

m/s

médecine|sciences 1985 ; 1 : 120-1

FÉCONDITÉ STÉRILITÉ

La fonction de reproduction, mal individualisée dans l'inconscient religieux de la sexualité, est demeurée bien longtemps occultée. Seuls les efforts conjugués des chercheurs et de certains cliniciens ont permis qu'en moins de dix ans s'opère, en reproduction humaine, une accélération remarquable des connaissances. Témoins de cette accélération, les débats qui ont trait aux problèmes éthiques, obligeant chercheurs et cliniciens à sortir de leur réserve et secouant l'opinion publique par l'intermédiaire de médias mal préparés à ce type d'information.

Succédant à la mise en place de la périnatalité dont l'avènement a fondamentalement modifié la morbidité à la naissance — du moins dans les pays développés — émerge une nouvelle ère de la reproduction humaine : la périconception. On manque encore de recul pour en faire sereinement le bilan. On ne peut encore qu'en imaginer les potentialités. Toutefois, se trouvent d'emblée posés trois ordres de problèmes intriqués. Les premiers ont trait à l'approche scientifique de la périconception. Les deuxièmes sont d'ordre éthique car l'émergence des technologies visant à lutter contre la stérilité risquent de mettre en question les lois régissant la parenté et la filiation. Les troisièmes sont de nature économique car aucune société, aussi riche soit-elle, ne peut ignorer les problèmes de coût social [1].

La périconception, véritable Janus de la reproduction, comporte deux faces indissociables car procédant des mêmes mécanismes physiologiques. D'une part son entrave : la contraception, d'autre part son optimisation : le traitement de la stérilité ou de l'hypofertilité. Les progrès dans la connaissance des processus physiologiques et biochimiques ont permis de faire sortir la fonction de reproduction humaine des arcanes anthropologiques entre lesquelles elle progressait jusqu'à ces dernières années. Successivement, les biochimistes ont éclairé d'un jour nouveau la dépendance des récepteurs à leurs ligands hormonaux, les physiologistes ont délaissé le rat pour le primate, les médecins enfin ont appliqué les données fondamentales à l'investigation clinique moderne.

En même temps, les possibilités d'intervention thérapeutique se multipliaient [2]. La connaissance des récepteurs hormonaux permettait la synthèse des antihormones. La mise en évidence du rythme pulsatile de la GnRH (*gonadotrophin releasing hormone*) [3] autorisait les applications thérapeutiques de la chronobiologie : les pompes à

Pierre
Mauvais-Jarvis

Professeur à l'université
René-Descartes
Chef du service de médecine de la reproduction à l'hôpital Necker.

RÉFÉRENCES

1. Mauvais-Jarvis P. Le coût de la stérilité. *Presse Méd* 1984; 13 : 2357-8.
2. Mauvais-Jarvis P. Stérilité-Avant-Propos. *Rev Prat* 1983; 33 : 1605-8.
3. Knobil E. The neuroendocrine control of the menstrual cycle. *Rec Progr Horm Res* 1980; 35 : 53-88.
4. Schaison G. Pathologie de la prolactine. In: Mauvais-Jarvis P, Sitruk-Ware R, Labrie F, eds. *Médecine de la Reproduction*. Paris : Flammarion, 1982; 331-50.
5. Leyendecker G, Wildt L, Hansmann M. Pregnancies following chronic intermittent (pulsatile) administration of Gn-RH by means of a portable pump (Zyglomet) — a new approach of the treatment of infertility in hypothalamic amenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 51 : 1214-6.
6. Edwards RG, Steptoe PC, Purdy JM. Establishing full-term human pregnancies using clearing embryos grown in vitro. *Br J Obstet Gynecol* 1980; 87 : 737-56.
7. David G. L'insémination artificielle. *Rev Prat* 1983; 33:3161-7.
8. Jones GS. The historic review of the clinical use of progesterone and progestins. In: Bardin CW, Milgrom E, Mauvais-Jarvis P, eds. *Progesterone and progestins*. New York: Raven Press, 1983: 189-202.
9. Collins JA, Wrixon W, Janes LB, Wilson EH. Treatment independent pregnancy among infertile couples. *N Engl J Med* 1983; 309 : 1201-5.

ADRESSE

Hôpital Necker, Service de médecine de la reproduction. 149, rue de Sèvres. 75730 Paris Cedex 15.

débit pulsatile. Le dosage en routine de la prolactine dans le sang débouchait sur la maîtrise médicamenteuse des hyperprolactinismes. La fécondation in vitro (FIV), largement utilisée, par les vétérinaires, voyait son application réalisée chez l'humain.

