BILAN D'INFERTILITÉ DU COUPLE
POUR QUI ? QUAND? COMMENT ?

Dr Louise REHEIS - Praticien hospitalier Service d'AMP– CMCO

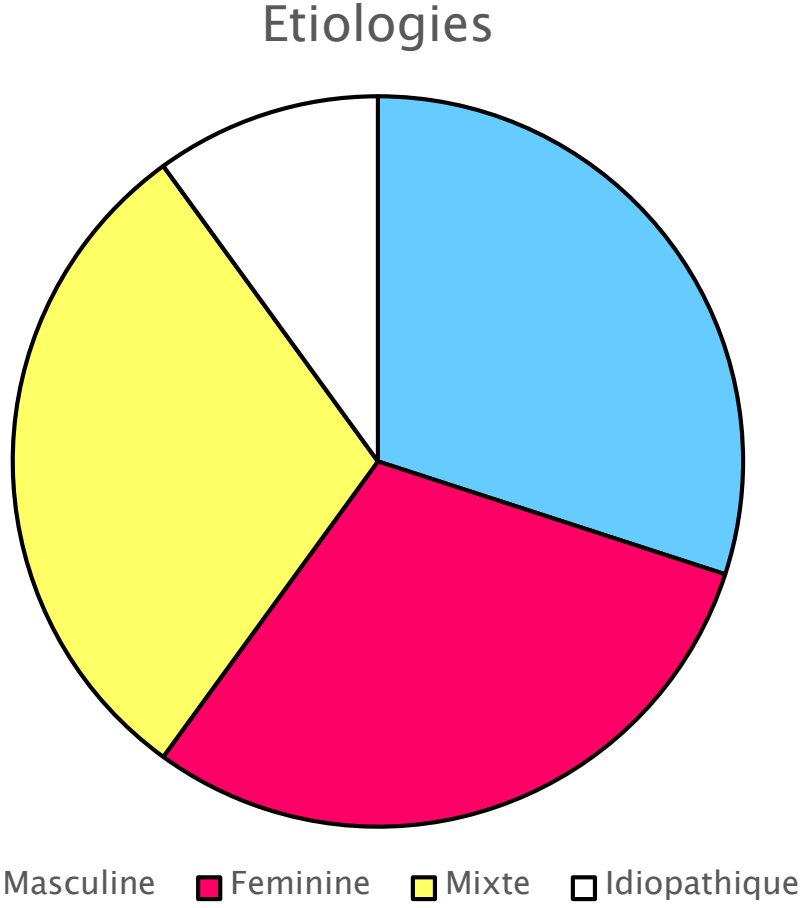
INTRODUCTION

L'infertilité est une problématique fréquente : 3,3 millions de personnes directement concernées en France

→ elle concerne en France un couple sur 4

Tendance à la **hausse** en raison de différents facteurs, notamment

- **Sociétaux**
  - Le recul de l'âge de la première grossesse (en 2019, 29 ans en moyenne)
  - Le déclin du désir d'enfant dans les plus jeunes générations,
  - Sous-estimation de l'impact de l'âge sur la fertilité et une confiance excessive dans l'efficacité des techniques d'AMP
- **Environnementaux** :
  - Exposition aux perturbateurs endocriniens - déclin de plus de 50 % de la concentration spermatique chez les hommes des pays industrialisés entre 1973 et 2011
  - Mode de vie en période préconceptionnelle : tabac , obésité , troubles de l'alimentation
  - Effets transgénérationnels
- **Médicaux** : endométriose, SOPK , varicocèle



Il faut donc explorer **simultanément** les deux membres du couple

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 52 (2024) 305–335

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge de première intention du couple infertile : mise à jour des RPC 2010 du CNGOF

First-line management of infertile couple. Guidelines for clinical practice of the French College of Obstetricians and Gynecologists 2022

Charlotte Sonigo [a,b], Geoffroy Robin [c], Florence Boitrelle [d,e], Eloïse Fraison [f],

QUAND EXPLORER ?

