

# Docteur, c'est quoi la recette pour faire des bébés ?

## volet féminin

1

*Stéphanie Houle*

**Annabelle, 32 ans, vous consulte parce qu'elle tente sans succès depuis quinze mois d'avoir un enfant. Elle s'interroge sur l'origine du problème et remet en question sa capacité d'enfanter. Elle vous demande alors : « Docteur, c'est quoi la recette ? ».**

**L**ES PROBLÈMES DE FERTILITÉ touchent de 10 % à 15 % de la population, et le recours à l'aide médicale ne cesse d'augmenter<sup>1</sup>. L'infertilité se définit comme une absence de conception après un an de relations sexuelles sans contraception avec le même partenaire. L'évaluation commence donc habituellement après douze mois d'essais infructueux. Par contre, dans certaines circonstances, elle peut être entreprise après six mois chez les femmes de 35 ans et plus (puisque la fertilité de la femme diminue avec l'âge), lorsqu'il y a des antécédents d'oligoménorrhée ou d'aménorrhée ou encore en présence d'un problème de fertilité connu chez l'un ou l'autre des conjoints<sup>1,2</sup>.

Premièrement, il est important de faire une anamnèse détaillée et un examen physique complet dans le but d'orienter l'évaluation et les traitements en fonction des principales causes d'infertilité et des principaux facteurs pronostiques. Les origines les plus fréquentes de l'infertilité chez la femme sont l'anovulation (40 %), les anomalies tubaires (30 %), l'endométriose (de 10 % à 20 %) et les anomalies utérines

*La D<sup>re</sup> Stéphanie Houle, omnipraticienne, exerce à la Clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski, ainsi qu'en cabinet privé.*

### Encadré

#### Supplémentation en acide folique<sup>7</sup>

Selon les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada publiées en 2007, les patientes atteintes d'épilepsie, de diabète insulino-dépendant, d'obésité (IMC > 35), celles ayant des antécédents familiaux d'anomalies du tube neural et les femmes de certains groupes ethniques (ex. : sikhs) devraient commencer à prendre une multivitamine contenant 5 mg d'acide folique de deux à trois mois avant la conception. Cette recommandation s'applique aussi aux femmes susceptibles de ne pas prendre leur traitement médicamenteux tous les jours ou qui ont un problème lié au mode de vie (régime alimentaire variable, tabagisme, alcoolisme, consommation de drogues ou d'autres substances intoxicantes utilisées à des fins récréatives). Pour les autres patientes, la prise quotidienne d'une multivitamine contenant 0,4 mg ou 1 mg d'acide folique est suffisante.

(3 %) <sup>3-5</sup>. L'âge maternel (< 35 ans), le nombre d'années d'infertilité (< 3 ans) et le fait que l'infertilité soit secondaire, sont des facteurs de bon pronostic<sup>2,6</sup>. De 10 % à 20 % des cas demeurent inexplicables<sup>3</sup>.

