

## La question

Je vote pour



### Mon conseil

Il n'apparaît ici que la partie masculine de la question contraception.

## LA VASECTOMIE

- Section chirurgicale des canaux déférents sous anesthésie locale ou générale
- Pas de conséquence sur la libido, l'érection, l'éjaculation et l'orgasme
- Irréversible (mais possibilité incertaine ultérieure de reperméabilisation des canaux déférents ou de fécondation in vitro à partir d'un prélèvement de spermatozoïdes testiculaires)
- Nécessité d'un consentement écrit (information ++)
- Délai de réflexion de 4 mois
- Remboursement non systématique
- Nécessité d'un spermogramme 3 mois plus tard pour contrôler l'absence de spermatozoïdes
- Risque exceptionnel de reperméabilisation spontanée des canaux déférents
- Proposer une conservation de sperme préalable
- Interdit chez les mineurs et conditions restrictives chez les handicapés mentaux

## LE PRÉSERVATIF

- Simple et efficace aussi sur la prévention des infections sexuellement transmissibles

## LES AUTRES PROCÉDÉS NON VALIDÉS

- Coït interrompu :
  - ▶ peu fiable
  - ▶ inconfortable
- Slip chauffant :
  - ▶ peu fiable
  - ▶ inconfortable
- Blocage de la GNRH :
  - ▶ Soit par agonistes ou antagonistes de la LHRH : effets secondaires endocriniens +++
  - ▶ Soit par apport de testostérone (+/associée à des progestatifs) : inconvéient de l'hyper-androgénie et risque de blocage incomplet de la spermatogénèse

### Liens bibliographiques, pour aller plus loin

- Collège français d'Urologie, *Urologie*, coll. « Les référentiels des collèges », Elsevier Masson, 2013.

<http://urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college.html>



## TEST

À propos de la vasectomie, quelle(s) affirmation(s) est (sont) exacte(s) ?

- a. Une vasectomie n'a pas de conséquence sur la libido et l'érection.
- b. Une vasectomie diminue significativement le volume de l'éjaculation.
- c. Une vasectomie nécessite un consentement écrit.
- d. Une vasectomie nécessite un délai de réflexion de 2 mois.
- e. Une vasectomie nécessite un spermogramme 3 mois plus tard pour contrôler l'absence de spermatozoïdes.

# Stérilité masculine

## N° 37. Stérilité du couple : conduite de la première consultation

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

*UE2. De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Héritéité - L'enfant - L'adolescent*

### ► En quelques mots-clés

- Infertilité
- Spermogramme
- Azoospermie
- Oligoasthénotéatospermie
- FSH

### ► Liens transversaux

- N° 38. Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques

## Les dix commandements

1. L'infertilité est définie par l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au terme d'un an de rapports sexuels sans moyen contraceptif.
2. Les principales causes : obstructives, toxiques, génétiques, infectieuses, iatrogènes, idiopathiques, varicocèle.
3. L'évaluation initiale comprend un interrogatoire, un examen physique, un test post-coïtal de Hühner et un spermogramme.
4. L'interrogatoire recherche l'ancienneté de l'infertilité, son caractère primaire ou secondaire pour chaque membre du couple, les antécédents et facteurs de risque d'infertilité, et évalue la sexualité du couple.
5. L'examen physique comporte un examen des organes génitaux externes, un toucher rectal, et une évaluation des caractères sexuels secondaires.
6. Spermogramme normal : > 1,5 ml, > 15 millions/ml, > 40 % de mobilité, > 4 % de formes normales selon Krüger, < 1 million de leucocytes/ml.
7. Les 2 anomalies les plus fréquentes sont l'azoospermie (absence de spermatozoïdes) et l'oligoasthénospermie.
8. Les examens de seconde intention pratiqués en cas d'anomalie du spermogramme sont un second spermogramme, un dosage de FSH, une échographie testiculaire.
9. Une FSH élevée oriente vers une cause sécrétoire.
10. Une FSH normale oriente vers une cause excrétoire.



Les grandes étendues,  
les compresses, les débats...  
Pourquoi pas les hommes?



## La question



### Mon conseil

Ne sont traités ici que les aspects masculins de l'infertilité. La question doit être complétée par la partie féminine.

## DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

- L'infertilité est définie par l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au terme d'un an de rapports sexuels sans moyen contraceptif.
- Elle peut être primaire (jamais de grossesse préalable) ou secondaire.
- L'infertilité du couple est d'origine masculine dans 20 % des cas et mixte dans 40 % des cas. L'homme est donc au moins partiellement responsable d'une infertilité dans 60 % des cas.
- La qualité du sperme dans la population des pays développés s'abaisse continuellement depuis 50 ans.

