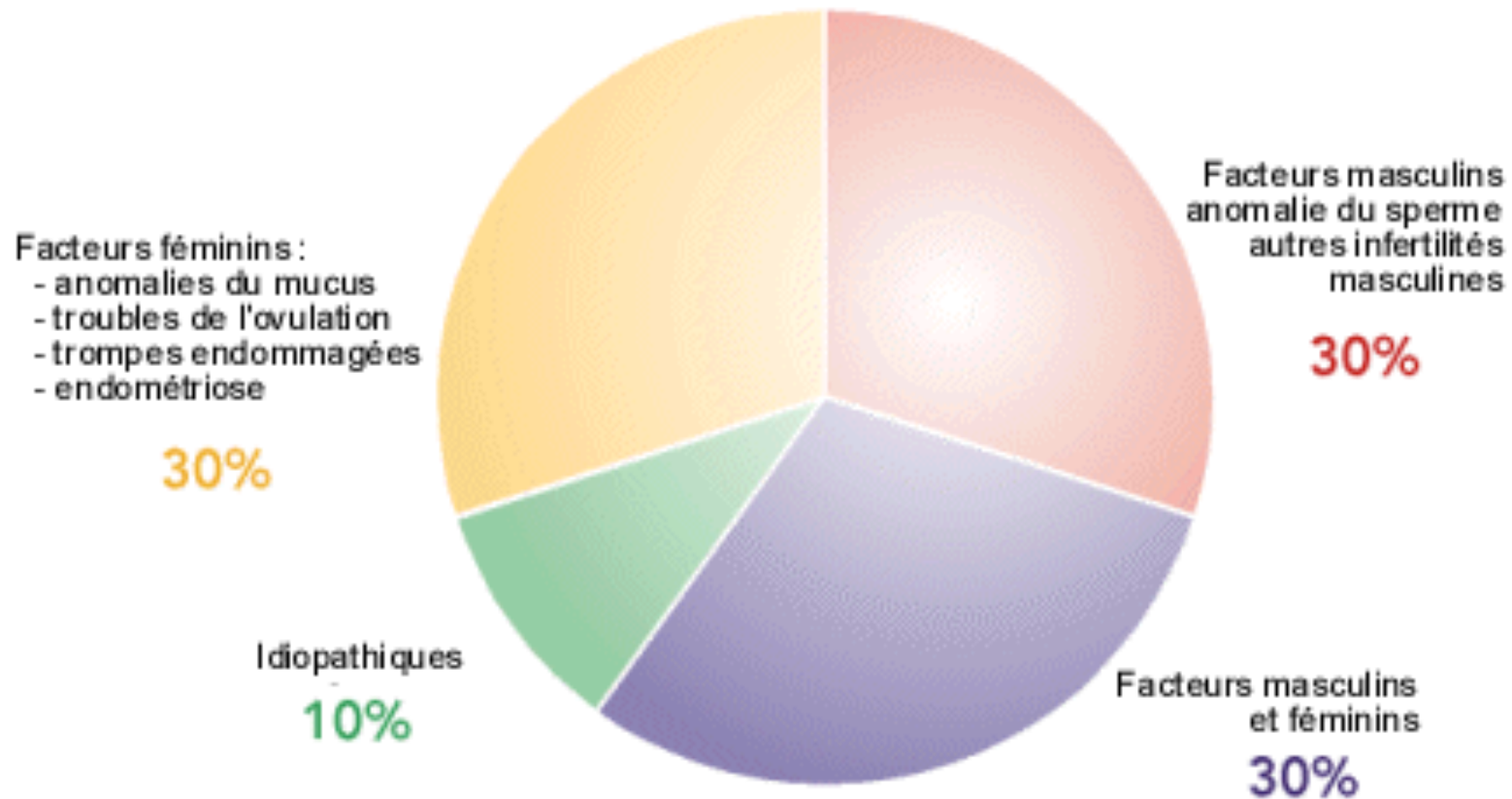
