



LA PRISE EN CHARGE DU COUPLE INFERTILE

# Le bilan anatomique de la femme du couple infécond

Anatomic evaluation of the female of the infertile couple

A. Torre <sup>a,d,\*</sup>, J.-L. Pouly <sup>b,c</sup>, B. Wainer <sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine Paris-Ouest, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 9 boulevard d'Alembert, 78280 Guyancourt, France.

<sup>b</sup> CHU de Clermont-Ferrand, Hôpital Estaing, 1 place Lucie Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France.

<sup>c</sup> Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, 63000 Clermont-Ferrand, France.

<sup>d</sup> Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHI de Poissy Saint Germain en Laye, 10 rue du Champ Gaillard, 78303 Poissy cedex, France.

## MOTS CLÉS

Bilan de première intention ;  
Infertilité ;  
Femme ;  
Interrogatoire ;  
Hystérosalpingographie ;  
Échographie pelvienne ;  
Hystéroscopie diagnostique ;  
Coéloscopie.

## Résumé

Un tiers des infertilités sont dues à des anomalies anatomiques de l'appareil génital féminin : polype endométrial (33 %), occlusion tubaire bilatérale (12 %), hydrosalpinx (7 %), fibrome sous-muqueux (3 %) et endométriose pelvienne. Ces anomalies peuvent conduire à une correction chirurgicale dans le but de rétablir la fertilité.

Cette revue de littérature vise à déterminer quel bilan d'imagerie doit être réalisé en première intention.

L'hystérosalpingographie présente une sensibilité de seulement 65 % mais sa simple réalisation multiplie par 3 la fréquence des grossesses spontanées.

L'hystéroscopie ambulatoire a pour sa part une excellente sensibilité (> 95 %) pour le diagnostic de pathologies endo-cavitaires.

L'échographie pelvienne dont le bon niveau de sensibilité semble encore être amélioré par l'analyse 3D et l'hystérosonographie est d'une efficacité quasi comparable à celle de l'hystéroscopie pour l'imagerie endo-cavitaire. Elle permet d'autre part le diagnostic de lésions telles qu'un hydrosalpinx ou un endométriome sans avoir recours à une coéloscopie.

Une coéloscopie de première intention est à réserver aux patientes suspectes d'endométriose ou de pathologie tubaire (antécédents d'appendicite compliquée, de chirurgie pelvienne, de maladie inflammatoire pelvienne).

Pour les autres patientes, représentant la majorité des cas, l'hystérosalpingographie et l'échographie pelvienne semblent donc être suffisantes comme bilan anatomique de première intention.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

First line assessment for infertility;  
Woman;  
Clinical history;

## Summary

One third of infertility cases are due to anatomical abnormalities of the female reproductive tract: endometrial polyps (33%), bilateral tubal blockage (12%), hydrosalpinx (7%), sub-mucosal fibroids (3%) and pelvic endometriosis. These may need surgical correction which could restore fertility.

This review aim to determine which examinations should be performed first.

\* Auteur correspondant : A. Torre  
antoinetorre@voila.fr

Hysterosalpingo-  
graphy;  
Pelvic ultrasound;  
Hysteroscopy;  
Laparoscopy.

Hysterosalpingography shows sensitivity of only 65% but it increases the achievement of spontaneous pregnancy by three times.

Office hysteroscopy has an excellent sensitivity (>95%) for diagnosing intra-uterine lesions.

Pelvic ultrasound, whose good sensitivity is improved by adding 3D imaging and hysterosonography, seems as efficient as office hysteroscopy in diagnosing uterine cavity abnormalities. Moreover, it also efficiently diagnoses pelvic diseases such as hydrosalpinx or endometrioma without laparoscopy.

A first line laparoscopy is indicated in for woman suspected of endometriosis or tubal pathology (history of complicated appendicitis, previous pelvic surgery, pelvic inflammatory disease).

For the others straight forward cases, the majority of patients, hysterosalpingography and pelvic ultrasound seem to be sufficient as primary diagnostic tool.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Dans les pays industrialisés, 15 % des couples vont consulter au moins une fois dans leur vie pour infertilité. Parmi les causes connues d'infertilité, des anomalies de l'anatomie pelvienne de la femme sont incriminées chez environ un tiers des couples (<http://fivnat.fr/pagesperso-orange.fr/BILAN2002DEF/bilanlitter.htm>).

