

Lilla boken B

L'infécondité et son traitement

1. Qu'entend-on par stérilité ?

La stérilité se définit généralement comme l'incapacité pour un couple de concevoir un enfant pendant l'année qui suit l'arrêt des moyens contraceptifs. En Suède, ce problème touche de 10% à 14% des couples, soit environ 250 000 couples en âge de procréer. La plupart finissent cependant par avoir des enfants, avec ou sans assistance médicale.

Le diagnostic de stérilité suit à un modèle dans lequel à la fois la femme et l'homme sont examinés pour déterminer les causes. Un examen approfondi doit être réalisé dans les six mois. La durée de l'examen peut varier, certains prélèvements devant suivre le cycle menstruel.

Un examen de fertilité peut être éprouvant à plusieurs égards: en effet, les résultats se font souvent attendre et la nature des questions ou des examens amène les couples à dévoiler une partie de leur intimité, ce qui les met parfois mal à l'aise. Par ailleurs, ces mêmes couples se sentent souvent soulagés d'avoir enfin franchi le pas de demander une aide médicale.

2. Quelles sont les réactions face à un problème de fertilité?

Face aux problèmes de stérilité du couple, les réactions – souvent vives – dépendent essentiellement de la personnalité de chacun. Nos réactions, notre perception et nos valeurs sont influencées par notre personnalité et par l'idée que l'on se fait de l'enfant au sein même du couple. Souvent, comme dans toutes les situations difficiles de la vie, il est précieux de pouvoir en parler à un tiers susceptible d'apporter un autre éclairage.

D'après des recherches effectuées dans différentes parties du monde, la stérilité génère de l'angoisse, de la dépression et du stress. En outre, elle pèse lourdement sur la relation des deux partenaires, tant de manière générale que sur le plan sexuel.

Lorsque la pérennité de l'espèce est menacée, des aspects clés de la sexualité sont concernés. Nombre de réactions sont identiques chez la femme et chez l'homme – insatisfaction, déception et tristesse. Toutefois, nous exprimons ces sentiments de manières différentes, ce qui entraîne parfois des malentendus, voire des tensions dans le couple. C'est là qu'une aide extérieure, permettant de prendre conscience qu'il s'agit d'une situation particulière et à résoudre rapidement, peut être nécessaire. Il faut agir immédiatement, sans attendre que la relation se dégrade. Les cliniques de FIV collaborent avec des spécialistes capables d'aider à franchir des étapes difficiles dans la vie d'un couple, par des discussions permettant de formuler et de prendre en considération de nombreuses questions, réflexions et ressentis.

Même lorsque les examens et les traitements en viennent à occuper toute la place de la vie d'un couple, cette situation n'est que temporaire. Pour beaucoup, elle se conclut par une grossesse et la naissance d'un enfant. Pour d'autres, l'infécondité persistera, mais le problème sera résolu d'une autre manière. Les traitements ne peuvent pas durer éternellement.

3. Causes d'infécondité les plus fréquentes.

Chez la femme

- ✓ Trompes de Fallope trop étroites ou absentes
- ✓ Endométriose
- ✓ Troubles hormonaux
- ✓ Fausses couches répétées
- ✓ Séquelles du traitement d'un cancer
- ✓ Fibrome et autres troubles utérins

Chez l'homme

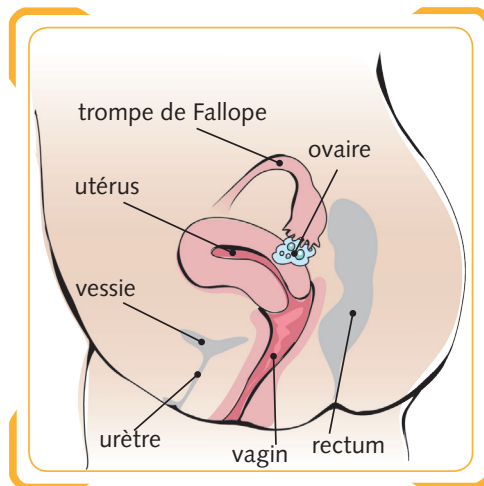
- ✓ Oligospermie/Azoospermie
- ✓ Obstruction des canaux déférents
- ✓ Troubles hormonaux
- ✓ Troubles de l'érection
- ✓ Séquelles du traitement d'un cancer
- ✓ Consommation ou abus de stéroïdes anabolisants

Dans certains cas, la stérilité est due à une association de facteurs masculins et féminins.

