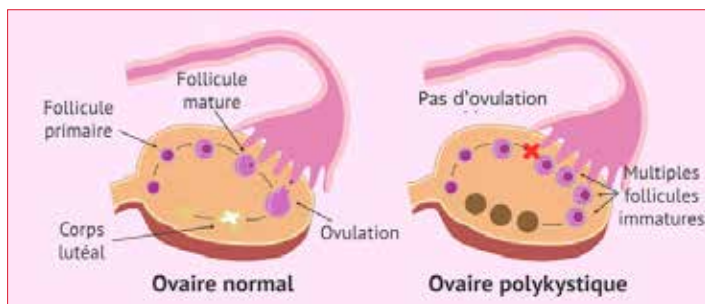




Une des causes de l'infertilité : *le syndrome des ovaires polykystiques*

Dr Michel Frey, Paris (75009)



L'une des raisons fréquentes des troubles de l'infertilité, outre les problèmes anatomiques ou liés à l'âge, est le syndrome dit d'ovaires polykystiques.

Petit rappel sur la disponibilité folliculaire ovarienne :

Sous l'égide de l'hypothalamus et de l'hypophyse, un certain nombre de follicules sont libérés dans les ovaires au premier jour du cycle.

Rappelons que chaque femme à la naissance dispose de plus de 500 000 follicules logés dans la paroi ovarienne, lesquels sont libérés de manière unilatérale ou bilatérale au premier jour des règles.

- En règle générale, à 20 ans, une petite vingtaine de follicules sont disponibles à la croissance sous la dépendance de la FSH (hormone de stimulation folliculaire) dont la sécrétion est elle-même stimulée par la GnRH hypothalamique.
- A 30 ans, une réduction notable de cette libération est observée, une dizaine de follicules sont chiffrés.
- A 35 ans, première chute importante, cinq à six follicules sont produits et libérés.
- Enfin passé 40 ans, seuls deux ou trois follicules restent disponibles à la fécondation.

C'est ce que nous appelons la valeur de l'AMH (hormone anti-mullérienne) qui n'est pas définie par la réserve ovarienne quantitative, mais par la disponibilité de follicules au premier jour du cycle.

En faisant un calcul rapide, sur 500 000 follicules de réserve à la puberté puis une libération mensuelle entre 14 ans et 49 ans (soit 35 ans d'activité de fertilité), nous obtenons en moyenne près de 400 cycles fonctionnels ; sur ces 400 cycles, avec une moyenne de libération de 12 follicules par cycle, il sera libéré en totalité environ 5000 follicules... sur les 500 000 de naissance.

Rappelons qu'à la période de la ménopause, et par la chute de production des œstrogènes, il y a atresie folliculaire empêchant toute possibilité de fécondité d'un follicule dominant (follicule de De Graaf).

Une femme n'utilisera jamais toute sa réserve folliculaire, il ne faut donc pas parler « d'insuffisance folliculaire » à la lecture de l'AMH mais de baisse de « disponibilité folliculaire ».

Mais aussi, il a été prouvé, selon une étude réalisée par le laboratoire de recherche IDEC Therapeutic sur le site www.telostim.com, que le problème n'est pas tant la quantité de disponibilité des follicules que l'oxydation altérant l'ADR oocytaire (stress oxydatif, pollution, alimentation et âge).

Signalons à ce sujet l'action remarquable de la Co-enzyme S. Adenosyl Methionine véritable précurseur du glutathion peroxydase, enzyme connue pour son rôle rapide de désoxydation cellulaire dans tout l'organisme, et en particulier sur les gamètes de la reproduction (seules cellules non renouvelables car haploïdes).

En résumé, il y a donc avec le temps une déperdition de la disponibilité folliculaire ; mais qu'en est-il à l'inverse, lorsque la libération menstruelle des follicules est trop importante ?

C'est le syndrome de ce que nous appelons SOPK ou Syndrome des Ovaires PolyKystiques. Dans ce cas particulier, la disponibilité des follicules est trop importante et se traduit par la libération de plus d'une vingtaine de follicules par ovaire en début de cycle.

