

Έλεγχος υπογονιμότητας

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:

- έλεγχος ωρηξίας
- σπερματέγχυση
- εξωσωματική γονιμοποίηση – ICSI (μικρογονιμοποίηση)

Ανδρική υπογονιμότητα

Η ανδρική υπογονιμότητα αφορά το 30-40% των υπογόνιμων ζευγαριών. Η κλινική εκτίμηση του υπογόνιμου άνδρα αρχίζει με τη λήψη του ιστορικού, για να προσδιοριστούν η διάρκεια, η συχνότητα και ο χρόνος των χωρίς προφύλαξη σεξουαλικών επαφών και να αποκλειστούν προβλήματα που σχετίζονται με τη libido, τη στύση, την επαφή και την εκσπερμάτιση.

Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται σε θεραπεύσιμα αίτια όπως η κισσοκήλη, η προστατίτιδα, η φίμωση και ορμονικές διαταραχές. Σε άλλες περιπτώσεις, όπως η κρυψορχία, η απουσία ή απόφραξη σπερματικών πόρων και η χρήση φαρμάκων, η υπογονιμότητα μπορεί να είναι θεραπεύσιμη ή μόνιμης μορφής. Τέλος, υπάρχουν και περιπτώσεις που δεν επιδέχονται θεραπείας, όπως η αμφοτερόπλευρη ανορχία, οι γενετικές ανωμαλίες (σύνδρομο Klinefelter, Sertoli only cell syndrome), η συστροφική όρχεος, ο σοβαρός τραυματισμός των όρχεων, η ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Η εργαστηριακή διερεύνηση αρχίζει με την εξέταση (ανάλυση) του σπέρματος. Η συλλογή του σπέρματος γίνεται καλύτερα με αυνανισμό μετά από αποχή 3-5 ημερών, γιατί ο χρόνος αποχής επηρεάζει τον αριθμό και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Το σπέρμα πρέπει να εξετάζεται το πολύ μέσα σε μισή έως μία ώρα από τη συλλογή του. Σε περιπτώσεις σοβαρής ολιγοσπερμίας (χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων), τερατοζωοσπερμίας (αυξημένο ποσοστό μορφολογικά ανώμαλων σπερματοζωαρίων), ή αζωοσπερμίας (μόνο ακίνητα σπερματοζωάρια) η εργαστηριακή διερεύνηση επεκτείνεται στη γενετική εξέταση του σπέρματος (FISH, έλεγχος απόπτωσης σπέρματος) και στη χρωμοσωμική ανάλυση του άνδρα (καρυότυπος).

Σε άνδρες που παράγουν ελάχιστα σπερματοζωάρια, είναι δυνατή η μικρογονιμοποίηση των ωαρίων με την εφαρμογή της μεθόδου ICSI. Σε αζωοσπερμικούς άνδρες είναι επίσης εφικτή η μικρογονιμοποίηση των ωαρίων (ICSI) με σπερματοζωάρια που λαμβάνονται από τους όρχεις ή την επιδιδυμίδα με βιοψία (TESE- TEsticular Sperm Extraction) ή με αναρρόφηση (TESA- TEsticular Sperm Aspiration).

Γυναικεία υπογονιμότητα

Στην αιτιολογία της γυναικείας υπογονιμότητας εμπλέκονται διάφοροι γενικοί παράγοντες (όπως η ηλικία, τα προηγούμενα βαριά νοσήματα, η ανεπαρκής θρέψη και σπανιότερα ο ψυχολογικός παράγοντας ή το συγκινησιακό stress). Τα καθοριστικά όμως προβλήματα όταν αναφερόμαστε σε γυναικεία υπογονιμότητα περιλαμβάνουν κυρίως τον ενδοκρινικό και τον σαλπινγικό παράγοντα και σε μικρότερο βαθμό τον τραχηλικό παράγοντα.

