

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION : INDICATIONS ET PERCEPTIONS PAR LES COUPLES PRESENTANT UNE INFERTILITE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DAKAR

ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY: INDICATIONS AND PERCEPTIONS AMONG COUPLES PRESENTING FOR INFERTILITY AT DAKAR UNIVERSITY HOSPITAL

Moreira P. *, Fall C. *, Dieng T. **, Fall A. ***, Diouf A. *, Moreau J.C. *

* Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Le Dantec, avenue Pasteur, Dakar- Sénégal.

** Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction, CHU Le Dantec, avenue Pasteur, Dakar-Sénégal.

*** Laboratoire de Biochimie pharmaceutique, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Correspondance et tirés à part : Dr Philippe Moreira BP 22394 Dakar –Ponty, SENEGAL Tel : (221) 639 51 40 Fax : (221) 864 14 65 Email : phmoreira66@hotmail.com ou phmoreira66@yahoo.fr

Objectifs. Identifier les indications d'assistance médicale à la procréation (AMP) au CHU de Dakar; Analyser les connaissances, attitudes et perceptions des patientes infertiles par rapport à l'AMP.

Patientes et Méthodes. Il s'agit d'une analyse rétrospective de 1718 dossiers d'infertilité sélectionnant les cas susceptibles de relever d'une AMP, complétée par une enquête d'opinion sur l'AMP chez 209 patientes infertiles.

Résultats. Les facteurs étiologiques d'infertilité cervico- vaginaux (26,7 %) et tubaires (20,9 %) prédominaient chez la femme alors que chez l'homme les azoospermies étaient dominantes (24,5 %). Sous traitement classique, le taux de grossesse clinique était de 3,8% et le taux d'abandon de 47,1%. Les indications d'AMP ont été estimées à 98,8% des cas dont 3,14% pour l'insémination artificielle, 95,7% pour la fécondation in vitro (FIV). Environ 18,21% des couples auraient pu concevoir grâce à ces méthodes contre 3,8% de grossesses obtenues dans notre série sans AMP. Pourtant, la perception de l'AMP était favorable : 78,9 % des patientes étaient prêtes à y recourir mais seulement 24,9 % des femmes pouvaient mobiliser les ressources nécessaires.

Conclusion. Le plaidoyer pour la faisabilité de l'AMP en milieu hospitalier public doit s'appuyer sur les indications potentielles de ces techniques modernes documentées dans ce travail.

Mots-clés : assistance médicale à la procréation – infertilité - perception

SUMMARY :

Aims:

To identify, among the cases of sterility, the indications for assisted reproductive technology

To analyze the knowledge, attitudes and perceptions regarding ART among patients consulted for infertility

Patients and methods : A retrospective analysis of 1718 files of infertile patients, selecting the cases likely to recover from ART completed by an individual and anonymous survey assessing knowledge regarding ART techniques among 209 patients seeking infertility consultation.

Results : Among women, cervico-vaginal (26.7%) and tubal (20.9%) etiological factors were the predominating causes of infertility. Among men, azoospermatozoa was the predominant cause of infertility (24.5%). The indications for ART were estimated at 98.8 % of cases: 3.14% indicated for artificial insemination, 95.7% for in-vitro fertilization. Around 18.21% of couples could have conceived with the assistance of these methods, compared to 3.8% of pregnancies obtained without ART. Among interviewed couples, a favorable perception of ART was found: although the majority of patients (78.9%) were ready to resort to ART, only 24.9% of interviewed women were in a position to mobilize required resources.

Conclusion: Advocacy for the feasibility of ART in the public hospital setting should be supported by the potential indications of modern technology demonstrated in this study.

