

Συνέντευξη με τον Μαιευτήρα, Χειρουργό – Γυναικολόγο αναπαραγωγής, Μιχάλη Κλ. Φραγκουλίδη

Η ανδρική υπογονιμότητα είναι ένα θέμα που απασχολεί ιδιαίτερα τον επιστημονικό κόσμο με δεδομένο ότι τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των ανδρών που εμφανίζουν δυσκολία στο να τεκνοποιήσουν έχει αυξηθεί. Ωστόσο αυτό δε σημαίνει ότι το πρόβλημα δεν αντιμετωπίζεται. Απεναντίας στις μέρες μας υπάρχουν πλέον οι τρόποι και οι μέθοδοι που μπορούν να ενισχύσουν τη «δυναμική» του σπέρματος. Για το θέμα αυτό μας ενημερώνει ο Μιχάλης Κλ. Φραγκουλίδης, μαιευτήρας, χειρουργός – γυναικολόγος αναπαραγωγής.

- Κύριε Φραγκουλίδη είναι ανησυχητικά τα ποσοστά υπογονιμότητας έτσι όπως διαμορφώνονται στις μέρες μας;

- Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό της υπογονιμότητας στα ζευγάρια έχει αυξηθεί, φτάνοντας σήμερα το 15-20%. Η συμμετοχή των ανδρών στο πρόβλημα αυτό δείχνει συνεχώς να αυξάνεται, με αποτέλεσμα το 40% των περιπτώσεων υπογονιμότητας να οφείλεται σε παθολογία του άνδρα. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει περίπου το 5-10% των ανδρών που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Πάρα ταύτα, τα προβλήματα γονιμότητας δεν πρέπει να εστιάζονται αποκλειστικά και μόνο στον άνδρα ή την γυναίκα, αλλά να λαμβάνεται υπόψη η σχετική συμμετοχή και των δύο συζύγων στην υπογονιμότητα.

- Ποιες είναι οι τιμές αναφοράς για τις φυσιολογικές παραμέτρους του σπέρματος;

-Οι τιμές αναφοράς όπως καθορίστηκαν από τον WHO και μετά από δύο τουλάχιστον επαναληπτικές εξετάσεις έχουν ως εξής:

- Όγκος εκσπερμάτισματος: >2.0/ ml.
- pH: 7.2 – 8.0.

- Συγκέντρωση σπερματοζωαρίων: >20 εκατομμύρια/ml.
- Συνολικός αριθμός σπερματοζωαρίων: > 40 εκατομμύρια ανά εκσπερμάτισμα.
- Κινητικότητα: >50% ζωηρή και μέτρια πρόσθια κίνηση ή >25% ζωηρή πρόσθια κίνηση.
- Φυσιολογική μορφολογία: >14% φυσιολογικά.
- Ύπαρξη συγκολλήσεων <2 (σε κλίμακα 0-3).
- Γλοιότητα <3 (σε κλίμακα 0-4).

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πρόσφατη δημοσίευση των Cooper et al στο Human Reproduction Update(2009) η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) σκέφτεται να αναπροσαρμόσει προς τα κάτω τις φυσιολογικές παραμέτρους υγείας του σπέρματος.

- Δηλαδή αν οι τιμές είναι διαφορετικές δεν επιτυγχάνεται μία εγκυμοσύνη;

- Σε σχέση μ'αυτό που με ρωτάτε λοιπόν, είναι σημαντικό να τονίσω ότι σπερμοδιαγράμματα ανδρών με τιμές κάτω από τις φυσιολογικές παραμέτρους δεν αποκλείουν πάντοτε την πιθανότητα εγκυμοσύνης μετά από φυσική σύλληψη. Δεν είναι επίσης λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες άνδρες με απόλυτα φυσιολογικό σπερμοδιάγραμμα δεν επιτυγχάνουν φυσική σύλληψη λόγω μειωμένης γονιμοποιητικής ικανότητας του σπέρματος η οποία όμως γίνεται εμφανής κατά την διάρκεια μιας προσπάθειας εξωσωματικής.

- Που μπορεί να οφείλεται αλήθεια η υπογονιμότητα;

- Η υπογονιμότητα στους άνδρες μπορεί να προέρχεται από πολλούς λόγους αλλά μπορεί να διακριθεί σε δύο κυρίως ομάδες αποφρακτικής και μη αποφρακτικής αιτιολογίας.

Οι μη αποφρακτικής αιτιολογίας σχετίζονται κυρίως με διαταραχές στην δημιουργίας των σπερματοζωαρίων όπως:

- Γενετικοί παράγοντες.
- Ορμονικές διαταραχές.
- Κρυφορχία.

