

Paternité après vasectomie – comment procéder?

Courrier des lecteurs concernant: Mattei A, Birkhäuser F, Studer U. Paternité après vasectomie – comment procéder?¹

Monsieur le Rédacteur en chef,

C'est avec intérêt que nous avons lu l'article de Mattei et coll. portant sur la paternité après vasectomie. Nous avons été frappés par le fait qu'il n'est nulle part fait mention des éléments pronostiques en relation avec la partenaire féminine. Si, en l'absence de facteur d'hypofertilité féminine, une vasovasostomie peut être considérée comme étant le traitement de premier choix, quand la femme a moins de 35 ans, l'indication à cette intervention doit être réévaluée lorsque la partenaire est plus âgée. L'âge représente un élément pronostique indiscutable: en effet, si chez la femme de 30 ans, le taux d'accouchement après vasovasostomie est de 46%, il chute à 13% après 41 ans [1, 2].

De plus, après une reperméabilisation, le délai nécessaire pour concevoir est d'une année (avec des écarts de un à 82 mois), pour autant que l'anastomose soit perméable [3].

A l'opposé, l'ICSI (intracytoplasmic sperm injection) permet de traiter des couples rapidement en prenant en compte l'âge de la partenaire. Le taux cumulé d'accouchement chez les femmes de plus de 40 ans après deux tentatives d'ICSI s'élève à plus de 20% alors qu'il est supérieur à 68% chez la femme de 35 ans ou moins [4]. De surcroît, la congélation de zygotes surnuméraires peut permettre d'induire une nouvelle grossesse dans les cinq ans qui suivent la date de congélation.

Nous avons d'autre part relevé de nombreuses inexactitudes: citons pour exemples:

- Le terme d'«insémination artificielle» est utilisé à plusieurs reprises en lieu et place de celui de «fécondation in vitro (FIV)». Rappelons qu'une insémination artificielle, qui utilise du sperme du conjoint ou d'un donneur, consiste à placer le sperme préparé (après sélection des spermatozoïdes mobiles) directement dans la cavité utérine, le jour de l'ovulation: la fécondation a ainsi lieu «in vivo». En cas de FIV, la fécondation se produit à l'extérieur du corps «in vitro». Elle est suivie du développement des embryons en incubateur pendant deux à cinq jours. Un, voire deux embryons sont ensuite transférés dans l'utérus; les zygotes surnuméraires (ovocytes imprégnés selon la terminologie utilisée dans la Loi sur la procréation médicalement assistée) sont cryoconservés en vue de traitements ultérieurs.
- La stérilité peut avoir d'autres causes que celles, masculines et/ou tubaires, mentionnées par les auteurs; une glaire pathologique, une endométriose, des pathologies de la maturation folliculaire, aboutissant à une dys/anovulation, des malformations utérines et des causes infectieuses ... peuvent être à l'origine d'hypofertilité ou de stérilités féminines. 10% des stérilités restent inexplicables.
- Les auteurs font allusion aux risques de malformations induites par les techniques de FIV et d'ICSI, se basant sur un article paru en 2002 [5]. Il est inadéquat que la correspondance [6] publiée dans le même journal, qui met en cause les conclusions des auteurs australiens, n'ait pas été citée. D'autant plus que d'autres articles portant sur des cohortes d'enfants nés en Europe conduisent à des conclusions beaucoup moins alarmantes [8, 9]. Rappelons que plus d'un million d'enfants sont nés au monde à l'aide de techniques de FIV/ICSI et que plus d'un pour cent des enfants en Suisse sont issus de FIV: il est faux, voire dangereux d'affirmer que près de 10% des enfants issus de FIV présentent une malformation congénitale!!!

Le taux de grossesses multiples, suivant un traitement par FIV, a significativement diminué au cours de ces dernières années: le transfert d'un, voire de deux embryons a permis de juguler l'augmentation du taux de jumeaux et de triplés observés il y a encore quelques années [10, 11].

¹ Forum Med Suisse. 2007;7(47):955-7.

Cette évidence ne concerne pas les inséminations qui restent pratiquées de façon moins stricte et qui ne font pas l'objet d'un recensement systématique par le registre national FIV (FIVNAT-CH).

En conclusion, sans remettre en question l'intérêt de la vasovasostomie, nous relevons qu'avant de procéder à ce geste chirurgical, il est indispensable, tout comme pour la FIV, de prendre en compte l'ensemble des éléments objectifs à disposition. L'indication doit ainsi être l'objet d'une discussion interdisciplinaire qui permette au couple de prendre une décision éclairée.

Daniel Wirthner, Marc Wisard, Marc Germond

Daniel Wirthner^a, FMH gynécologie-obstétrique; spécialiste médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique.

Marc Wisard^a, FMH urologie.

Marc Germond^a, FMH gynécologie-obstétrique; spécialiste médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique.

^a Centre de procréation médicalement assistée, Av. Marc Dufour 1, 1007 Lausanne / Fondation FABER, 1007 Lausanne

Références

- 1 Fuchs EF, Burt RA. Pregnancy results after vasectomy reversal performed 15 years or more after vasectomy. *J Urol.* 2001;165:1147a.
- 2 Gerrard ER, Sandlow JI, Oster RA, Burns JR, BOX LC, Klettis PN. Effects of female partner age on pregnancy rates after vasectomy reversal. *Fertil steril.* 2007;87:1340-4.
- 3 Belker AM, Thomas AJ, Fuchs EF. Results of 169 microsurgical vasectomy reversals by the vasovasostomy group. *J Urol.* 1991;145:505.
- 4 <http://cpma.ch/f/?p=68>.
- 5 Hansen M, Kurinczuk J, Bower C, Webb S. The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *N Engl J Med.* 2002;346:725-30.
- 6 Correspondence. *N Engl J Med.* 2002;347:1449-50.
- 7 Wennerholm UB, Bergh C, Hamberger L, Lundin K, Nilsson L, Wiklund M, et al. Incidence of congenital malformations in children born after ICSI. *Human Reprod.* 2000;15:944-8.
- 8 Bonduelle M, Wennerholm UB, Loft A, Tarlatzis BC, Peters C, Henriot S, et al. A multi-centre cohort study of the physical health of 5-year-old children conceived after intracytoplasmic sperm injection, in vitro fertilization and natural conception. *Human Reprod.* 2005;20:413-9.
- 9 Belva F, Henriot S, Liebaers I, Van Sterteghem A, Celestin-Westreich S, Bonduelle M. Medical outcome of 8 year-old singleton ICSI children (born ≥ 32 weeks' gestation) and a spontaneously conceived comparison group. *Human Reprod.* 2007;22:506-15.
- 10 Adashi EY, Barri PN, Berkowitz R, Braude P, Carr J, Cohen J, et al. Infertility Therapy-Associated Multiple pregnancies (births): an ongoing epidemic. *Reprod Biomed Online.* 2003;5:515-42.
- 11 Andersen AN, Gianaroli L, Felberbaum R, De Mouzon J, Nygren KG. Assisted reproductive technology in Europe, 2002. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod.* 2006;21:1680-97.

Correspondance:
Dr Daniel Wirthner
CPMA
Av. Marc Dufour 1
CH-1007 Lausanne
daniel.wirthner@cpma.ch