

# EXPLORER ET ORIENTER UN COUPLE INFERTILE

EPU ASGO – FIV SENEGAL  
DAKAR 17- 12- 2016

Dr Joël ADJAKOU

## DEFINITION

Incapacité d'un couple à obtenir une grossesse après environ une année de rapports réguliers non protégés.

- Souffrance et mal être intense
- Implication des médecins et biologistes pour la réparation de ce désir inassouvi le considérant comme Partie prenante de la médecine
- Véritable problème de santé publique prise en charge méticuleuse devant aboutir au vœu pieux du couple: bébé en bonne santé

Problèmes

retard de consultation

retard de prise en charge

Exploration et orientation pour une étiologie et  
stratégie thérapeutique

## LA PREMIERE CONSULTATION / Couple

Enquête exhaustive aboutissant à un diagnostic et à une démarche thérapeutique allant de simples recommandations de modifications de style de vie jusqu'à la FIV.

# LA FEMME

## INTERROGATOIRE

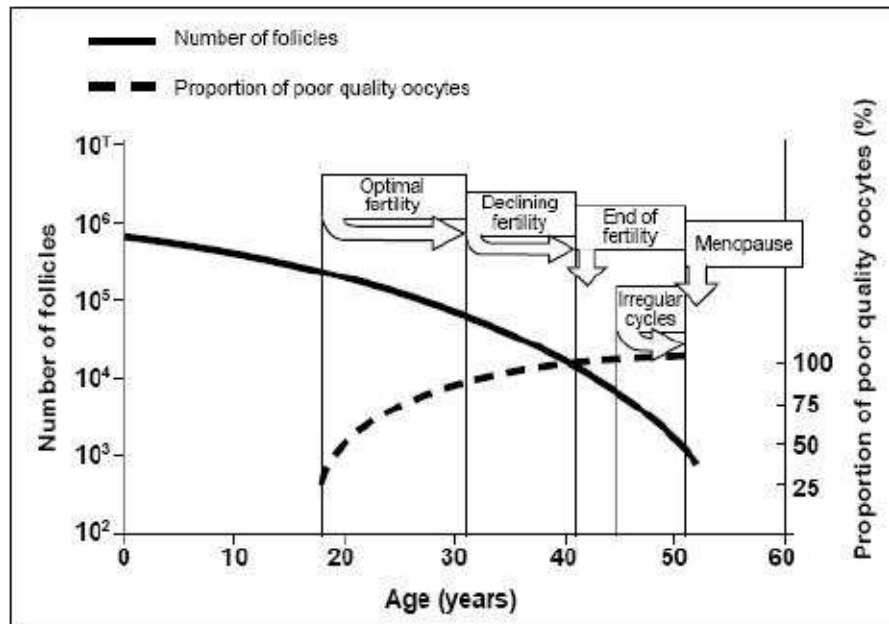
Ancienneté ?

Type: primaire ou secondaire

**Age:** le capital folliculaire diminue avec l'âge en quantité et en qualité

**Poids:** obésité déséquilibre hormonal et dysovulation (surtout nullipares)

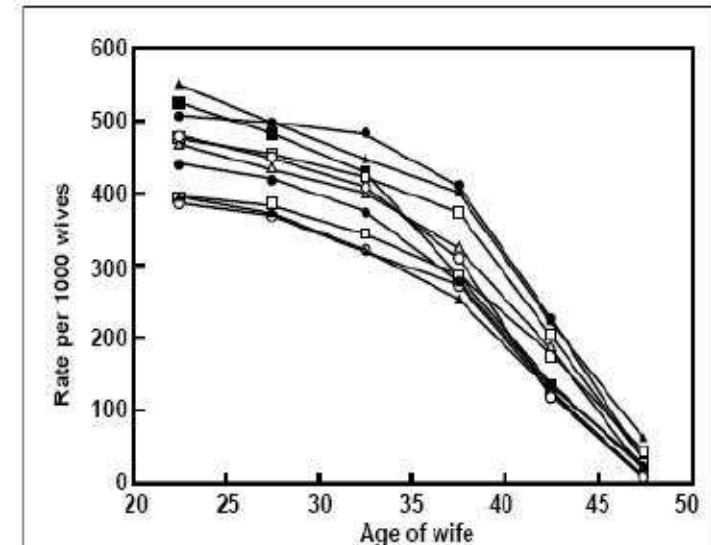
**Figure 1. Schematic representation of the number of primordial follicles present in the ovaries and the chromosomal quality of oocytes in relation to female age and corresponding reproductive events.**