Key words : Assisted reproductive technology – infertility – perception

INTRODUCTION

La proportion de couples stériles varie entre 10 et 15 % dans les pays africains quel que soit le degré de développement [1]. Dans le contexte africain naturellement pro nataliste, le problème d'un couple sans enfant devient très épineux. De nombreuses études en Afrique se sont penchées sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la stérilité [1-8]. Peu d'entre elles se sont intéressées aux aspects modernes de la prise en charge de l'infertilité qui fait appel à des techniques jusqu'ici inaccessibles dans la

plupart des pays au sud du Sahara alors que dans le contexte africain naturellement pronataliste, le problème d'un couple sans enfant devient très épineux. Le but de notre étude est d'argumenter la nécessité de la mise en place d'une unité d'AMP dans un hôpital public. Les objectifs de notre travail sont :

- d'identifier et évaluer les cas d'infertilité susceptibles de relever des techniques d'AMP dans un hôpital d'Afrique sub-saharienne à partir d'une étude rétrospective ;

- d'analyser la perception qu'ont les femmes consultant pour infertilité des techniques d'AMP par le biais d'une enquête prospective sur leurs connaissances, attitudes et compréhensions.

PATIENTES ET METHODES

Dans un premier temps, nous avons effectué une enquête rétrospective qui a porté sur un nombre de 1718 dossiers de patientes venues en consultation pour infertilité. Le critère d'inclusion des patientes était l'absence de grossesse au sein du couple après deux ans de vie commune avec des rapports sexuels réguliers et complets sans contraception. Les données anamnestiques, bio cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies. Pour éviter une sous estimation des cas relevant d'AMP eu égard au nombre limité de couples ayant pu faire les explorations complémentaires nécessaires dans notre contexte, nous avons défini un bilan standard composé d'une courbe ménothermique (facteurs ovariens et cervical), d'une hystérosalpingographie (facteurs utérins, tubo-péritonéaux) et d'un spermogramme. Nous avons ensuite évalué le pourcentage de cas où ces trois examens ont été réalisés ensemble chez les couples infertiles. Nous avons évalué les étiologies sur les cas où le diagnostic a été possible pour mettre en évidence le problème du défaut diagnostic. A partir de ces évaluations, nous avons essayé de tirer une probabilité de répartition des étiologies sur l'ensemble des 1718 couples de notre échantillon qui nous a permis d'aboutir à une évaluation plus juste de la demande « potentielle » d'AMP. A partir des données documentées sur les indications et les résultats obtenus avec les différentes méthodes d'AMP dans la littérature [9, 10, 11], nous avons fait une projection par rapport aux indications potentielles d'AMP dans notre groupe ainsi que les taux de succès attendus. Nous avons ensuite réalisé une enquête prospective pendant 5 mois et qui a porté sur un échantillon de 209 patientes venues en consultation pour stérilité. Cette enquête a été réalisée sur la base d'un questionnaire individuel anonyme qui était administré à toute femme se présentant en consultation pour infertilité. Les renseignements étaient recueillis à partir de 49 questions pour la plupart fermées avec deux à quatre choix ayant pour but d'apprécier la connaissance, attitude et perception des méthodes d'AMP (Tableau I). La méthode des fréquences a été utilisée pour l'analyse des réponses de l'enquête prospective.