Ce trouble affecte 8 à 10% des femmes en âge de procréer et constitue la principale cause d'infertilité féminine par anovulation.

Décrit pour la première fois en 1935, sa définition actuelle prend en compte des critères cliniques tels que les troubles du cycle menstruel de type aménorrhée ou spanioménorrhée ou encore oligospanioménorrhée, l'hyperandrogénie, l'hirsutisme, l'acné persistante, l'anorexie ou encore l'obésité... D'autres manifestations moins courantes se traduisent par des troubles métaboliques de type obésité abdominale, dyslipidémie, hypertension artérielle et/ou insulino-résistance. Le SOPK ne se limite donc pas à la simple pathologie gynécologique.

Le syndrome des ovaires polykystiques s'inscrit dans le cadre de l'infertilité du fait de très larges périodes anovulatoires.

Le diagnostic du SOPK retrouvé chez la majorité des femmes atteintes repose sur :

- des cycles anovulatoires, plus de 40 jours ou moins de 7 menstruations par année,
- une aménorrhée avec infertilité primaire ou secondaire,
- une obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) > 30,
- un ou deux ovaires polykystiques.

Cependant, à ce jour, ce diagnostic reste encore très discuté ; certaines femmes présentant un SOPK auront par exemple une hyperandrogénie biologique seulement et pas clinique (acné, pilosité), d'autres auront à la fois une hyperandrogénie clinique et biologique mais aucun trouble ovulatoire, d'autres encore n'auront aucune hyperandrogénie...

Prenons l'hyperandrogénie associée au SOPK : elle est classiquement consécutive à une production excessive d'androgènes par l'ovaire.

Biologiquement définie par un taux de testostérone totale supérieur à 0,7 ng/mL en début de cycle (valeurs normales : 0,2 ng/mL en début de cycle et 0,8 ng/mL au pic de concentration à l'ovulation), l'hyperandrogénie se manifeste par des aspects dermatologiques, gynécologiques, métaboliques, endocriniens et radiologiques. La symptomatologie cutanée de l'hyperandrogénie débute discrètement et se majore au fil du temps ; elle se caractérise, du stade le plus prononcé au plus modeste, par un hirsutisme, une acné, une alopecie

androgénique et une hyper-séborrhée.

Ainsi, différents profils de manifestation du SOPK, à la symptomatologie plus ou moins prononcée, sont observés.

Les critères biologiques

Pour confirmer le syndrome des ovaires polykystiques l'exploration biologique, ainsi que l'imagerie par échographie, restent indispensables :

- Dosage du taux de testostérone totale à J3 du cycle (valeurs normales : 0,15 à 0,90 ng).
- Dosage de la LH et FSH, en cas de SOPK, la LH est largement supérieure à la FSH.
- Dosage de E1 (Estrone) qui peut tripler en cas de syndrome.
- Echographie en début de cycle pour comptage folliculaire (valeur normale entre 3 et 15 follicules par ovaire selon l'âge).



Physiopathologie du syndrome OPK

Devant cette atteinte pathologique, la multiplicité des follicules rend la croissance de ces derniers impossible. Ainsi, nous observons bien souvent avant l'ovulation un très grand nombre de follicules à un stade de 8 à 10 mm ne permettant pas l'ovulation ; à ce stade, il y a enkystement des follicules ovariens.

Différentes techniques sont alors proposées

- La stimulation en début de cycle par citrate de clomifène (Clomid, Pergotime) avec cependant un risque d'hyperstimulation.
- Le drilling : une méthode chirurgicale, en cas d'échec du citrate de clomifène. Cette méthode chirurgicale consiste à multi-perforer la paroi ovarienne pour éliminer l'excès de follicules.