Graph was drawn after Hansen et al. and de Bruin et al.

Brockmans FJ, Soules MR, Fauser BC. Ovarian aging: mechanisms and clinical consequences. *Endocr Rev* 2009;30:465–93.12 Copyright 2009, The Endocrine Society. Reproduced with permission.

**Figure 2. Natural fertility by age**



The ten populations (in descending order at age 20 to 24) are Hutterites, marriages 1921–30 (▲); Geneva bourgeoisie, husbands born 1600–49 (■); Canada, marriages 1700–30 (●); Normandy, marriages 1760–90 (○); Hutterites, marriages before 1921 (□); Tunis, marriages of Europeans 1840–59 (△); Normandy, marriages 1674–1742 (●); Norway, marriages 1874–76 (□); Iran, village marriages, 1940–50 (▲); Geneva bourgeoisie, husbands born before 1600 (○).

Menken J, Trussell J, Larsen U. Age and infertility. *Science* 1986; 233(4771):1369–1394.4 Reprinted with permission from AAAS.

## Antécédents

Age des ménarches

Longueur du cycle

Syndrome prémenstruel

Durée des règles

Contraceptions

Grossesses antérieures et issues ( IVG – GEU –  
Accouchements)

Infections génitales basses ou hautes

Explorations chirurgicales utéro-annexielles



Médicaux:

Maladies chroniques ( diabète – HTA – dysthyroïdie )

Maladies infectieuses ( tuberculose)

Radiothérapie ou chimiothérapie

Chirurgicaux: abdomen pelvis

Facteurs environnementaux et style de vie

Tabagisme passif et actif

Alcool

Autres facteurs: drogue, caféine, expo professionnelles

## Bilan préliminaire

Prélèvement vaginal

Sérologie chlamydiae

Recherche mycoplasmes: U. uréalyticum, M. hominis,  
**M. génitalium**

Echographie pelvienne

J2-J4 en première intention (CNGOF)

CFA

Ovaires

Épaisseur statut endométrial ( polype?)

Doppler des artères utérines

Hydrosalpinx

## LA RESERVE OVARIENNE

- Bilan de réserve ovarienne

FSH, E2 et LH à J3-J5 du cycle

AMH / Foll. antraux et pré-antraux

TSH, prolactine

- CFA: écho endovaginale

Follicules 2-9 mm dans les deux ovaires à J3  
permet d'identifier les patientes à risque de  
réserve ovarienne altérée

