

CAT devant un couple stérile

La stérilisée peut être primaire ou secondaire, ce chapitre aborde uniquement la stérilité primaire.

Stérilité primaire

I. Définition

La stérilité (l'infertilité/l'hypofertilité) se définit comme étant l'absence de conception (grossesse) après une année de cohabitation régulière (au moins 3 rapports sexuelles par semaine) avec éjaculation intra vaginale sans aucune méthode contraceptive involontaire tel que le lever précoce après le rapport, le lavage toute suite après ce dernier, l'usage des produits antiseptique qui modifient le pH du vagin et qui altère la qualité des spermatozoïdes.

II. Principes de stérilité

- À partir de 25 ans la fertilité chez la femme commence à baisser, elle diminue nettement au-delà de 35 ans, énormément à 40 ans et elle est à zéro après 45 ans¹.
- Elle est plurifactorielles² :
 - Infection urinaire
 - Tabagisme chez l'homme
 - Surpoids chez la femme
- Les femmes hyperfertiles masquent les hommes hypofertiles et vis versa.
- Il y a plus d'homme stérile que de femmes stériles (chez l'homme, la stérilité est un problème qui ne peut être résolu).

III. Conduite à tenir pratique

Trois cas de figures sont envisageables :

¹ On ne se comporte pas de la même manière avec une patiente de jeune âge et une patiente dont l'âge est avancé.

² Devant une infertilité on peut ne pas avoir une grande cause mais plusieurs petites causes qui doivent être traitées

A. Couple récemment mariée “pressés” avant 1 ans (durant les 6 premiers mois)

a) Chez l'homme : Il est facile à explorer.

A l'interrogatoire

→ **Rechercher la profession :**

- ◆ Mines, boulangers (exposition à la chaleur qui altère la spermatogenèse)
- ◆ Radiations ionisantes
- ◆ Informaticiens et PC sur les cuisses
- ◆ Agriculteurs qui manipulent des pesticides
- ◆ Métiers stressants

→ **Habitudes de vie :**

- ◆ Tabac
- ◆ Drogue
- ◆ Alcool

→ **Antécédents :**

- ◆ Maladies infectieuses épididymites (oreillons),
 - ◆ antécédents chirurgicaux d'ectopie testiculaire
 - ◆ Antécédents chirurgicaux de hernie
 - ◆ Antécédents de traumatisme testiculaire rugby , équitation
- Conception avec une autre femme et prise médicamenteuse
- Obésité

A l'examen clinique

Le morphotype

L'obésité : elle est responsable d'un déséquilibre hormonal et une diminution de désir sexuel

Examen urologique : taille de la verge, une malformation, palpation des testicules dans les bourses, leur consistance, leur taille ...

b) Chez la femme

A l'interrogatoire

→ **L'âge :** est un facteur primordial +++

→ **Qualité du cycle menstruel :** (28 jours) :

- ◆ La ménarche
- ◆ Régulier : cycle de 28 à 30 jours avec une durée de 5 à 6 jours de règles.
- ◆ Irrégulier :
 - cycle long > 35 jours
 - cycle court < 25 jours

→ **Douleurs pendant le cycle (dysménorrhée) :**

- ◆ La dysménorrhée primaire : elle survient la veille ou le 1^{er} jour des règles et disparaît dès l'installation de flux menstruel → elle est physiologique.
- ◆ La dysménorrhée secondaire : soit la femme n'était pas dysménorrhéique et elle l'est devenue ou cette douleur dure dans le temps (> 2-3 jours) et elle est invalidante → elle est pathologique.

→ **Antécédents chirurgicaux** : Une chirurgie pelvienne (kyste, fibrome, appendicectomie, ...) qui va être responsable du développement des adhérences modifiant les rapports anatomique entre la trompe et l'ovaire

→ **Antécédents infectieux** :

- ◆ Bruyantes : Trichomonas, Gonocoque, Streptocoque, Candida albicans (prurit).
- ◆ Silencieuse : chlamydia

👉 Les mariages ou les grossesses tardives favorisent la survenue des infections génitales.

→ **L'endométrieose** : du à fréquence des règles, **défaut d'allaitement**.

→ **Causes hormonales** : la dystrophie ovarienne est fréquente au niveau du bassin méditerranéen surtout en Algérie (femme brune et en excès de poids).

A l'examen clinique

Est réalisé au moment de l'ovulation (13-14^{ème} jour du cycle).