RESULTATS

1 - Résultats de l'enquête rétrospective

Les consultations pour infertilité

représentaient 12 % des consultations (1718 dossiers d'infertilité sur l'ensemble des 14620 dossiers de consultations). L'infertilité était plus souvent secondaire (63,6%), a concerné des femmes jeunes (28,6 ans en moyenne) vivant dans un ménage monogame (53,2%), et la responsabilité était le plus souvent féminine (44,2%) ou indéterminée (Tableau II). Chez la femme, les antécédents étaient dominés par les infections génitales basses (40,8 %), les troubles du cycle (22,6 %) et les antécédents de chirurgie pelvienne (2,5 %). D'une manière générale, les antécédents étaient peu recherchés chez les conjoints. Parmi les examens essentiels dans le bilan d'infertilité, la coelioscopie était rarement effectuée alors qu'elle a été souvent contributive (Tableau III). La sérologie chlamydiae quand elle avait été demandée est revenue positive dans la moitié des cas environ. Aucune patiente n'avait bénéficié d'un bilan hormonal sanguin ou urinaire. Chez la femme, nous avons classé les causes d'infertilité retrouvées en 4 groupes : facteurs cervico-vaginaux, utérins, tubo-péritonéaux et ovariens (Tableau IV). Les facteurs cervicaux et vaginaux étaient surtout représentés par les insuffisances de la glaire cervicale (26,78 %). Les fibromes utérins étaient associés à l'infertilité dans 39,6 % des cas. Parmi les facteurs tubaires, nous avons retrouvé 107 cas d'obstruction bilatérale et 66 cas d'obstruction unilatérale. Quand l'hydrosalpinx était à l'origine de l'obstruction, il était bilatéral dans 47 cas et unilatéral dans 46 cas. La courbe ménothermique et l'échographie ont permis d'objectiver les troubles de l'ovulation dans 15,89 % des cas. Chez l'homme, à partir du spermogramme, nous avons identifié un certain nombre d'anomalies pouvant être mises en cause dans l'infertilité du couple : azoospermie et oligospermie dans 53 cas (3,1 %), nécrospermie et asthénospermie dans 36 cas (2,1 %), tératospermie dans 8 cas (0,5) et anomalies mixtes dans 66 cas (3,9 %). Au total 899 patientes (soit 52,3 %) ont pu bénéficier d'un traitement. Le traitement médical (antibiotiques, anti-inflammatoire et progestatifs) a été offert dans 51,2 % des cas, l'hydrotubation a été réalisée dans 0,87 % des cas et la fécondation in vitro (faite en France) dans 0,02 % des cas. Quant au traitement chirurgical (myomectomie, cure de synéchie) il a concerné 0,2 % des patientes. Chez les conjoints, 19,2 % d'entre eux ont pu bénéficier d'un traitement médical à base d'antibiotiques, d'androgènes, de vitamine E et de corticoïdes. Parmi les cas traités (1219 couples), la survenue d'une grossesse a été enregistrée dans 65 cas et après traitement, soit un taux de réussite de 5,3 %. Nous avons relevé 809 cas d'abandons soit 47,1% des patientes. A

partir des résultats anormaux retrouvés au cours d'un bilan standard minimum (courbe ménothermique, hystérosalpingographie, spermogramme) nous avons évalué la probabilité de répartition des anomalies dans l'ensemble de notre échantillon (tableau V). Ce bilan standard a été réalisé chez 578 couples sur les 1718. Après projection sur l'ensemble de l'échantillon, les facteurs utérins et tubopéritonéaux représentaient 46,1% des cas, les anomalies du spermogramme 28,2%, la stérilité par troubles de l'ovulation 21,4% et l'infertilité cervicale par glaire inadéquate 3,14%. En appliquant les taux de grossesses obtenues avec les différentes méthodes d'AMP [2-4], nous avons estimé les résultats que nous pourrions en attendre dans notre échantillon (tableau VI). Au total, 313 couples (soit 18,21 %) sur les 1718 ayant consulté pour infertilité pourraient concevoir et avoir un enfant vivant par le biais de l'AMP contre actuellement les 65 couples ayant eu une grossesse avec traitement classique (soit 3,8%).

2- Résultats de l'enquête prospective

Les patientes interrogées avaient le profil suivant: elles étaient âgées en moyenne de 28,8 ans, de confession musulmane, non scolarisées, de niveau socio-professionnel bas, vivant dans un ménage monogame, et sans revenu mensuel. Leurs conjoints avaient un âge moyen de 38,8 ans, de confession musulmane (97,1%), scolarisés pour 54% d'entre eux, et 11,5% possédaient un revenu mensuel supérieur à 100 000 FCFA soit 152.449 Euros (tableau VII). La durée du désir d'enfant variait de 0,7 à 22,5 ans avec une moyenne de 6,2 ans. Parmi nos patientes, 65,5% avait suivi un traitement soit traditionnel (31,6%), soit médical (33,9%). Les méthodes de PMA étaient connues par 8 % des patientes: la méthode la plus connue était l'IAC (6,1%), suivie de la FIV (3,3%). Une seule patiente (0,5%) avait une idée du coût de chaque méthode. Aucune des 209 patientes ne connaissait les taux de succès des différentes méthodes d'AMP. Par rapport leur perception, 54,5 % des patientes estimaient que les enfants issus de techniques d'AMP étaient comme tout autre enfant et 43,1% soutenaient que ces enfants étaient souvent porteurs d'anomalies génétiques. Elles étaient 83,2 % à affirmer qu'elles n'éprouveraient aucune gêne si quelqu'un de leur entourage découvrait que c'est par une technique d'AMP qu'elles avaient conçu surtout que d'après elles, près de 80% de la population accepterait de recourir aux méthodes d'AMP pour résoudre leur problème d'infertilité. Leur attitude individuelle face au recours à l'AMP montre les résultats suivants: 87,5 % des patientes étaient favorables à une technique d'AMP dont 8,6% sous réserve de l'avis du conjoint, 10% ne la désiraient pas et