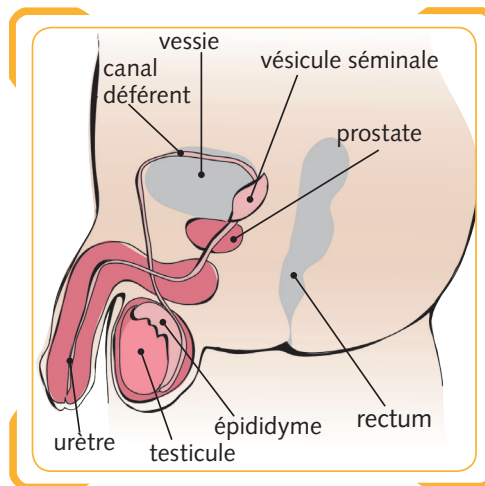
Parfois, sa cause est indéterminée. Les femmes en surpoids ou trop maigres peuvent avoir des difficultés à procréer, notamment en raison de problèmes d'ovulation – rare ou inexistante. Les statistiques démontrent qu'en agissant sur les problèmes de poids et en demandant de l'aide et des conseils, le problème de stérilité se résout souvent de lui-même. Notons que le tabac et l'alcool peuvent également réduire la fécondité de l'homme et de la femme.

Anatomie et physiologie

Anatomie de la femme

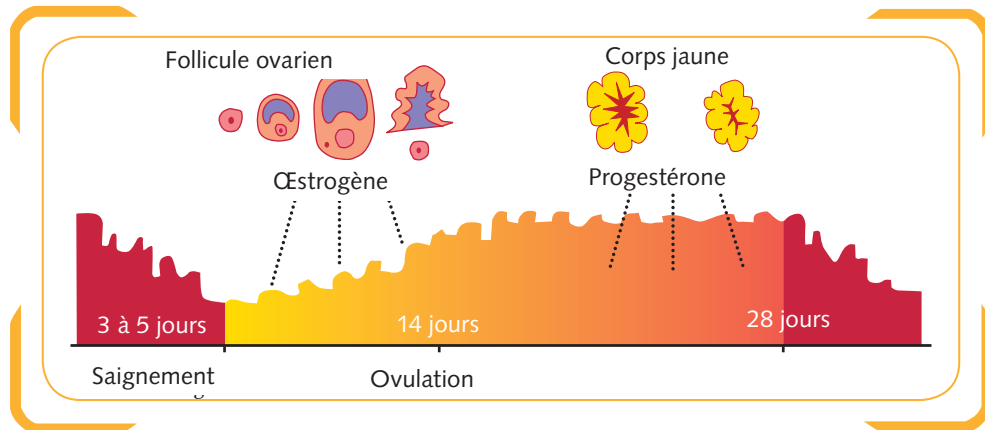


Anatomie de l'homme



4. Cycle menstruel de la femme

- * Le cycle menstruel de la femme est essentiellement régi par l'interaction des hormones hypophysaires (FSH et LH) et ovariennes (œstrogène et progestérone).
- * Au début d'un cycle menstruel, les hormones FSH et LH stimulent le développement d'ovules dont un seul parviendra à maturité. Les follicules ovariens produisent l'œstrogène qui provoque l'épaississement de la paroi utérine et la prépare à la nidification de l'ovule fécondé.



- * L'ovulation est déclenchée par l'augmentation du niveau de LH ; le follicule ovarien se rompt et l'ovule est expulsé dans la trompe utérine. Le follicule se transforme alors en corps jaune fabricant la progestérone, dont la principale tâche est de favoriser l'implantation.

L'ovule est fécondable pendant 12 à 24 heures ; les spermatozoïdes, quant à eux, vivent plusieurs jours.

5. Traitement de la stérilité

Stimulation hormonale

En cas de stimulation hormonale, il peut être important de bloquer/réguler la production des hormones ovariennes de la femme (LH). Les stimulations hormonales commencent donc souvent par une atténuation de la production naturelle de l'hormone LH, par exemple en administrant un médicament par inhalation, injection ou voie orale.

Stimulation de l'ovulation

Cette méthode peut être utilisée en cas de problèmes d'ovulation entraînant une spanioménorrhée ou une aménorrhée, c'est-à-dire la rareté ou l'absence de règles. Le traitement est administré par voie orale ou par injection pour agir sur la maturation de l'ovule et déclencher l'ovulation.

Insémination

Cette méthode présuppose que les spermatozoïdes sont capables de féconder l'ovule. Elle peut être choisie quand la stérilité du couple n'a aucune raison apparente ainsi que dans certains cas de stérilité masculine. Lors d'une insémination, une fine canule en plastique est introduite dans le col de l'utérus pour y injecter les spermatozoïdes, qui parviennent ainsi plus facilement jusqu'à l'ovule.