L'inspection :

- Le morphotype féminin
- Le développement des caractères sexuels secondaires : seins, ...
- Le poids
- Syndrome discret de virilisme en rapport avec un dysfonctionnement ovarien se manifestant par des règles irrégulières, poils sur la lèvre supérieure...

Examen des seins : galactorrhée (ce n'est pas une hyperprolactinémie)³ qui est significatif lorsqu'il y a des troubles de règle.

Examen général :

Position gynécologique, bon éclairage, rectum et vessie vides :

Inspection : de la vulve et des lèvres qui sont sous dépendance oestrogénique.

Au spéculum :

- ★ **Profondeur et orientation du vagin** : un vagin normal est orienté en bas et en arrière, si on trouve un vagin court ou horizontalisé ⇒ le sperme éjaculé à l'intérieur du vagin ressort du fait de cette malformations ⇒ dans ce cas, la conduit à tenir de la femme est de créer une inclinaison en mettant un oreiller sous les fesses pendant 10-20mn après le rapport.

³ La découverte d'une galactorrhée n'est pas synonyme d'hyperprolactinémie : la grande majorité des femmes consultant pour une galactorrhée ont même une prolactinémie normale. Toutefois, toute galactorrhée impose un dosage de PRL (10 % des femmes hyperprolactinémiques ont une galactorrhée isolée sans troubles des règles).

- ★ Éliminer une malformation vaginale : type diaphragme ou cloison
- ★ Apprécier la glaire cervicale : abondante, filante ou limpide...
- ★ Éliminer une infection

N.B : une femme qui a toujours ses règles ≠ une femme fertile, cette persistance des règles est due aux sécrétions hormonales de l'ovaire.

Toucher vaginale :

- ❖ Voir la taille de l'utérus et sa position qui peut être intermédiaire, antéversée ou rétro-verser → la rétroversion est pathologique lorsqu'elle est fixée.
- ❖ Palpation en latéro utérin

Échographie : du moment où l'ovulation est en cours l'échographie montre :

- ✓ si le follicule est mature (18-22)
- ✓ et si l'endomètre est prêt pour la grossesse (triple feuillet en aspect de grain de café qui fait entre 8 et 10 mm).

Conclusion

Au terme de cet examen (homme/femme) : on établit l'hypothèse de cette hypofertilité : survient-elle dans un contexte clinique évocateur ? Une anomalie retrouvée ?

Oui : traiter l'anomalie trouvée (voir le 2^{ème} cas de figure)

Non : on demande au couple de faire un examen complémentaire tel que le **test post coïtal (TPC) :**

* Ce test consiste à faire un rapport sexuel le 13^{ème} jour du cycle, repos pendant 20 min sans toilette intime. Ensuite une consultation après 6h : on recueille la glaire cervicale et on l'examine sous microscope au grossissement $\times 400$:

- Si on trouve 5 spermatozoïdes normaux actifs par champs qui bougent dans une glaire normale ⇒ de bonne indication → éducation sexuelle

Education sexuelle

La femme ne peut être fertile que pendant 24h par cycles aux alentours du 13^{ème} et du 14^{ème} jour. De ce fait, il faut avoir le maximum des rapports au 12^e 13^e 14^e 15^e et 16^e jour (en sachant que la durée de vie de l'ovocyte est de 24h et celle des spermatozoïdes est de 72h) cela va augmenter les chances de la fécondation.

Le rapport sexuel doit être suivi d'un repos.

Il ne faut pas se lever ou se laver juste après les rapports.

Mettre un oreiller sous les fesses pendant 10-20 mn.

B. Couple après plus d'un ans de cohabitation ou couple de 6 mois avec une anomalie

a) Chez l'homme

Interrogatoire : idem au 1er cas de figure.

Examen clinique : idem au 1er cas de figure.

Examen complémentaire :

■ Spermogramme + culture du sperme

Le spermogramme doit être réalisé :

- En dehors des épisodes morbides (grippe, angine ...)
- Après une abstinence de rapports de 3 jours où le spermogramme sera fait le 4^{ème} jour suivant.

Résultats :

Un spermogramme normal : 20 millions de spermatozoïdes dont > 60% sont vivants et > 45% sont mobiles.

