

# TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ EJAKÜLATÖR KANAL OBSTRÜKSİYONLARININ TANI VE TEDAVİSİ AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM BELGESİ

## Ejakülatör kanal patolojilerinin tanımı ve sıklığı:

Menide sperm bulunmaması olarak tanımlanan azospermi, tüm erkek popülasyonun %1'inde, kısır hastaların yaklaşık %15'inde saptanmaktadır. Bu hasta grubunda kısırlığa sebep olan patolojilerin yaklaşık %40'ı erkek üreme sistemindeki obstrüksiyonlar (tıkanıklıklar) sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu tıkanıklıklar erkek üreme sisteminin her hangi bir seviyesinde olabilir.

Distal de (meninid idrar yollarına açıldığı kısım) olan patolojiler ejakülatör kanal obstrüktif (EDO) patolojileri olarak adlandırılmaktadır. Bu patolojiler, tam (komplet) ve kısmi (parsiyel) olarak iki şekilde saptanabilmektedir.

### Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının nedenleri:

Ejakülatör kanallarda tıkanıklığa sebep olan patolojiler, doğumsal veya edinsel olabilirler. Doğumsal ejakülatör kanal patolojileri Müller kanal kisti, Wolf kanalı kisti (Ejakülatör kanal kisti), utrikul kisti, ejakülatör kanal atrezisi ve stenozudur.

Ejakülatör kanal edinsel patolojileri ise, enfeksiyon sonrası taş veya kalsifikasyonların oluşumu, cerrahi girişimler sonrası oluşan tıkanıklıklar olarak sıralanabilir.

## Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarında belirtiler, tanı koyma ve değerlendirme:

Ejakülatör kanal tıkanıklıkları, kısırılık yanında, meni hacminde azalma, menide kan olması, ağrı, ağrılı boşalma, idrar yapmada zorlanma gibi belirtilerle birlikte olabilir. Nadir de olsa bazı hastalarda seminal veziküllerde kist ve rektal kitle, prostat ve epididimal hassasiyet gibi fizik muayene bulguları saptanırsa da, hastaların fizik muayenelerinde ve hormon profillerinde genellikle anormal bir bulgu saptanmaz. Semen analizinde, ejakülatör kanal patolojilerini belirleyecek herhangi bir belirleyici bulgu olmamasına rağmen tam tıkanıklıklarda, meni hacim azlığı ve azospermi saptanması tanısal anlamda faydalı bir bulgudur. Buna karşılık, kısmi tıkanıklık olan hastalarda semen analizi, azospermiden normospermiye kadar geniş bir yelpazede saptanabilmektedir.

Ejakülatör kanal tıkanıklığı düşünülen hastalarda asıl olan obstrüksiyona sebep olan patolojik lezyonun görüntülenmesidir. Ejakülatör kanal patolojilerinin saptanmasında transrektal ultrasonografi (TRUS); ucuz, noninvasif bir tanı yöntemi olması nedeniyle rutin uygulamada önerilen görüntüleme yöntemidir.

TRUS'un belirleyici olmadığı, özellikle kısmi ejakülatör kanal tıkanıklıklarında, veziküla seminalis aspirasyonu, vezikülografi ve kromotubasyon; önerilen diğer görüntüleme yöntemleridir. 21G Chiba iğne ile veziküla

seminalislerden aspirasyon yapılması ve aspiratın incelenmesinde motil sperm saptanması, özellikle ejakülatör kanal parsiyel obstrüksiyonlarının tanısında kullanılmaktadır. Veziküla seminalis aspirasyonundan sonra, opak madde verilerek veziküla seminalislerin görüntülenmesinde önerilen bir başka görüntüleme yöntemidir. Ek olarak, opak madde yerine metilen mavisi veya indigokarmin gibi boyalı maddeler verilerek sistoskopi sırasında üretradan bu maddelerin gelişiminin değerlendirilmesi (kromotubasyon), yaygın olarak kullanılmaya başlanan bir tanı yöntemidir. TRUS eşliğinde veziküla seminalislerden yapılacak aspirasyon ve vezikülografi ile kromotubasyon işlemlerinin tümü invaziv tanı yöntemleridir. Ağrılı olan bu işlemlerde, hastalarda minimal anestezi gerekebilmektedir. Ayrıca üriner enfeksiyon, derin pelvik enfeksiyon/apse, üretral ve pelvik kanama veya hematoma, gelişebilecek olası komplikasyonlardır. Verilen opak madde ve boyalı maddelere karşı gelişen allerji; bir diğer olası olumsuz tablodur.