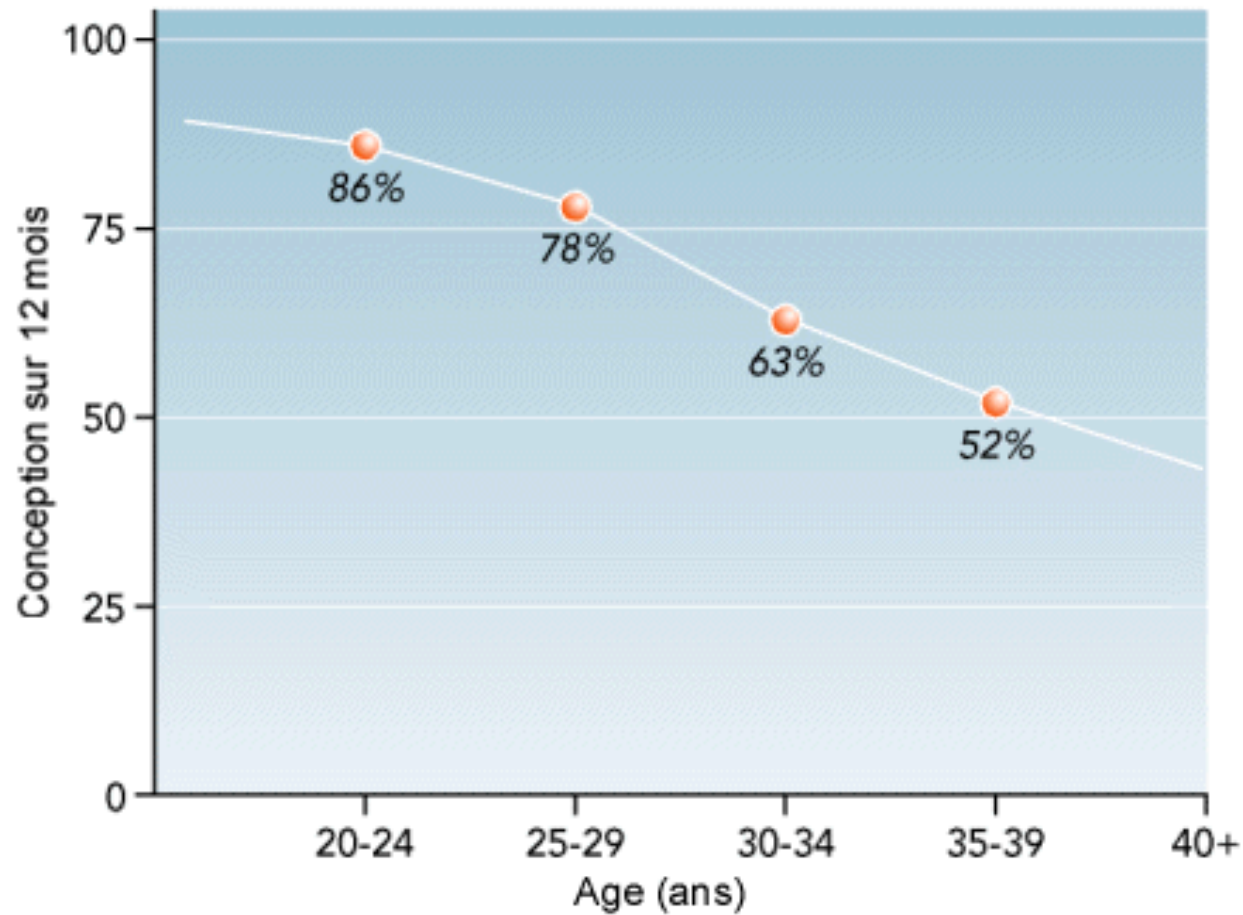