Un spermogramme pathologique :

- ✓ Oligospermie : < 20 millions
- ✓ Nécrospermie : les vivants sont < 60%
- ✓ Asthénospermie : les mobiles sont < 45%

On peut avoir l'association de 2 ou 3 anomalies :

- Oligoasthénospermie sévère
- Azoospermie : absence des spermatozoïdes, dont il existe 2 types :
 - Azoospermie sécrétoire : la sécrétion des spermatozoïdes ne se fait pas (↑ LH↑ FSH) → non traitable
 - Azoospermie excrétoire : les spermatozoïdes sont sécrétés mais non excrétés → traitable

Traitement :

Il n'existe pas un traitement de fond pour un homme avec un spermogramme pathologique, à l'exception :

- La prescription des vitamines C, E, Zinc : qui augmentent la quantité de liquide séminal,
- Les antioxydants (noix, amandes,...) en petite quantité.
- Les mesures hygiéno diététique (suppression du tabac, d'alcool ; sport ; diminution de poids ; une bonne alimentation, ...)
- Aménagement du Travail

b) Chez la femme

Interrogatoire : idem 1er cas de figure

Examen clinique : idem 1er cas de figure

Examen complémentaires :

Dans ce cas il a 5 éléments à explorer :

Éléments à explorer	État normal	Technique d'exploration	Anomalies probables	Traitement (En fonction de la cause)
Vagin et col	Bonne glaire cervicale	Examen clinique	Infections vaginale Absence de glaire	Antibiothérapie Traitement oestrogénique
Utérus	Réceptif et libre	Échographie Hystérosalpingographie	Fibrome Polype Synéchie	Enlever
Trompe	Perméable	Hystérosalpingographie	Sténose après salpingite	
Ovaire		Échographie	Dystrophie ovarienne	Amaigrissement Sport Inducteur de l'ovulation
Axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien		Bilan hormonal (LH- FSH - prolactine -E2-TSH)	Hyperprolactinémie Hyperthyroïdie Hypothyroïdie	Traiter le désordre hormonal

C. Infertilité de plus de 2 ans (de pathologie connue sans solution ou inconnue)

C'est l'indication de l'**exploration endoscopique** : **hystéroscopie** + **cœlioscopie** :

La patiente est convoquée entre le 8^e et le 10^e jour de cycle, dans un bloc opératoire.

On commence par l'hystéroscopie à la recherche des **anomalies utérines** (petits polypes, ...)

Ensuite on fait la cœlioscopie accompagné de l'introduction au niveau de l'utérus d'une sonde urinaire remplie de bleu de méthylène :

- Explorer l'intérieur de ventre
- Injecter de bleu de méthylène pour voir la perméabilité des trompes
- Drilling ovarien si coque de l'ovaire est épaisse

On peut trouver des **trompes qui sont altérés** après une infection par Chlamydia (trompe collée à la paroi abdominale avec les **cordes de violon** « syndrome de Fitz-Hugh-Curtis. »)

Comme on peut faire face à une endométriose.

*Après ce cortège d'investigation, on se retrouve devant 2 situations :

- ❑ Une étiologie qu'on peut traiter et avoir une grossesse par la suite.
- ❑ Ou le contraire et là on accède aux techniques de procréation médicalement assistée :
 - ✓ **fécondation in vitro** : trompes détruites par la chlamydia ou la TBC, endométriose stade III (taux de réussite ≈30%)
 - ✓ **ICSI** (injection intra cytoplasmique des spermatozoïdes) : devant une Oligo-necro-asthénospermie (taux de réussite ≈30%)
 - ✓ **Insémination artificielle** (insémination intra utérine) : elle consiste à récolter les spermatozoïdes et les mettre au fond utérin le plus proche possible de l'ovocyte (taux de réussite ≈ 10-15%) ; cette technique est utilisée surtout quand la glaire cervicale de la femme développe des anticorps contre les spermatozoïdes de son partenaire.
** La réussite de ces techniques dépend de l'âge de la femme et de la qualité des spermatozoïdes (intervention du facteur temps).*
 - ✓ **Adoption** : devant une azoospermie ; ectopie testiculaire non traitée pendant l'enfance, une insuffisance ovarienne primitive (ménopause précoce).

Stérilité secondaire

Où la femme présente déjà un antécédent gravidique (grossesse/avortement) ; c'est à partir de cet antécédent qu'on commence à investiguer.

Avortement : curetage, Fièvre, État septique, Endométrite, Infection utérine.

GEU : salpingectomie ? Annexe controlatérale ?