Réserve ovarienne totale

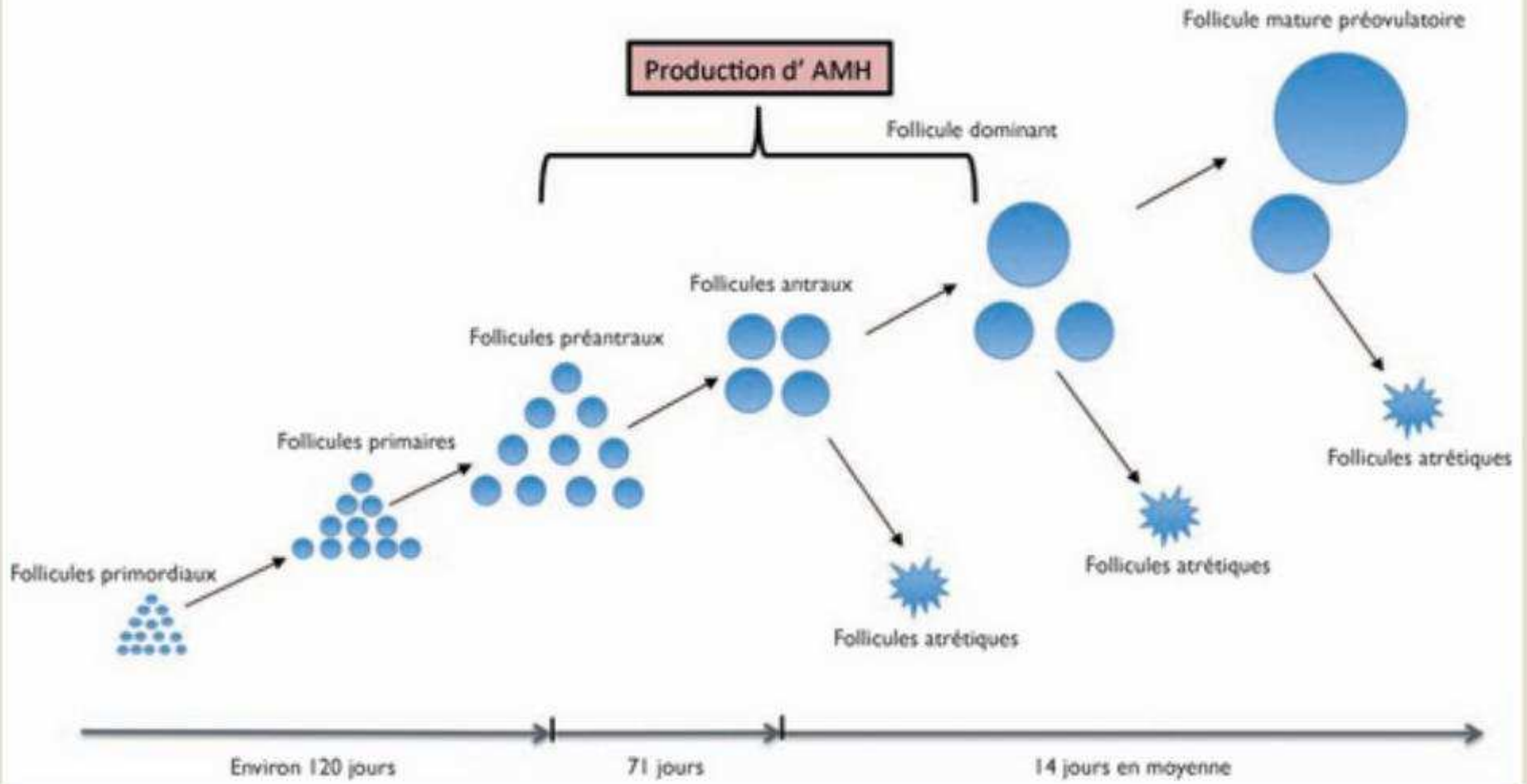
Réserve ovarienne fonctionnelle

Recrutement continu

Recrutement cyclique

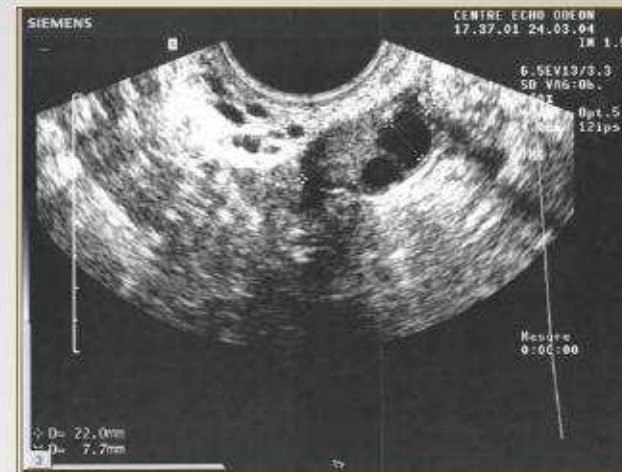
Indépendant des gonadotrophines

Dépendant des gonadotrophines



# Compte des follicules antraux (AFC)

Au jour



<b>FSH</b>	<b>Moins de 8 mUI/ml</b>	<b>8 – 12</b>	<b>Plus de 12</b>
<b>CFA</b>	<b>Plus de 8</b>	<b>5 – 7</b>	<b>Moins de 5</b>
<b>AMH</b>	<b>Plus de 1ng/ml</b>	<b>0,5 – 1</b>	<b>Moins de 0,5</b>



Hystérosalpingographie

Fiabilité pas absolue dans le diagnostic des  
obstructions tubaires

Hydrosalpinx

Malformations utérines

Synéchies

La cœlioscopie

Hystéroscopie selon les indications

# L'HOMME

## INTERROGATOIRE

Age

La qualité du sperme diminue avec l'âge

Décroissance constante entre 20 et 80 ans

Poids

L'obésité altère la qualité du sperme

Baisse testostérone: baisse libido et fertilité

Antécédents

Puberté: traumatisme testiculaire?

Cryptorchidie – Infections génito-urinaires

Chirurgie pelvienne?

Environnementaux et mode de vie

Tabac (fragmentation)

Alcool

Drogues

Métiers à risque (chaleur testiculaire)

## BILAN PRELIMINAIRE

Spermogramme – Spermocytogramme

Spermoculture

TMS

Détermine la qualité du sperme et le choix  
thérapeutique

## C A T

Recommandations de modifications de style de vie:

- Qualité des R. S.
- Tabac, alcool et drogues

ATB: infections