# Causes d'infertilité

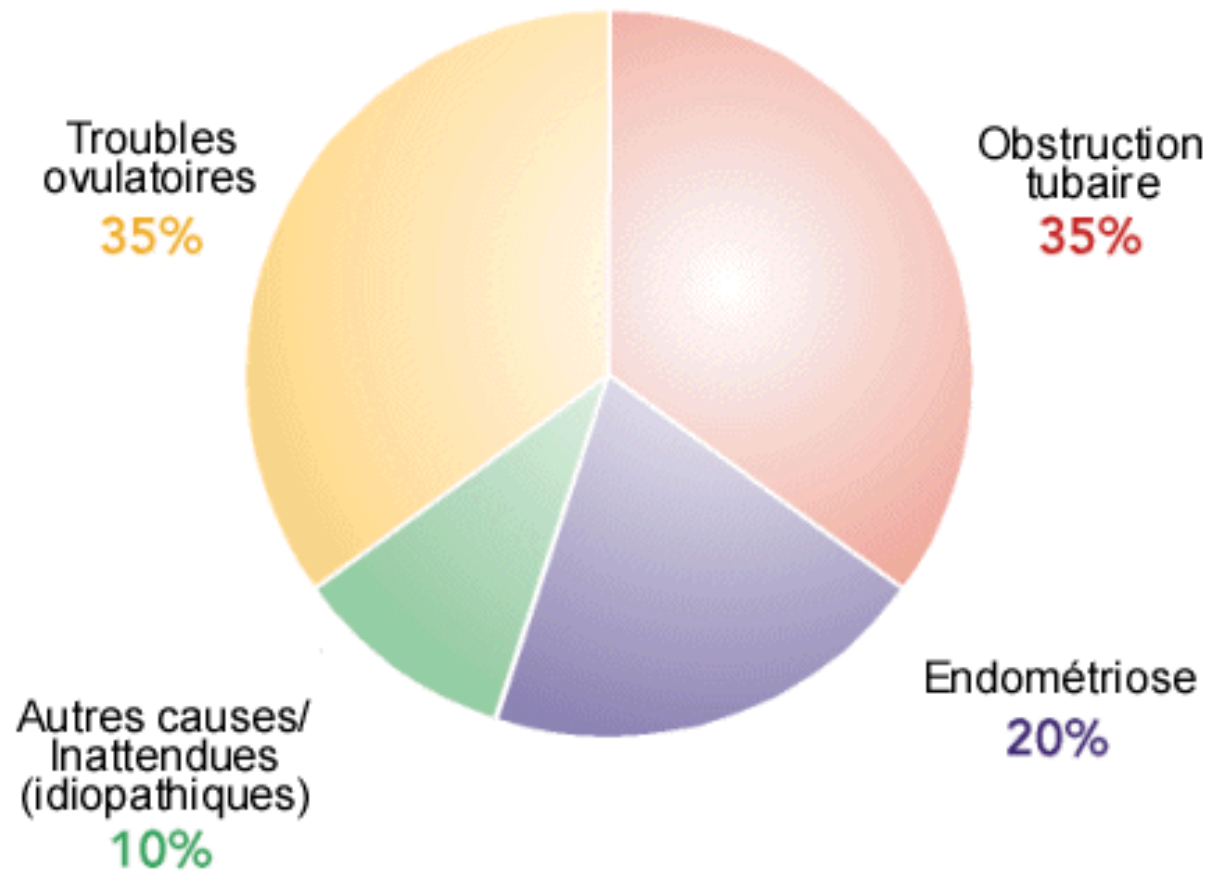


# Infertilité féminine en consultation

# Influence de l'âge sur le taux cumulé de grossesses



# Incidence des causes d'infertilité féminines



# Les plus fréquentes causes d'infertilité féminine

- Obstruction des trompes de Fallope
- Troubles de l'ovulation
- Glaires anormales.
- Endométriose
- Autres causes possibles :
  - Age
  - Antécédents d'avortements spontanés / provoqués
  - Tabagisme
  - Autres facteurs liés au mode de vie: toxiques
  - Idiopathique

# Signes & symptômes associés à des troubles de l'ovulation

- Troubles du cycles :
- Obésité ou amaigrissement anormal
- Galactorrhée (sécrétion de lait)
- Hirsutisme (croissance pileuse anormale ou excessive sur le visage et le corps)
- Acné

# Cause et incidence des aménorrhées primaires et secondaires

Aménorrhée primaire		Aménorrhée secondaire	
Insuffisance ovarienne primaire, ménopause précoce	36%	Syndrome des ovaires polykystiques	30%
Hypogonadisme hypogonadotrophique	34%	Insuffisance ovarienne précoce	29%
Syndrome des ovaires polykystiques	17%	Aménorrhée liée à un amaigrissement	19%
Insuffisance hypophysaire	4%	Hyperprolactinémie (y compris prolactinémie)	14%
Hyperprolactinémie	3%	Aménorrhée/sport de haut niveau	2%
Aménorrhée liée au poids	2%	Insuffisance hypophysaire	2%
Anomalies congénitales	4%	Divers	4%

# Quels dosages hormonaux ?

- Aucun dosage n'a d'intérêt en phase lutéale en routine (progestérone).
- En début de phase folliculaire: J2-J3
  - Syndrome des ovaires micropolykystiques: FSH, LH, Testostérone +/- delta 4 Androstènedione, SHBG ?.
  - Hyperprolactinémie: PRL X2 au repos.
  - Bloc enzymatique surrénalien en 21 hydroxylase: 17OH progestérone de base ( < 1 microg/l) et 1 h après 250mcg de Synacthène IM ( < 10 microg/l)
  - Hypothyroïdie périphérique: TSH us.
  - Ménopause précoce en cours d'installation: FSH, LH, Estradiol.

