

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ PROKSİMAL OBSTRÜKTİF İNFERTİLİTE CERRAHİ TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM BELGESİ

Hastalığın tanısı ve görülme sıklığı

Azospermi, santrifüj edilmiş en az iki semen analizinde hiç sperm görülmemesidir. **İnfertil** erkeklerin yaklaşık %15'inde görülmektedir. Obstrüktif (Tıkanma) azospermi testiste üretilen sperm hücrelerinin üreme kanallarının iki taraflı tıkanıklığına bağlı olarak dışarı çıkamama durumudur. Bu durum, azospermik olguların %15-20'sinde görülmektedir.

Hastalığın nedenleri

Tıkanma nedenleri doğuştan ya da sonradan olabilir. Sıklıkla epididimal, daha az sıklıkla da duktus deferens, intratestiküler ve ejakülatör kanal seviyesindedir.

- İntratestiküler (*Testis içinde*) tıkanma: Olguların %15'ini oluşturur.
- Epididimal tıkanma: Obstrüktif azosperminin en sık nedenidir. Olguların %30-67'sini oluşturmaktadır. Doğuştan meydana gelen formları genellikle iki taraflı duktus deferens yokluğu ile birlikte dir. Sonradan meydana gelen formlarında ise gonokokal ve klamidya enfeksiyonları en sık nedenlerdir. Diğer sebepler travma ve cerrahi girişimler olabilir.
- Duktus deferens tıkanıklığı: En sık nedeni, erkek doğum kontrol yöntemi olarak duktus deferensin bağlanması (vazektomi) operasyonudur. Diğer sebepler, kasık fıtığı (inguinal herni) ameliyatları sonrası ve doğuştan çift taraflı duktus deferens yokluğudur.
- Distal ejakülatör kanal tıkanıklığı: Olguların %1-3'nü oluşturmaktadır. Kistlere yada genellikle prostat bezi iltihaplanmaları sonrasına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Ejakülatör kanal tıkanıkları farklı bir klinik antite olup; tedavisi de farklıdır. Bu durum mevcut onamın konusunu oluşturmamaktadır.

Tanısal değerlendirme:

- Anamnez: Geçirilmiş idrar yolu veya prostat iltihaplanmaları, kronik akciğer enfeksiyonları, kasık fıtığı operasyonları, testis (yumurtalık) operasyonları, genital bölge travmaları sorgulanmalıdır.
- Fizik muayene: En az bir testis (>15ml) normal hacimdedir. Genişlemiş ya da sertleşmiş epididim, duktus deferenste nodüller, duktus deferensin bulunmaması dikkat edilmesi gereken durumlardır.

- Semen analizi: En az 2 semen analizi yapılmalıdır. Obstrüktif infertilite hastalarında semen sıvısının sant-rifüj edilmesi sonrası yapılan mikroskopik değerlendirmesinde sperm hücresi yoktur (pellet negatif azos-permi). Semen hacmi azlığında, mastürbasyon sonrası idrar, sperm varlığı açısından incelenmelidir. Bu değerlendirme sonrası sperm saptanmamış ise komplet seminal kanal tıkanıklığı düşünülmelidir.
- Hormon analizi: Serum folikül uyarıcı hormon (FSH) değeri genellikle normal sınırlardadır. Fakat bu durum testiküler yetersizlik olup olmadığını göstermez. Buna göre primer spermatogenetik yetmezlikli olguların % 40'ında FSH normaldir.
- Görüntüleme ve biyopsi: Skrotal ultrasonografi (USG), genişlemiş epididim, kistler ve duktus deferens yokluğu gibi obstrüksiyon bulgularını ortaya koyması açısından değerlidir. Seçilmiş olgularda sperm üretimi belli değilse, bilgi edinmek için testis biyopsisi gerekir.

Hastalığın tedavi endikasyonları

Obstrüktif infertilite tedavi edilse ya da edilmese kişinin genel sağlık durumunda değışiklik olmaz. Hastanın çocuk sahibi olmak istemesi dışında tedaviyi gerektirmez.

