

Contraception masculine

- Prescrire et expliquer une contraception.
- Discuter les indications de la stérilisation masculine

Généralités

Objectif : éviter la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde.

Dans l'idéal, la méthode de contraception est **efficace, réversible, acceptable** par le patient, avec un coût faible.

Efficacité évaluée par l'**indice de Pearl** : plus l'IP est faible et plus la méthode contraceptive est efficace. Cependant, il s'agit de l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive puisque l'IP est toujours calculé en condition d'utilisation optimale.

Préservatif masculin

Fine membrane couvrant le pénis afin de prévenir l'émission de sperme dans le vagin.

Méthode contraceptive masculine la plus utilisée.

Composition : latex (plus efficace). Si allergie : polyuréthane.

Efficacité améliorée si information complète sur l'utilisation correcte et les différentes fonctions.

Seule méthode contraceptive permettant la **prévention des IST**

Coitus interruptus (technique du retrait)

- Retirer le pénis du vagin avant l'éjaculation.
- Avantages : simplicité, coût inexistant, absence de CI.
- Échecs expliqués par la présence de quelques spermatozoïdes dans la fraction initiale de l'éjaculation, et la difficulté des hommes à contrôler leur éjaculation.

Vasectomie

- Méthode de **stérilisation masculine définitive**.
- Intervention chirurgicale : ligature, section et/ou coagulation des canaux déférents pour empêcher les spermatozoïdes de se mélanger au liquide spermatique.
- Existence de certaines techniques microchirurgicales de reperméabilisation mais à considérer comme **irréversible**.
- Volume de liquide spermatique émis au moment de l'éjaculation non modifié.

CONTRACEPTION MASCULINE

EFFICACITÉ → indice de Pearl

IP (%) = [(nombre de grossesses non planifiées/nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive) × 1 200]/100

	IP	Réversibilité	Acceptabilité	Coût
Préservatif	2 % si utilisation correcte (jusqu'à 15 % sinon)	oui	+ (information d'utilisation++)	faible
Retrait	4 % si utilisation correcte (jusqu'à 27 % sinon)	oui	Difficile	0
Vasectomie = Stérilisation contraceptive	+++ 0,1%	irréversible	excellente	Faible