# Quel autre bilan

- Hystérosalpingographie:
  - Sous antalgiques, sous ATB
  - Prévenir la patiente,
  - l'envoyer chez Rx expérimenté
- Test post coital, sauf si anarchie des cycles
- Avant PMA:
  - Sérologies, VIH, VHB, VHC, TPHA VDRL
  - PV, Frottis
  - Si union libre: Sérologie Toxo, Rubéole, Gr Sanguin Rh

# Infertilité masculine en consultation

# Préambule

- Les hommes n'ont pas la chance d'avoir un équivalent du gynécologue.
- Consultation d'infertilité = consultation de couple. Présence du conjoint nécessaire aux 2 premières consultations.
- Nécessité de consentement mutuel pour tout traitement.
- Eviter si possible la prescription sans présence de l'homme.

# Interrogatoire de la 1ere CS

- AGE , Responsable de grossesse
- Toxiques
- Activité physique intensive >6H/SEM, cyclistes, culturistes.
- état psychologique satisfaisant ou nécessitant un suivi psychologique , traitement psychotrope en cours ?
- problèmes sexologiques : nb de rapports / sem, qualité des érections, libido, érections matinales
- ATCD familiaux et personnels

# Les Toxiques

- Profession +++: (Plomb, microélectronique ( haloalcanes, arsenic, benzopyrènes) chimie (éthers de glycol), bâtiment (solvants, colles, poussières,routiers, exposition aux radiations, exposition à chaleur),
- Tabac +++: les composants de fumée sont retrouvés dans le liquide séminal (CO, Cadmium, Arsenic, Benzopyrène => liaison fixe DNA => mutation gamètes),diminution de mobilité, du nombre de spz, retarde de procréation de 9 mois potentialisé par le cannabis
- Cannabis: altération réaction acrosomique, actions multiples: testicules, Leydig, spz, vésicules seminales, dvt embryonnaire....
- Alcool: atteinte testiculaire directe, testo ↓, tératospermie.
- Toxiques environnementaux..... Altération irréversible de fonction testiculaire si exposition foétale masculine

# ATCD

Familiaux: infertilité familiale, mucoviscidose,

Personnels: généraux: thyroïde,,cancer, hémopathie,

Traitement au long cours: corticoïdes, antiHTA, hypolipémiants, TTT  
psychotrope

Génitaux: cryptorchidie:+++ , hernie inguinale, torsion, traumatisme

testiculaire , varicocèle: connu, ou opéré,

infection urologique +++: orchépididymite ou « simple infection

urinaire », lithiase urinaire,

traumatisme crânien , distilbene chez la mère

# Examen clinique

- Si spermogramme anormal +++ ou si ATCD évident
- Taille, Poids, gynécomastie, goitre
- Testicules: volume, absence de nodule, hydrocèle, varicocèle
- Prostate
  
- Mais l'échographie apporte aussi tous ces renseignements....

Spermogramme  
Spermocytogramme  
Spermoculture

# Si spermogramme anormal:

- Test de migration survie des spermatozoïdes.
- Bilan Hormonal
- Echographie pelvienne ++++
- Si Nb < 5 millions de spz/ml: caryotype.
- Si agénésie déférents: enquête familiale, gène CFTR X2

# Les causes curables d'infertilité masculine

- Pour le gynécologue:
  - Arrêt du tabac, exclusion des toxiques...
- Pour l'endocrinologue:
  - HyperPRL, Hypothyroïdie, Hypogonadisme +/- discuté:
- Pour l'urologue :
  - traitement de varicocèle, discuté +++
- Pour le médecin de reproduction ou l'urologue:
  - Traitement d'une infection (très fréquent mais long ++)

# Et s'il n' a pas de cause ?

- Délétions des zones AZF du ch Y
  - AZF c: azoospermie
  - AZF a et b: OATS
  - Délétion héritable, s'aggravant au fur et à mesure des méioses...

# Quel est le risque pour l'enfant ?

- Risque d'être né après PMA:
  - étude USA: sd hyperactivité
  - Études européennes: pas de différence

Wennerholm, Hum Reprod 2006, Place, Fertil Steril 2003

- Risque d'être né d'un père infertile: pas d'augmentation des malformations
  - Sauf biopsie testiculaire X4, ou ponction epididymaire X2: + malfo urogénitales garçons

FIVNAT