Ο ενδοκρινικός παράγοντας

Ο όρος ενδοκρινικός παράγοντας στην υπογονιμότητα αναφέρεται κυρίως στην ανωοθυλακιορρηξία, που οδηγεί σε ανωμαλίες του εμμηνορρυσιακού κύκλου (ολιγομηνόρροια και αμηνόρροια, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) και σπανιότερα στο σύνδρομο του ωχρινοποιημένου άρρηκτου ωοθυλακίου. Στις περιπτώσεις oligo- και αμηνόρροιας πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα μπορεί να επιτευχθούν με τις συμβατικές μόνο μεθόδους ωοθυλακιορρηξίας, χωρίς την ανάγκη προσφυγής στις μεθόδους υποβοηθούμενης σύλληψης.

Ο σαλπινγικός παράγοντας

Ο σαλπινγικός παράγοντας, που ενοχοποιείται στις 20-30% των περιπτώσεων γυναικείας στειρότητας, αναφέρεται κυρίως σε συγγενείς ανωμαλίες, εγχειρητικά τραύματα και ενδοπυελικές παθήσεις (φλεγμονές και ενδομητρίωση) που συνδέονται ή προκαλούν βλάβη στη φυσιολογική λειτουργία των σαλπίγγων.

Ο τραχηλικός παράγοντας

Ο τράχηλος της μήτρας και η τραχηλική βλέννα έχουν ως μοναδικό ρόλο τη διευκόλυνση των διεργασιών της αναπαραγωγής.

Ελάττωση της ικανότητας των σπερματοζωαρίων να διεισδύσουν στην τραχηλική βλέννα μπορεί να προέλθει από φλεγμονές του τραχήλου, από αντισπερμικά αντισώματα στην τραχηλική βλέννα ή και στο σπερματικό υγρό, από την επίδραση προγεστερονικών παραγόντων στη βλέννη ή από την παραγωγή παθολογικής βλέννης, όπως στο σύνδρομο PCO (πολυκυστικών ωοθηκών).

Ενδομητρίωση

Ο όρος ενδομητρίωση αναφέρεται σε μια αινιγματική νόσο, που χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη εστιών ενδομητρίου με λειτουργική δραστηριότητα σε θέσεις εκτός της κοιλότητας και του τοιχώματος της μήτρας.

Εκτιμάται ότι η ενδομητρίωση ευθύνεται για το 6% περίπου του συνόλου των άτεκνων ζευγαριών, αν και ο ακριβής μηχανισμός δράσης της παραμένει ασαφής. Αναλυτικές

μελέτες έδειξαν ότι και μικρού βαθμού ενδομητρίωση σχετίζεται με ουσιαστική μείωση της γονιμότητας. Η επέκταση της ενδομητρίωσης στις ωοθήκες επιδεινώνει ακόμα περισσότερο την πρόγνωση, πιθανότατα επειδή η ανάπτυξη συμφύσεων στην επιφάνεια παρεμποδίζει την απελευθέρωση και παραλαβή των ωαρίων εκ μέρους της σάλπιγγας.

Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (PCO)

Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι μια ορμονική διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας και εμφανίζεται στο 5-10% του γυναικείου πληθυσμού. Συνοδεύεται από ανωμαλίες του κύκλου (ολιγο-, αμηνόρροια) και ανωθυλακιορρηξία (κύκλοι χωρίς ωρίμανση ωαρίου). Συχνά συνοδεύεται από παχυσαρκία, αλλά και χαρακτηριστικά που αποδίδονται σε αυξημένη δράση των ανδρογόνων, όπως η υπερτρίχωση, η ακμή και η λιπαρότητα του δέρματος.

Στις περιπτώσεις αυτές η αντιμετώπιση γίνεται με τη χορήγηση φαρμάκων σε μορφή χαπιών ή ενέσεων, τα οποία έχουν ως στόχο την πρόκληση ωοθυλακορρηξίας.

Όταν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες υπογονιμότητας, όπως π.χ. ολιγοσπερμία, τότε η φαρμακευτική πρόκληση ωοθυλακορρηξίας μπορεί να συνδυαστεί και με άλλες μεθόδους αναπαραγωγής, όπως η ενδομήτρια σπερματέγχυση ή η εξωσωματική γονιμοποίηση.