



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

(T. Urol. Derg.)

Cilt : V, 3, s : 156-159 1979

RAPOR : III/3

FERTİLİTE - STERİLİTEDE İHTİSASLAŞMA ZORUNLULUĞU

Dr. S. TELLALOĞLU, Dr. C. ÖZSOY (*)

Çağımızda bilim ve teknolojideki başdöndürücü ilerlemenin Tıp dalına yansımaları ve insan organizmasının karmaşıklığı, çok çeşitli alanlarda (konularda) uzmanlaşmanın gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Üroloji Bilim Dalı da bu genellemeden etkilenmiş ve birçok ülkede şimdiden Pediatrik Üroloji, Dializ-Transplantasyon, Ürodinami, Endoskopi-Transurethral girişim, Fertilitite-Sterilitite gibi seksiyonlara ve uzmanlık dallarına ayrılmış bulunmaktadır. Ülkemizde bazı hastanelerin üroloji kliniklerinde seyrek de olsa bu tür seksiyonlaşmaların varlığı yadsınamaz.

Biz bu panelle Fertilitite-Sterilitite konusunda seksiyonlaşmanın gerekliliğini ve nedenlerini kısaca ortaya koymak istiyoruz.

Evli çiftlerin yaklaşık % 15 nin steril, % 30 nun da subfertil olduğu bilinmekte ve yüzbinlerce çift üroloji ve jinekoloji polikliniklerinde tedavi görmektedir. Seksiyonlaşmanın zorunluluğu daha anamnez ve fizik muayene aşamasında kendisini gösterir. Şöyle ki, ülkemiz insanının büyük çoğunluğu, seksüel anamnezinin alınması esnasında sorulacak sorulara (koit şekli, sıklığı, anormal cinsel alışkanlıkların olup olmadığı, potens ve libido durumu) açıklıkla cevap vereceği ve genital muayenesini rahatlıkla yaptıracağını söylemek güçtür. Çünkü edep yerini eşine göstermekten çekinen bir insanın hekime karşı daha bonkör davranması beklenemez. Bu tür hastaların hekimle dialog kurabilmesi, çeşitli seksüel problemlerini (ejaculatio preoese, impotentia) anlatabilmesi rahat ve sakin bir poliklinik odasına ve kendisi ile yeterli süre ilgileyecek ve üzerindeki stress'ten arındıracak hekimin mevcudiyetine bağlıdır.

(*) İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği

Fizik muayene ve anamnezden sonra hastanın değerlendirilmesinde laboratuvar tetkikleri (ejakülata alınması, semen analizleri, hormonal tetkikler) özellik gösterir. Ülkemizdeki rutin laboratuvar tetkiklerinin % 70 nin yanlış olduğu — ki bu konu Haziran ayında TRT de açık oturumda yetkililerce kamu oyuna açıklanmıştır. — gerçeği göz önünde bulundurulursa, sperm tetkikinin en azından motilite ve morfoloji yönünden ilgili ürolog tarafından veya onun gözetiminde yetişmiş bir eleman tarafından yapılmasının gerekliliğini ortaya koyar. Hekim hastasındaki varicocèle, epididimitis, genital infeksiyon gibi fizik bulgulara, koit sıklığı, seksüel karans gibi subjektif bulguları hatırlıyarak morfoloji ve motilite tayini yapması daha anlamlı olur. Motilite tayininde spermatozoonların sallanma, titreme ve daire çizme gibi hareketlerin patolojik olduğu, asıl motil spermatozoonların oranının ileriye doğru (baş yönünde) hareket edenlere bağlı olacağı herhangi bir laborantın bileceği konular değil, ancak bu işte uzmanlaşmış kişilerce bilinen doğrudur.

Burada semen analizlerinde früktoz miktarının tayinindeki önemi hatırlatmak isteriz. Bilindiği gibi früktoz, spermatozoonların selektif enerji vericisidir. Bazı otörler (Schirren) tarafından "androjen ayrası" olarak gösterilir. Endirekt olarak Leydig hücrelerinin testosteron prodüksiyonu hakkında bilgi verir. Vaz deferens atrezileri ejakülatör kanallardaki tıkaçıcı hastalıklar ve postpubertal Leydig hücre yetmezliği gibi hastalıklarda spermoplazmadaki früktoz (—) negatiftir. Üzülerek söylemek isteriz ki bizim bağlı bulunduğumuz Üniversite kliniklerinde früktoz testi yapılamamaktadır ve İstanbul'da kantitatif früktoz testi yapan yalnız birkaç tane özel laboratuvar vardır.

Sperm aglutinasyonu ve immünoloji dünyada yaklaşık 20 seneden beri üzerinde çalışılan ve infertilite buna bağlanan çiftlerde alınan basit önlemlerle fertilizasyon sağlanabilen ilginç konulardan biridir. (Franklin, R. and Dukes, C.). Üzülerek söyleyelim ki ülkemizde bu konudaki çalışmalar herhalde Fertilitate-Sterilitate kliniklerinin kurulamamasından dolayı yetersiz kalmış ve belki de çocuk sahibi olabilecek yüzlerce çift bu olanaktan yararlanamamıştır.