Il existe donc une relation flagrante entre les connaissances physiopathologiques et la qualité des résultats thérapeutiques obtenus dans le domaine de la stérilité. Il est désormais évident que seules les stérilités relevant d'une cause précise sont susceptibles d'être guéries sans que l'on puisse incriminer un effet placebo. Il en va ainsi des hyperprolactinémies liées à un microadénome hypophysaire. Les troubles de l'ovulation responsables de cette forme de stérilité sont constamment réversibles sous l'effet des agonistes de la dopamine, notamment la bromocriptine [4]. De même en cas d'hypogonadisme hypogonadotrophique en rapport avec une absence de sécrétion pulsatile de GnRH par l'hypothalamus, la perfusion rythmée de ce décapeptide, grâce à une pompe à débit pulsatile, est constamment efficace [5]. Elle permet d'envisager l'abandon des inducteurs lourds de l'ovulation (hMG, hCG), coûteux, et dangereux pour la femme en raison du risque de multiparité, voire pour l'enfant compte-tenu du risque foetal [2]. En dépit de l'empirisme qui a présidé à l'élaboration puis à la réalisation sur l'être humain, de la fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE), cette méthode a permis d'enregistrer des succès importants : le taux de gravidité obtenu grâce à elle est en passe d'avoisiner le taux de fécondité dit normal [6].

Ajoutons que la demande de FIV est directement en rapport avec l'augmentation de fréquence des stérilités tubaires. Celles-ci sont la rançon directe de la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles (MST) [1] observée depuis quelques années, des interruptions volontaires de grossesse incorrectement pratiquées, voire de certains stérilets mal surveillés ou

posés dans des conditions douteuses.

Il faut également remarquer que la stérilité masculine demeure largement inexplicée dans la mesure où les processus déterminant la mobilité des spermatozoïdes dans les voies excrétrices masculines sont encore très mal élucidés. Or, contrairement à la femme, les causes mécaniques de stérilité masculine sont relativement rares, au regard des anomalies du flagelle qui représentent plus de 60% des stérilités masculines. Le caractère encore balbutiant des recherches concernant la mobilité des spermatozoïdes rend compte des échecs constamment obtenus dans les oligoasthénospermies sévères, échecs entretenus par diverses thérapeutiques empiriques et coûteuses, sans support physiopathologique. La large diffusion de l'insémination artificielle avec donneur hétérologue constitue, à l'évidence, la preuve et l'aveu de notre impuissance thérapeutique actuelle dans le domaine de la stérilité masculine [7].

Le coût représenté par le traitement des stérilités de mécanismes inconnus ou multiples est impossible à chiffrer. C'est notamment le cas, chez la femme, des soi-disant « insuffisances lutéales » qui sont bien trop souvent affichées comme causes de stérilité, bien que le déficit sécrétoire du corps jaune en progestérone ne soit vraisemblablement responsable que de 3 à 5% des stérilités féminines [8]. Or, les nombreuses manipulations hormonales dont cette pathologie fait l'objet, notamment l'abus des inducteurs de l'ovulation, relèvent trop souvent de l'acharnement thérapeutique [2].

Ces notions se sont vues récemment confortées par une étude portant sur le devenir de couples infertiles soumis (ou non) à des traitements de nature diverse [9]. Une grossesse est survenue chez 41% des couples traités et chez 35% des couples n'ayant pas subi de thérapeutique. De tels résultats doivent inciter à la modestie. Ils amènent en outre à évaluer en termes économiques le surcoût qui relève directement ou

indirectement du traitement de la stérilité. Il y a d'abord un surcoût lié à l'information. Trop souvent, le gynécologue soumis aux pressions du couple a tendance à oublier des vérités essentielles. A savoir par exemple que la capacité d'une femme normale à être fertile atteint son maximum entre 20 et 25 ans; et qu'à 40 ans, cette capacité a diminué de 75% par rapport à ce qu'elle était à 20 ans. Or, pour des raisons sociales diverses, la plupart des couples tendent de plus en plus à vouloir leur premier enfant à un âge relativement tardif.

Un autre surcoût est lié à l'abus des investigations. Il est raisonnable d'admettre qu'un diagnostic de stérilité conjugale peut être porté dans près de 80% des cas avec des moyens simples et peu coûteux : interrogatoire, examen gynécologique, courbe ménothermique, hystérogaphie, test postcoital à défaut de spermogramme. Seules les aménorrhées méritent une exploration hormonale et, là encore, il faut savoir interpréter les résultats avec circonspection. Il existe enfin un surcoût lié à l'abus des thérapeutiques et de la médicalisation. De plus la médicalisation abusive de la stérilité féminine entraîne trop souvent une détérioration de l'harmonie du couple, conséquence de la multiplication des actes médicaux et surtout de l'obligation d'avoir une activité sexuelle programmée. Un réel effort pédagogique doit donc être entrepris si l'on veut à la fois améliorer l'efficacité des techniques et éviter les « dérapages » dont on ne peut continuer d'ignorer les retombées économiques ou psychologiques. Aux problèmes éthiques s'ajoutent et se mêlent des notions de coût de santé qui obligent à une large concertation entre les décideurs sociaux et les acteurs médicaux, à l'abri du sensationnel et de la pression des médias. Le désir ou le non désir qu'à chaque être humain de se reproduire est une donnée nouvelle qu'aucune société évoluée ne peut ignorer. La dimension sociale qu'une telle évolution représente doit inciter à la plus grande vigilance ■