

# PREVENTION DE L'INFERTILITE D'ORIGINE INFECTIEUSE CHEZ L'ADOLESCENT

Hervé LEJEUNE

INSERM U 307, Hôpital Debrousse, 69322, Lyon Cedex 05

& Département de Gynécologie, Oncologie gynécologique, Sénologie et Médecine de la Reproduction,  
Hôpital E. Herriot, Lyon France.

**PREVENTION OF INFERTILITY OF INFECTIOUS ORIGIN IN TEENAGERS.** Some causes of infertility can be prevented, as is the case for infertility of infectious origin. Genital infections represent a major source of infertility. Prostatitis-epididymitis consecutive to a urinary infection can be prevented by identifying and treating prostatic localizations at an early stage of urinary infection. The prevention of sexually transmitted diseases (STD), which cause male and female infertility, is, at the moment, accomplished by the prevention of the sexual transmission of the HIV. Teenagers represent a target of choice for the educational campaigns promoting condom use. The role of physicians, especially when teenagers are asking for a contraception, must be complementary to the public health campaign to decrease the spread of HIV and other STDs. **Key words :** Infertility, sexually transmitted diseases, condoms, teenagers. *Andrologie, 1992, 2 : 100-103.*

Les traitements "curatifs" de l'infertilité masculine sont, de manière globale, reconnus comme assez décevants. Il apparaît ainsi intéressant d'envisager le développement de mesures préventives visant à éviter la constitution des altérations de la fonction de reproduction masculine. Comme dans toute démarche de prévention, il faut d'abord identifier les causes sur lesquelles on pourra agir de manière préventive et identifier les sujets exposés, avant de tenter de mettre en œuvre des mesures préventives.

## CAUSES D'INFERTILITE MASCULINE ACCESSIBLES A UNE PREVENTION

A priori, la prévention de l'infertilité ne va pouvoir s'appliquer qu'à des causes acquises d'infertilité ou à des phénomènes pathologiques comportant une altération progressive de la fonction de reproduction. La prévention consiste alors, soit à supprimer la cause de l'infertilité soit à tenter d'enrayer l'évolution des altérations progressives de la fonction de reproduction.

Si la physiopathologie des mécanismes aboutissant à une altération de la fonction de reproduc-

*Présenté au 9<sup>ème</sup> Congrès de la SALF, Strasbourg, Novembre 1991. Cet article est paru une première fois dans le numéro précédent d'Andrologie où une inversion de paragraphes survenue lors de la mise en page en altérait la lisibilité.*

tion chez l'homme est, dans bien des cas, incomplètement élucidée (voire objet de controverses), on connaît des facteurs étiologiques d'infertilité pouvant être accessibles à des mesures préventives.

Le tableau 1 donne une liste des principales causes acquises d'infertilité masculine et les mesures préventives qui s'y rapportent. On distingue des mesures de prévention que l'on peut qualifier de "primaires", visant à éviter l'agression causale qui secondairement sera responsable de l'infertilité et des mesures que l'on peut qualifier de "secondaires", visant à éviter l'évolution vers l'infertilité à partir du phénomène pathologique initial. Pour certaines des causes, les mesures préventives ont un caractère non spécifique, tenant de la prévention générale ou de la bonne pratique médicale ; pour d'autres causes, il s'agit de mesures spécifiques. Si on tient compte du caractère spécifique des mesures de prévention et du nombre de sujets concernés, on retien-

**Tableau 1. Principales causes acquises d'infertilité masculine et mesures préventives.**

1 mesure de prévention "primaire", visant à éviter l'agression causale secondairement responsable de l'infertilité.

2 mesure de prévention "secondaire", visant à éviter l'évolution secondaire vers l'infertilité.

CAUSES ACQUISES	
<b>Causes infectieuses</b>	
Infections urinaires	Antibiothérapie <sup>2</sup> Traitement des uropathies <sup>2</sup>
Infections sexuellement transmissibles	Préservatifs <sup>1</sup> Modifications du comportement sexuel <sup>1</sup> Antibiotiques <sup>2</sup> Traitement des partenaires <sup>2</sup> Vaccination <sup>1</sup>
Orchite ourlienne	
<b>Causes Traumatiques/Iatrogènes</b>	
Traumatismes testiculaires (Hématomes...)	Protections locales <sup>1</sup> Prévention générale des accidents <sup>1</sup>
Torsion du testicule	Fixation chirurgicale <sup>2</sup>
Lésions traumatiques des voies excrétrices, accidents chirurgicaux (hernies inguinales, orchidopexie,...)	Chirurgie (pédiatrique) spécialisée <sup>1</sup>
Vasectomie	Evaluation psychologique de l'indication <sup>1</sup> Auto-conservation <sup>2</sup>
Paraplégies,	Prévention générale des accidents <sup>1</sup> Traitement des infections urinaires <sup>2</sup> Auto-conservation <sup>2</sup>
Chirurgie petit bassin (anéjaculations)	
<b>Causes Toxiques/Iatrogènes</b>	
Toxiques professionnels	Médecine du travail <sup>1</sup>
Toxiques de l'environnement	Prévention écologique <sup>1</sup>
Toxicomanie (Tabac, Alcool, Cannabis, Opiacés)	Campagnes anti-... <sup>1</sup>
Radiothérapie	Protection des gonades <sup>1</sup>
Chimiothérapie	Choix des anti-mitotiques <sup>1</sup> Auto-conservation <sup>2</sup> Choix thérapeutique <sup>1</sup>
Médicaments	
<b>Infertilité Auto-immune</b> cf. traumatismes, infections...	
<b>CAUSES COMPORTANT UNE ALTÉRATION PROGRESSIVE DU TESTICULE EXOCRINE</b>	
Cryptorchidie	Orchidopexie <sup>2</sup>
Varicocèle	Chirurgie, embolisation <sup>2</sup>

dra comme étiologies particulièrement concernées par des mesures préventives l'infection, la varicocèle et la cryptorchidie.

L'intérêt des mesures d'abaissement des testicules cryptorchides chez l'enfant, visant à prévenir les altérations testiculaires dues au séjour intra-abdominal du testicule est abondamment discuté dans la littérature (voir ref. in 6). L'intérêt du traitement chez l'adolescent des varicocèles comme prévention des altérations testiculaires liées aux troubles circulatoires fait l'objet d'articles conjoints. Nous traiterons donc essentiellement des mesures visant à prévenir les infertilités d'origine infectieuses.

## PREVENTION DE L'INFERTILITE D'ORIGINE INFECTIEUSE

Comme nous allons le voir, les phénomènes infectieux interviennent pour une part importante dans l'infertilité des couples et c'est dans ce domaine que les possibilités de prévention apparaissent les plus intéressantes puisqu'il s'agit de phénomènes acquis, pour lesquels une prévention primaire peut être envisagée.

### Importance de l'infertilité d'origine infectieuse.

Pour essayer de se faire une idée de l'importance de l'infection dans les étiologies de l'infertilité, on peut se référer aux données recueillies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La stérilité concerne 5-8 % des couples dans les pays développés et jusqu'à 30 % des couples dans certaines régions des pays en voie de développement (8).

Une vaste étude a été conduite dans des centres répartis dans différentes régions du globe (33 centres dans 25 pays), et portant sur 8500 couples consultant pour infertilité (2). Les deux membres du couple ont eu le bilan normalisé recommandé par l'OMS, permettant de repérer les facteurs étiologiques en cause dans l'infertilité.

Le tableau 2 donne la répartition des facteurs étiologiques d'infertilité entre l'homme et la femme. On constate d'une manière générale une répartition assez égalitaire entre l'homme et la femme et on note l'importance numérique des cas où l'on trouve une association de facteurs masculins et féminins. En Afrique, la situation apparaît particulière avec prédominance de facteurs féminins et mixtes et relativement peu de couples avec un facteur masculin prédominant ou sans cause déterminée. Si on examine les causes féminines d'infertilité (Tableau 3), on observe que la première cause est représentée par la pathologie tubaire, en rapport le plus souvent avec des séquelles d'infection génitale haute (salpingite).

En Afrique, la pathologie tubaire est tout à fait prédominante, ce qui rend compte de la fréquence des facteurs féminins ou mixtes. En examinant les causes d'infertilité chez l'homme (Tableau 4), on est surpris de constater que les causes infectieuses ("infection des glandes annexes") sont relativement minoritaires, y compris en Afrique. Il est vrai que dans quelques cas, l'infection génitale haute féminine est consécutive à un accouchement ou un avortement ; néanmoins, le plus souvent, la pathologie tubaire est due à une maladie sexuellement transmissible (MST). Pour ce qui est des antécédents de MST, recueillis à l'interrogatoire, une prédominance masculine apparaît, en particulier en Afrique (Tableau 5), avec toutefois des chiffres inférieurs à ceux de la pathologie tubaire.

D'autres études montrent que la présence d'antécédents de maladies sexuellement transmissibles s'associe à une augmentation de l'infertilité des couples. Après 1 infection pelvienne : 17 % des femmes sont traitées pour une obstruction tubaire responsable de stérilité et le risque de GEU est multiplié par 7 à 10. Ainsi, en Angleterre on peut s'attendre à 8600 cas de stérilité par oblitération tubaire et 2750 GEU à la suite des 83000 cas annuels d'infection pelvienne (7).

Ces données permettent d'objectiver l'importance de l'étiologie infectieuse et des MST dans l'infertilité des couples et de dégager les particularités de l'infertilité d'origine infectieuse. C'est chez la femme que l'on rencontre le plus fréquemment les lésions d'origine infectieuse tenues pour responsables de l'infertilité (pathologie tubaire). Les épisodes initiaux de MST sont souvent asymptomatiques, surtout chez la femme. Chez l'homme on observe plus d'antécédents de MST que chez la femme mais moins de lésions d'infection génitale considérées comme responsables de l'infertilité du couple selon le bilan normalisé de l'OMS.

En fait, chez l'homme, il est souvent difficile de préciser si l'infection est responsable à elle seule de l'infertilité. Si cela est évident en cas d'azoospermie obstructive post-infectieuse, dans bien des cas, l'infection du sperme s'accompagne en

**Tableau 2. Répartition des facteurs d'infertilité entre l'homme et la femme.**

(D'après Cates et al. 1985, % des couples, n = 8500).

	Pays développés	Afrique sub-saharienne	Asie	Amérique latine	Méditerranée orientale
Facteur <b>féminin</b> prédominant	35	44	40	29	29
Facteur <b>masculin</b> prédominant	25	9	15	25	22
Associations de facteurs <b>masculins et féminins</b>	24	41	29	34	45
Cause indéterminée	16	6	15	11	4

**Tableau 3. Causes féminines d'infertilité dans le monde.**

(D'après Cates et al. 1985, % des couples, n = 8500).

	Pays développés	Afrique sub-saharienne	Asie	Amérique latine	Méditerranée orientale
<b>Pathologie tubaire</b>	<b>36</b>	<b>85</b>	<b>39</b>	<b>44</b>	<b>42</b>
Trouble de l'ovulation	33	26	34	31	40
Endométriose	6	1	10	3	1
Aucune cause visible	40	16	31	35	26

**Tableau 4. Causes masculines d'infertilité dans le monde.**

(D'après Cates et al. 1985, % des couples, n = 8500).

	Pays développés	Afrique sub-saharienne	Asie	Amérique latine	Méditerranée orientale
Varicocèle	11	20	10	19	12
Insuffisance testiculaire primitive idiopathique	10	7	11	13	25
<b>Infection des glandes annexes</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>3</b>
Morphologie anormale des spermatozoïdes	8	5	3	4	3
Faible motricité des spermatozoïdes	3	1	5	8	5
Aucune cause visible	49	46	58	41	28

**Tableau 6. Facteurs étiologiques présents chez 100 patients vus en consultation d'infertilité masculine dans un centre de procréations médicalement assistées.**

(Département Gynécologie et de Médecine de la Reproduction. Hôpital E. HERRIOT, LYON).

Infection		
Actuelle	16 %	
Signes cliniques	+ 27 %	= 43 %
Antécédents	+ 20 %	= 63 %
Pas d'argument		37 %
Obstruction	8 %	
Orchite	4 %	
Varicocèle		35 %
Cryptorchidie		20 %
Auto-immunitaire		8 %
Toxique		9 %
Traumatique		4 %
Aucun des facteurs étiologiques précédents :		11 %.

**Tableau 5. Antécédents de maladie sexuellement transmissible parmi les couples infertiles.**

(D'après Cates et al. 1985, % des sujets).

(n = 8500 couples)	Pays développés	Afrique sub-saharienne	Asie	Amérique latine	Méditerranée orientale
Homme	5	46	13	29	-
Femme	3	9	1	1	-

moyenne d'une altération des fonctions du spermatozoïde et d'une hypofertilité (12, 13), mais au plan individuel on est souvent bien en peine de préciser si l'infection du sperme explique à elle seule l'infertilité.

Nous avons noté, chez les hommes consultant pour infertilité, l'ensemble des facteurs étiologiques potentiels présents, ce qui nous indique

non pas le nombre de cas dans lesquels l'infection masculine est responsable de l'infertilité mais rend plutôt compte de l'exposition des patients aux phénomènes infectieux (tableau 6).

On constate la présence d'une infection dite "actuelle" dans 16 % des cas (Leucospermie > 5.10<sup>5</sup> leucocytes/ml, spermoculture +, conversion sérologique à Chlamydia trachomatis et/ou

*Mycoplasma hominis*). On constate de plus, des signes cliniques en faveur d'une infection génitale antécédente ayant laissé des modifications cliniquement décelables au niveau épидидymaire ou prostatique, sans signe actuel d'infection, dans 27 % des cas. Ainsi pour 43 % des patients, une participation infectieuse (ancienne ou actuelle) dans l'infertilité est possible. De plus, 20 % des patients ont des antécédents évocateurs de MST ou d'infection urinaire sans signe actuel d'infection et sans séquelles apparentes. Bien entendu cela ne veut pas dire que la cause de l'infertilité est de nature infectieuse dans tous ces cas, mais simplement que presque 2/3 des patients consultant pour infertilité, peuvent avoir été concernés par un problème infectieux susceptible de participer à l'infertilité chez eux ou chez leur compagne.

Bien que la mise en évidence des germes en cause dans les infertilités (post) infectieuses soit souvent difficile, les infections en cause chez les patients consultant pour infertilité sont principalement de 2 types : 1) les infections d'origine urinaire, à germe gram-, en général symptomatiques au stade initial (s'accompagnant même parfois à la phase aiguë de prostatite, prostatite-épididymite voire d'orchi-épididymite), traitées, mais pour lesquelles la localisation prostatique persiste avec une évolution chronique, en général associée à un déficit fonctionnel épидидymaire et une diminution du pouvoir fécondant des spermatozoïdes, 2) des MST, le plus souvent asymptomatiques dues à des germes donnant peu ou pas de symptômes d'urétrite à la phase initiale et de ce fait non traitées. Il s'agit volontiers de *Chlamydia trachomatis* dont le pouvoir pathogène s'exprime surtout chez la femme sous forme de salpingite entraînant une infertilité tubaire (5), mais aussi chez l'homme (12). D'autres germes, du type mycoplasme (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) sont aussi découverts avec une grande fréquence. Leur pouvoir pathogène est plus discuté (9). Les MST plus volontiers symptomatiques au stade aigu, comme les gonocoques sont, à l'heure actuelle, moins fréquemment retrouvées comme à l'origine de l'infertilité des couples, sans doute du fait de leur traitement au stade initial. Il apparaît ainsi que les MST en cause dans l'infertilité des couples soient surtout celles qui sont silencieuses au stade de l'invasion.

Alors que le risque de contracter une MST existe dès le début de la vie sexuelle, la recherche d'une grossesse n'aura lieu le plus souvent que plusieurs années plus tard. Pendant tout cet intervalle de temps, l'absence de traitement laisse évoluer à bas bruit les altérations de la fonction de reproduction, au niveau tubaire chez la femme (10) et prostatite-épididymaire chez l'homme (13).

Les mesures préventives de l'infertilité (post)-infectieuse vont donc devoir s'adresser d'une part aux infections d'origine urinaire et d'autre part se confondre avec la prévention des MST. Sur ce dernier point, l'épidémie actuelle de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine acquise

(VIH) modifie bien des aspects. La gravité du pronostic du SIDA, l'incapacité des mesures thérapeutiques curatives actuelles à éviter l'évolution létale explique les efforts de prévention de la transmission du VIH. Si la contagiosité du VIH par voie sexuelle (en moyenne 0,3 % de sujets infectés à la suite d'une seule exposition) est moins importante que celle du gonocoque (22-25 %) ou du virus de l'hépatite B (20-30 %) (1), la transmission sexuelle du VIH représente le mode majeur de diffusion de l'épidémie (Tableau 7). Ainsi la prévention des MST est devenue un objectif prioritaire en matière de santé publique, d'autant qu'il a été montré que les MST "classiques" augmentent la contagiosité du VIH (11). On assiste ainsi actuellement au développement d'études épidémiologiques et de campagnes de prévention des MST d'une ampleur sans précédent.

**Tableau 7. Mode de transmission du VIH.** (7ème Conférence Internationale sur le SIDA, Florence Juin 1991).

Type d'exposition	Risque de transmission après une seule exposition	% des modes de transmission
Transfusion sanguine	>90 %	3 - 5 %
Périnatale	30 %	5 - 10 %
Rapport sexuel (vaginal ou anal)	0,1 - 1 %	70 - 80 %
Toxicomanie (échange de seringue)	0,5 - 1,2 %	5 - 10 %
Professionnels de santé (piqûre d'aiguille)	<0,5 %	<0,01 %

### Mise en œuvre des mesures préventives

#### 1 - Prévention de l'infertilité liée aux infections urinaires.

Outre les conseils généraux de boissons suffisamment abondantes visant à éviter la survenue d'infections urinaires, la prévention de l'infertilité post-infection urinaire comprend le dépistage et le traitement des uropathies responsables d'infections urinaires à répétition.

Par ailleurs, en cas d'infection urinaire, même d'allure banale et semblant réagir correctement au traitement, il est nécessaire de dépister une éventuelle localisation prostatique ce qui implique un traitement plus prolongé avec des antibiotiques ayant une bonne diffusion prostatique et un contrôle de la disparition des signes cliniques prostatiques et de la leucospermie qui peut être le seul signe d'une prostatite chronique non stérilisée.

#### 2 - Préventions des maladies sexuellement transmissibles.

Etant donné que le risque de MST augmente avec le nombre de partenaires sexuels, que l'âge du premier rapport sexuel apparaît en baisse, passant en moyenne de 19 à 17 ans entre 1970 et 1990 (enquête du département de sexologie de Marseille sur 1600 jeunes) et que les adolescents ont volontiers des partenaires sexuels successifs, ils représentent une population à risque de contracter des MST. Ils apparaissent par contre accessibles aux mesures de préventions qui mettent en jeu le comportement sexuel.

### Moyens de prévention des MST :

Le préservatif masculin apparaît le moyen le plus efficace pour éviter la transmission sexuelle des micro-organismes responsables des MST et en particulier du VIH (1). Certains facteurs limitent toutefois son utilisation malgré les efforts d'incitation à l'utilisation des préservatifs qui sont actuellement développés (cf infra) (tableaux 8 et 9).

**Tableau 8. Evolution de l'utilisation de préservatifs masculins chez des étudiantes américaines entre 1975 et 1989,** d'après DeBuono et al. N. Engl.J.Med. 1990 ; 322:821-5).

Utilisation de préservatifs masculins	1975 (n=427)	1986 (n=140)	1989 (n=113)
Toujours ou le plus souvent	12 %	21 %	41 %
Rarement ou jamais	87 %	71 %	58 %
Non réponse	1 %	8 %	1 %

**Tableau 9. Evolution annuelle des ventes de préservatifs en France de 1986 à 1990,** (en millions d'unités vendues). Source : NIELSEN.

Années	Vente totale (millions)	Evolution des ventes (%)
1986	38,7	-
1987	63,3	+ 63 %
1988	61,1	- 3 %
1989	68,9	+ 12 %
1990	70,0	+ 3 %

Le développement d'un "préservatif" féminin a été engagé afin de confier aux femmes la prévention des MST. Il s'agit d'un dispositif vaginal en polyuréthane se présentant comme un grand préservatif que la femme met en place elle-même. Les enquêtes concernant son acceptabilité ne sont pas encore suffisamment avancées pour que l'on puisse se faire une idée précise de l'avenir de ce type de dispositifs.

Les spermicides (benzalkonium, nonoxynol-9) paraissent en mesure d'inactiver in vitro la plupart des micro-organismes sexuellement transmis. Leur utilisation exclusive ne paraît toutefois pas présenter une protection d'efficacité équivalente à celle des préservatifs en particulier en ce qui concerne le VIH.

Les conseils de limitation du nombre de partenaires et de choix d'un partenaire en dehors des groupes à risques, apparaissent aussi au titre de mesures de prévention.

Le traitement des épisodes infectieux aigus et le contrôle de la guérison du sujet et des partenaires, représentent des mesures de prévention secondaires visant à éviter l'évolution des infections sexuellement transmises vers les lésions responsables d'infertilité.

Le développement de vaccins contre le VIH et contre les *Chlamydiae* n'en est encore qu'au stade expérimental.

### Mise en œuvre de la prévention des MST.

La mise en œuvre des mesures de prévention des MST est conditionnée actuellement par l'épidémie de l'infection à VIH. Les gouvernements et les organismes de santé publique favorisent les mesures de prévention collective contre la diffu-

sion des MST dont l'infection à VIH, en particulier à l'aide de campagnes en faveur de l'utilisation des préservatifs masculins (télévision, cinéma, presse, affichage, éducation sexuelle dans le cadre scolaire).

Un des buts des campagnes nationales d'incitation à l'utilisation du préservatif consiste à améliorer l'image du préservatif de manière à en faire non plus un produit marginal mais un produit habituel, si ce n'est naturel : Le préservatif préserve de tout, même du ridicule (Nov. 1988, télévision), "Le préservatif préserve de tout... de tout, sauf de l'amour" (Avril-Mai 1989, télévision, presse), "Les préservatifs vous souhaitent bonnes vacances" (Juillet-Août 1989, cinémas, radio). Des campagnes publicitaires s'efforcent de rendre le préservatif attractif pour les adolescents, comme le produit "Jeans™" de Durex® présentant les préservatifs dans un étui au "Look" jeune, couleur "jean délavé".

Diverses études montrent une augmentation de l'utilisation des préservatifs masculins depuis l'apparition de l'infection à VIH et des campagnes de prévention. Ainsi une étude conduite dans une université américaine à 3 reprises, en 1975, 1986 et 1989 (3) montre une augmentation progressive de l'utilisation des préservatifs masculins (Tableau 8). Par contre il n'est pas observé, dans cette population, de réduction du nombre de partenaires, ni de modification du comportement sexuel. Les ventes de préservatifs masculins (Tableau 9) ont augmenté en France en particulier entre 1986 et 1987 (+63%). Depuis, le nombre de préservatifs vendus chaque année paraît globalement assez stable, n'atteignant toutefois que 70 millions d'unités vendues par an. L'utilisation des préservatifs est plus importante chez les sujets jeunes et les sujets ayant des partenaires multiples (Tableau 10). On note toutefois qu'en plus de la moitié des sujets ayant un comportement à risque (multipartenaires) n'utilise pas de préservatif. Un point intéressant est que le fait d'utiliser le préservatif comme moyen de contraception favorise son utilisation systématique comme moyen de protection lors de rapports occasionnels (4).

En dehors de l'utilisation des préservatifs, on note des modifications de certains aspects du comportement sexuel avec limitation du nombre de partenaires, meilleure connaissance du partenaire avant d'engager des relations sexuelles, renoncement à certaines opportunités de relations sexuelles.

Il persiste néanmoins des résistances à l'utilisation du préservatif, les jugements défavorables au préservatif le plus souvent retenus par un échantillon représentatif de la population française en Mars 1990 paraissent de 4 ordres (tableau 10), 1) une prétendue efficacité insuffisante (?), 2) une entrave à "l'Amour", avec en particulier le problème des doutes sur la fidélité, le sérieux... du partenaire que génère la proposition d'utilisation d'un préservatif, 3) une diminution du plaisir sexuel, 4) le coût financier. Par contre le préservatif semble être devenu quelque chose de

"banal" pour 76,9 % des utilisateurs et 71,8 % des non utilisateurs. (4).

**Tableau 10. % d'utilisateurs de préservatifs en fonction de l'âge.** Enquête réalisée sur un échantillon représentatif de la population française (Mars 1990).

Age	% d'utilisateurs de préservatifs	
	Population sexuellement active (n=773)	Multipartenaires sexuels (n=105)
18 - 24 ans	40,2 %	61,8 %
25 - 34 ans	22,3 %	36,7 %
Population totale	17,1 %	41,9 %

Les campagnes utilisant les canaux médiatiques, nécessitent d'être complétées à l'échelon individuel. Le premier contact médical ayant rapport avec la sexualité est le plus souvent la demande de contraception de la jeune adolescente. On doit ainsi se poser la question de savoir s'il est actuellement justifié de prescrire une contraception orale à une jeune adolescente ou s'il convient de recommander l'usage des préservatifs à la fois comme moyen préventif des MST et comme moyen contraceptif. La réponse n'est certainement pas univoque dans tous les cas, et il s'agit là de l'occasion idéale de l'instauration d'un dialogue personnalisé qui viendra compléter des informations reçues par voie médiatique. L'adhésion raisonnée aux mesures de prévention semblant le meilleur atout du succès.

*En conclusion*, l'infertilité infectieuse représente une part importante de l'infertilité des couples. Sa prévention se confond pour une part importante avec la prévention des MST et est commune à celle de la transmission sexuelle du VIH. Les adolescents représentent une population à risque, certainement accessible aux mesures de prévention. Les campagnes médiatiques commencent à donner des résultats en matière d'utilisation des préservatifs. Toutefois, ceux-ci sont encore bien incomplets et en complément des campagnes médiatiques, le rôle des praticiens est certainement primordial dans la prévention des MST en particulier lors de la demande de contraception. Il s'agit là de l'occasion idéale de discuter individuellement, avec des sujets déjà sensibilisés par les campagnes de masse, des risques que font courir les MST et de trouver à l'échelon individuel la meilleure solution pour la contraception et la prévention du SIDA et des autres MST génératrices en particulier de stérilité.

**Remerciements** : L'auteur remercie Madame D. RISOLI (LRC Nederland N.V.) pour la documentation qu'elle a pu lui fournir.

#### REFERENCES

- 1 - Alexander N.J. Sexual transmission of human immunodeficiency virus : virus entry into the male and female genital tract. *Fertil. Steril.*, 1990, 54:1-18.
- 2 - Cates W, Farley TMM, Rowe P.J. Worldwide patterns of infertility : is Africa different ? *Lancet*, 1988, ii : 596-598.
- 3 - DeBuono B.A., Zinner S.H., Daamen M., McCormack W.M. Sexual behavior of college women in 1975, 1986, and 1989. *N Engl. J. Med.*, 1990, 322 : 821-825.

- 4 - Doré V., Thiaudière C., Serrand C., Souteyrand Y. Evaluer la prévention du SIDA en France : Un inventaire des données disponibles. Document édité par l'Agence nationale de recherche sur le SIDA & l'Agence française de lutte contre le SIDA. 1990.
- 5 - Eggert-Kruse W., Tilgen W., Gerhard I, Runnebaum B., Näher H. Chlamydia infection-a female and/or male infertility factor ? *Fertil. Steril.*, 1990, 53 : 1037-1043.
- 6 - Forest M.G., David M, David L, Chatelain PG, François R, Bertrand J. Undescended testis : Comparaison of two protocols of treatment with human chorionic gonadotropin. *Horm. Res.*, 1988, 30 : 198-206.
- 7 - Organisation Mondiale de la Santé. Prévention de la stérilité. In *Recherche en reproduction humaine, Rapport biennal 1988-1989*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève; 1991 pp. 59-64.
- 8 - Rowe PJ, Farley TMM. Prévention et traitement de la stérilité. In *Recherche en reproduction humaine, Rapport biennal 1986-1987*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989, pp. 281-302.
- 9 - Soffer Y, Herman A, Ron-El R, Caspi E, Golan A, Samra Z. Male genital mycoplasmas and Chlamydia trachomatis culture : its relationship with accessory gland function, sperm quality, and autoimmunity. *Fertil. Steril.*, 1990, 53 : 331-336.
- 10 - Thejls H, Heimer G, Gnarp J, Larsson G, Lundkvist O, Victor A. Diagnosis and prevalence of persistent chlamydia infection in infertile women : tissue culture, direct antigen detection, and serology. *Fertil. Steril.*, 1991, 55 : 304-310.
- 11 - Van de Perre P. Interactions entre l'infection à VIH, le SIDA et les autres MST. *Andrologie*, 1991, 1 : 29-31.
- 12 - Wolff H, Bezold G, Neubert U, Korting HC, Zebhauser M, Meurer M. Chlamydia trachomatis induces an inflammatory response in the male genital tract and is associated with altered semen quality. *Fertil. Steril.*, 1991, 55 : 1017-1019.
- 13 - Wolff H, Haimovici F, Politch Hill JA, Martinez A, Anderson DJ. Leukocytospermia is associated with poor semen quality. *Fertil. Steril.*, 1990, 53 : 528-536.

**RESUME.** Parmi les causes d'infertilité des couples, certaines sont accessibles à des mesures préventives, c'est le cas pour les causes infectieuses. Les phénomènes infectieux génitaux représentent une source importante d'infertilité des couples. Les prostatites secondaires à une infection urinaire peuvent être prévenues par le dépistage et le traitement des localisations prostatiques des infections urinaires. La prévention des maladies sexuellement transmissibles, responsables d'infertilité chez l'homme et chez la femme, se confond actuellement avec la prévention de la transmission sexuelle du VIH. Des campagnes d'incitation à l'utilisation de préservatifs masculins commencent à porter leurs fruits en particulier chez les jeunes. Le rôle des praticiens en particulier lors de la demande de contraception apparaît complémentaire aux campagnes médiatiques de prévention. **Mots clés** : Infertilité, maladies sexuellement transmissibles, prévention, préservatifs, adolescents. **Andrologie**, 1992, 2 : 100-103.