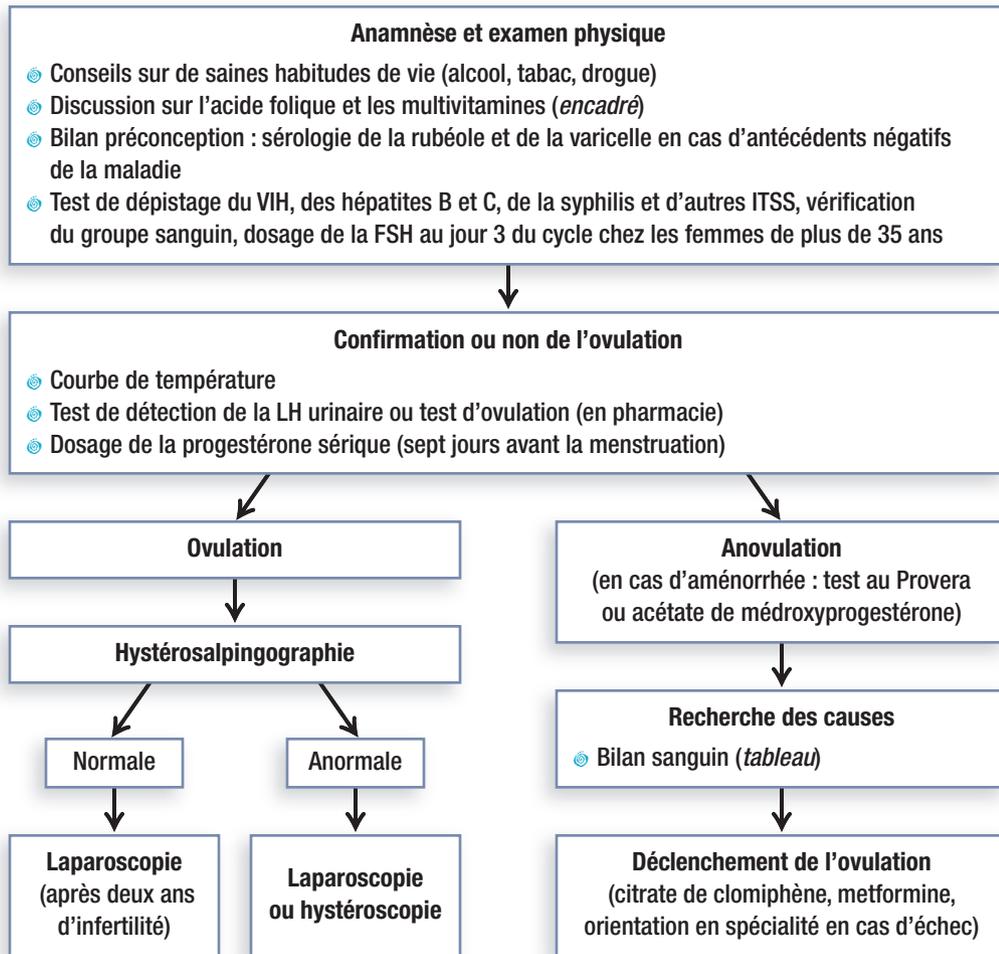
Au moment de l'évaluation initiale, il est important d'inclure le bilan préconception (*figure*) et de discuter de la prise d'acide folique selon les recommandations

**Le médecin de famille en première ligne peut accompagner une patiente infertile en trois étapes qui consistent à établir la présence d'une ovulation, à évaluer les trompes et à soupçonner une éventuelle endométriose.**

### Repère

## Figure

### Évaluation de l'infertilité féminine



de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (*encadré*)<sup>7</sup>. Le médecin de famille en première ligne peut accompagner une patiente infertile en trois étapes (*figure*). À noter qu'il est préférable de procéder simultanément à l'évaluation de l'homme et d'obtenir un spermogramme tôt dans le processus puisqu'il y a une cause mixte dans environ 40 % des cas<sup>8</sup> (voir l'article de la D<sup>re</sup> Stéphanie Houle intitulé : « Docteur, c'est quoi la recette pour faire des bébés? Volet masculin », dans le présent numéro).

#### Étape 1 : Annabelle ovule-t-elle ?

La première question à se poser est : « Y a-t-il ovulation » ? Il est possible d'établir si la patiente a un cycle ovulatoire par la présence de menstruations régulières tous les 28 à 35 jours, d'un syndrome prémenstruel, d'un changement de la glaire en milieu de cycle et de douleurs ovulatoires. Par contre, il faut savoir que 5 % des femmes dont le cycle menstruel est régulier n'ont pas d'ovulation<sup>6</sup>. Afin d'établir la présence d'une ovulation, le médecin peut avoir re-

**Afin d'utiliser le traitement médicamenteux de façon judicieuse, il est préférable d'obtenir le résultat du spermogramme du conjoint avant de déclencher l'ovulation.**

**Repère**

cours à une courbe de température, aux tests de détection de la LH urinaire ou de l'ovulation en vente dans les pharmacies (voir l'article de la D<sup>re</sup> Chantal Marquis et de M<sup>me</sup> Marie-Christine Gagnon intitulé : « Détecter l'ovulation : du thermomètre au test urinaire », dans ce numéro) ou au dosage de la progestérone sérique. La courbe de température de même que la concentration de progestérone sérique révèlent s'il y a ou non ovulation alors que le test de détection de la LH urinaire nous informe du moment de l'ovulation, soit en général de 24 à 36 heures après le test. Dans un cycle menstruel ovulatoire, la concentration de progestérone augmente dans la deuxième phase du cycle. Le dosage doit donc être fait en phase lutéale, idéalement sept jours avant la menstruation. Une valeur supérieure à 10 nmol/ml indique un cycle ovulatoire<sup>4,8</sup>. Par ailleurs, une phase lutéale normale dure de onze à quatorze jours<sup>1</sup>.

