

Prévalence et profil des couples pris en charge pour infertilité du couple à l'Hôpital de la Mère et de l'enfant de N'Djamena.

Foumsou L^{1,2}, Damtheou S^{1,2}, Gabkika BM^{1,2}, Dangar D^{1,2}, Djongali S², Hissein A^{1,2}

1. Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Faculté des Sciences de la Santé Humaine - Université de N'Djamena, Tchad.
2. Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena, Tchad

Citez cet article : Foumsou L, Damtheou S, Gabkika BM, Dangar D, Djongali S, Hissein A, Prévalence et profil des couples pris en charge pour infertilité du couple à l'Hôpital de la Mère et de l'enfant de N'Djamena, KisMed Juin 2018, Vol 8(1) : 314-318

RESUME

Introduction : L'infertilité est une pathologie fréquente dans les pays en développement et pose un problème de prise en charge. L'objectif était de déterminer sa prévalence et le profil des couples consultant pour infertilité dans de la Mère et de l'enfant de N'Djamena.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale descriptive portant les couples ayant consulté pour infertilité du 1^{er} Décembre 2014 au 30 Novembre 2015. Tous les couples vus pour infertilité ayant effectué tous les bilans et ayant accepté de participer à l'étude après un consentement éclairé ont été inclus.

Résultats : la prévalence de l'infertilité était de 14%. Cette infertilité était de prédominance secondaire (61%). La majorité des couples dans cette série avait une infertilité d'une durée d'un à trois ans (67,9%). Les tranches d'âges les plus touchées étaient celles de 30 à 34 ans avec un âge moyen de 28,9 ans \pm 6,1 chez les femmes et de 40 ans et plus et 30 à 34 ans et 25-29 ans avec un âge moyen de 34,1 ans \pm 6,7 chez les hommes. Le statut matrimonial était dominé par les monogames (60,7%). L'infertilité était féminine dans 42% des cas, masculine dans 30% des cas et mixte dans 28% des cas. Les anomalies de spermogramme étaient présentes chez 50% des couples, les infections dans 48,2%, les troubles hormonaux dans 39,3% et les obstructions tubaires dans 23,2%.

Conclusion : L'infertilité est un réel problème dans nos milieux dont la responsabilité incombe également aux 2 sexes. Cela devrait être pris en compte dans la prise en charge.

Mots-clés : Infertilité du couple, étiologies, HME, N'Djamena.

SAMMARY

Introduction: Infertility is a common pathology in developing countries and poses a management problem. This study aims to determine its prevalence and profile of couples consulting for infertility in the Mother and Child of N'Djamena.

Methodology: We conducted a descriptive cross-sectional study of couples who consulted for infertility from December 1, 2014 to November 30, 2015. All couples seen for infertility who performed all the assessments and who agreed to participate in the study after informed consent have been included.

Results: The prevalence of infertility was 14%. This infertility was predominantly primary (61%). The majority of couples in this series had infertility lasting one to three years (67.9%). The most affected age groups were those aged 30 to 34 with an average age of 28.9 years \pm 6.1 in women and 40 years and over and 30 to 34 years and 25 to 29 years with an age mean age of 34.1 years \pm 6.7 in men. Marital status was dominated by monogamy (60.7%). Infertility was female in 42% of cases, male in 30% of cases and mixed in 28% of cases. Spermogram abnormalities were present in 50% of couples, infections in 48.2%, hormonal disorders in 39, 3% and tubal obstructions in 23.2%.

Conclusion: Infertility is a real problem in our environment, which is also the responsibility of both sexes. This should be taken into account in the care.

Key words: Infertility of the couple, etiologies, MCH, N'Djamena

Correspondance: Foumsou Lhagadang : Maître – Assistant à l'Université de N'Djamena, Département de Gynécologie – Obstétrique de la Faculté des Sciences de la Santé Humaine, E-mail : foumlhaga@gmail.com

INTRODUCTION

L'infertilité constitue un problème mondial de santé publique et concerne 8 à 12 % des couples (1). Elle pose un problème grave en Afrique du fait de la stigmatisation des couples sans enfants qui représentent 15 à 30% selon les régions (2,3). L'infertilité est d'origine féminine dans 30% des cas, masculine dans 20% des cas, mixte dans 40% des cas et idiopathique dans le 10% des cas(1,3). La prise en charge de l'infertilité en Afrique est complexe, du fait de la précarité des moyens de prévention et de la difficulté de disponibilité et d'accessibilité des méthodes de diagnostic et de traitement (2). Prendre conscience et reconnaître qu'après des mois ou des années leur rêve d'avoir un enfant ne peut se réaliser provoque un choc et un sentiment de consternation au sein du couple (4,5). L'objectif de cette étude est de déterminer sa prévalence et le profil des couples consultant pour infertilité dans de la Mère et de l'enfant de N'Djamena.