FIV (Fécondation In Vitro)

Cette méthode convient dans la plupart des cas de stérilité. Pour une FIV, les ovaires sont stimulés pour produire plus d'ovules. Cette stimulation se fait par l'injection quotidienne d'une hormone pendant 10 à 14 jours.

Elle se fait sous contrôle médical avec échographies et examens sanguins. Le soir, deux jours avant le prélèvement de l'ovule, de l'hormone hCG est injectée pour amener les follicules à maturité. Les ovules sont recueillis/aspirés de 34 à 39 heures après cette injection.

Prélèvement/aspiration des ovules

Il est tout à fait normal d'être un peu tendu avant cette intervention, surtout la première fois. Des tranquillisants ou des analgésiques sont donc généralement proposés avant l'intervention. Dans certaines cliniques, les analgésiques sont remplacés par l'acupuncture.

Sous contrôle échographique, chaque follicule est ponctionné, puis son contenu est aspiré et analysé au microscope. Les ovules recueillis sont placés dans un incubateur. Le même jour, l'homme recueille son sperme. Les spermatozoïdes sont lavés et préparés en vue de la fécondation.

Micro-injection (ICSI)

L'ICSI est l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes. Cette technique est utilisée lorsque les spermatozoïdes ont une mobilité réduite et ne peuvent parvenir jusqu'à l'ovule. Sous microscope, un seul spermatozoïde est aspiré par micropipette et introduit directement dans l'ovule. Le traitement suivi par le couple n'est guère différent de celui d'une FIV. Le prélèvement des ovules s'opère de la même manière et la micro-injection est effectuée le même jour.

Transfert d'embryon/implantation d'ovule fécondé (ET)

Le lendemain du prélèvement, on vérifie si l'ovule est bien fécondé. Les ovocytes fécondés sont incubés pendant deux à cinq jours. Un embryon – parfois deux dans les cas exceptionnels – est ensuite sélectionné pour être réimplanté. Lorsque des embryons surnuméraires de bonne qualité ont été obtenus, ils peuvent être congelés en vue d'un traitement ultérieur. La loi autorise la conservation d'embryons congelés pendant cinq ans.

L'implantation des embryons n'exige aucun préparatif ; une vessie pleine peut toutefois faciliter l'intervention. Un cathéter est introduit par le col de l'utérus, dans lequel l'embryon est déposé. L'intervention est pratiquement indolore et s'effectue en à peine quelques minutes.

Durant la période qui suit la réimplantation, les follicules ponctionnés se transforment en corps jaunes producteurs de progestérone. Pour faciliter le processus, des hormones hCG sont injectées ou administrées par voie vaginale jusqu'au test de grossesse. La progestérone agit sur la paroi de l'utérus en augmentant sa réceptivité à l'ovule fécondé.

La réimplantation d'embryons congelés et décongelés s'effectue soit lors d'un cycle menstruel naturel, soit dans le cadre d'un traitement hormonal.

Effets secondaires du traitement

La dose d'hormones peut provoquer une surstimulation, c'est-à-dire un développement excessif des follicules.

La surstimulation se manifeste par des douleurs et /ou un gonflement important de l'abdomen. Parfois elle s'accompagne d'une respiration courte. En cas d'apparition de ces symptômes, contactez immédiatement le centre de FIV ou la clinique gynécologique la plus proche. Des soins hospitaliers sont parfois nécessaires ; toutefois, bien souvent, le repos et un traitement à domicile sont amplement suffisants.

6. La FIV étape par étape

1.

a) Stimulation hormonale

Avant la stimulation hormonale, la production d'hormones FSH et LH ainsi que la fonction ovarienne de la femme sont bloquées ou régulées par inhalation, injection ou pilule contraceptive.

b) Retour des menstruations naturelles.

2. Stimulation

La croissance des follicules est stimulée par des injections d'hormones. Le résultat est vérifié par une prise de sang.

3. Contrôle

Le nombre de follicules, leur développement et l'état de la muqueuse utérine sont contrôlés par échographie.

4. Ponction folliculaire

Les follicules matures sont ponctionnés sous contrôle d'une sonde échographique ; les ovules sont recueillis.

5. Inspection et mise en culture

Les ovules subissent un examen microscopique.

6. Préparation

Les spermatozoïdes sont préparés pour pouvoir féconder l'ovule.

7. Fécondation

Les spermatozoïdes sont mis en contact avec les ovocytes.

8. Division

Deux jours après la fécondation, les ovules commencent à se diviser. Leur qualité est évaluée avant le transfert d'embryon.

