

L'exploration du couple infertile : quel consensus pour le bilan hormonal féminin ?

gynecologie-pratique.com/journal/article/004422-lexploration-couple-infertile-quel-consensus-bilan-hormonal-feminin

Actuellement, un couple sur six consulte pour le motif d'infertilité. La prise en charge diagnostique de l'infertilité nécessite un bilan des deux membres du couple, avec notamment le bilan hormonal féminin. Ce bilan a pour but d'identifier une cause d'anovulation, mais également d'évaluer la réserve ovarienne en vue d'un éventuel traitement d'induction de l'ovulation, voire la réalisation de techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP). Les recommandations de l'*American Society for Reproductive Medicine* préconisent la réalisation de ce bilan hormonal après un an d'exposition sans grossesse, ou dès six mois pour une femme de plus de 35 ans ou bien présentant des cycles irréguliers de plus de 35 jours, ou encore chez une femme présentant une cause connue d'infertilité comme une malformation utérine, une endométriose ou ayant un partenaire avec des anomalies spermatiques connues.

Bilan hormonal féminin

Évaluation de l'environnement hormonal global

La prescription d'un bilan hormonal en début de cycle comprenant FSH, LH et estradiol permet d'évaluer l'environnement hormonal global.

En effet, ces trois dosages permettent d'identifier les trois catégories d'anovulation selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Groupe OMS	OMS I	OMS IIa	OMS IIb	OMS III
Origine étiologique de l'anovulation	Centrale : hypogonadisme hypogonadotrope	Idiopathique	Syndrome des ovaires polykystiques	Périphérique : insuffisance ovarienne (IO)
FSH, LH Estradiol	Basses Bas	FSH > LH Normal	Souvent LH > FSH Normal ou élevé	Normales ou élevées Bas
Échographie ovarienne	Normale ou ovaires multifolliculaires	Normale	Multifolliculaires (> 12 foll/ovaire)	Paucifolliculaire (< 5 foll/ovaire)
Stimulation	– Pompe à GnRH si origine hypothalamique – Gonadotrophines si origine hypophysaire	– Citrate de clomiphène	– Citrate de clomiphène – Gonadotrophines ou drilling ovarien si échec	– Don d'ovocytes si insuffisance ovarienne installée – Gonadotrophines si insuffisance ovarienne débutante

Confirmation du statut ovulatoire

Le caractère régulier des cycles menstruels est, en premier lieu, un argument clinique important pour témoigner de cycles ovulatoires. Néanmoins, la survenue plus ou moins régulière de métrorragies peut altérer la valeur de ce signe.

Le dosage de la progestérone en 2^e partie de cycle, entre le 20^e et le 24^e jour du cycle pour des cycles de 28 jours, confirme objectivement le caractère ovulatoire du cycle exploré. Classiquement, l'ovulation est confirmée si la progestérone est supérieure à 3 ng/ml, et de qualité satisfaisante si > 10 ng/ml.

Évaluation de la réserve ovarienne avant traitement

En 2016, les deux marqueurs biologiques les plus utilisés pour évaluer la réserve ovarienne sont la FSH et l'AMH plasmatiques. Néanmoins, ces dosages sont à interpréter avec prudence, compte tenu de la variabilité

inter-cycle pour la FSH et de la faible reproductibilité inter-kit pour l'AMH. L'évaluation de la réserve ovarienne est primordiale pour adapter la simulation ovarienne. Néanmoins, la FSH et l'AMH restent des facteurs pronostiques médiocres de réponse à la simulation. De plus, aucun seuil satisfaisant n'a été fixé à ce jour pour définir une réserve ovarienne basse. Ainsi, aucun couple ne devrait être exclu pour une réserve ovarienne biologique basse.

Recherche d'une cause de dysovulation en cas de cycles > 35 jours

Dans ce cas, le bilan biologique comporte le dosage de :

- la testostéronémie totale et de la 17-OH-progestérone pour éliminer une hyperplasie congénitale des surrénales et rechercher un syndrome des ovaires polykystiques ;
- la prolactine pour éliminer une hyperprolactinémie ;
- la TSHus pour éliminer une dysthyroïdie.

Recherche de complications métaboliques en cas de surpoids ou d'obésité

D'après l'étude Obépi de 2012, 15 % des femmes françaises sont obèses et 32,3 % sont en surpoids. La consultation pour infertilité est un moment stratégique, en période préconceptionnelle pour dépister un retentissement métabolique du surpoids/obésité et permettre une prise en charge au plus vite. La réalisation d'une glycémie à jeun et une exploration des anomalies lipidiques sont alors primordiales. Certains recommandent également le dosage de la SHBG et/ou la réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale pour dépister une intolérance aux hydrates de carbone.

Conclusion

Le bilan hormonal d'une femme infertile est simple, standardisé, et à adapter au tableau clinique (cycles irréguliers, surpoids..). Ce bilan est à réaliser dans le cadre d'un bilan de couple, donc toujours associé à une exploration tubaire (hystérosalpingographie), ovarienne (échographie pelvienne) et un bilan spermatique (spermogramme avec spermocytogramme). En effet, la cause de l'infertilité est souvent multifactorielle et chaque facteur doit être pris en considération.

Enfin, la sérologie rubéole ne fait pas partie, à proprement parler, du bilan hormonal de la femme infertile, mais ne doit pas être oubliée en cette période préconceptionnelle où une vaccination de rattrapage pourrait être réalisée.

Pour en savoir plus

Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. American Society for Reproductive Medicine.
https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Practice_Guidelines/Committee_Opinions/Diagnostic_eval_infertile_female_inpress-noprint.pdf

Copyright 2010-2017 - L.E.N. MÉDICAL - Tous droits réservés