la fertilité de manière dose-dépendante, ↗ les risques obstétricaux (FCS, GEU, RCIU, PP, RPM, HRP, mort fœtale in utero) - Cause endocrinienne = trouble de l'ovulation: SOPK, hyperprolactinémie, aménorrhée hypothalamique... - Cause mécanique : - Obstruction tubaire bilatérale : antécédents de salpingite... - Endométriose (40% des causes d'infertilité) : endométriose ovarienne, adhérences pelviennes, inflammation...
	Masculine (20%)	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalie du sperme (90%) - FdR : âge, tabagisme, alcool, drogue, chaleur, toxique environnementaux (plomb, pesticide, solvants...), métiers à risque (boulangier, hammams trop fréquents)
	<ul style="list-style-type: none"> - Cause mixte (féminine et masculine) dans 40% des cas (3% par dysfonction sexuelle) - Idiopathique (après bilan complet) dans 10% des cas 	
1 ^{ère} consultation	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification des conditions nécessaires à une fécondation naturelle : délai d'infertilité, fréquence des rapports sexuels, arrêt des toxiques (tabac...), présence d'une obésité... - Fréquence des rapports sexuels : des rapports 1 jour sur 2 pendant la fenêtre de fertilité (= 6 jours : jour de l'ovulation et les 5 jours précédents, avec un maximum 2 jours avant le pic ovulatoire) optimisent les chances - Consultation préconceptionnelle : vaccination rubéole-varicelle-coqueluche-grippe, arrêt des toxiques, acide folique, dépistage des situations de précarité ou de vulnérabilité, risque professionnel et pénibilité du travail - Bilan pré-AMP : sérologies VIH, VHC, VHB, syphilis - Exploration après 1 an d'infertilité ++ (sauf si âge > 35 ans) → Exploration plus précoce en cas de FdR d'infertilité (salpingite...) ou si la femme est âgée > 35 ans 	
Bilan féminin	C	<ul style="list-style-type: none"> - Ancienneté de l'infertilité, fertilité antérieure, fréquence des rapports - Consanguinité, antécédents familiaux d'anomalie génétique - Antécédents gynécologiques : IST, salpingite, chirurgie pelvienne à risque d'adhérence, chirurgie ovarienne... - Orientation : dysménorrhée, dyspareunie profonde, hyperandrogénisme (hirsutisme, acné), examen gynécologique (malformation génitale, signes d'endométriose)
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Indications : <ul style="list-style-type: none"> - Age > 35 ans - Antécédent familiaux d'IOP - Cycles irréguliers - Antécédents d'agression ovarienne - Prise en charge en AMP prévisible = FSH, LH, oestradiolémie +/- AMH: dosage en début de cycle (J2-J4) → recherche de cause secondaire endocrinienne et évaluation de la réserve ovarienne - FSH : - Elevé ≥ 12 UI/L : mauvaise réserve folliculaire ovarienne - Très élevé ≥ 15 UI/L : mauvais pronostic de réussite d'AMP - Oestradiolémie : - Elevée > 50 pg/mL : mauvaise réserve folliculaire ovarienne - Si > 70 pg/mL : FSH faussement normale par rétrocontrôle - AMH : corrélé à la réserve ovarienne de manière quantitative (meilleur marqueur de la réserve ovarienne avec l'échographie pelvienne), peut être dosé à tout moment du cycle, dosage non pris en charge par la CPAM – dosage non systématique en cas d'infertilité.
