

Stérilité du couple

(item 29)

Objectifs :

Argumenter la démarche médicale et les examens complémentaires de première intention nécessaires au diagnostic et à la recherche étiologique.

Introduction

On parle de fécondité lorsque l'individu a conçu. Le contraire est l'infécondité, qu'elle soit volontaire ou involontaire. Un individu fertile est un individu apte à concevoir.

On parle de stérilité lorsqu'un couple reste sans enfant après deux ans de rapports complets, de fréquence suffisamment rapprochée et sans contraception d'aucune sorte. La stérilité est toujours involontaire.

Une stérilité est dite "primaire" lorsqu'il n'y a jamais eu de grossesse.

Dans notre pays, il est actuellement admis que 15 à 20% des couples consulteront à un moment donné pour une difficulté à concevoir. Parmi ces couples, 2/3 obtiendront une grossesse alors que l'autre tiers ne pourra pas réaliser son projet parental par la médicalisation.

Dans l'espèce humaine, la fécondabilité, c'est-à-dire la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel, est en moyenne de 25% par cycle.

On connaît actuellement le pourcentage cumulatif de grossesse à l'échelon d'une population en fonction du temps d'exposition. Ainsi, 10% des couples qui concevront spontanément attendront 18 mois et à 2 ans, 90% des couples auront conçu.

Globalement, la cause de stérilité est :

- d'origine féminine dans environ 30% des cas,
- d'origine masculine dans environ 20% des cas,
- d'origine mixte dans environ 40% des cas.

La stérilité reste inexplicquée dans un peu moins de 10% des cas. Les buts de la première consultation pour stérilité sont :

- de confirmer le diagnostic de stérilité,
- de dépister une cause simple (mauvaise connaissance de la période de fécondabilité par exemple...),
- de pratiquer un bilan de base qui sera complété selon les premiers résultats et l'évolution clinique.

Rappels : Bien que nous ne connaissions pas encore tous les facteurs qui permettent d'aboutir à une fécondation, certains sont bien cernés.

Chez la femme, il faut :

- une ovulation régulière, de qualité correcte,
- des trompes bien perméables,
- un appareil génital permettant les RS complets, et donc le contact spermatozoïdes-glaire,
- une glaire cervicale de bonne qualité,
- une muqueuse utérine réceptive, propre à la nidation.

Chez l'homme, il faut :

- un testicule normal,
- une sécrétion normale de FSH et de testostérone,
- un liquide séminal de bonne qualité, donc une prostate et des vésicules séminales fonctionnant bien,
- l'absence d'anomalies de l'épididyme, des déférents, des canaux éjaculateurs,
- l'absence d'anomalies de l'éjaculation (éjaculation rétrograde).

Chez le couple, il faut :

des rapports complets, à intervalles assez rapprochés pour que l'un d'entre eux intervienne dans la période de fécondabilité de la femme.

I. Comment conduire la première consultation d'un couple pour stérilité ?

Comme toujours cette consultation se déroule en deux temps : un temps d'interrogatoire avant la réalisation de l'examen clinique.

II. Anamnèse

Elle doit être complète et méthodique. L'ancienneté de la stérilité est un paramètre pronostique important à relever.

Pour chacun des membres du couple, il faut demander :

- l'âge car la baisse de la fécondité intervient dès 35 ans chez la femme et de façon plus tardive mais néanmoins réelle chez l'homme,
- la profession : notion d'exposition à la chaleur, aux pesticides....,
- les antécédents familiaux et notamment l'existence de difficultés de conception chez d'autres membres de la famille,
- les antécédents personnels médicaux à la recherche d'une maladie chronique (diabète par exemple) ou d'un antécédent de maladie infectieuse traitée (tuberculose ou oreillons par exemple),
- les antécédents chirurgicaux extra-génitaux : appendicectomie compliquée....,
- la fréquence des rapports sexuels, les troubles de la sexualité,
- la consommation de tabac, alcool et autres drogues.

Pour la femme :

- une notion éventuelle d'exposition au diéthylstilboestrol in utero (risque de DES syndrome),
- les antécédents gynéco-obstétricaux sont détaillés : âge des premières règles, longueur du cycle, syndrome prémenstruel, durée des règles, mode de contraception utilisé antérieurement, grossesses antérieures et leur issue (IVG, fausse-couche spontanée, GEU, accouchement), notion d'infection génitale basse ou haute (salpingite),
- les examens déjà pratiqués, leurs résultats ; les explorations chirurgicales avec si possible le compte-rendu opératoire ; les traitements déjà prescrits, leur tolérance et les résultats,
- dès la première consultation il convient de se préoccuper du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole pour envisager, en cas d'absence d'anticorps protecteurs, une vaccination (avec les précautions d'usage).