PATIENTE ET METHODE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de 12 mois (1^{er} Décembre 2014 au 30 Novembre 2015), réalisée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. Elle portait sur les patientes ayant consulté pour infertilité. A ces patients, un briefing sur l'étude était fait et un document de consentement éclairé leur était remis pour signer leur participation à l'étude. Si une personne du couple est absente à la consultation initiale, elle est convoquée à la prochaine consultation pour adhérer au processus de prise en charge de l'infertilité. Un entretien était fait dans un premier temps avec le couple puis de façon individuelle pour mieux apprécier les problèmes concernant chaque personne du couple. Tout patient vu avec son partenaire pour l'infertilité ayant fait le bilan complet d'infertilité et accepté de participer à l'enquête était inclus. Nous avons donc enregistré 540 patients consultant pour infertilité. N'était inclus tout patient vu pour les autres pathologies gynécologiques ou ayant un bilan incomplet ou refusé de participer à l'enquête seul ou en couple. Après exclusion, nous sommes restés avec 56

couples qui constituent l'échantillon de notre étude. Les variables d'étude étaient sociodémographiques, cliniques et paracliniques. Ces données recueillies étaient analysées à l'aide du logiciel Epi Info 6.0.fr.

RESULTAT

Prévalence

Sur les 3850 patientes vues en consultation externe au service gynéco-obstétrique pour les pathologies gynécologiques, nous avons colligés 540 cas d'infertilité, soit 14% des cas. Parmi ces 540 cas, seulement 56 couples avaient répondu à nos critères d'inclusion, soit 10,4%.

Profil des couples infertiles

61% des couples avaient une infertilité secondaire. La majorité des couples avait une infertilité d'une durée d'un à trois ans (67,9%), effectuant trois ou plus rapports sexuels par semaine (73,2%).

La tranche d'âge la plus représentée chez les patientes était celle de 30 à 34 ans (28,6%) suivie de celle de 25 à 29 ans (26,8%) avec une moyenne d'âge de $28,9 \pm 6,1$ ans. Pour les patients, la tranche d'âge la plus concernée était celle de 40 ans et plus (26,8%) et celle de 30 à 34ans avec 25% des cas avec une moyenne d'âge de $34,1 \pm 6,7$ ans. 60,7% des couples vivaient en monogamie et 39,5% en polygamie. Les femmes étaient en grande partie non instruites (37,5%) et leurs époux instruits du niveau supérieur (53,6%).

Les patientes étaient en majorité des nullipares (60,7%) avec un cycle régulier (69,6%).

Causes d'infertilité

Pour ce qui est de la responsabilité des partenaires dans l'infertilité, les femmes étaient responsables seules dans 42,8% des cas, les hommes seuls dans 30,3% des cas et le couple dans 26,7% des cas. Les anomalies du spermogramme ont été retrouvées dans 50% des cas principalement constitués d'oligospermie (21,1%) et d'azoospermie (17,9%). Les infections ont été observées dans 42,2% des cas. Concernant le bilan infectieux le chlamydia était l'agent infectieux le plus retrouvé (21,4%) suivi des mycoplasmes (14,3%). Les troubles hormonaux ont été objectivés dans 39,3% des cas. Les

obstructions tubaires ont été dans 23,2% des cas, principalement bilatérales (10,7%).