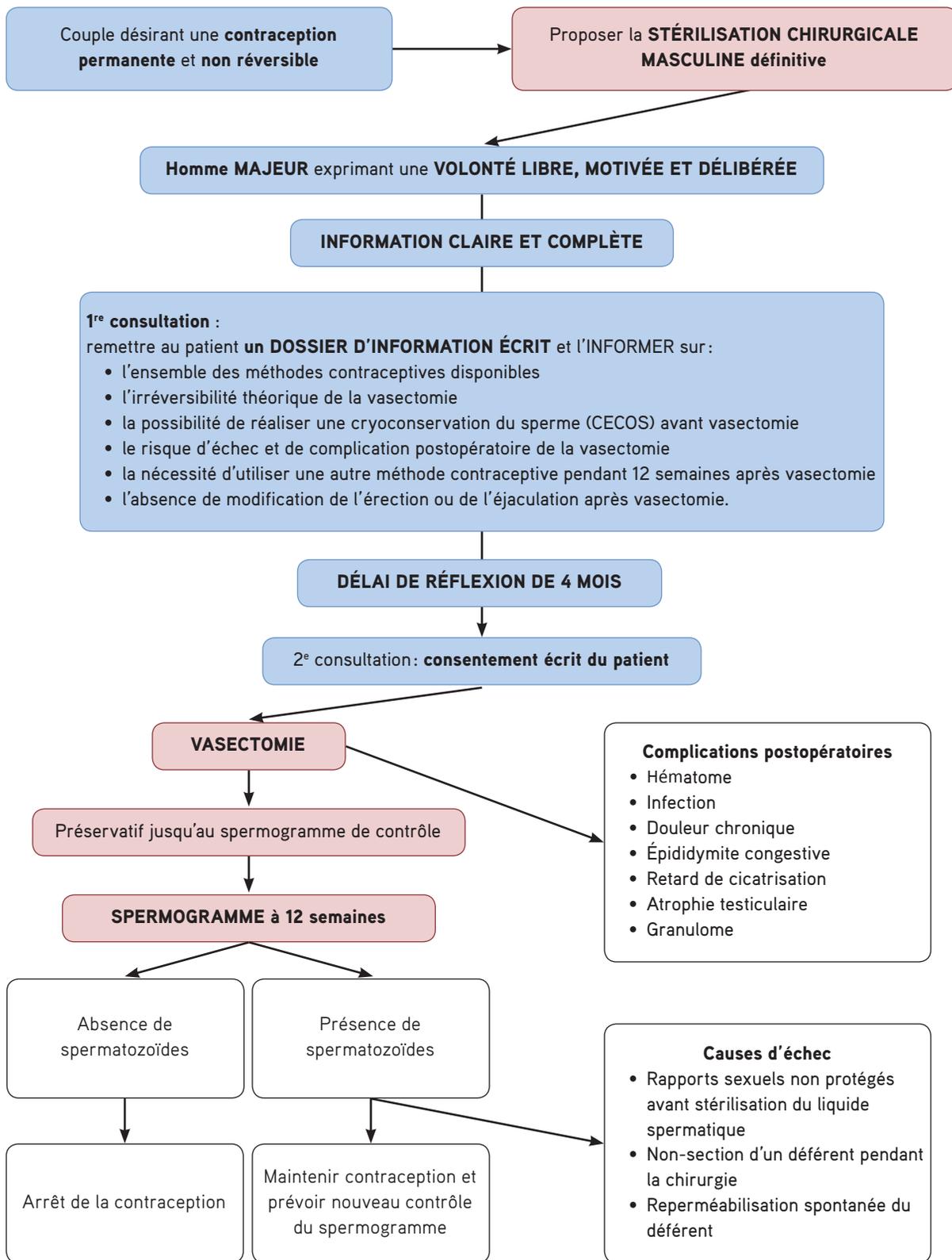
Réflexes IST

- BILAN IST EN URGENGE :
 - sérologie VIH avec accord du patient,
 - sérologie VHB/VHC, TPHA/VDRL,
 - dépistage gonocoque/Chlamydiae.
- TRITHÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE en urgence (si indiquée)
- DÉPISTAGE et TRAITEMENT des PARTENAIRES SEXUELS
- RAPPORTS SEXUELS PROTÉGÉS : préservatif +++

- Complications postopératoires : hématome : 1-2 %, infection : 0-2,5 %, douleur chronique : 3-60 %, épididymite congestive : 0-2 %, retard de cicatrisation : 0-2 %, atrophie testiculaire : rare, granulome : 1-40 %.
- Mesure associée : autre méthode contraceptive pendant 12 semaines après l'intervention. Elle ne pourra être interrompue qu'après la réalisation d'un spermogramme montrant l'absence de spermatozoïdes : stérilisation après vasectomie non immédiate (quelques spermatozoïdes persistent dans le liquide spermatique).
- Efficacité : méthode contraceptive la plus fiable. L'indice de Pearl de la vasectomie est de 0,1 % et le taux d'échec en condition d'utilisation réelle de 0,15 % (OMS 2005).
- Aspect éthique : La vasectomie peut être pratiquée sur une personne majeure, exprimant une volonté libre, motivée et délibérée (si personne handicapée sous tutelle ou curatelle, oui, mais avec conditions), ayant reçu une information claire et complète. Un **délai de réflexion de 4 mois** doit être respecté entre les deux consultations préopératoires avant la réalisation de la vasectomie.
- 1^{re} consultation : Information (autres méthodes contraceptives disponibles, le caractère irréversible, la possibilité cryoconservation du sperme...)
- 2^e consultation : le patient devra remettre un **consentement écrit**.