	Exploration de l'ovulation	<ul style="list-style-type: none"> - Courbe de température (examen de débrouillage) = prise de température tous les matins au réveil sur 3 mois : température à 36,5°C, ↗ brusque de +0,3-0,4°C lors de l'ovulation puis plateau thermique de 12-14 jours - En cas de dysovulation : dosage de prolactine et TSH - En cas de dysovulation et signes d'hyperandrogénie : dosage de 17-OH-progestérone (bloc enzymatique en 21-hydroxylase), testostérone et SDHEA (tumeur surrénalienne)

		Exploration de la réserve folliculaire	Compte des follicules antraux	<ul style="list-style-type: none"> = Echographie pelvienne endovaginale en début de cycle (J2-J3) - < 5 follicules antraux : mauvaise réserve ovarienne → très péjoratif, risque de mauvaise réponse à la stimulation ovarienne - > 10 follicules antraux/ovaire : craindre une réponse excessive en cas de stimulation ovarienne (risque de syndrome d'hyperstimulation ovarienne)
Bilan féminin	PC	Exploration de l'appareil génital féminin	Hystéro-salpingo-graphie	<ul style="list-style-type: none"> = Clichés avec injection d'iode locale : cliché sans préparation, de remplissage, en réplétion complète, en début d'évacuation et tardifs à 30 minutes - Réalisé en 1^{ère} partie de cycle – Bilan de 1^{ère} intention - CI : allergie à l'iode, infection génitale, grossesse - Sous antibioprophylaxie en cas d'antécédents infectieux - Résultat : - Cavité utérine : malformation (cloison utérine) ou pathologie endocavitaire (polype, fibrome, synéchie, adénomyose) - Perméabilité tubaire - Cliché à 30 minutes : brassage péritonéal (vidange des trompes) → altéré en cas d'adhérences péri-tubo-ovariennes - Peut être remplacé par une hystérosonographie
			Echographie pelvienne par voie endo-vaginale	<ul style="list-style-type: none"> - Idéalement en 3D - Utérus : malformation, fibromes, adénomyose - Ovaires : kystes, aspect de SOPK - En début de cycle (J2-J3) : compte des follicules antraux - En 2nd partie de cycle (après ovulation) : visualisation idéale des processus endo-cavitaires, présence d'un corps jaune (antécédents d'ovulation)
			En 2 nd intention	<ul style="list-style-type: none"> - Hystérocopie : si doute sur une malformation (cloison) ou un processus endocavitaire (polype, fibrome, synéchie) - Hystéro-sonographie = échographie avec instillation de sérum physiologique dans la cavité utérine : alternative à l'hystérocopie
			Coelioscopie diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> - Indication : - FdR de pathologie tubaire : atcd d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne ou de salpingite, séropositivité <i>Chlamydia</i> - Suspicion d'endométriose - Hydrosalpinx - Infertilité inexplicée - Bilan anatomique pelvien : séquelle d'infection, endométriose... - Epreuve de perméabilité tubaire au bleu - Geste améliorant la fertilité : adhésiolyse, plastie tubaire...
		Bilan infectieux		<ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement vaginal : recherche d'infection latente par PCR <i>Chlamydia</i> - Sérologie <i>Chlamydia trachomatis</i>
Bilan masculin	1 ^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher des FdR d'infertilité : métier à risque, toxiques antécédents génitaux, infection, chimio-radioTh - Examen testiculaire : varicocèle, verge, volume testiculaire (orchidomètre de Prader)... - Spermogramme et spermocytogramme : après 3-5 jours d'abstinence, répété à 3 mois si anormal - Spermoculture et PCR <i>Chlamydia</i> sur 1^{er} jet urinaire si signe d'appel infectieux (couleur anormale du sperme) ou antécédents infectieux - Test de migration-survie en cas d'oligo-térato-asthénospermie : oriente la stratégie d'AMP - Examen de sécurité sanitaire en vue d'une AMP : sérologie VIH (après accord), syphilis, VHB, VHC 		
	2 nd intention	<ul style="list-style-type: none"> - Caryotype si anomalie sévère du sperme (azoospermie, oligo-astheno-tératospermie sévère) vérifiée sur 2 spermogrammes à 3 mois d'intervalle - Bilan hormonal si oligo-azoospermie : LH, FSH, testostérone en 1^{ère} intention - Echographie testiculaire si anomalie sévère du sperme (tumeur associée fréquente) 		
Bilan du couple	Test post-coïtal de Hünher		<ul style="list-style-type: none"> = Réalisé en pré-ovulatoire immédiat (J12), 8 à 12h après un rapport sexuel, après 3 jours d'abstinence - Analyse de la qualité de la glaire cervicale = score d'Insler : ouverture du col, abondance, filance et cristallisation de la glaire → côté de 1 à 3, normal si ≥ 8/12 - Analyse microscopique du comportement des spermatozoïdes dans la glaire cervicale : test positif si nombre suffisant de spermatozoïdes mobiles (> 5-10/champ) → Non systématique en 1^{ère} intention : indiquée pour s'assurer de la réalité des rapports sexuels ou en cas de suspicion d'une étiologie pouvant être corrigée par l'insémination intra-utérine 	

Bilan préconceptionnel	Bilan pré-AMP	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le couple : sérologies VIH, VHC, VHB, syphilis, vaccination coqueluche ou rappel - Pour l'homme : spermoculture - Pour la femme : <ul style="list-style-type: none"> . Vaccination contre la rubéole si sérologie négative (<i>pas de grossesse dans les 2 mois</i>) . Vaccination contre la varicelle (<i>si non faite avec sérologie négative, pas de grossesse pendant 3 mois</i>) . Régime en cas de surpoids, arrêt des toxiques . Supplémentation vitaminique par acide folique . Si diabète : HbA1c < 6.5% . Vaccin contre la grippe en cas de FdR . Accompagnement psycho-social si fdR de vulnérabilité . Evaluation du risque professionnel
------------------------	---------------	--