Le bilan d'imagerie de première intention chez une femme infertile a donc pour objectif la recherche d'éventuelles anomalies anatomiques. Ce bilan tentera aussi de préciser les conséquences néfastes de ces anomalies sur la fertilité de la patiente et les moyens d'y remédier (chirurgie, aide médicale à la procréation, etc.).

Après exposition des aspects méthodologiques, nous analyserons les valeurs et limites de chaque examen proposé, notamment :

- son bénéfice absolu pour le couple : preuves que la réalisation de l'examen a apporté un bénéfice direct au couple, soit en termes de fertilité, soit en lui évitant des examens invasifs ;
- l'efficacité du dépistage sur une population infertile (comparaison aux examens de références) ;
- sa stabilité (reproductibilité de l'examen, variabilité intra- et inter-observateur) ;
- ses risques (complications éventuelles de l'examen).

## Aspects méthodologiques

Une recherche bibliographique en langue anglaise et française a été entreprise dans les bases de données Pubmed, Cochrane et Embase avec pour mots clés : *chlamydia trachomatis*, hysterosalpingography, hysteroscopy, laparoscopy, medical history taking, medical records, ultrasonography, croisés avec : uterus, endometrium, fallopian tubes, ovary, pelvis, randomized controlled trial, fertility, infertility, abortion, habitual, adverse effects, reproducibility of results, pregnancy outcome.

Ont été retenues :

- les séries comparatives définissant clairement l'examen de référence et le(s) examen(s) évalué(s), comportant plus de 50 cas, chez qui les examens comparés ont été réalisés sur l'ensemble de la population ;
- les méta-analyses ;
- les revues systématiques récentes ;
- les études randomisées.

Toutes ces études devaient si possible être réalisées sur des populations infertiles ou au moins en âge de procréer.

D'autres références respectant ces critères ont été sélectionnées après lecture des premiers éléments bibliographiques.

## Valeurs et limites des explorations proposées pour le bilan de première intention

### Évaluation du terrain, interrogatoire, histoire clinique

La valeur de l'interrogatoire, comme facteur de risque de pathologie tubaire, a fait l'objet d'une méta-analyse récente de 32 études [1]. Ce travail, dont les résultats significatifs sont résumés dans le **tableau 1**, rapporte un sur-risque important de dysfonction tubaire lorsque des antécédents d'appendicite compliquée (NP1), de chirurgie pelvienne (NP1), d'endométriose (NP4) ou d'inflammation pelvienne (NP1) sont rapportés. L'antécédent de DIU semble exposer à un risque plus modéré (NP1). Les conséquences tubaires d'antécédents rapportés de grossesse extra-utérine, d'appendicite simple, d'IVG ou de maladie sexuellement transmissible sont plus incertaines, soit parce que le sur-risque rapporté est faible et non dissociable d'un éventuel biais de mémorisation, soit que ce sur-risque mis en évidence dans les études cas-témoins n'a pas été confirmé par les études de cohortes.

Dans une méta-analyse sur 2 729 patientes (NP1) [2], la recherche d'une séropositivité pour le *chlamydia* s'est avérée d'efficacité comparable à l'hysterosalpingographie (courbes ROC, sensibilité ≈ 68 % spécificité ≈ 82 %) pour le dépistage de pathologies tubaires. Une étude prospective ultérieure sur 642 patientes infertiles a confirmé l'intérêt de cette sérologie pour sélectionner une population à haut risque d'occlusions tubaires mises en évidence par coelioscopie, la séquence sérologie *chlamydia* puis hysterosalpingographie n'améliorant pas la performance diagnostique de la sérologie *chlamydia* seule [3]. Cependant, une modélisation récente suggère que la rentabilité d'une telle stratégie dépendrait de la prévalence de l'infection à *chlamydia* dans la population étudiée ainsi que de la performance du test utilisé [4]. Cette performance dépendrait de la limite de positivité du titre des anticorps (idéalement fixée à 1/16) [5] ainsi que de la technique de dosage [6].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273035>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273035>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)