- Σοβαρός τραυματισμός όρχεων από ατύχημα.
- Κιρσοκήλη / Βουβωνοκήλη.
- Χρόνιες συστηματικές παθήσεις όπως είναι η κυστική ίνωση, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ο σακχαρώδης διαβήτης.
- Φλεγμονές του ουρογεννητικού συστήματος από μικροοργανισμούς όπως είναι ο έρπης γεννητικών οργάνων, ο έρπης των γεννητικών οργάνων, τα χλαμύδια, το ουρεόπλασμα κ.α.
- Καρκίνος όρχεων.
- Συνεχής αυξημένη θερμοκρασία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.
- Ακτινοθεραπεία/ Χημειοθεραπεία.
- Έκθεση σε τοξικές ουσίες.
- Διάφορες διεγερτικές ουσίες- φάρμακα.
- Έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων (σελήνιο, ψευδάργυρος).
- Ανοσολογικοί παράγοντες: διαταραχές της γονιμοποιητικής ικανότητας των σπερματοζωαρίων, διαταραχές ωρίμανσης του σπέρματος.

Αποφρακτικής αιτιολογίας παρουσιάζονται κυρίως σε αποφράξεις των εκφορητικών οδών του σπέρματος:

- Απόφραξη επιδιδυμίδας.
- Απόφραξη στο σπερματικό πόρο.
- Προβληματική στύση / παλινδρομη εκσπερμάτιση.

- Πώς γίνεται ο Έλεγχος Ανδρικής Γονιμότητας;

- Με τους εξής τρόπους:

1. Σπερμοδιάγραμμα: Το οποίο πραγματοποιείται μετά από αποχή 3-5 ημερών τουλάχιστον δύο φορές μέσα σε διάστημα 2-3 μηνών.
2. Λήψη λεπτομερούς Ιστορικού.
3. Λήψη λεπτομερούς Ιστορικού και κλινική Εξέταση
4. Μικροβιολογικός και Βιοχημικός έλεγχος του σπερματικού υγρού εάν υπάρχει η ένδειξη ολιγοσπερμίας(ελαττωμένος αριθμός σπερματοζωαρίων) μετά από το σπερμοδιάγραμμα
5. Εξέταση ούρων: Εφόσον υπάρχει ένδειξη, για την εύρεση μικροβίων, ή σπέρματος, σε περίπτωση παλινδρομης εκσπερμάτισης.
6. Ενδοκρινολογικός έλεγχος: σε περιπτώσεις ολιγοσπερμίας η αζωοσπερμίας.
7. Κυτταρογενετικός έλεγχος- Ανοσολογικός Έλεγχος: Σε περιπτώσεις σοβαρής

ολιγοσπερμίας ή απουσίας σπερματοζωαρίων (αζωοσπερμία) η οποία μπορεί να συνδράμει με την ύπαρξη κάποιας γενετικής ασθένειας και κίνδυνο μεταβίβασης στους απογόνους του.

8. Βιοψία όρχεως: Η κυριότερη ένδειξη για την εξέταση αυτή είναι η απουσία σπερματοζωαρίων (αζωοσπερμία) προκείμενου να καθαρισθεί η πιθανή αιτιολογία της (αποφρακτική ή μη αποφρακτική).

- Μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η ανδρική υπογονιμότητα;

- Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεγάλα βήματα για την αντιμετώπιση της ανδρικής υπογονιμότητας:

1. Φαρμακευτική αγωγή και λήψη βιταμινούχων σκευασμάτων.
2. Ορμονική αγωγή με σκοπό την διέγερση σπερματογένεσης
3. Χειρουργική αντιμετώπιση με σκοπό την αποκατάσταση του προβλήματος (η οποία όμως δεν αυξάνει δραματικά την πιθανότητα φυσικής σύλληψης) ή την προσπάθεια λήψης σπερματοζωαρίων από τον ορχικό ιστό με τις μεθόδους TESA (Testicular Sperm Aspiration), PESA (Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration), TESE (Testicular Sperm Extraction) με σκοπό να χρησιμοποιηθούν αργότερα με τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης των ωαρίων και εξωσωματική γονιμοποίηση.

Έτσι έχουμε αφήσει πίσω μας την εποχή όπου η ανδρική υπογονιμότητα ήταν ένα απροσπέλαστο πρόβλημα για την απόκτηση ενός παιδιού ενώ η χρήση σπέρματος δότη περιορίζεται ολοένα και περισσότερο.

Συνέντευξη με τον Μαιευτήρα, Χειρουργό – Γυναικολόγο αναπαραγωγής, Μιχάλη Κλ. Φραγκουλίδη

Πηγή: www.e-hospital.gr

[Joomla SEO powered by JoomSEF](#)