## CAUSES D'INFERTILITÉ MASCULINE

- **Causes d'oligoasthénospermie**
  - Idiopathique 40 %
  - Toxique : exposition à la chaleur, aux pesticides, tabac, cannabis
  - Varicocèle clinique
  - Infection génitale (leucospermie)
- **Causes d'azoospermie**
  - **FSH basse**
    - ▶ Déficit endocrinien hypothalamo-hypophysaire
    - ▶ Prise de stéroïdes (par rétrocontrôle négatif)

- **FSH élevée**: cause sécrétoire
  - Idiopathique
  - Cryptorchidie
  - Syndrome de Klinefelter
  - Microdélétion du chromosome Y
- **FSH normale**
  - Agénésie des canaux déférents (doit faire rechercher une mucoviscidose: gène ABCC7)
  - Obstruction bilatérale de l'épididyme ou des déférents (après chirurgie inguinale, ou post-infectieuse)
- **Autres causes d'infertilité**: trouble de l'éjaculation
  - Éjaculation précoce extrvaginale
  - Absence d'éjaculation extériorisée
    - idiopathique
    - par traitement alphabloquant
    - après chirurgie de l'HBP
    - après prostatectomie radicale ou autre chirurgie pelvienne
    - par phimosis ou sténose de l'urètre
    - associée à une impuissance

## EXPLORATION D'UNE INFERTILITÉ MASCULINE

- **Elle est indiquée**
  - en l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels sans contraception
  - en présence de facteurs de risque d'infertilité masculine
  - en cas d'interrogation du couple sur la fertilité de l'homme
  - si une technique d'assistance médicale à la procréation AMP est envisagée pour infertilité féminine
- **L'évaluation initiale**

Elle comprend un interrogatoire, un examen physique, un test post-coïtal de Hühner et un spermogramme.
- **Interrogatoire**
  - Durée de l'infertilité
  - Infertilité primaire ou secondaire

- Fréquence et qualité des rapports
- Recherche d'*antécédents spécifiques associés à l'infertilité*:
  - ▶ cryptorchidie
  - ▶ épидидymite
  - ▶ torsion aiguë du cordon spermatique
  - ▶ traumatisme testiculaire
  - ▶ cure de hernie inguinale dans l'enfance
  - ▶ cure de varicocèle
  - ▶ hypo- ou épispadias
  - ▶ urétrite
  - ▶ sténose de l'urètre
  - ▶ orchite ourlienne à l'adolescence
  - ▶ prise de distilbène maternel pendant la grossesse
  - ▶ cancer du testicule
  - ▶ malformation génito-urinaire
- **Examen physique**
  - Examen des organes génitaux externes :
    - ▶ testicules (volume normal des testicules entre 15 et 20 cc, symétriques)
    - ▶ épидидymes
    - ▶ déférents
    - ▶ méat urétral
  - Toucher rectal
  - Caractères sexuels secondaires : pilosité, distribution androïde ou gynoïde des graisses, gynécomastie
- **Test post-coïtal de Hühner**
  - Prélèvement de glaire cervicale 12 heures après un rapport sexuel en période pré-ovulatoire
  - Étudie la migration, la pénétration et la survie des spermatozoïdes dans la glaire
- **Spermogramme**
  - Examen de première intention en cas d'infertilité
  - À répéter 3 mois plus tard en cas d'anomalie
  - Les 2 anomalies les plus fréquentes sont l'azoospermie (absence de spermatozoïdes) et l'oligoasthénotéatospermie
  - Recueil par masturbation seul ou en couple, au laboratoire dans un flacon stérile, après 2 à 8 jours d'abstinence

## LES SEUILS NORMAUX DU SPERMOGRAMME SELON L'OMS 2010

Paramètres spermatiques	Valeurs seuils	Définition de l'anomalie
Volume éjaculé	> 1,5 ml	Hypospermie
Numération	> 15 millions/ml	Azoospermie si = 0 Oligospermie si < 15 millions/ml
Numération par éjaculat	> 40 millions	–
Mobilité progressive et sur place (a + b + c) à la première heure	> 40 %	Asthénospermie si < 40 %
Mobilité à la 4 <sup>e</sup> heure	Chute de mobilité inférieure à 50 % comparativement aux chiffres de la première heure	–
Vitalité	> 58 %	–
Nombre de leucocytes	< 1 million/ml	–
Morphologie : Pourcentage de formes normales	> 4 % selon Krüger (ou 15 % selon David modifié)	Tératospermie
Leucocytes	> 1 million/ml	Leucospermie

- **Examens de seconde intention pratiqués en cas d'anomalie du spermogramme**
  - **Refaire un spermogramme**
  - **Doser la FSH** : orientation étiologique
  - **Échographie testiculaire** : évalue le volume testiculaire, recherche une tumeur, recherche un obstacle épидидymaire ou déférentiel.
  
- **Autres examens spécialisés demandés selon le contexte**
  - **Dosage de testostérone indiqué si** :
    - oligo/azoospermie
    - dysfonction sexuelle
    - symptômes suggérant une endocrinopathie