Autres méthodes contraceptives masculines

- Abstinence périodique (observation de la courbe de température : méthode Ogino)
- Pénétration non vaginale : risque de transmission du VIH plus important
- Contraception hormonale masculine (interruption de la production des spermatozoïdes – expérimental)
- Vaccins contraceptifs (inhibition de la capacité fécondante des spermatozoïdes – expérimental).



Stérilité du couple, conduite de la première consultation

Argumenter la démarche médicale et les examens complémentaires de première intention nécessaires au diagnostic et à la recherche étiologique.

Généralités

- Infertilité : incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au terme d'un an de rapports sexuels sans moyen contraceptif, primaire ou secondaire.
- **Origine masculine dans 20 % des cas et mixte dans 40 % des cas.**
- Anomalies du sperme chez l'homme hypofertile :
 - De la quantité des spermatozoïdes
 - De la qualité des spermatozoïdes (mobilité, vitalité, la morphologie)
 - Du liquide spermatique.
- **Spermogramme = examen biologique de 1^{re} intention**

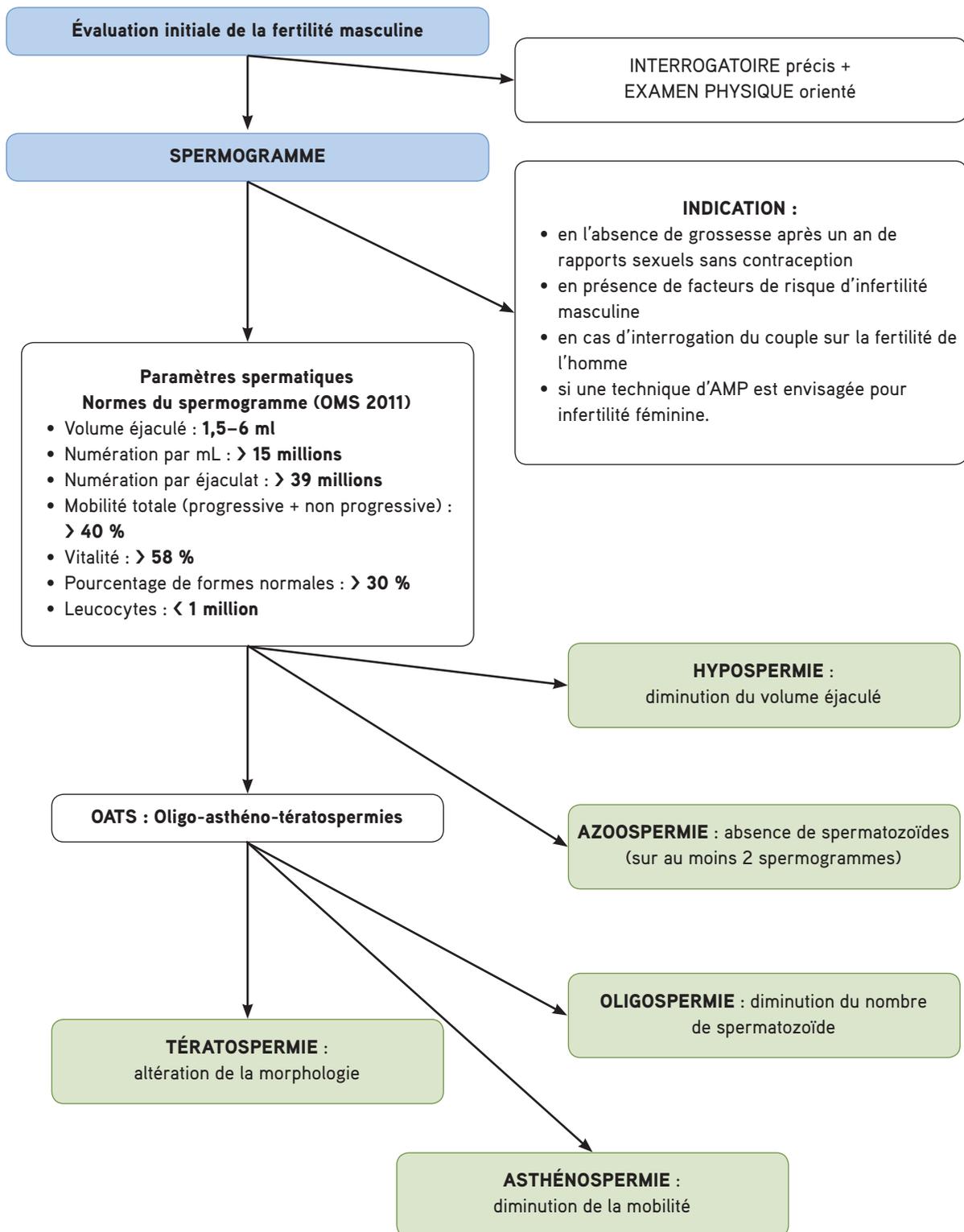
Bilan clinique

Interrogatoire

- Antécédents familiaux et personnels d'infertilité de l'homme seul et du couple
- Facteurs de risque d'infertilité masculine :
 - Urologiques : cryptorchidie, infections urogénitales/IST, torsion du cordon spermatique, traumatisme testiculaire, varicocèle, malformation congénitale,
 - Généraux : diabète, maladies endocriniennes, mucoviscidose, cancer,
 - Chirurgicaux : orchidectomie, orchidopexie, hernie inguinale, hydrocèle,
 - Environnementaux : professionnels, toxiques (alcool, tabac...), chaleur,
 - Iatrogéniques : radiothérapie, chimiothérapie, traitements en cours.
- Habitudes sexuelles du couple

Examen clinique

- **Imprégnation androgénique** : pilosité, répartition des graisses, gynécomastie
- Examen des organes génitaux :
 - localisation du méat urétral (hypospadias), varicocèle, testicule unique
 - palpation bilatérale et comparative des testicules (taille)
