

## **Prise en charge du couple infertile**

### **Résumé**

## **Des Recommandations de Pratique Clinique Décembre 2010 du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français à destination des étudiants de la faculté de médecine Lyon Sud Charles Mérieux**

### **1) LE DIAGNOSTIC :**

Les **2** membres du couple sont associés dans la recherche du diagnostic

Démarche clinique de base avec interrogatoire et examen clinique précédant les investigations non invasives puis invasives

#### **1-1 Explorations de la femme**

##### **a) Bilan de réserve ovarienne**

Recommandé si signes d'appel vers une baisse de la réserve ovarienne : age>35 ans, cycles courts ou irréguliers, atcd familiaux d'insuffisance ovarienne, atcd personnels d'agression ovarienne

Pas de bilan de réserve ovarienne en l'absence de ces signes d'appel (sauf en prévision d'un recours à l'assistance médicale à la procréation (PMA))

Marqueurs de réserve ovarienne validés:

- Age de la patiente
- FSH couplée à l'E2 : entre J2 et J4
- AMH
- Compte des follicules par échographie

Pour l'AMP, seule une FSH très élevée peut la récuser

##### **b) Echographie pelvienne par voie endovaginale (grade A)**

##### **c) Hystérosalpingographie (grade A)**

**d) Coelioscopie : diagnostique +/- thérapeutique**

Recommandée en cas de suspicion de pathologies tubo pelviennes (atcd d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne, de maladie inflammatoire pelvienne, suspicion clinique d'endométriose, séropositivité pour Chlamydia et/ou présence d'hydrosalpinx) (grade A)

**e) Hystéroskopie :**

Recommandée en cas de suspicion d'anomalie endocavitaire (grade A)

## **1-2 Explorations de l'homme**

**a) Anamnèse et examen clinique recommandé en première intention**

**b) Echographie testiculaire :**

Recommandée en cas d'anomalies spermiologiques sévères et/ou de signes cliniques ou d'antécédents génitaux

**c) Test post coital :**

Non recommandé systématiquement

**d) Spermiologie :**

**Spermogramme et spermocytogramme** recommandé en 1<sup>ère</sup> intention : à contrôler sur un 2<sup>ème</sup> échantillon si anormal

**Pas de spermoculture en 1<sup>ère</sup> intention** (sauf signes d'appel infectieux)

**e) Test de Migration de Survie (TMS) :**

Pas recommandé en 1<sup>ère</sup> intention. A réaliser avant la pratique d'une AMP

## **1-3 Informations à donner au couple**

**a) Age maternel (don d'ovocytes exclus)**

Plus de la moitié des femmes ne peuvent plus concevoir après 40 ans et la fonction de reproduction devient quasi nulle après 45 ans.

Informez les couples de la chute de la fertilité liée à l'âge.

Il est recommandé de ne pas proposer d'AMP après 43 ans

A noter les complications obstétricales et néonatales augmentées chez les femmes de plus de 40 ans présentant une grossesse

**b) Age paternel :**

Discuter au cas par cas la prise en charge à partir de 60 ans

**c) Obésité (IMC>30) :**

Associée à des complications obstétricales (telles que MFIU, pré-éclampsie et mortalité néonatale) et à une diminution de chances de grossesse en FIV (NP2)

Informers les patientes obèses de ces risques

Recommander un amaigrissement avant tout ttt (grade A)

**d) Tabac :**

Allonge le délai de conception et diminue les chances de grossesse (NP1) avec un effet dose dépendant

Effet négatif sur les résultats de la FIV

Sevrage tabagique (homme comme femme) recommandé avant toute AMP (grade A)

**e) Fréquence des rapports sexuels :**

Une fréquence d'un jour sur deux optimalise les chances de fécondité pendant la fenêtre de fertilité ; une fréquence supérieure est possible mais n'augmente pas ces chances

**f) Mesures hygiéno diététiques :**

Conseiller à la femme de diminuer sa consommation de café si supérieure à 5-6 tasses/jour surtout si associée au tabac (grade A)

Conseiller régime alimentaire équilibré et éviter exercices physiques intenses, répétées et réguliers. (grade A)

Eviter exposition trop intense aux pesticides ou aux polluants organo-chlorés

**g) Informations préconceptionnelles** (recommandations de la HAS sept 2009)

**h) Risques cancérologiques :**

L'infertilité n'apparaît pas comme un facteur de risque de cancer du sein

L'infécondité de cause ovulatoire est un FdR du cancer de l'endomètre ; risque annulé par la prescription d'un ttt (NP1)

Risque de cancer testiculaire augmenté chez homme infertile (NP1)

**i) Aide psychologique :** recommandée

## **2) LA THERAPEUTIQUE :**

**Les quelques éléments à savoir pour un étudiant de D4 :**

**Le citrate de clomifène (Clomid®) = Inducteur de l'ovulation :**

- ne doit pas être utilisé chez la patiente normo-ovulante (grade A)
- est le traitement de 1<sup>ère</sup> intention des anovulations avec test à la progestérone positif (NP1) (si le test à la progestérone est négatif, la patiente est ménopausée)

**Ovaires polykystiques :**

- Mettre en place les règles hygiéno-diététiques avant la prescription d'un inducteur de l'ovulation (grade A)
- Le citrate de clomifène (Clomid®) est le traitement de 1<sup>ère</sup> intention

**Myomes et polypes sous-muqueux :**

- La résection hystéroscopique des myomes et polypes sous-muqueux de moins de 4 cms et majoritairement intracavitaires est recommandée (grade C)

**FIV :**

Doivent faire recommander la FIV (grade A):

- les pathologies tubaires définitives non réparables
- l'endométriose sévère
- l'infertilité inexplicite
- l'infertilité avec anomalies spermiologiques sans possibilité de recours aux inséminations