MRI da ejakülatör kanal patolojilerinin belirlenmesinde kullanılan bir diğer görüntüleme yöntemidir. Buna karşılık pahalı olması ve kolay uygulanamaması bir dezavantajdır. MRI komplike vakalarda ve TRUS'un belirleyici olmadığı vakalarda önerilen bir görüntüleme yöntemidir.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının seyri ve tedavi edilmediği taktirde oluşabilecek olası sonuçlar:**

Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının sebep olduğu kısırlık, tıkanıklık tedavi edilmediği sürece düzelmeyecektir. Ayrıca distal obstrüksiyonlar tedavi edilmediğinde, zamanla basınç etkisi ile ikincil olarak başka seviyelerde de obstrüksiyonlara sebep olabilmektedir.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavi endikasyonları:**

Gerek tam gerekse kısmi ejakülatör kanal obstrüktif patolojilerinde, asıl tedavi endikasyonu hastadaki kısırlıktır. Ayrıca menide kan olması, idrar tıkanıklığı, ağrılı ejakülasyon diğer tedavi endikasyonlarıdır.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavisi ve sonuçları:**

Ejakülatör kanal obstrüktif patolojilerinde standart tedavi; transüretral ejakülatör kanal rezeksiyonudur (TUR-ED). Endoskopik bir işlem olan TUR-ED başlangıcında, idrar yollarını değerlendirmek için sistoüretroskopi yapılır. Daha sonra işleme rezektoskop ile devam edilir. Orta hatta meni kanallarının idrar yollarına açıldığı kısımdaki tıkanıklık alanı çıkartılır (proksimal verumontanum rezeke edilir). Hastaya sonda (üretral kateter) takılıp işlem sonlandırılır. Üretral kateter rezeksiyondan 24 saat sonra alınır. Ejakülatör kanal tıkanıklıklarının, TUR-ED ile tedavisi sonrası; sperm parametrelerinde %60-70 oranında düzelmeye, gebelik oranında ise %20-30 oranında artış belirlendiği bildirilmiştir.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavisinde uygulanacak girişimin ve hastanede kalışın süresi:**

TUR-ED, anestezi altında yaklaşık olarak 10 ile 30 dakika arasında süren bir işlemdir. İşlemden sonra hastanede kalış süresi 24 saattir.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavisinde (TUR-ED) komplikasyonlar:**

Ejakülatör kanal patolojilerinin TUR-ED ile tedavisinde %20 oranında retrograd ejakülasyon (menin boşalma bozukluğu), idrar kaçırma, üriner enfeksiyon, yüksek volümlü ejakülat, sekonder ejakülatör kanal tıkanıklığı, barsak yaralanması, idrar yollarında darlık, kanlı idrar veya meni gelmesi gibi komplikasyonlar saptanmaktadır.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavisinden sonra dikkat edilmesi gereken özellikler:**

TUR-ED sonrası komplikasyon gelişmeyen hastaların, uretral kateter alındıktan 7-10 gün sonra normal cinsel aktivitelerine dönmeleri önerilir. Ameliyat sonrası, ilk semen analizinin de işlemden 1 ay sonra yapılması önerilir. Hastalar aylık semen analizleri ile takip edilir.

## **Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavisinin ücreti:**

Ejakülatör kanal obstrüksiyonlarının tedavisinin ücreti, üniversite ve kamu devlet hastaneleri için Maliye Bakanlığının Bütçe Uygulama talimatı, özel hastane, klinik ve muayenehaneler için Tabip Odasının belirlediği fiyatlar üzerinden yapılır. Girişim sırasında veya sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar ve gereksinimlerle birlikte hastanede yatış gerekirse; bu ek masraflar genel ücretin üzerine eklenir.