2,4% ne se sont pas prononcées. La méthode préférée était l'IAC (58,2%), suivi de la FIV classique (15,1%). Parmi celles qui ne souhaitaient pas bénéficier d'une de ces méthodes, les raisons étaient essentiellement les interdits religieux de l'Islam (4,8%), les considérations éthiques notamment le don de gamètes (4,3%) ou les deux (1%). Quant au soutien du conjoint, 53,6 % des femmes pensaient que leur conjoint serait favorable à l'AMP, 3,8% qu'il serait contre et 42,6% ont déclaré ne pas connaître l'avis du conjoint. Après avoir pris connaissance des résultats des différentes méthodes d'AMP, 88% des patientes se disent prêtes à investir dans ces méthodes (dont 8,7% à condition que le conjoint soit d'accord) alors que 9,6% ne sont pas prêtes. En l'absence de structure hospitalière en mesure de leur offrir les services d'AMP, 87,5% des patientes accepteraient d'avoir recours à des cliniques privées ou de se rendre à l'étranger pour bénéficier de ces techniques modernes. Par contre face à l'importante question financière, 75,1% estiment qu'elles seraient incapables de mobiliser les ressources nécessaires et 24,9% seraient en mesure de mobiliser les ressources nécessaires dont 24,4% avec des ressources personnelles et 0,5% par le biais des Institutions de Prévoyance Maladies.

DISCUSSION

Notre étude rétrospective a porté sur un échantillon assez représentatif de 1718 dossiers d'infertilité. Les limites tiennent à la sous-évaluation de certains paramètres (insuffisances du bilan para clinique, suivi irrégulier, insuffisance de données sur la prise en charge du conjoint). Pour l'étude prospective, le principal problème rencontré a été le manque de recueil d'informations chez le conjoint qui était souvent absent lors de la consultation. La situation de l'infertilité dans notre étude rejoint les tendances globalement observées qu'il s'agisse de la prévalence de 12% qui se situe dans la fourchette des 10 à 15% observée quelque soit le degré de développement d'un pays [7, 12, 13, 4], de la prédominance de l'infertilité secondaire sur l'infertilité primaire et de celle de la responsabilité féminine par rapport à la responsabilité masculine [2, 3, 8, 15]. Le faible taux d'infertilité masculine dans notre étude (0,8%) s'explique par l'insuffisance d'exploration du conjoint. Des antécédents d'infection n'ont été retrouvés que dans 9 cas; le spermogramme et la spermoculture ont été rarement réalisés (respectivement 11,1% et 2%). Pourtant dans l'étude de Faye et al. [16], grâce à la systématisation des examens cytospermologiques chez l'homme, la responsabilité était masculine dans 38,3% des