Prise en charge de première intention du couple infertilité RPC CNGOF 2024

- En l’absence d’antécédent particulier orientant vers une pathologie du système reproductif, il est recommandé d’explorer les couples dont la femme est âgée de **moins de 35 ans après 12 mois d’infertilité**.
- En cas de bilan anormal, il est recommandé de les adresser à un médecin spécialisé en médecine de la reproduction en vue d’une prise en charge médicale.

- En l’absence d’antécédent particulier orientant vers une pathologie du système reproductif, il est recommandé d’explorer les couples dont la femme est âgée de **plus de 35 ans après 6 mois d’infertilité**.
- Il est ensuite recommandé de les adresser sans délai à un médecin spécialisé en médecine de la reproduction en vue d’une prise en charge médicale

POURQUOI CETTE DIFFÉRENCE

- La **réserve ovarienne ne cesse de diminuer** entre la naissance et la ménopause (entrée en croissance ou apoptose des follicules)

- Parallèlement s'associe une **diminution de la qualité** ovocytaire (= augmentation du taux d'aneuploïdie ovocytaire/ embryonnaire : env 40% à 36 ans)

- Diminution de la fertilité spontanée après 35 ans

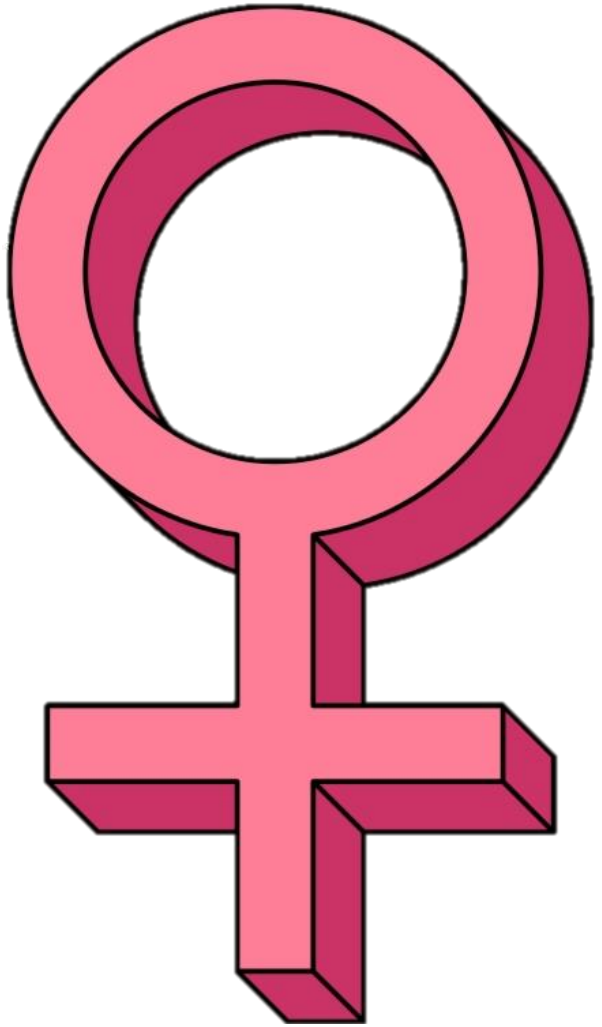
- En AMP avec FIV les taux de grossesse et de naissance diminuent également avec l'âge de la femme

COMMENT EXPLORER ?

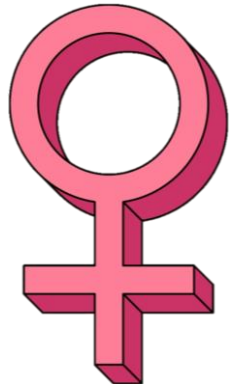
INTERROGATOIRE DU COUPLE

- Terrain – mode de vie : âge, habitus, IMC
- Antécédents
- Infertilité primaire / secondaire
- Durée et régularités des cycles
- Dysménorrhée
- Sexualité