 - palpation des épидидymes et canaux déférents
- Toucher rectal : prostate, recherche de kyste médian.



Bilan paraclinique

Spermogramme

- Examen systématique
- Valeurs normales : un seul spermogramme est suffisant
- Si anomalie : deuxième spermogramme à au moins un mois d'intervalle
- Conditions de réalisation :
 - au laboratoire après 3-5 jours d'abstinence
 - 30 minutes après éjaculation

Spermatocytogramme

- Étude morphologique des spermatozoïdes (tête, pièce intermédiaire, flagelle).

Test postcoïtal de Hühner

- Examen microscopique du mucus cervical avant l'ovulation
- Réalisé quelques heures après un rapport sexuel
- Étude des spermatozoïdes (présence, mobilité) dans la glaire cervicale.
- Anomalie du pH et/ou de la qualité de la glaire

Examens complémentaires de seconde intention concernant l'homme

- **Dosage de la FSH**
 - Taux de FSH est normal : **azoospermie excrétoire** (mais azoospermie sécrétoire non exclue) = Obstacle sur la voie génitale.
 - Taux de FSH augmenté : **azoospermie sécrétoire d'origine périphérique**. L'hypophyse augmente la sécrétion de FSH en réponse à la diminution de la spermatogenèse au niveau testiculaire.
 - Taux de FSH effondré : **azoospermie sécrétoire d'origine centrale**. La diminution de la spermatogenèse au niveau testiculaire est secondaire à une diminution de la sécrétion de FSH par l'hypophyse.
- **Échographie des voies génitales**
 - systématique compte tenu du risque de tumeurs du testicule.
 - Couplée à un Doppler (varicocèle).
- **Échographie prostatique transrectale**
 - En cas de cause excrétoire ou d'hypospermie
- Analyse post-éjaculatoire des urines (non systématique)
 - Recherche d'une **éjaculation rétrograde**
- Examens génétiques (non systématique)
 - explorations de 2^e intention à but étiologique
 - 3 grandes causes génétiques :
 - **Anomalies du caryotype** : Anomalies des chromosomes sexuels (syndrome de klinefelter, 47 xxy) = 2/3 des anomalies chromosomiques chez l'homme. Caryotype indiqué en cas d'azoospermie non obstructive et d'oligospermie sévère.