cas, féminine dans 17,92% des cas et mixte dans 43,78% des cas. Ces résultats sont en contradiction avec les croyances socioculturelles africaines qui imputent principalement à la femme la responsabilité de l'infertilité conjugale. L'âge relativement jeune de nos patientes (âge moyen de 28,5 ans) mais aussi des conjoints (39,4 ans) est un élément de bon pronostic en matière de procréation assistée. La plupart de nos patientes appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle la plus défavorisée (26,2%). Leur faible revenu pourrait expliquer le fort pourcentage de patientes n'ayant pas reçu de traitement (47,7%) et le taux non négligeable de patientes n'ayant pas bénéficié d'examen para cliniques appropriés (32%). Dans la série béninoise de Takpara et al. [15], l'hystérosalpingographie, réalisée dans 81,05% des cas et la coelioscopie dans 16,7% des cas, ont permis de diagnostiquer beaucoup plus de facteurs tubaires (47,6%) que dans notre étude (20,9%) où ces explorations n'ont été respectivement réalisées que dans 20,1 et 0,3% des cas. Mais notre taux de résultats anormaux parmi celles qui ont subi cet examen est de 76,9%, témoignant de la réalité du facteur tubaire. Le taux de grossesse obtenu est faible (3,8%), proche de celui rapporté par Takpara et al. [15]. Cette insuffisance de résultats est à corrélérer aux limites des investigations et des traitements administrés. Neuf des 23 patientes présentant une absence de glaire cervicale ont reçu une supplémentation oestrogénique par voie locale et aucune grossesse n'a été obtenue. La FIV et l'insémination artificielle avec le sperme du conjoint avec un taux de succès reconnu de 18% [17] et 17,3% [9] auraient permis d'obtenir chacune au moins 2 grossesses. L'échec de l'induction de l'ovulation dans les stérilités par troubles de l'ovulation est à rapporter aux limites des molécules utilisées : dans la plupart des cas le citrate de clomifène seul a été utilisé sans recours aux gonadotrophines. Les cas d'infertilité d'origine tubaire et ovarienne, qui représentaient 33% des cas et relevaient d'une indication absolue d'AMP, ont fait l'objet de traitements dont l'efficacité est limitée (chirurgie tubaire, hydrotubation). Les 105 cas d'obstructions tubaires traités par FIV auraient permis d'obtenir 15 grossesses contre 2 grossesses obtenues dans notre échantillon. Dix huit des 40 conjoints présentant une azoospermie ont été traités à base d'antibiotiques, d'arginine et d'anti-inflammatoires sans résultat. Le recours à la FIV ou mieux à l'ICSI aurait changé le pronostic chez ces couples. Globalement les indications d'AMP concerneraient 98,8% de nos patients. Tapkara et al. [15] retrouvent 72,5% d'indications. Les indications

potentielles de FIV sont les plus importantes (74,3%) du fait sûrement du poids de l'infertilité tubaire dans notre groupe. Le fort taux d'abandon relevé dans notre étude (47,1%) s'explique non seulement par l'inaccessibilité financière des examens biologiques et des traitements mais aussi par le découragement des couples face au manque de résultats obtenus avec les traitements classiques. L'enquête prospective démontre que ces couples, bien qu'ils soient sous informés car non scolarisés à 51,3%, aimeraient dans leur grande majorité (87,5%) bénéficier des techniques d'AMP même si ces méthodes sont en contradiction avec leurs préceptes religieux. Cette attitude pourrait se justifier par la durée de l'infertilité, l'échec des traitements classiques mais aussi par leur position de femmes mariées sans enfant vivant souvent en régime polygame où les coépouses ont tendance à rivaliser sur le plan de la fécondité. L'enquête de Tapkara et al. [15] avait montré aussi un écho favorable chez 33,75% patientes. La réalisation de ces techniques se heurterait à un problème évident de coût car la capacité financière des couples est globalement faible : la grande majorité des patientes appartiennent à la catégorie socioprofessionnelle la plus défavorisée sans revenu mensuel (51,7%) ou exerçant une activité professionnelle peu rémunérée. C'est ainsi que seules 24,9% des patientes étaient en mesure de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation d'une technique d'AMP. Il faut dire que la faiblesse du système de prise en charge sociale dans nos pays surtout dans le domaine presque inconnu de l'AMP est un écueil de taille. Il revient alors aux pouvoirs publics d'inclure dans leur politique de santé de la reproduction une option claire pour l'AMP et de la matérialiser par la mise en place, avec l'aide des partenaires au développement, des structures publiques de dispensation de ces techniques dans un cadre législatif et réglementaire adapté.

CONCLUSION

Le traitement classique de l'infertilité a montré ses limites. Au moins 98,8% des couples auraient dû bénéficier d'au moins une des techniques de procréation médicalement assistée avec de réelles chances de succès d'autant plus que l'infertilité tubaire, bonne indication d'AMP, était importante dans notre population. La plupart des patientes interrogées étaient favorables à l'AMP (78,9%) mais seulement 24,9% étaient en mesure de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de l'AMP. Il appartient dès lors aux pouvoirs publics, avec l'appui des professionnels de santé et des partenaires au développement, d'organiser la mise en place

d'une unité de AMP au Centre Hospitalier Universitaire afin qu'un grand nombre de couples infertiles puissent enfin avoir accès aux techniques modernes et efficaces de procréation et ne soient plus confinés aux traitements classiques qui ont montré leurs limites.

