

Konu

İnfertil Çiftin Değerlendirilmesi

Dr. Yaprak ENGİN ÜSTÜN

İnfertilite genel anlamda sağlıklı popülasyona göre daha az gebe kalabilme kabiliyeti olarak tanımlanırken **özgün anlamda** bir çiftin korunmasız 1 yıl cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edememeleri şeklinde tarif edilir. Çiftlerin yaklaşık % 10-15'i infertilite tanısı almaktadır. Fekundabilite ise belli bir zaman diliminde bir toplulukta görülen konsepsiyon oranıdır. Normal fertil çiftlerde aylık konsepsiyon oranı % 20'dir.

İnfertilitenin en sık nedenleri tubal-peritoneal patoloji (%30-40), anovulasyon (%15) ve erkek faktörüdür (%30-40) ve geri kalan bölümünü açıklanamamış infertilite grubu oluşturmaktadır. Normal semen analizi, ovulasyon varlığı, normal uterin kavite ve bilateral tubal açıklık varlığında açıklanamayan infertilite tanısı konur. İnsidansı % 10-30 arasında değişmektedir. Açıklanamayan infertilite tanısı koyarken kullanılan testlerin hangileri yaklaşımımızı etkileyecek ve daha önemlisi sonucu değiştirecek değere sahiptir?

Tanısal bir testin kullanılabilirliği şu kriterlere göre değerlendirilmelidir

- Maliyet
- Kullanışlılık: Sonuç pozitif ise herhangi bir tedavi var mı? ya da bu sonucu biliyor olmak benim tedavi yaklaşımımı değiştirecek mi?
- Pozitif prediktif değer: Bir infertil çift için bu mümkünse her zaman gebelik sonucuna

göre açıklanmalıdır.

- Negatif prediktif değer: Sadece sensitivite esas alınarak değil aynı zamanda gebelik sonucuna göre de açıklanmalıdır.

İnfertilite için gerçekleştirilecek ilk tanısal testler; **ovülasyonun dokümantasyonu, tubaların açıklığı ile uterus kavitesinin değerlendirilmesini ve semen analizini içermelidir.** Ovülasyon ile ilgili mevcut testler iki türdür. Birincide ovülasyonun ne zaman olacağını tahmin edilmesi testi oluştururken diğende ovülasyon olduktan sonra ortaya çıkan değişiklikler araştırılarak ovülasyonun o siklus için gerçekleşip gerçekleşmediği ortaya konulmaya çalışılır.

Erkek infertilitesi 3 ana başlık altında incelenebilir: **sperm üretim bozuklukları, sperm fonksiyon bozuklukları ve duktal sistemdeki anormallikler.** Tedavi yaklaşımına göre ise erkek infertilitesi 6 grupta toplanabilir: **genetik nedenler, gonadotropin yetmezliği, anatomik nedenler, enfeksiyon, immünolojik ve idiyopatik nedenler.** Erkek faktör infertilitesinin % 30'unun genetik kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. Etkilenen erkeklerde sıklıkla azospermi ya da oligospermi olup hareket bozuklukları eşlik etmektedir. Genetik bozukluklar içinde kromozomal anöploidi ve Klinefelter sendromu sayılabilir. Hipotalamik ya da pitüiter yetmezliği olan erkekler sıklıkla hipogonadotropiktir ve azospermi ya da oligospermisi bulunur. Ejekülatuar kanalların yokluğu ya da obstrüksiyonu, retrograd ejakülasyon ve varikosel de infertiliteyle birliktelik göstermektedir. Semptomatik bakteriyel enfeksiyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar efferent duktusların tıkanmasını önlemek amacıyla tedavi edilmelidir.

İnfertil çiftleri iki grupta incelemek mümkündür: tedavisiz gebe kalma şansı olmayanlar ve hipofertil olanlar. Tedavisiz gebe kalamayacaklara örnek olarak komplet tubal okklüzyonu olan kadınlar ve azospermik erkekler gösterilebilir. Hipofertil grupta ise hafif endometriozis olguları, oligospermik erkekler ve açıklanamayan infertilitesi olan çiftler bulunmaktadır. Bir yıl ve üzerinde korunmasız cinsel ilişkiye

Bir çiftte infertilitenin standart değerlendirilmesi ovülasyonun laboratuvar testi ile tespiti, tubal geçişin HSG ya da HSG-L/S hidrotubasyon ile değerlendirilmesi ve WHO kriterleri (2010) baz alınarak yapılan semen analizini içermektedir. İlave testler tespit edilen bozukluklara göre yapılır. Açıklanamayan infertilite vakalarında ise ilave testlerin tanıya etkin bir katkısı yoktur. Kruger analizi, bazal over USG'si, TSH ve PRL ölçümü anamnez pozitif hastalarda bakılabilirken KOH öncesi E2 ve FSH düzeyleri anlamlı olabilir.

ÖZET

%15-60 infertil olgu 1 yıl içinde ve %40-80 olgu 3 yıl içinde gebe kalabilir. İnfertilite süresi 3 yıldan fazla ise, her ay %2 oranında gebelik şansında azalma (yıllık %24) meydana gelirken süre 3 yılın üzerinde ve yaş >30 ise prognoz daha da kötüdür. Daha önce gebe kalmış olmak iyi prognostik bir kriterdir. Sonuç olarak infertil bir çifti değerlendirirken kullanılan tanısasal testlerin çoğunun sensitivite ve spesifitesi düşüktür ve sadece tarama değeri mevcuttur. Ancak rasyonel tedavi tanıya dayandığı için belirgin bir algoritma takip etmek önemli gözükmemektedir (Şekil 1).

KAYNAKLAR

1. Moody J (ed). Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. RCOG clinical guidelines 2004, NICE.
2. Sladkevicius P, Campbell S 2000 Advanced ultrasound examination in the management of subfertility. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12:221-225.
3. Sutter PD. Rational diagnosis and treatment in infertility. *Best Pract Research Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20:647-664.
4. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
5. Swart P, Mol BW, van der Veen F, van Beurden M, Redekop WK, Bossuyt PM. The accuracy of hysterosalpingography in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1995; 64:486-491.
6. Preutthipan S, Linasmita V. A prospective comparative study between hysterosalpingography and

hysteroscopy in the detection of intrauterine pathology in patients with infertility. *J Obstet Gynecol Res* 2003; 29:33.

7. Ayida GA, Balen FG, Balen AH. The usefulness of ultrasound in infertility management. *Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1996; 8:32-38.
8. Smith S, Pfeifer S, Collins J. Diagnosis and management of female infertility. *JAMA* 2003; 290:1767-1770.
9. Bhattacharya S. Infertility. 440-460. In: Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology. – 7th ed. / edited by D. Keith Edmonds.
10. Whitman-Elia GF, Baxley EG. A Primary Care Approach to the Infertile Couple. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:33-45.
11. Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges Jürgen, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Hum Reprod* 2005;20:1144-1147.
12. Jose-Miller AB, Boyden JW, Frey KA. Infertility. *Am Fam Physician* 2007;75:849-56, 857-8.
13. The ESHRE Capri Workshop Group. Optimal use of infertility diagnostic tests and treatments. *Hum Reprod* 2000;15:723-732.
14. World Health Organisation. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen, 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2010.