

Prise en charge de première intention du couple infertile

Groupe de travail « Médecine de la reproduction » du GGOLFB

Charlotte CHERUY, Anne DELBAERE, Annick DELVIGNE, Isabelle DEMEESTERE, Damien DETOURNAY, Michel DUBOIS, Romain IMBERT, Pascale LAURENT, Jean-François SIMON, Christine WYNS

Quand ?

- Concernant le bilan préconceptionnel :
 - Pour toute patiente annonçant son désir d'arrêt de contraception (Voir : Recommandation nationale relative aux soins prénatals: KCE et Guide de la consultation prénatale)

- Concernant le bilan de fertilité :

- **Après un an** de rapports sexuels réguliers sans contraception

Dans la population générale, 84% des couples vont concevoir durant la première année de rapports sexuels non protégés et après 2 ans le taux cumulatif de grossesses s'élève à 92% pour passer à 96% après 3 ans.

- **Avant un an**

- Au sein des couples dont la compagne a **35 ans** ou plus : après 6 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception
- En cas de signe **d'appel** : dès la consultation

Différents facteurs de risque de pathologies nécessitant une prise en charge sans délai peuvent être mis en évidence au cours du premier contact.

- *Diminution de la réserve ovarienne* : Raccourcissement des cycles, histoire familiale de ménopause avant 45 ans, affection ovarienne sévère (telle endométriose, ovarite), chirurgie ovarienne, exposition à des agents chimiothérapeutiques ou à la radiothérapie, tabagisme.
- *Trouble des cycles menstruels* : cycles < 25 ou > 35 jours
- *Pathologie tubaire* : antécédents d'infection pelvienne (PID), de grossesse extra-utérine (GEU), d'intervention chirurgicale au niveau des annexes.
- *Infertilité* documentée ou non de l'un ou l'autre des partenaires dans un couple antérieur

- *Signe d'appel chez le partenaire masculin* : antécédents chirurgicaux ou infectieux dans la sphère urogénitale, notion de cryptorchidie, expositions toxiques (professionnelle, médicamenteuse, traitement cytotoxique...)

Quoi ?

Bilan préconceptionnel minimal: rappel

- Une anamnèse complète et un examen gynécologique avec réalisation des dépistages utiles (Col utérin)
 - Afin de conseiller les mesures préventives nécessaires, le gynécologue effectuera une évaluation de l'Indice de masse corporelle (IMC/BMI) et des comportements à risque (tabac, alcool, drogues) ainsi que des consommations médicamenteuses
 - Un bilan prénatal comportant les sérologies toxoplasmose, rubéole, CMV, hépatite B (AgHBS et Ac HBc), hépatite C, HIV, syphilis et varicelle.
 - Un groupe sanguin et le dosage des anticorps irréguliers.
 - Un examen hématologique de base avec glycémie, ferritine, TSH, anti-TPO
 - Si le/la patient(e)s est/sont issu(e)s d'une zone géographique endémique ou présente(nt) une histoire familiale suggestive :
 - Une électrophorèse de l'hémoglobine (vu le coût (3.98€) et le brassage actuel des populations sa réalisation systématique peut être justifiée)
 - Une recherche des mutations les plus fréquentes du gène HEXA responsable de la maladie de Tay-Sachs (ashkénaze) et/ou du gène de la mucoviscidose. Les nouvelles réglementations d'application depuis janvier 2013 limitent le remboursement pour la mucoviscidose aux conditions suivantes : antécédents familiaux, conjoint(e) atteint(e), infertilité masculine avec CBAVD, l'homme dans le cadre d'une FIV et les donneurs de gamètes (prix plein= 156 €).
 - La réalisation d'une sérologie Chlamydia permettra d'appréhender les facteurs de risque de pathologie tubaire d'origine infectieuse puisqu'en cas de sérologie négative dans un groupe à faible risque d'infection pelvienne moins de 15 % des patientes présenteront une anomalie tubaire à l'hystérosalpingographie.
- Action possible :
- Prise de 0,4 mg d'acide folique
 - Vaccination rubéole et varicelle si non protégée (avec contraception maintenue durant un mois post-injection)
 - Bilan, traitement et prévention des contaminations horizontales et verticales (hépatite C, HIV, syphilis) et vaccination des collatéraux si possible (hépatite B)
 - Dépistage du conjoint pour les pathologies récessives et information sur les transmissions et dépistages possibles (thalassémies, drépanocytose, mucoviscidose, Tay-Sachs) accompagné d'un avis génétique.

Bilan de fertilité de première ligne:

Certains examens préalables seront répétés au cours du bilan d'infertilité

→ **Première visite :**

Le bilan des deux partenaires doit débuter au même moment.

