

Açıklanamayan İnfertilite

N. Günce BABACAN¹

GİRİŞ

İnfertilite; önemli psikolojik, ekonomik, demografik ve medikal sonuçları olan yaygın bir durumdur. Bu bölümde açıklanamayan infertilite konusu anlatılacaktır.

Genel olarak infertilite değerlendirmesi 12 ay korunması ve sık cinsel ilişkiye rağmen konsepsiyon olmayan çiftlerde yapılmalıdır. 12 ay öncesi değerlendirme ise medikal öykü, fiziksel bulgulara göre ayrıca 35 yaş üstü kadınlarda yapılmalıdır (1,2). Açıklanamayan infertilite bir dışlama tanısıdır. Ovulasyon fonksiyonu, tubal açıklık ve semen analizi değerlendirildikten sonra infertilite tedavisi gören çiftlerin %10-30'unda herhangi bir etiyoloji belirlenmemektedir(3, 4).

İnfertiliteye katkıda bulunan multipl faktörlerin olabileceği göz önünde bulundurularak medikal öykü ve fizik muayeneyi içeren ilk değerlendirme yapılmalıdır. Çiftlerin değerlendirilmesi birlikte yapılmalıdır ve yaklaşım primer ve sekonder infertilite için aynıdır.

Aşağıdaki değerlendirmeler birçok infertil çift değerlendirmesi için yeterlidir:

» Erkek faktörü değerlendirmek için semen analizi

- » Menstruel öykü, ovulasyon öncesi idrarda LH ve/veya ovuluar fonksiyonu değerlendirmek için luteal fazda progesteron ölçümü
- » Histerosalpingografi, sonohisterogram
- » Ovaryan rezervi değerlendirmek için menstrüel siklusun 3.günü serum FSH ve estradiol düzeyi incelenmesi, anti mülleryen hormon, ve/veya antral folikül sayısı
- » TSH değerlendirmesi
- » Prolaktin

Ayrıca sigarayı bırakmak, kafein ve alkol tüketimini azaltmak ve cinsel ilişkinin uygun zamanlaması ve sıklığı gibi fertilitiyi artıracak yaşam tarzı değişiklikleri konusunda da danışmanlık verilir.

Ovuluar bozukluk ve tubal hastalığı olan kadınlarda veya semen anormalliyi olan erkeklerde infertilite sebebini belirlemek nispeten daha basittir. Bu kategoriler çiftlerin yaklaşık yüzde 75 ila 85'inde infertilitenin sebebini oluşturmaktadır. Geriye kalan çiftlerde endometriozis yüzde 8, diğer çeşitli faktörler (örn. servikal faktör, immünojenik faktör, uterin sineşi) yüzde 2, açıklanamayan infertilite sebepleri ise yaklaşık yüzde 15'dir.

¹ Uzm. Dr., Siirt Eruh Devlet Hastanesi, guncebabacan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-5019-4363

temi grubunda canlı doğum oranı ise %9 olarak gerçekleşti(10).

Kolaylığı, maliyeti ve çoğul gebelik oranının daha düşük olması göz önüne alındığında, oral ajanlarla IUI, iyi prognozlu açıklanamayan infertiliteli kadınlarda standart birinci basamak tedavidir. Oral ajanlarla IUI, UEI'li çiftlerde uygun bir tedavidir ve bekleme yönetiminden daha etkilidir. Oral ajanlarla IUI için letrozol veya kломifen sitrat kullanılabilir(11).

Literatürde açıklanamayan infertilitesi olan kadınlarda diyagnostik laparoskopinin sınırlı yeri olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde rutin histeroskopi de bu hastalarda önerilmemektedir(12).

Epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki sigara içmek, yüksek BMI, fazla miktarda kafein tüketimi kadınlarda fertilitiyi azalttığını göstermektedir. Hastaya BMI 20 ila 27 kg/m² arasında tutması, kafein alımını günde yaklaşık 250 mg'a düşürmesi ve alkol alımını haftada dört standart içeceğe kadar azaltması konusunda tavsiyede bulunulmalıdır(13).

Sonuç: Açıklanamayan infertilite yaygın bir sorundur ve bir dışlama tanısı olmaya devam etmektedir. Bekleme yaklaşımı ve IUI gibi daha az invaziv tedavi seçenekleri vardır. Bekleme yaklaşımının önemi çiftlere anlatılmalıdır. Bu nedenle iyi ve kötü prognozlu olabilecek çiftleri ayırt etmek önemlidir. IVF'e ilerlemek invaziv ve pahalı olsa da siklus başına canlı doğum sayısını arttırabilir.

KAYNAKLAR

1. Moghissi KS, Wallach EE. Unexplained infertility. *Fertil Steril* 1983; 39:5.
2. Practice Committee of tAmerican Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril* 2008; 90:S60.
3. Athaullah N, Proctor M, Johnson NP. Oral versus injectable ovulation induction agents for unexplained subfertility. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (3):CD003052.
4. Collins JA, Van Steirteghem A. Overall prognosis with current treatment of infertility. *Hum Reprod Update* 2004;10:309–16.
5. Pandian Z, Bhattacharya S, Vale L, Templeton A. In vitro fertilisation for unexplained subfertility. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD003357.
6. Hull MG. Effectiveness of infertility treatments: choice and comparative analysis. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 47:99.
7. Lessey BA. Assessment of endometrial receptivity. *Fertil Steril* 2011; 96:522.
8. Hull, M.G., Glazener, C.M., Kelly, N.J., Conway, D.I., Foster, P.A., Hinton, R.A., Coulson, C., Lambert, P.A., Watt, E.M., Desai, K.M. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.)* 1985; 291: 1693–1697
9. Steures, P., van der Steeg, J.W., Hompes, P.G., Habbema, J.D., Eijkmans, M.J., Broekmans, F.J., Verhoeve, H.R., Bossuyt, P.M., van der Veen, F., Mol, B.W. Intrauterine insemination with controlled ovarian hyperstimulation versus expectant management for couples with unexplained subfertility and an intermediate prognosis: a randomised clinical trial. *Lancet* 2006; 368: 216–221
10. Farquhar, C.M., Liu, E., Armstrong, S., Arrol, N., Lensen, S., Brown, J. Intrauterine insemination with ovarian stimulation versus expectant management for unexplained infertility (TUI): a pragmatic, open-label, randomised, controlled, two-centre trial. *Lancet* 2018; 391: 441–450
11. Gunn DD, Bates GW. Evidence-based approach to unexplained infertility: a systematic review. *Fertil Steril*. 2016 Jun;105(6):1566-1574.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.02.001. Epub 2016 Feb 19. PMID: 26902860.
12. Kamath MS, Rikken JFW, Bosteels J. Does Laparoscopy and Hysteroscopy Have a Place in the Diagnosis of Unexplained Infertility? *Semin Reprod Med*. 2020 Jan;38(1):29-35. doi: 10.1055/s-0040-1718942. Epub 2020 Oct 20. PMID: 33080633.
13. Barbieri RL. The initial fertility consultation: recommendations concerning cigarette smoking, body mass index, and alcohol and caffeine consumption. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1168.