Pour l'homme :

- les antécédents andrologiques sont également détaillés : développement de la puberté, notion de traumatisme testiculaire ou d'intervention chirurgicale sur la bourse, antécédents d'infections urinaires ou génitales (modalités de diagnostic et traitement),
- la notion d'une cure chirurgicale pour hernie inguinale, éventuellement bilatérale est relevée (risque de ligature du canal déférent lors du geste si intervention dans l'enfance),
- la notion de paternité d'une précédente union est notée. Des difficultés éventuelles de conception sont relevées (délai à l'obtention, finalement spontanée, d'une grossesse ; médicalisation),

- des troubles de la miction doivent entraîner un bilan urologique car, par exemple, une simple sténose de l'urètre peut être la cause de la stérilité.

III. Examen clinique

Chez la femme, il faut réaliser un examen gynécologique classique dans de bonnes conditions (vessie vide) avec quelques précisions :

- Etude du morphotype (rapport poids-taille ; pilosité à la recherche d'une hypertrichose ou d'un hirsutisme ou à l'opposé d'une dépilation),
- Inspection du périnée, à la recherche d'une malformation,
- Examen au speculum pour apprécier le vagin, le col et la glaire par rapport à la date des dernières règles,
- Toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l'utérus ; masse latéro-utérine),
- Examen des seins et aires ganglionnaires de drainage (nodules, galactorrhée provoquée uni ou bilatérale, uni ou pluricanalaire),
- Palpation de la thyroïde (augmentation de volume ?).

Chez l'homme :

- Etude du morphotype et de la pilosité,
- Examen des organes génitaux externes (taille des testicules, palpation de l'épididyme, du déférent, recherche d'une varicocèle),
- Toucher rectal (consistance et sensibilité de la prostate, analyse des vésicule séminales),
- Rechercher une gynécomastie.

Au terme de cette première consultation, le diagnostic de stérilité est confirmé ou différé.

Certaines causes de non fécondation sont dépistées comme :

- des rapports sexuels en dehors de la période de fécondabilité de la femme par méconnaissance de la physiologie. Il suffit alors de réexpliquer à l'aide d'une courbe ménothermique éventuellement la période optimale pour une grossesse,
- l'absence de rapports sexuels, dont les causes sont variées. Il faut alors en premier lieu faire le bilan de cette problématique.

IV. En l'absence de facteurs d'orientations, quel bilan paraclinique de première intention proposer ?

Démarche diagnostique initiale devant une stérilité du couple A l'issue de cette première consultation des éléments permettent parfois une orientation plus spécifique des explorations complémentaires. Lorsque aucun facteur d'orientation n'est mis en évidence, un bilan de première intention est proposé.

A. Pour apprécier le versant féminin :

- Une courbe ménothermique.

La courbe ménothermique doit être réalisée sur au moins 2 cycles.

Pour être interprétable, la température basale doit être prise dans des conditions précises : toujours avec le même thermomètre, toujours par la même voie (auriculaire, rectale, buccale, axillaire...), le matin au réveil, avant de mettre le pied par terre.

Il convient de disposer de feuilles adaptées avec une échelle bien lisible au dixième de degré, entre 36° et 37°.

Il faut noter sur la feuille, la date et le jours du cycle, les prises thérapeutiques, les phénomènes pathologiques intercurrents qui peuvent modifier la température (phénomènes inflammatoires, nuit

agitée...).

Normalement, pendant les jours qui suivent les règles, la température basale se maintient aux environs de 36,5°. Puis de façon brutale la température monte : c'est le décalage post-ovulatoire. L'ovulation est repérée comme étant le point le plus bas avant l'ascension de la courbe. Suit un plateau thermique de 12 à 14 jours. puis la température retombe la veille ou le premier jour des règles (photo n°1).

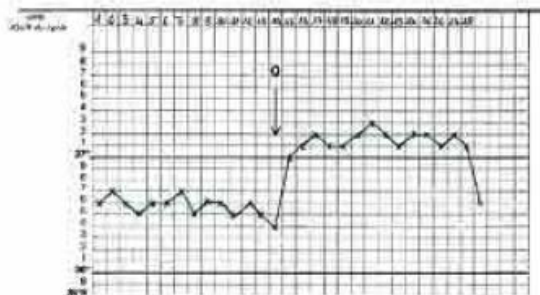


Photo n°1 : courbe ménothermique normale

En cas de dysovulation, la montée thermique se fait sur plusieurs jours et le plateau thermique est instable, inférieur à 10 jours.

Une anovulation se remarque par une absence de décalage thermique.

L'établissement de cette courbe présente trois intérêts : caractériser les troubles du cycle, fixer certaines explorations dans le cycle et suivre les effets de certains traitements médicaux. Une hystérosalpingographie.

- L'hystérosalpingographie.

Elle est indispensable dans le bilan de stérilité. Elle se réalise en première partie de cycle, après les règles et en dehors de tout contexte infectieux.