45% des couples qui consultent pour infertilité arrivent à concevoir par ces méthodes simples

Chirurgie: laparotomie, cœlioscopie ou hystéroscopie

- Obstruction tubaire
- Myome (types 0,1 et 2)
- Polype
- Malformations utérines
- Chirurgie



## OATS et Testostérone

2 types de testostérone:

la T. sérique

la T. intratesticulaire (x 50): indispensable à la spermatogénèse. Fixée à l'androgen binding protein pour intégrer les tubes séminifères

La T. joue un rôle majeure de régulation de AHH

Rétro contrôle inhibiteur: GnRH/ hypothalamus

FSH, LH/hypophyse

L'administration de testostérone exogène inhibe  
l'AHH

PMA:

Indications tubaires

Indications masculines

Infertilité inexpliquée

# CAS 1

Mme BW 30 ans infert. 3 ans

FSH: 5,2

LH: 5

E2: 28

AMH: 3

Par ailleurs r.a.s.

Bilan Mari: normal

CAT??

Interrogatoire:

Eloignement des conjoints pour raisons  
professionnelles

## CAS 2

Mme CS 33 ans infert. Primaire 6 ans

FSH 5      LH 10      E2 40      AMH 11

HSG: hydrosalpinx bilatéral

Mari 54 ans: OATS sévère

CAT??

TMS: compatible avec icsi

CAT??

Salpingectomie bilatérale

Puis icsi



## CAS 3

Mme AC 45 ans infert. Primaire 4 ans

FSH 15      LH 6              E2 45              AMH 0,2

Examen r.a.s.

Mari: 48 ans spermogramme normal

CAT??

Don d'ovocytes

## CAS 4

Mme SN 27 ans infert. primaire de 3 ans

FSH 13

LH 4

E2 60

AMH 0,3

Par ailleurs ras

Mari 30 ans OATS sévère

CAT??

TMS: FIV

CAT??

IOP

FIV avec don d'ovocytes

MERCI