9. Transfert

Au bout de 2 à 5 jours d'incubation, l'embryon est transféré dans la cavité utérine à l'aide d'une fine canule.

10. Soutien hormonal

Afin d'optimiser les chances de grossesse, un traitement hormonal est souvent prescrit immédiatement après le transfert.

11. Grossesse

Si le test de grossesse est positif environ 18 jours après le transfert, une échographie est réalisée trois à cinq semaines plus tard pour confirmer le résultat.

7. Traitement de la stérilité masculine

Les causes de la stérilité masculine sont variables. Par exemple, lorsque la production de spermatozoïdes est satisfaisante, il y a parfois un blocage entre l'épididyme et les canaux déférents empêchant leur transport. Les lésions de la moelle épinière, nerveuses, cérébrales ou d'anciennes infections peuvent également être à l'origine du problème.

Il existe aujourd'hui divers traitements permettant de résoudre bien plus de cas de stérilité masculine qu'auparavant. Lorsque l'éjaculat ne contient pas de spermatozoïdes, ceux-ci peuvent être prélevés directement dans les testicules (TESA/ TESE) ou l'épididyme (PESA) l'aide d'une fine aiguille, sous anesthésie locale.

8. Don de sperme

Lorsque l'homme ne produit de spermatozoïdes, Lorsque l'homme ne produit de spermatozoïdes, on peut envisager l'insémination artificielle de la femme avec le sperme d'un donneur (IAD), si nécessaire par fécondation in vitro. Lorsque la femme ne produit pas d'ovules, elle peut recourir au don d'ovocytes.

En Suède, les grossesses nécessitant à la fois un don d'ovocytes et un don de sperme ne sont actuellement pas autorisées.

Depuis 2005, les couples lesbiens peuvent avoir recours à la procréation assistée dans les hôpitaux suédois, soit par insémination, soit par fécondation in vitro (FIV).

9. Quelles sont les chances de réussite ?

La période allant du traitement jusqu'au test de grossesse est souvent perçue comme la plus éprouvante. Les couples la décrivent comme un moment de vide teinté tour à tour d'optimisme et de pessimisme face au résultat tant attendu.

Les chances de réussite du traitement dépendent de la cause de la stérilité, de l'âge de la femme et du nombre de traitements subis. En cas de transfert d'embryons congelés ou décongelés, les chances de grossesse sont un peu plus faibles. La fécondation assistée n'augmente pas les risques de fausse couche par rapport aux grossesses sans intervention médicale, et les grossesses extra-utérine sont rares. En cas de grossesse, une échographie est réalisée environ quatre semaines après le traitement. Lorsque tout paraît normal, aucune mesure spéciale n'est nécessaire et la grossesse est suivie par un obstétricien.

En Suède, depuis quelques années, l'implantation est limitée à un seul embryon. Cela réduit les risques de grossesses gémellaires, de naissances prématurées et d'autres complications.

10. Jusqu'où est-on prêt à aller pour avoir l'enfant tant attendu ?

Pour répondre à cette question, il convient de se demander ce qui est raisonnable et ce qui ne l'est pas. D'une part, les couples sont confrontés au stress du traitement, que ce soit sur le plan émotionnel ou physique (surtout pour la femme), sans compter le temps qu'il faut y consacrer et les contraintes financières (particulièrement dans les cliniques privées). D'autre part, il y a l'espoir de réussir à avoir l'enfant tant attendu et le sentiment de tout faire par rapport pour remédier à la stérilité du couple.

Il va de soi que la réponse à cette question appartient avant tout au couple. Certains couples s'imaginent difficilement obtenir le soutien de leur entourage et préfèrent ne rien dire ; d'autres en parlent, mais se sentent incompris par ceux qui n'ont pas vécu leur situation.

C'est alors qu'une écoute et une aide professionnelle peuvent s'avérer très utiles. Le personnel soignant, les médecins, assistants sociaux et psychologues des établissements hospitaliers sont généralement formés pour venir en aide aux couples dans le cadre de leur démarche. Avant et pendant le traitement, il peut être utile de réfléchir et d'envisager ensemble les conséquences d'un éventuel échec.

D'autres solutions sont toujours envisageables, comme l'adoption ou une vie sans enfant. Un échec est toujours plus facile à accepter lorsqu'il a été envisagé. Selon le dictionnaire de l'académie suédoise, le mot adopter signifie « prendre comme son propre enfant; s'approprier » L'adoption ne résout pas la stérilité mais est une réponse à la problématique qu'elle engendre. Dans chaque pays, des organismes spécialisés sont au service des parents candidats à l'adoption.