BILAN FÉMININ



BILAN HORMONAL

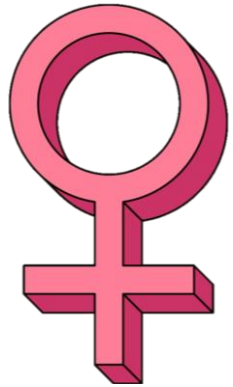


- **FSH, LH, oestradiolémie**, à J3 du cycle, **TSH**
- Si troubles du cycle : Prolactine , Testostérone, 17 OHP
- Si hyperandrogénie : Testostérone, 17 OHP
- Chez la femme en âge de procréer, en dehors d'une prise en charge en AMP, il n'est pas recommandé de réaliser un dosage d'**AMH** sérique pour prédire les chances de naissance vivante.
- Le dosage de l'AMH sérique est reconnu comme un bon facteur prédictif de la réponse à la simulation ovarienne pour FIV et du nombre d'ovocytes obtenus.

But :

- Etiologie trouble ovulatoire
- Pronostic
- Choix thérapeutique

EXPLORATION DES TROMPES



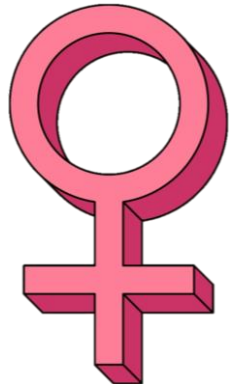
Si nulligeste (absence de grossesse clinique)

- Pour explorer la perméabilité tubaire d'une femme infertile, il est recommandé de réaliser une **hystérosalpingographie** en première intention *en l'absence d'antécédents qui pourraient faire suspecter une pathologie tubaire ou pelvienne*. (*si HSP = CI en raison du risque de pelvi péritonite*)
- Chez la femme infertile, l'**HyFoSy** est recommandée en alternative à l'hystérosalpingographie pour explorer la perméabilité tubaire en l'absence d'antécédents qui pourraient faire suspecter une pathologie tubaire ou pelvienne

HSG / Hyfosy

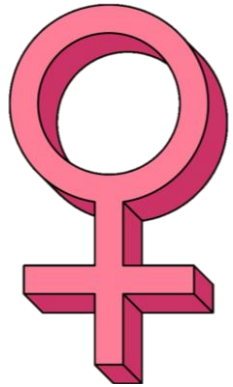
- Efficacité comparable
- Cout du produit de contraste Hyfosy : EXEM FOAM non pris en charge
- Plus d'échec techniques en Hyfosy vs HSG : 10% vs 3%
- Score de douleur significativement plus bas en Hyfosy qu'en HSG (respectivement 3,1 et 5,4 ; $p < 0,001$)

EXPLORATION DE LA CAVITÉ



- Dans le bilan de la femme infertile, une **échographie pelvienne 3D par voie endovaginale** est recommandée en première intention pour le diagnostic des malformations utérines et pour le dépistage des pathologies endo-cavitaires.
- Chez une femme infertile, lorsque l'échographie utérine 3D est normale, il n'est pas recommandé de réaliser une hystérosonographie / hysteroscopie complémentaire pour l'évaluation de la cavité utérine.
- (info passage cervical)

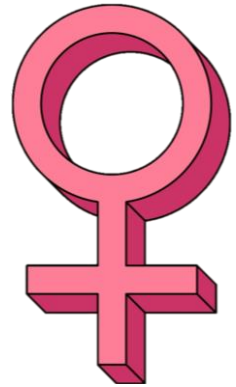
CFA



- Le compte folliculaire antral correspond au compte des follicules antraux entre 2 et 9 mm en échographie endovaginale *de préférence* en début de cycle