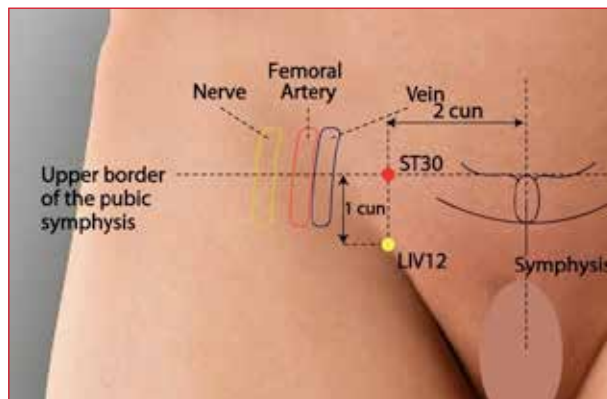
- L'utilisation du Myo inositol ou vitamine B8, naturellement présent dans certains fruits, légumes, noix, céréales complètes et levure de bière.
- On peut citer également le Zytolia en stick de 3g par voie orale ; cette molécule aide à combattre la résistance à l'insuline couramment retrouvée dans le syndrome OPK mais également dans l'hyperandrogénémie.
- Dans le traitement proposé en homéopathie, il peut être prescrit **Folliculinum** en **30CH**, à raison de 3 granules par jour du 14^e jour ovulatoire jusqu'aux règles quelle que soit la durée du cycle ; son dosage en haute dilution devant freiner la production folliculaire.

Citons également **Ovarinum** en **15CH**, à raison de 3 granules matin et soir du 1^{er} au 14^e jours du cycle ; **Ovarinum** semblant avoir une action particulière sur l'élévation excessive de la FSH (> à 30 UI/L en début de cycle).

Enfin, **Sepia officinalis**, issu de l'encre de seiche aurait sur l'ovulation une action inductrice.



- En acupuncture, différentes stratégies sont proposées pour régulariser la production folliculaire, particulièrement par la stimulation du méridien dit curieux, le Chong Mai, par les points suivants : Gong Sun ou 4^e point de la Rate/pancréas associé au Nei Guan ou Maître du Cœur 6 accompagné de Di Ji ou Rate/pancréas 8 et de Qi Chong ou Estomac 30. Cette stratégie thérapeutique permet une excellente régulation de toutes les fonctions hormonales.



- En phytothérapie, il faut citer Angelica Sinensis, ou Dang Gui, plante chinoise qui agit sur l'énergie de la Rate et du sang, permettant la bonne vascularisation utérine en nourrissant l'endomètre et en stimulant la croissance folliculaire.

CONCLUSION

En conclusion, s'il est vrai que le syndrome des ovaires polykystiques est pénalisant pour la fécondité, il est parfaitement possible par nos médecines non conventionnelles de régulariser l'équilibre hormonal, indispensable à la procréation.

BIBLIO

- Ibanez L, Valls C, Potau N, Marcos MV, de Zegher F. Polycystic ovary syndrome after precocious pubarche: ontogeny of the low-birthweight effect. Clin Endocrinol (Oxf). 2001;55(5):667-72
- Idec Therapeutic ; www.telostim.com : Telostim fertilité Femme et Homme.
- Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol.1935;29:181-91.
- Villeneuve MC. Le rôle des inositols dans la résistance à l'insuline chez l'humain. [Mémoire en vue de l'obtention du grade de maître en physiologie]. Québec: Université de Sherbrooke.2011 Janv;38-46.
- Zhang L, Du J-R, Wang J, Yu D-K, Chen Y-S, He Y, Wang Ch-Y. Z-ligistilide extracted from radix Angelica sinensis decreased platelet aggregation induced by ADP ex vivo and arterio-venous shunt thrombosis in vivo in rats. Yakugaku Zasshi 2009, 129:855-859
- Ramsden J. Exploring a Western Herbal Medicine Approach to the Treatment of Endometriosis 2011. Faculty of Health & Social Science, Leeds Metropolitan University. Available at: <http://www.ramsdensremedies.co.uk/Endometriosis.docx>
- Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) -EM|consulte[Internet]. [cité 19 juill2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/132959>
- Syndrome des ovaires polykystiques et résistance à l'insuline -Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 19 juil 2018].
- Cours acupuncture IEQG - Chave 13840 – Rognes

Dr Michel FREY