

La stérilité

I) Définition

C'est l'absence de fécondation après 2 ans de rapports sexuels normaux.

urgence: à partir de 35 ans. (baisse de la fécondité).

10 % des couples ont 1 pb d'hyperfertilité.

infertilité: fausses couches à répétition

stérilité primaire: celle qui ne peut pas du premier

stérilité 2nd: a déjà eu des enfants mais ne peut plus en avoir: autres types de causes.

II) Le bilan

Fait à la demande du couple

- interrogatoire: depuis qd désir de ♂
stérilité primaire ou 2^{ndaire}

l'âge

profession

tabac

tt médicamenteux: hormones, corticoïdes,...

ACC chirurgicaux: appendicite, péritonite,...

ACC med: diabète, tuberculose, Hygiène,...

IUG, dispositif intra utérin

- apprécier le cycle menstruel:

cycle régulier

qd a-t-elle été réglée

de pch le cycle

- interroger l'homme

âge

- profession
- autre paternité
- ATCD : hernie, testiculair, varicocelle, infectieux
- ATCD VC
- tabac, drogues, alcool, ...

enquête sexologique

- fréquence
- normalité

=> spermogramme si interrogatoire ⊕.

Examen chez le f^e : poids / taille

thyroïde

morphotype (syndrome de Turner)

col. glaire

malformat^o utérin - vaginale

seins : galactorrhée?

Gammas complémentaires au con.

- le couple est venu consulté avant 1 an :

il faut expliquer, rassurer & leur dire d'attendre

=> courte de 2. progestérone en 2^o partie de cycle.

- une anomalie évidente : on oriente le bilan

- couple qui vient consulté au-delà d'1 an.

bilan de 1^{er} intention :

courte 1^o

hystérogaphie

test de Hühner (TPC) : test post coïtal

spermogramme

surtout chez

f^e > 30 ans

écho ovarienne

bilan hormonal

Test de Hühner : permet de savoir si les rapports sont corrects.

- se fait au 13^e jours du cycle
- rapport 6 h av^t
- prél^èv^t glaire :
 - qualité de la glaire
 - qualité & présence des spermatozoïdes

si tot $\emptyset$, il faut comparer avec le spermogramme.

test de pénétration croisée (glaire + sperm)

- écho ovarienne : en début de cycle → voir la réserve folliculaire
- bilan hormonal : FSH, testostérone, hormones thyroïdiennes, prolactine,
- sérologie chlamydiae & mycoplasme
- CA 125 : marqueur tumoral → avec endométriose

À 10 à 20 % des cas, on ne trouve pas la cause.

III) Les causes de stérilité ♂

- 1^o - obstruction tubaire bi-latérale : infection
- 2^o - endométriose
- 3^o - anomalies de la glaire cervicale :
 - absente ou insuffisante
 - déficit en oestrogène
 - gestes chirurgicaux
 - glaire trop acide, infectée
 - contenir des anticorps anti-spermatozoïdes
- 4^o - anomalies de l'endomètre :
 - endométrite + salpingite
 - déficit hormonal
 - synéchies : adhérence muqueuse de l'utérus
- 5^o - anovulation
 - f^è qui n'a pas de règles
 - f^è règles irrégulières

aménorrhée?

- congénitale : dysgénésie gonadique (Turner)
- ambiguïtés sexuelles : hermaphrodisme ~~ovotestis~~
- malformations génitales : aplasie utérine
- acquise : il y a eu puberté mais il n'y a + de règles
- tumeur hypophysaire : adénome à prolactine
- TC sur hypophyse & hypothalamus
- anorexie mentale
- ménopause précoce : < 45 ans

spannioménohémie : 3 à 4 cycles/an

- ovaire polykystique primitive ou secondaire
fê qui a de gros ovaires, bourrés de follicules
- ovaire polykystique de type II : de ovaires
bourrés de follicules.
- dysrégulation : stress, émotion ou maladie
entrouvrante.