REFERENCES

1. Blumenthal LJ, Hertzanou F., Mendelsohn DB, Golgdberger S. Epidemiology of infertility. S Africa Johannesburg Méd. Jour 1984 ; 21 : 854-856.
2. Defontaine C., Keïta B. Le couple stérile : Etude étiologique. Afr. Méd. 1976 ; 15 : 615-622.
3. Diadihou F, Ngom A, Diallo FB, Cissé CT, Guèye M, Maïga A et al. Profil épidémiologique et coût de la stérilité conjugale au CHU de Dakar : à propos de 281 cas colligés en 5 ans. In : Actes du premier Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin, Cotonou, 1988.
4. Essomba R. Chirurgie de la stérilité. Med Afr. Noire 1974 ; 11 (21) : 783-791.
5. Hodonou AKS, Bayilabou K, Vovor M. La stérilité conjugale en milieu africain au CHU de Lomé : les facteurs étiologiques à propos de 976 cas. Med Afr. Noire 1983 ; 30 (12) : 531-543.
6. Salat Baroux J. Prévention et traitements habituels de la stérilité. In : Actes du premier Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Bénin, Cotonou, 1988.
7. Daya S. Définitions and factors affecting infertility. In : Infertility and contraception. A textbook of clinical practice. New York 1998 : 4-5.
8. Alihonou E, Aguessy B, Perrin R, Hekpazo A, Adegbenik R, Abognisse O. Stérilités conjugales. In : Sages femmes 1987 ; 11 (2) : 7-8.
9. Barri PN, Buxaderas R, Goroleu B, Genover O, Pardo M, Calderon G. Résultats de l'insémination artificielle conjugale (I.A.C.) après Percoll. Rev Ff Gynécol. Obstétr. 1988 ; 10 : 587-591.
10. FIVNAT. La FIV en France. Bilan depuis 1986. Contracept Fertil Sex. 1991 ; 19 : 554-557.
11. Mandelbaum J. Le traitement des infertilités masculines par la micro-injection : une technique s'impose : F.I.C.S.I. Reprod Hum et Horm 1995 ; vol. VIII, 5 : 285-294.
12. Empereire JC. Gynécologie endocrinienne du praticien. Ed Frisson-Roche, Paris, 1995, 200p.
13. Léridon H. Stérilité, hypofertilité et infécondité en France. Population 1982 ; 807-836.
14. Thonneau P, Marchand S, Tallec A, Fèrial ML, Ducott B, Lansac J et al. Incidence and main causes of infertility in a resident population (1 850 000) of three french regions (1988-1989). Hum Reprod 1991 ; 6 : 811-816.
15. Takapara I, De Souza J, Akpovi J, Azilnon DL, Perrin R, Alihonou E. Assistance médicale à la procréation à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cotonou : indications et faisabilité. Le Bénin Médical 1998 ; N°8.
16. Faye O, Moreau JC, Agonhessou SMB, Faye EO, Badiane M, Afoutou JM. Intérêt des tests post-coïtaux et cyto-spermiologiques dans l'exploration de la stérilité conjugale au Sénégal. Dakar Médical 2000 ; 45 (2) : 138-140.

17. Frydman R, Olivennes F. Stérilité et procréations médicalement assistées. Rev Prat 1992 ; 42 (7) : 872-876.

Tableau I : Résumé des items de l'enquête prospective
Sumury of items of prospective study

Items
Revenu mensuel
Situation matrimoniale
Désir d'enfants : réalité - durée
Traitements de stérilité : type - résultats
Connaissance des méthodes d'AMP : techniques - coûts - taux de succès
Désir de bénéficier de l'AMP : réalité du désir - technique d'AMP préférée
Avis du conjoint sur l'AMP
Perception de l'entourage
Raisons de non recours à l'AMP
Croyance sur les enfants issus de l'AMP
Possibilités financières du couple