Obstrüktif infertilitede tedavi

İntratestiküler obstrüksiyonda cerrahi tedavi imkansız olduğu için testisten sperm elde edilme (TESE) işlemi uygulanır. Eğer sonradan kazanılmış epididimal ve duktus deferens seviyelerinde tıkanıklık var ise mikroskop altında tıkanıklığın öncesi ve sonraki kısımları uç uca dikilerek (anastomoz) testiste üretilen sperm hücresinin dışarı çıkması sağlanır. Bu işleme duktus deferensler arasında gerçekleştirilirse vazo-vazostomi, epididim ile duktus deferens arasında ise epididimo-vazostomi ismi verilir. Ameliyat mikroskop altında, mikro cerrahi aletleri ile uygulanır. Bu tedavilerde amaç tıkanıklığın ortadan kaldırılarak erkeğin boşalması ile elde edilen seminal sıvıda sperm hücresi elde edilmesidir.

Ameliyat sırasında kişinin tamamen hareketsiz olması işlem için uygun olduğundan, genellikle genel anestezi altında uygulanır. Uygun kişilerde diğer anestezi seçenekleri (lokal veya bölgesel anestezi) de uygulanabilir.

Cerrahi tedavinin süresi

Mikro cerrahi uygulamaları uzun süren girişimlerdir. Vazo-vazostomide her bir taraf için 1-2 saat, epididimo-vazostomide her bir taraf için 2-3 saat gerekir.

Tedavi sonrası dikkat edilmesi gerekenler

Ameliyat sonrası 3 gün istirahat uygundur. Hasta 48 saat sonra banyo yapabilir. 3 hafta boyunca ağır işlerde ve sportif faaliyetlerde bulunulmaması gereklidir. 6 hafta boyunca skrotum destekleyici külot giyilmelidir. Daha sonra gebelik elde edilene kadar fiziksel aktiviteler sırasında da giyilmesi önerilir. Cinsel ilişkiye 3 hafta sonra başlanabilir.

Semen analizi ameliyat sonrası 1., 3. ve 6. aylarda daha sonra 6 ayda bir istenir.

Cerrahi sonrası komplikasyonlar

En sık görülen komplikasyon kan toplanması dediğimiz hematomdur. Genellikle ceviz büyüklüğünde gözlenmiştir ve hiç bir müdahaleye gerek kalmadan 6-12 hafta içinde kendiliğinden düzelmiştir.

Geç dönem komplikasyon olarak anastomoz tarafında görülen (yaklaşık %5 oranında) sperm granülomudur. Bu durum, bir tıkanıklığın habercisi olabilir.

Uzun dönem takip sonuçları

Tecrübeli ellerde vazo-vazostomi sonrası hastaların %99.5'inde ejakulatta sperm görülür. 2 yıllık takipler çiftlerin %52'sinde gebelik gözlenmiştir.

Epididimo-vazostomi sonrası tekniğe bağlı olarak hastaların %50 ila %85'inde ejakulatta sperm görülür. Gebelik oranlarında %10-43 arasında bildirilmiştir. Ameliyattan 1 yıl sonrasında ise %10-25 arasında tekrar tıkanıklık meydana gelebilmektedir.

Alternatif tedavi seçenekleri

Önerilen cerrahi işlemler yerine infertilite sorununu çözmek için üremeye yardımcı tedavi yöntemleri (tüp bebek) uygulanabilir. Bu yöntemler için gereken sperm hücresi erkekten genellikle epididim veya yumurtalıktan cerrahi olarak açık veya iğne batırma (perkütan) yöntemleri ile elde edilir. Bu işlemler sonrasında da %0-70 arasında komplikasyonlar (ağrı, şişlik, infeksiyon, hidrosel ve hematom) görülebilmektedir. Üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinin dezavantajı ise var olan tıkanıklık problemi giderilemediği için her gebelikte tüp bebek işleminin tekrarlanması gerekmektedir. Ayrıca her tüp bebek işlemi için ek bir maliyeti ödenmesi söz konusudur.

Tedavi ücreti bilgileri

Ameliyatın ücreti, üniversite ve kamu devlet hastaneleri için Maliye Bakanlığı Bütçe uygulama talimatı, özel hastane, klinik ve muayenehaneler için Tabip odalarının belirlediği fiyatlar üzerinden yapılır. Girişim sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar ve gereksinimlerle birlikte hastanede yatış gerekirse; ek maliyetler masrafların üzerine eklenir.