Les ttt de la stérilité

ttt chirurgical :

- obliteration tubaire (plastique)
- endométriose
- adénomes à progestère volumineux
- ovarite polikystique

ttt médicamenteux

- salpingite : ATB X2 ou X3 en i.v. + corticoïde ou anti-inflammatoire = éviter les adhérences
- endométriose
- anti-bromocriptine : bloque la sécrétion de prolactine
 - pour les micro-adénomes Parlodel *
- progestérone : améliore l'écoulement
- stimulation / induction de l'ovulation
 - dysovulations sévères & rebelles
 - anovulation

par os ou i.v. : Clomid * anti-œstrogène = il recrute plus de follicules. J3 à J7

2^e partie de cycle : gonadotrophines Menopur *
Puregon *) s/c
J6-7^e-8^e, ...

= toujours sous surveillance échographique
faire 1 dosage œstrogénique.
↳ risque rupture, hémorragie.
puis déclenchement par HCG-in : i.m. = rapports dans les 48h qui suivent l'injection
→ pompe à LH-RH

Les ttt de la stérilité

Ttt chirurgical :

- obturation tubaire (plastique)
- endométriose
- adénomes à progestère volumineux
- anovule polikystique

Ttt médicamenteux

→ salpingite : ATB X2 ou X3 on i.v. sv. + corticoïde ou anti-inflammatoire = éviter les adhérences

→ endométriose

→ anti-bromocriptine : bloque la sécrétion de prolactine
= pour les micro-adénomes Parlodol *

→ progestérone : améliore l'c lutéale

→ stimulation / induction de l'ovulation

- dysovulations sévères & rebelles

- anovulation

par os ou i.v. : Clomid * anti-œstrogène = il recrute plus de follicules. J3 à J7

2^e partie de cycle : gonadotrophines Menopur *
J6-7^e-8^e, ... Puregon *) s/c

= toujours sous surveillance éch.

faire 1 dosage œstrogènes.

↳ risque rupture, hémorragie.

puis déclenchement par HCG-in : i/n = rapports dans les 48h qui suivent l'injection

→ pompe à LH-RH

Les techniques médicales d'aide à la procréation

Insemination intra conjugal cervicale

- glaires hostiles : test de Kärner négatif
- petites anomalies spermatozoïques

50% de bons résultats si pb glaire

20% si pb spermatozoïdes

Insemination intra utérine

- stérilité cervicale, immunologique, masculine, expliquées
- anovulation
- endométriose

Sauf aux stérilités tubaires

Les résultats → si stimulat ovarien : 15 à 20% réussite = se fait 36h après l'injection de gonadotrophine.

Insemination artificielle par donneur

- couple à stérilité masculine irréversible
 - risque de transmission génétique de maladie par le père
- = fait au CECOS : Centre de Conservat° des Spermatozoïdes et des Oeufs
40 à 45% de succès

FIVETE : Fécondation In Vitro Et Transfert d'Embryon

la 1^{ère} à 4 essais remboursés selon ~ 4500 €

- stérilité tubaire

- les autres sortes de stérilités

Il y a bilan à faire avant.

conseil anti-tabac & diététique

entretien 4

25% de réussite

indications variées en fonction de l'âge : ⊖ bien après 35 ans

hyper stimulatioⁿ = hyp d'ovocyte, les ponctionner.

les mettre en culture avec les spermatozoïdes. Récupérer les embryons en implantant 2

test de G⁺: 12 j - 16 j après 4 s après échec

↳ G⁺ multiple

↳ 20% d'avortement spontané du 1^{er} trimestre

↳ GEU

↳ prématurité

↳ petit poids de naissance

ICSI : Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïde

- test de survie pas bon

- stérilité masculine

- recueil de spermatozoïde de les testicules possible.

25% de réussite

↳ G⁺ multiple

↳ ...

Adoption

Ce n'est pas un échec en soi.

hyper stimulat° = bcp d'ovocyte, les ponctionner.

les mettre en culture avec les spermatozoïdes. Récupérer les embryons en implantant 2

test de G⁺: 12 j - 16 j après 1s après échec

↳ G⁺ multiple

↳ 20% d'avortement spontané du 1^{er} trimestre

↳ GEU

↳ prématurité

↳ petit poids de naissance

ICSI : Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïde

- test de survie pas bon

- stérilité masculine

- recueil de spermatozoïde de les testicules possible.

25% de réussite

↳ G⁺ multiple

↳ ...

Adoption

Ce n'est pas un échec en soi.