- Il est le reflet (comme AMH) de la réserve ovarienne folliculaire

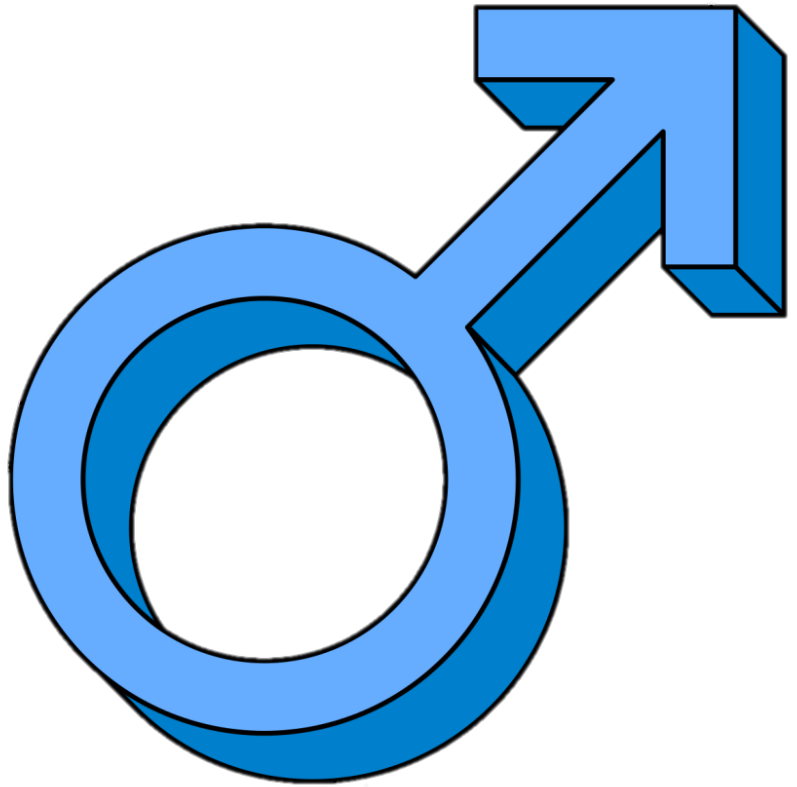
PRÉLÈVEMENT VAGINAL



- Chez une femme infertile, il est **recommandé de réaliser une évaluation microbiologique vaginale** avec score de Nugent et bactériologie standard au moment du bilan d'infertilité.
- Chez une femme infertile, il est recommandé de **traiter** toute vaginose bactérienne symptomatique.
- Chez une femme infertile présentant une vaginose bactérienne asymptomatique, il est probablement recommandé de **traiter et de contrôler** le résultat du traitement sur un prélèvement vaginal de contrôle afin de documenter la guérison de la vaginose bactérienne.

La VB semble avoir des effets négatifs sur les taux de succès des FIV avec un risque augmenté de manière significative de fausse couche précoce.

BILAN MASCULIN



BILAN MASCULIN

- **Spermogramme *avec TMS en vue d'un traitement* + Spermoculture**

- En cas de paramètres spermatiques **normaux** et en l'absence de nouveaux´ éléments évocateurs d'infertilité masculine à l'interrogatoire, il n'est pas recommandé de contrôler les résultats du spermogramme chez un couple qui consulte pour un bilan initial d'infertilité.
- Chez l'homme ayant une(des) anomalie(s) du spermogramme, il est recommandé de réaliser systématiquement un examen clinique général pour évaluer les signes d'hypogonadisme et un examen clinique scrotal pour évaluer le volume et la consistance des testicules à la recherche d'une tumeur testiculaire, l'existence d'anomalies des épididymes et/ou des canaux déférents et la présence d'une varicocèle (→ urologue / andrologue)

MODE DE VIE

- Il est recommandé d'informer les femmes infertiles de l'impact délétère du tabagisme actif et passif sur les chances de naissance vivante. Le sevrage tabagique de la femme infertile est recommandé.
- Idem
  - Cannabis (FCS)
  - Alcool : pas plus 5 verres/semaine
- Une prise en charge pré-conceptionnelle de l'obésité par mesures hygièno-diététiques est recommandée chez la femme infertile dysovulante pour améliorer les troubles du cycle et les chances de naissance spontanée.
- **Et idem pour l'homme**
- Alimentation équilibrée selon PNNS
- Activité physique 30 minutes par jour (Excès peut avoir effets neg : AHF, qualité spermatique)

TAKE HOME MESSAGES

- L’infertilité est devenue un problème de santé publique
- Exploration **simultanée** des deux membres du couple
- Après 6 mois d’infertilité si femme de plus de 35 ans ou élément orientant vers pathologie
- Après 12 mois d’infertilité avant 35 ans et en l’absence d’élément orientant vers pathologie