Bunlara ek olarak :

Hyaluronidase aktivitesinin tayini, fosfataz enzimleri, spermatozoon başındaki DNA miktarı, fibrinolysin titresi gibi spermatozoonların ve spermoplazmanın içerdiği maddelerin saptanması — ki bu maddeler spermatozoonların vajende ve cervical kanalda ilerlemesini ve ovumu döllemesinde önemli rol oynarlar — en az daha önce değindiğimiz faktörler kadar infertilitede sorumlu ve bu işle uğraşanlarca iyi bilinmeleri ve rutinleştirilmeleri zorunlu olan faktörlerdir. Pratik hekimlik ve normal laboratuvarlarla bu çalışma ve bilgi düzeyine varabilmemizin çok zor olduğunu belirtmek isteriz.

İnfertilite nedeni ile başvuran hastaların teşhis ve tedavisinde yeri olan testis biopsisinin değerlendirilmesini de ortaya koymamızda yarar görmekteyiz. Testis biopsisi, ejakülatta morfolojik ve bioşimik araştırmalarla testisin tubuler ve endokrin faaliyeti hakkında kesin bir yargıya varılamıyan hastalara yapılır. Kadındaki endometrial biopsiye karşılıktır. Obstrüktif azospermi ile hatalı veya eksik spermatogenezise bağlı oligospermiyi ayırt etmeye, endokrin sistemdeki bozuklukları değerlendirmeye, puberte ve senilitede testisi karakterize eden normal ve anormal süreçleri araştırmaya yarar. Testiküler biopsi ile spesifik spermatogenetik değişikliklerin efektif tedavi yolu seçilebilir. En azından peritubüler fibrozis, sertoli-cell only Syndrome, kabakulak orşiti gibi durumlarda faydasız olan tedaviye devam edilmez (Amelar, Hotchkiss. Meinhard).

Biopsi materyalinin histolojik incelenmesinde ideal olan, tedaviyi yapan hekimin mikroskopun başına geçmesidir. İnterstisyum, ara hücreler (Leydig) ile Germinal epitelyumun durumunu gösteren preparatın arşivlenmesi ve yapacağı hormonal tedaviden sonra gerekirse tekrarlanan biopsi ile karşılaştırılmasının daha sağlıklı ve yararlı olacağını söylemek isteriz. Histopatolojik tetkiklerin çeşitli klinik laboratuvarlarında değişik zamanlarda ve ayrı kişiler tarafından yapılması, alınan materyelin değişik yorumlanması sonucunu doğurabilir ve böylece daha teşhis aşamasında hastaya kötü bir yaklaşım yapılmış olur. İşte burada da araç, gereç, personel ve hekim yönünden sterilite-fertilite sorunlarında seksiyonlaşma ve uzmanlaşmanın gerekliliği karşımıza çıkmaktadır.

Tedavi aşamasına gelen hastalarda yukarıdakine benzer sorunlarla karşılaşmaktayız. Ülkemizde fertilite sorunları olan hastalar çeşitli ihtisas dallarındaki hekimlerle pratisyenlerce ve hatta eczacılar tarafından tedavi edilmeye çalışılmakta ve ilaç önerilmektedir. Tonik, sitümölan ve vitaminlerin dışında kalan ilaçların büyük kısmı hormonal karakterdedir. Yersiz ve zamansız kullanıldıklarında faydadan çok zarar verirler. Literatür bilgileri her hormonun ancak özel endikasyonu olan alanlarda kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır (Schirren). Androjen ve gonadotropinlerin kullanılması çoğunlukla bilimsel verilere uymamaktadır. Hasta, hekim değiştirdikçe, hekim daha değişik bir hormon preparatını, basit bir spermiogram dışında ne bir hormon analizi ne testis biopsisi ve vas deferens tetkiki, latent veya aktif varicocèle mevcudiyeti göz önüne alınmaksızın hastasına tavsiye etmekte ve sonuçta germinal epitelyumları dejenere olmuş, leydig hücreleri hiperplazik, kanlarında antihormon teşekkül etmiş, artık bundan sonra yapılacak tedavilere cevap verme olanağı kalmayan hastalar grubu karşımıza çıkmaktadır.

Aktüel konulardan bir tanesi de gelişmiş bazı ülkelerde tamamen bağımsız çalışan infertilite merkezlerinde sperm bankalarının kurulmuş olması, sağlıklı ve kaliteli sperm vericilerinden alınan semenin uzun süre bu bankalarda muhafaza edilerek, müracaat eden infertil ailelere kanuni

sorumlulukları izah edildikten sonra artifisiyel inseminasyon yapılmasıdır.

Bütün bu sorunları ülkemizin sağlık sorunlarından ayrı düşünmemekle birlikte her hasta grubunun belirli merkezlerde araç, gereç ve personel yönünden yeterli ve bu işte uzmanlaşmış hekimlerce tetkik ve tedavisinin gerektiğini vurgulamak ve bu yönde adım atarak çaba harcamanın hepimize düşen bir görev olduğunu söylemek isterim.