Tableau II : Caractéristiques épidémiologiques des couples infertiles

Epidemiological characteristics of infertiles couples

Caractéristiques épidémiologiques	Valeurs
Age moyen (ans)	
femmes	28,6 ans
hommes	39,4 ans
Type de responsabilité (%)	
infertilité féminine	44,2%
infertilité masculine	0,8%
mixte	8,7%
indéterminée	46,3%
Type infertilité (%)	
primaire	36,4%
secondaire	63,6%
Niveau socio-économique (%)	
bas	26,2%
moyen	1,2%
élevé	0,1%
non précisé	72,5%
Régime matrimonial (%)	
monogamie	53,2%
polygamie	41,1%
non précisé	5,7%

Tableau III : Principaux examens réalisés et résultats anormaux

Mains test realized and abnormal results

Types d'examens	Taux de réalisation (%)	Résultats anormaux (%)
Femme		
Prélèvement vaginal	59,6	40,8
Sérologie Chlamydiae	39,2	15,6
Test post-coïtal	31,2	26,2
Echographie	21,6	13,2
Hystérosalpingographie	20,1	15,2
Sérologie Mycoplasme	5,6	3,7
Cœlioscopie	0,3	4,5
Homme		
Spermogramme	11,1%	9,6
Spermoculture	2,1 %	ND

ND : non disponible

Tableau IV : Facteurs étiologiques

Etiological factors

Type de facteurs	Nombre	%
Facteurs cervico-vaginaux	460	26,78
Facteurs utérins	222	12,92
Facteurs tubaires et péritonéaux		
Obstructions tubaires	173	10,07
Hydrosalpinx	93	5,41
Adhérences péritubaires	27	1,57
Endométriose tubaire	1	0,06
Facteurs ovariens	273	15,89
Cause indéterminée	469	27,30
Total	1718	100

Tableau V : Facteurs étiologiques en fonction du bilan standard minimum

Etiological factors regarding minimal standard tests

Examens du bilan standard minimum	Taux de réalisation effectif (%)	Facteurs étiologiques recherchés	Résultats anormaux (%)	Probabilité de répartition des anomalies dans l'ensemble de la population étudiée (n= 1718) (%)
Femme				
Courbe ménothermique	25,6	Trouble ovulatoire	83,6	21,4
		Insuffisance de la glaire cervicale	12,3	3,14
Hystérosalpingographie	59,9	Facteur utérin, tubopéritonéal	76,9	46,1
Homme				
Spermogramme	32,5	Anomalies des spermatozoïdes	86,7	28,2

Tableau VI : Distribution des méthodes d'AMP préconisées selon les étiologies probables

Distribution of ART methods in relation with etiologic factors

Méthodes	Grossesses cliniques théoriques (%)	Indications dans notre échantillon (%)	Nbre de grossesses attendues dans notre échantillon (n)
Insémination artificielle	17,3	3,14%	9
FIV classique et FIV avec ICSI	18,5	95,7	304
Total grossesses			313

Tableau VII : Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon

FCFA : Franc CFA (1euro = 665,957 FCFA)

Socio-economic characters of our sample

Caractéristiques	Conjointes	Conjoints
Age moyen (années)	28,8	38,8
Ethnie (%)		
Wolof	56,9	56,9
Pulaar	14,8	14,4
Sérère	12,9	13,9
Diolas	3,3	3,3
Mandingues	1	1,4
Autres	11	10
Religion (%)		
Musulmane	96,2	97,1
Chrétienne	3,8	2,9
Niveau d'instruction (%)		
Non scolarisé	51,7	36,4
Niveau primaire	28,7	19,1
Niveau secondaire	18,2	24,4
Niveau universitaire	1,4	10,5
Niveau socioprofessionnel (%)		
Niveau bas	96,7	82,3
Niveau moyen	3,3	10
Niveau élevé	0	5,3
Revenu mensuel (%)		
Sans revenu	69,9	4,8
< 25 000 FCFA	9,6	1
25 000-50 000 FCFA	10,5	2,4
50 000-100 000 FCFA	3,3	2,9
100000-200 000 FCFA	1,9	6,7
> 200 000 FCFA	1	4,8
Ne sait pas	3,8	77,5
Secteur d'activité (%)		
Primaire	0,5	7,2
Secondaire	2,4	9,6
Tertiaire	27,3	65,1
Autres	2,9	7,7
Aucun	67	5,3