Lorsqu'il y a ovulation, on passe à l'étape deux. Par contre, si les cycles semblent anovulatoires, il faut en rechercher la cause (*tableau*) afin de la corriger. Il arrive cependant que l'origine exacte du dysfonctionnement ovulatoire ne soit pas précisée. Il faut alors provoquer l'ovulation (voir l'article des D<sup>rs</sup> Myriam Croteau et Jocelyn Bérubé intitulé : « Diagnostic et traitement du syndrome des ovaires polykystiques », dans ce numéro). Afin d'utiliser le traitement médicamenteux de façon judicieuse, il est préférable d'obtenir le résultat du spermogramme du conjoint avant de déclencher l'ovulation<sup>6</sup>.

## Étape 2 : Les trompes d'Annabelle sont-elles perméables ?

Une fois l'ovulation établie pour au moins deux cycles, la deuxième question à se poser est : « Est-ce que les trompes sont perméables » ? Cette question est également pertinente lorsque le problème d'anovulation a été résolu et qu'on n'obtient pas de grossesse après plusieurs mois (en général de quatre à six mois). Différents éléments présents à l'anamnèse, tels que des antécédents d'endométrite ou de salpingite et des interventions chirurgicales abdominales basses ou gynécologiques, peuvent nous faire penser à la possibilité d'une obstruction tubaire. En fait, des antécédents d'endométrite ou de salpingite augmentent à eux seuls de cinq fois le risque d'obstruction tubaire<sup>6</sup>. Le test le plus utilisé pour la détection d'une telle obstruction est l'hystérosalpingographie, qui doit être réalisée durant la phase folliculaire. Sa sensibilité est de 65 % et sa spécificité, de 83 %<sup>6,10</sup>. En plus de permettre l'évaluation

### Tableau

#### Anovulation<sup>1,4,6,9,13,14</sup>

##### Causes d'anovulation (liste non exhaustive)

- Syndrome des ovaires polykystiques
- Hypothyroïdie (même subclinique)\*
- Hyperprolactinémie†
- Tumeurs hypophysaires
- Troubles hypothalamohypophysaires (anorexie, faible poids, exercice excessif, syndrome de Kallman)
- Insuffisance ovarienne précoce
- Tumeurs qui sécrètent des androgènes (taux de DHEAS élevé)
- Syndrome de Cushing
- Hyperplasie congénitale des surrénales (taux de 17-OH-progestérone élevé)

##### Bilan d'anovulation suggéré

- FSH‡
- LH
- TSH
- Prolactine
- Testostérone totale
- DHEAS (sulfate de déhydroépiandrostérone)§
- 17-OH-progestérone§
- β-HCG
- Au besoin :
  - Test au Provera (en cas d'aménorrhée)||
  - Cortisol sérique ou cortisolurie des 24 heures
  - Glycémie à jeun, épreuve d'hyperglycémie provoquée\*\*
  - Bilan lipidique\*\*

\* L'hypothyroïdie subclinique doit être traitée dans les cas d'infertilité même lorsque le cycle est ovulatoire, car elle entraîne une diminution du taux de grossesses et une augmentation du risque de fausses couches<sup>4,6</sup>.

† La prolactine doit être dosée idéalement de trois à quatre heures après le lever, soit souvent entre 10 heures et 11 heures. Si deux résultats sont anormaux, un examen par résonance magnétique de la selle turcique est recommandé avant un traitement. En présence d'un syndrome des ovaires polykystiques, on peut trouver des valeurs entre 28 ng/ml et 40 ng/ml, ce qui ne nécessite habituellement pas d'autres évaluations que celle de l'hypothyroïdie<sup>13</sup>.