Tableau I : caractéristiques de l'échantillon (N=56)

	n	%
Type d'infertilité		
Secondaire	34	61
Primaire	22	39
Nombre des rapports sexuel/semaine		
1 fois	3	5,4
2 fois	12	21,4
3 fois	21	37,5
4 fois et plus	20	35,7
Durée d'infertilité		
1-3 ans	38	67,9
3-6 ans	12	21,4
6 ans et plus	6	10,7
Type infertilité selon responsabilité		
Femmes seules	24	42,8
Hommes seuls	17	30,3
Homme et femmes	15	26,7
Cause d'infertilité		
Trouble Hormonal chez la femme	22	39,3
Infection	27	42,2
Obstructions tubaires	13	23,2
Anomalie spermogramme	28	50

DISCUSSION

Au cours de la période d'étude nous avons rapporté une fréquence de 14% des couples infertiles. Ce résultat se trouve dans la fourchette rapportée par certains auteurs africains qui varie de 12 à 23%. (2,6,7,8) Cette prévalence élevée dans nos régions s'expliquerait par la fréquence élevée des infections sexuellement transmissibles, la pauvreté et l'analphabétisme qui ne permettent pas une meilleure prise en charge de ces infections.

L'âge moyen des patients était de 28,9 ans \pm 6,1 chez les femmes et de 34,1 ans \pm 6,7 chez les hommes. Ces données se rejoignent à celles de la littérature africaine qui rapporte une moyenne d'âge variant entre 28,2 et 33,8 ans pour les femmes et de 33 à 38,8 ans pour les conjoints. (6-11) Cela se justifierait par le mariage précoce fréquent dans nos régions, le bas niveau de scolarisation ne permettant pas de comprendre le risque

de contracter les infections sexuellement transmissibles dont la fréquence est élevée dans nos milieux.

60,7% des couples vivent dans un régime monogamique. Ce taux corrobore ceux d'auteurs africains qui notent dans leurs séries des taux variant de 60 à 77% des patientes mariées dans un régime monogamique. (6-8).

Les femmes étaient en grande partie non instruites avec 37,5% et leurs époux étaient en grande partie instruits à un niveau supérieur avec 53,6%. Nos résultats sont comparables à ceux de la série Sénégalaise qui souligne une prédominance des femmes non instruites et une instruction du niveau supérieur des époux avec 54% des cas. (7). Ils sont opposables à la série Camerounaise qui rapporte 84,4% des couples scolarisés au moins du niveau secondaire. (8) Notre résultat s'expliquerait par le faible taux de scolarisation des filles au Tchad et la préférence d'éducation pour les garçons aux dépens de filles.

Les patientes étaient en majorité des nullipares (60,7%). Plusieurs séries notent une prédominance des nullipares. (7, 9,10)

Dans cette étude, la majorité des couples avait une durée d'infertilité d'un à trois ans (67,9%). Cette durée d'infertilité d'un à trois ans est également rapporté par plusieurs auteurs qui soulignent une prédominance de la durée d'infertilité d'un an à trois dans leurs séries. (7,12)

Sur 56 spermogrammes réalisés, les anomalies du spermogramme ont été retrouvées dans 50% des cas principalement constitués d'oligospermie (21,1%) et d'azoospermie (17,9%). Ce résultat rejoint ceux rapportés par certains auteurs qui trouvent un taux d'anomalies de spermogramme de 41,7 à 66,3 %. (7,9,11,13) Ce taux élevé d'anomalies de spermogramme observé dans nos régions s'expliquerait par la fréquence élevée des infections sexuellement transmissibles et de certaines pathologies qui altèrent la quantité et la qualité du spermogramme telles que les varicocèles.

Les infections ont été observées dans 42,2% des cas. Le chlamydia et les mycoplasmes étaient les agents infectieux

les plus rencontrés respectivement de 21,4% et de 14,3%. Une étude réalisée au Tchad trouvait un taux élevé de chlamydia positif à 34,19%. (6) D'autres séries africaines rapportent des taux positifs de chlamydia plus élevés respectivement de 50%, 48,9% et 38,6%. (7,8, 10) Cette différence pourrait s'expliquer par l'intensification des campagnes de sensibilisation ces dernières années sur les infections sexuellement transmissibles et leurs conséquences sur la fertilité.

Les obstructions tubaires ont été dans 23,2% des cas, principalement bilatérales (10,7%). Ce taux obtenu dans notre série est inférieur à ceux d'autres séries africaines qui rapportent des taux allant de 32,6 % à 52,5%. (8 – 10)

Cette différence s'expliquerait par l'amélioration du plateau technique, surtout la radiologie numérique qui a amélioré la qualité des clichés et réduisant les erreurs diagnostiques.