Il convient de vérifier l'absence d'allergie à l'iode sinon une préparation spécifique est nécessaire.

Dans cette population à plus haut risque infectieux, de nombreux médecins réalisent cet acte sous couverture antibiotique de principe pour éviter l'apparition d'une salpingite au décours de la radiographie. Elle permet d'apprécier la cavité utérine :

malformation, pathologie acquise (synéchie, polype, fibrome) - la perméabilité tubaire c'est-à-dire le constat d'un brassage péritonéal (visualisation du produit de contraste dans la cavité péritonéale) et non la seule visualisation des trompes.



Photo n°2 : Hystérosalpingographie normale



Photo n°3 : Malformation de la cavité utérine (utérus cloisonné)



Photo n°4 : Hydrosalpinx G

En dehors d'un signe d'appel clinique particulier (hirsutisme, aménorrhée-galactorrhée...), le bilan hormonal comporte l'évaluation au troisième ou au quatrième jour du cycle de FSH, LH et oestradiol plasmatiques.

Une FSH élevée (supérieure à la moyenne plus 2 DS pour le laboratoire et souvent le seuil de 10 UI/l est retenu) et/ou une oestradiolémie majorée (75 pg/mL) signent, même en dehors de tout trouble patent clinique du cycle menstruel une accélération de la maturation ovocytaire.

Alors, des tests hormonaux plus sophistiqués seront prescrits pour tenter de déterminer le pronostic fonctionnel.

B. Pour apprécier le versant masculin

Un spermogramme et un spermocytogramme.

Il doit être effectué dans de bonnes conditions : après 3 à 5 jours d'abstinence et au laboratoire de biologie. Une anomalie de la spermatogenèse doit être confirmée sur 2 prélèvements à 3 mois d'intervalle, en raison d'une part de la grande variabilité des paramètres spermatiques et d'autre part du cycle de la spermatogenèse (74 ± 4 jours).

Paramètres spermatiques	Valeur normale	Pathologie
Volume de l'éjaculat	2 à 6 mL	Hypo ou hyperspermie
Leucocytes	< 10 ⁵ / mL	Leucospermie
Concentration en spermatozoïdes	> 2*10 ⁷ / mL	Oligospermie Azoospermie si absence
Mobilité normale à 1 heure	> 60 %	Asthénospermie
% de formes mortes	< 30 %	Nécrospermie
% de formes anormales	< 70 %	Tératospermie

Une spermoculture complète l'examen, à la recherche de germes banals. La recherche de chlamydiae trachomatis est plus volontiers effectuée sur les urines, par technique PCR sur le premier jet.

C. Pour apprécier le couple

Un test de Hühner Ce test aussi appelé test post-coïtal apprécie le comportement des spermatozoïdes dans les sécrétions génitales féminines.

Il est effectué en phase immédiatement pré-ovulatoire, lorsque la glaire est la meilleure possible, après 2 à 3 jours d'abstinence et huit à 12 heures après le rapport sexuel.

Il faut préciser à la patiente qu'elle ne doit faire aucune toilette vaginale après le rapport. Après mise en place du spéculum, la glaire est prélevée dans l'endocol.

Les caractéristiques de la glaire et l'aspect du col sont appréciés permettant l'établissement du score d'Insler.

Il doit être noté avec précision et être supérieur à 10/12 : si la glaire est insuffisante ou de mauvaise qualité, on peut tenter une amélioration par l'apport exogène d'oestrogènes pendant 8 jours en début de cycle. Le nombre et la motilité des spermatozoïdes sont appréciés sur plusieurs champs à l'aide d'un microscope à contraste de phase, à l'objectif 40.

A l'issue de ce premier bilan,

Soit l'ensemble des examens est satisfaisant et une orientation thérapeutique est proposée.

Soit une anomalie est détectée, qui peut générer des examens de deuxième intention :

- échographie pelvienne,
- coelioscopie,
- hystéroscopie,
- biopsie d'endomètre,
- bilan hormonal dynamique... chez la femme,

- examens spermiologiques (marqueurs séminaux, anticorps anti-spermatozoïdes, étude de la réaction acrosomique...),
- bilan hormonal,
- échographie scrotale et/ou prostatique... chez l'homme.

Points essentiels

15 à 20% des couples consultent pour une difficulté à concevoir.

La fécondabilité par cycle est de 25% inexplicées (10%).

Les données de l'interrogatoire permettent d'orienter le plus souvent vers un diagnostic étiologique.

L'examen clinique doit être méthodique et complet chez la femme et l'homme.

Les examens complémentaires d'orientation sont sur le versant féminin : la courbe de température, l'hystérogaphie et des dosages hormonaux (le 3-4ème jour du cycle).

Les examens complémentaires d'orientation sont sur le versant masculin : le spermogramme et le test de Hühner.