‡ Chez les femmes de 35 ans et plus, un taux de FSH au jour 3 du cycle supérieur à 10 UL/l une œstradiolémie dépassant 80 pg/ml constituent des marqueurs d'une diminution de la réserve ovarienne<sup>14</sup>.

§ Il est possible de retrouver des valeurs légèrement augmentées de DHEAS et de 17-OH-progestérone dans le cas d'un syndrome des ovaires polykystiques.

|| Le test au Provera consiste à administrer 10 mg de Provera quotidiennement pendant de 7 à 10 jours. Le test est positif si un saignement survient dans les quatorze jours.

\*\* Examens complémentaires à effectuer en présence d'un syndrome des ovaires polykystiques étant donné la prévalence plus élevée de diabète et de risque de maladie cardiovasculaire chez les patientes qui en sont atteintes<sup>9</sup>.

des trompes de Fallope, cet examen donne des renseignements sur l'intégrité de la cavité utérine (septum, polype et myome sous-muqueux) et sur le besoin d'examens supplémentaires (hystérocopie ou résonance magnétique pelvienne)<sup>11</sup>. Dans les faits, l'intervalle possible pour procéder à l'examen se situe entre 24 heures après la fin des règles et juste avant l'ovulation, soit du jour six au jour douze d'un cycle de vingt-huit jours. Puisque l'examen provoque des douleurs comparables à des crampes menstruelles, on suggère aux patientes de prendre un anti-inflammatoire non stéroïdien une heure avant l'examen (ex. : naproxène à 500 mg ou ibuprofène à 600 mg)<sup>4,11</sup>. Par ailleurs, il est important de s'assurer que la patiente n'est pas allergique à l'iode. Le cas échéant, elle devra recevoir une dose de 50 mg de prednisone par voie orale toutes les six heures pour un total de quatre doses dans les vingt-quatre heures précédant l'examen et 50 mg de Benadryl par voie orale une heure avant. De plus, les femmes qui ont des antécédents d'endométrite ou de salpingite devront commencer un traitement prophylactique deux jours avant l'examen (1 comprimé de 100 mg de doxycycline, 2 f.p.j.) et le poursuivre pendant cinq jours au total<sup>4</sup>. Si l'hystérosalpingographie montre une obstruction tubaire ou un hydrosalpinx bilatéral, il est recommandé de passer tout de suite à l'étape 3, soit la laparoscopie. Cette dernière sert en fait à connaître la cause de l'obstruction et si possible de la corriger. En outre, les études ont révélé que lorsqu'on pratiquait une laparoscopie après avoir établi une obstruction tubaire bilatérale à l'hystérosalpingographie, aucune anomalie n'était trouvée dans 42 % des cas, ce qui indique bien la sensibilité un peu plus faible de l'hystérosalpingographie. En outre, un résultat normal à cet examen est lié à un risque d'anomalie bilatérale au niveau des trompes de Fallope d'à peine 5 %, ce qui permet de retarder la laparoscopie d'au moins dix mois, selon les recommandations de Bosteels et coll. parues en 2007<sup>12</sup>. Une anomalie tubaire unilatérale ne nécessite pas, elle non plus, d'examens supplémentaires puisque le potentiel de fécondité demeure bon.

### Étape 3: *Annabelle souffre-t-elle d'endométriose ?*

À l'anamnèse, on peut chercher des symptômes d'endométriose, tels qu'une dysménorrhée souvent progressive, une douleur pelvienne, une dyspareunie profonde et de légers saignements prémenstruels. La laparoscopie est habituellement le seul examen permettant de confirmer réellement la présence d'endométriose et l'un des derniers fait dans un contexte d'infertilité. Cependant, il existe encore une controverse quant à la place qu'elle devrait prendre et au moment où l'on devrait la proposer<sup>12</sup>. Elle nécessite une orientation en gynécologie et sert à confirmer ou à infirmer la présence d'endométriose, d'adhérences intra-abdominopelviennes, de myomes utérins, de dystrophie ovarienne et de problème tubaire. Elle permet également de corriger simultanément l'anomalie existante, notamment par la lyse des adhérences ou la cautérisation des lésions d'endométriose pour ne nommer que celles-ci. Il faut savoir que les découvertes faites à la laparoscopie peuvent modifier l'option thérapeutique dans 25 % des cas<sup>10</sup>. Cet examen est donc indiqué dans les situations suivantes : hystérosalpingographie anormale, infertilité inexplicée (après deux ans d'essai), patiente présentant des symptômes évocateurs ou encore ayant des antécédents d'interventions chirurgicales abdominales basses pelviennes ou d'endométrite ou de salpingite permettant d'envisager un problème tubaire ou la présence d'adhérences<sup>6</sup>.