F+H Anamnèse complète des 2 partenaires :

- Durée de l'infertilité du couple et des partenaires antérieurement/séparément
- Caractère primaire ou secondaire, avec devenir des grossesses antérieures (biochimique, FC, GEU, IVG, môle) et temps nécessaire à la conception
- ATCD médico-chirurgicaux généraux
- ATCD gynéco-obstétricaux et urogénitaux
- Etude des cycles menstruels : ménarche, longueur et caractéristique des cycles, présence de dysménorrhée et de dyspareunie.
Dans 40 % des infertilités féminines une dysfonction ovulatoire sera mise en évidence mais la majorité des patientes ayant des cycles entre 25 et 35 jours ovulent normalement et un degré de variation de 5 jours est normal (présent chez 75 % des patientes suivies sur une année).
- Histoire et traitement de maladies sexuellement transmissibles, et d'infections pelviennes
- Chirurgie pelvienne
- Galactorrhée, hirsutisme, acné rebelle,
- Histoire familiale : OMPK, endométriose, ménopause avancée (< 45 ans), infertilité.
- Mode de vie :
 - tabac, alcool, expositions occupationnelles, consommations médicamenteuses.
 - Fréquence des rapports sexuels et problèmes sexologiques
- Pour les détails de l'anamnèse masculine : Bilan d'infertilité masculine : Groupe de travail « Médecine de la reproduction » Gunaïkeia, 2008, 13, 7, 228-229.

F **1. Examen clinique :**

- Un examen gynécologique avec réalisation des dépistages utiles (RCC)
- Une évaluation du développement des caractères sexuels secondaires
- Un examen des seins, de la thyroïde, une recherche de signe d'hyperandrogénie
- une évaluation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC/BMI), une mesure de la tension artérielle.
- Une échographie endovaginale
Ne pas oublier d'effectuer un comptage des follicules antraux afin d'évaluer la réserve ovarienne (AFC) en plus de l'exploration classique de base

2. Bilan hormonal orienté : Hypophyse/ovaire/Surrénale/Thyroïde

- *Basal*

- FSH - œstradiol (Jour 2 à 4)- progestérone (7 jours avant la date présumée des règles) et TSH et TPO
- Une courbe de température peut être réalisée pour évaluer la phase lutéale (minimum 10 jours). Son interprétation est néanmoins parfois difficile et n'est fiable que si sa réalisation respecte des conditions très strictes.

• *Signe/risque d'insuffisance ovarienne*

- Patiente de 35 ans ou plus
- Raccourcissement des cycles, histoire familiale de ménopause avant 45 ans, affection ovarienne sévère (telle endométriose, ovarite), chirurgie ovarienne, exposition à des agents chimiothérapeutiques ou à la radiothérapie, tabagisme.
- Un dosage antérieur avec une FSH > 10U/L, une histoire de faible réponse ovarienne à une stimulation

→Ajouter AMH (Hormone AntiMullérienne)

- À réaliser indépendamment du moment du cycle, à charge de la patiente ± 25€).

• *Signe d'hyperandrogénie et/ou cycles longs*

- hirsutisme, acné rebelle, alopecie, cycles > 35 jours.

→Ajouter : LH, Testostérone totale et libre, DHEAS, Androstènedione, 17OHprogestérone, Androstanediol glucuronide, SHBG et PRL

- À réaliser en phase folliculaire

H spermogramme et spermocytogramme dans un laboratoire de référence

→Deuxième visite :

- Si le spermogramme est normal ou modérément altéré

F Hystérosalpingographie

- Si le spermogramme est sévèrement altéré

F Attendre la sanction thérapeutique en fonction de la mise au point andrologique

En effet en cas d'indication d'insémination, l'hystérosalpingographie sera indiquée afin d'explorer la perméabilité tubaire alors qu'en cas de fécondation in vitro seule une exploration précise de la cavité

utérine est indispensable et pour ce faire l'hydrosonographie (= SIS ou échosonographie) sera l'examen de choix.

H Mise au point andrologique :

Bilan d'infertilité masculine :Groupe de travail « Médecine de la reproduction »
Gunaïkeia, 2008, 13, 7, 228-229.

Références :

- Diagnostic evaluation of infertile female: a committee opinion – the practice committee of the American society for reproductive medicine – Fertil Steril., 2012, 98, 2; 302-306.
- Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. D/2004/10.273/14
- Guide de la consultation prénatale. S Alexander, F Debiève, P Delvoye, C Kirpatrick, V Masson, 9/2009, Ed : De Boeck
- Bilan d'infertilité masculine : Groupe de travail « Médecine de la reproduction »
Gunaïkeia, 2008, 13, 7, 228-229.
- <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility>