

# CAS CLINIQUES

---

Collège Gynécologie CVL

# Cc n 1 Mme R

---

- 28 ans, Infertilité primaire de 2 ans
  
  - Clinique:
    - BMI=30
    - Spanioménorrhée
  
  - BH:
    - J3: FSH 8UI/L; LH 10UI/L; testostérone 0,4ng/ml
    - J19-21: progestérone 0,2 ng/ml
  
  - Echo: >12 follicules antraux/ovaires
-

# Consensus de Rotterdam:

---

- Oligo ou anovulation
- Hyperandrogenie clinique/biologique
- Aspect échographique:
  - >12 foll de 2 à 9 mm/ov et/ou Vov >10 ml

## En l'absence d'autre étiologie:

Sd Cushing; hyperplasie congénitale surrénale; T androgénosécrétante

---

---

Induction par 1cp CLOMID:

A J10: pas de réponse

Qu'en pensez-vous? Que proposer?

Recommencer?

Maigrir?

Metformine?

---

# Cc n 2: Mme T

---

- 38 ans; Inf 1r de 3 ans; endométriose stade 4
  
  - Bilan j3
    - FSH: 7,7 UI//L
    - E2: 20 pg/ml
    - AMH: 1,2 ng/ml
    - Echo de base: 5 foll/ovaire
  
  - FIV n 1: pt lg FSH 300 ↑ à 400 U  
S10: E2=380pg/ml; 1 foll à 16mm=> arrêt stim
-

# Marqueurs Reserve ovarienne

Hazout; Assistance Médicale à la Procréation; édition ESKA 2006

Eldar-Geva; Hum Reprod 2005

Bukulmez O; Curr Opin Obstet Gynecol 2004

---

- ❑ FSH <10 UI/L
  - ❑ E2 <50 pg/ml
  - ❑ AMH >2,5 ng/ml
  - ❑ CFA > de 7 follicules sur chaque ovaire
  - ❑ Volume ovarien > 3 cm<sup>3</sup>
- 

CFA > AMH > E2 > FSH > Vov > âge

---

# Cc n 3 Mme F

---

- 34 ans, Infertilité primaire depuis 3 ans
  - Cycles irréguliers et courts depuis 6 mois
  - Bilan J3
    - FSH contrôlée 2X à 16UI/L puis 18UI/L
    - E2: 30pg/ml
  - AMH 0,7 ng/ml dosée à J10
-