**C**ES TROIS ÉTAPES vous permettent de guider Annabelle dans son cheminement. Les courbes de température de cette dernière ont montré des cycles anovulatoires tandis que son bilan sanguin a confirmé qu'elle était atteinte du syndrome des ovaires polykystiques. Après trois mois de stimulation ovarienne, le test de grossesse positif est enfin arrivé! 🍀

Date de réception : le 8 septembre 2010

Date d'acceptation : le 18 octobre 2010

La D<sup>re</sup> Stéphanie Houle n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

**Le test le plus fréquent pour la détection d'une obstruction tubaire est l'hystérosalpingographie. Sa sensibilité est de 65 % et sa spécificité, de 83 %.**

**Repère**

## Bibliographie

1. The practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Optimal evaluation of infertile female. *Fertil Steril* 2006; 86 (suppl. 4): S264-7.
2. Smith S, Pfeifer SM, Collins JA. Diagnosis and management of female infertility. *JAMA* 2003; 290 (13): 1767-70.
3. Jose-Miller AB, Boyden JW. Infertility. *Am Fam Physician* 2007; 75 (6): 849-56.
4. Rizk B, Garcia-Velasco J, Sallam H et coll. rédacteurs. *Infertility and Assisted Reproduction*. 1<sup>re</sup> éd. New York : Cambridge University Press ; 2008. 783 p.
5. Steinkeler J, Woodfield CA, Lazarus E et coll. Female infertility: A systematic approach to radiologic imaging and diagnosis. *Radiographics* 2009; 29 (5): 1353-70.
6. De Sutter P. Rational diagnostic and treatment in infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20 (5): 647-64 .
7. Directive commune SOGC-Motherisk. Supplémentation préconceptionnelle en vitamines/acide folique 2007 : Utilisation d'acide folique, conjointement avec un supplément multivitaminique pour la prévention des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales. *J Obstet Gynecol Can* 2007; 29 (12): 1014-26.
8. Jarow JP. Endocrine causes of male infertility. *Urol Clin North Am* 2003; 30 (1): 83-90.
9. Directive clinique de la SOGC. Déclenchement de l'ovulation en présence du syndrome des ovaires polykystiques. *J Obstet Gynecol Can* 2010; 242: 503-11. Site Internet : [www.sogc.org/guidelines/documents/gui242CPG1005F.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui242CPG1005F.pdf). (Date de consultation : novembre 2010).

## Summary

### Doctor, what is the recipe to make babies? – Female angle.

Fertility problems affect 15% of population. Therefore, when taking charge of couples faced with fertility issues, physicians need to have a simple recipe to guide them before referral to a specialized clinic. Three questions will help to obtain an overview of the situation: Does the patient ovulate? What is the permeability of her fallopian tubes? Does she have endometriosis? Knowing the answers to these questions is useful for all physicians seeking the detection of causes affecting women's fertility.

10. Tsuji I, Ami K, Miyazaki A et coll. Benefit of diagnostic laparoscopy for patients with unexplained infertility and normal hysterosalpingography findings. *Tohoku J Exp Med* 2009; 219: 39-42.
11. Baramki TA. Hysterosalpingography. *Fertil Steril* 2005; 83 (6): 1595-606.
12. Bosteels J, Van Herendael B, Weyers S et coll. The position of diagnostic laparoscopy in current fertility practice. *Hum Reprod Update* 2007; 13 (5): 477-85.
13. Comeau D. L'investigation chez le couple infertile. *Le Médecin du Québec* 2002; 37 (11): 46-51.
14. Makar RS, Toth TL. The evaluation of infertility. *Am J Clin Pathol* 2002; 117 (suppl. 1): S95-S103.