Pour ce qui est de la responsabilité des partenaires dans l'infertilité, les femmes étaient responsables seules dans 42,8% des cas, les hommes seuls dans 30,3% des cas et le couple dans 26,7% des cas. Ces résultats rejoignent ceux d'auteurs qui trouvent des taux d'infertilité féminine allant de 35,3 à 44,9% et masculine variant de 25 à 31%. (7, 8,13)

La majorité des couples venait consulter pour une infertilité secondaire (34 cas soit 61%) et l'infertilité primaires était de 22 cas soit 39%. Ces données sont comparables à celles de la littérature qui rapporte un taux d'infertilité secondaire de 60,6 à 77,4% et celui de l'infertilité primaire de 22,6 à 39,4%. 7 – 9)

CONCLUSION

L'infertilité est un réel problème dans nos milieux dont la responsabilité incombe également aux 2 sexes. Cela devrait être pris en compte dans la prise en charge.

REFERENCES

1. Hedon B, Ayel JP., Fauconnier A, Barrière P, Belaisch J, Crecy M et al. Recommandations pour la pratique clinique Décembre 2010. La prise en charge du couple infertile. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010,39:S1-S342.
2. Fiadjoe MK, Adjenou V, Kolani JC, Egah KK. Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. *Infertilité*

tubaire en Afrique. *CNGOF*, 2012,641 – 656.

3. Touré Ecra A, Brou Kadjo-Morokro M. Prise en charge du couple infertile/rationalisation de la démarche. *J Reprod humaine et hormones*, 2012, 25 (3-4), 2 – 12.

4. Péloquin K, Brassard A. L'infertilité une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Cahier recherche et pratique*, 2013, 3(2), 23 – 26.

5. Quattrini F, Ciccarone M, Tatonni F. Evaluation psychologique et sexologique du couple infertile. *J sexol*, 2010, 19, 48 – 52.

6. Abbasse A. La prise en charge de l'infertilité secondaire chez la femme Tchadienne, [Thèse Méd]. N'Djaména : Université de N'Djaména ; 89p.

7. Moreira P, Fall C, Dieng T, Fall A, Diouf A, Moreau J.C. Assistance médicale à la procréation : indications et perceptions par les couples présentant une infertilité au Centre Hospitalier Universitaire de Dakar. *Mali Médical*, 2008, 23(1), 30 – 36.

8. Nana PN, Wandji JC, Fomulu JN, Mbu RE, Leke RJI et Woubinwou MJ. Aspects Psycho-Sociaux chez Patients Infertiles à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun. *Clinics in Mother and Child Health*, 2011 Vol. 8, Article ID C100601, 5 pages.

9. Kouamé N, N'goan-Domoua AM, Konan N, Sétchéou A, Tra-Bi O, N'gbesso RD et al. Apport de l'échographie transvaginale associée à l'hystérosalpingographie dans la recherche étiologique de l'infertilité féminine à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Afr J Reprod Health*, 2012,16(4), 43-49.

10. Gandji S, Adisso S, Atrévi N, Dougnon TV, Bankolé HS, Hontonnou F et al. Diagnostic des lésions étiologiques de l'infertilité secondaire à Cotonou : rôle de l'hystérosalpingographie et de l'échographie pelvienne. *J. Appl. Bisoc*, 2013, 68, 5349 – 5355.

11. Diao B, Faye O, Fall P., Diallo AS, Ndoye AK, Afoutou M. Profil spermologique de l'époux dans les couples infertiles en milieu négro-africain au Sénégal. *Andrologie*, 2006, 16(3), 247 – 252.

12. Fatemeh R, Malek M, Nasrin A, Farid Z, Navid K, Mamak S, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility, BMC Women's, 2004,4, 9. 13.

13. Khallouk A, Tazi MF, EL Fassi MJ, Farih MH. 2010. L'infertilité masculine: physiopathologie, bilan et prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Casablanca. *Espérance Médicale*, 2010, 17 (170), 421 – 429.

Citez cet article : Foumsou L, Damtheou S, Gabkika BM, Dangar D, Djongali S, Hissein A, Prévalence et profil des couples pris en charge pour infertilité du couple à l'Hôpital de la Mère et de l'enfant de N'Djamena, *KisMed* Juin 2018, Vol 8(1) : 314-318
