

YARDIMCI ÜREME YÖNTEMLERİNE YÖNELİK YENİ YÖNETMELİK SONRASI DEĞİŞEN ÜRO-ANDROLOJİ HASTA PROFİLİ VE BUNUN KLİNİĞE YANSIMASI

THE NEW REGULATION FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES: CHANGING URO-ANDROLOGY PATIENT PROFILE AND IMPACT ON UROLOGICAL PRACTICE

Cem AKBAL, İlker TİNAY, Hasan Hüseyin TAVUKÇU, Tufan TARCAN, Ferruh ŞİMŞEK
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: According to the new regulation in assisted reproductive techniques law in 2005, government employee must receive a health board statement from a teaching or university hospital proving the necessity of assisted reproductive techniques in order to get this service for free. In this study we aimed to evaluate the patient profile, who admitted to the Uro-Andrology clinic, before and after the new regulation and its impact on urologic practice.

Materials and Methods: Fifty five male patients, who admitted between August 2001 and August 2004, and 42 male patients, who admitted between June 2006 and March 2007, with primary male infertility were compared in terms of age at the time of admission, marriage duration, duration of unprotected intercourse, accompanying female factor, previous urological operations and number of patients with azoospermia.

Results: The mean marriage durations were 7.59 years before and 6.24 years after the new regulation but were statistically insignificant. Mean age at the time of admission was similar in both groups. Mean duration of unprotected intercourse were 7 years before and 5.21 years after the new regulation but the difference was statistically insignificant. After the new regulation the number of patients with azoospermia was significantly lower than the other group. Before 2005 patients with azoospermia accounted 72% of the group but this reduced to 23% after the new regulation.

Conclusion: After the new regulation, the possibility to receive free service in an assisted reproductive techniques center and the necessity of urological evaluation will cause earlier referral to the urology clinics and increase in the number of patients with oligospermia. Therefore, there is need for studies in idiopathic oligospermia treatment, for detailed evaluation of the patients with a surgically corrected infertility, for an extra afford in andrological micro-surgical practice in urology resident education and CME courses in this field.

Key words: Infertility, Regulation, Male factor

ÖZET

Resmi gazetede yayınlanan 2005 mali yılı bütçe uygulama talimatı tedavi yardımı yönetmeliğine göre memurlarımız, ancak eğitim ve üniversite hastaneleri tarafından belirtilen esaslara uygun olarak düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporu ile yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olabileceklerini belgelendirmeleri halinde ücretsiz olarak bu hizmetten yararlanabileceklerdir. Biz bu çalışmada yönetmelik öncesi ve sonrasında Üro-Androloji polikliniğine gelen hasta profilini değerlendirmeyi ve bunun üroloji pratiğini nasıl etkilediğini incelemeyi ve yorumlamayı amaçladık.

Üro-Androloji polikliniğimize Ağustos 2001-Ağustos 2004 tarihleri arasında başvuran 55 primer infertilitesi olan erkek olgu ile Haziran 2006- Mart 2007 tarihleri arasında başvuran diğer 42 erkek olgu karşılaştırıldı. Her iki grup; başvuru yaşı, evlilik süresi, korunmasız cinsel ilişki süresi, eş zamanlı kadın etkeni varlığı, önceki ürolojik ameliyatları, azospermik hasta sayısı açısından değerlendirildi.

Anne baba adaylarının evlilik süresi, yönetmelik öncesi dönemde 7,59 iken yönetmelik sonrasında 6,24 olarak saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ortalama yaşı her iki grupta benzerdir. Korunmasız cinsel ilişki süresi yönetmelik öncesi dönemde 7 yıl iken bu yeni dönemde 5,21'e inmiş fakat istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Yeni yönetmelik sonrasında Üro-Androloji kliniğine başvuran olgularda azospermik olguların sayısı yönetmelik öncesi gruba göre belirgin azalmıştır. Yönetmelik öncesinde azospermik hastalar erkek hasta profilinin %72'sini oluştururken yasa sonrası başvuran grupta %23'e gerilemiştir.

Yeni yönetmelik sonrasında maddi kaygılar devletin yardımıyla ortadan kalktığından üroloji kliniklerine başvuruların daha erken zamanda olacağı ve de üroloji uzmanı imzası zorunluluğu nedeniyle oligospermik olgu

Dergiye Geliş Tarihi: 15.03.2007

Yayına Kabul Tarihi: 07.06.2007

sayısında bir artışla karşılaşılacağı görülmektedir. Bu nedenledir ki; idiyopatik oligospermi tedavisine yönelik çalışmaların artması, cerrahi ile düzeltilebilecek infertilite nedenlerinin daha özenle ve zaman ayrılarak incelenmesi, üroloji asistan eğitiminde mikro-cerrahi androlojik işlemlere ağırlık verilmesi ve uzmanlık sonrası bunlara yönelik kursların daha sık süreçlerle düzenlenmesi gerekliliği doğacaktır.

Anahtar kelimeler: İnfertilite, Yönetmelik, Erkek etkeni

GİRİŞ

Günümüzde her 6 çiftten birisi çocuk sahibi olmakta problem yaşamakta ve yapılan araştırmalarda bunların %50'sinden erkek etkeni sorumlu tutulmaktadır¹. Erkek infertilitesi tedavi edilebilen birçok patoloji sonucunda gelişebilmekte ve bu patolojilerin tedavileri sonrasında belli bir zaman aralığından sonra hastalarda kabul edilebilir oranlarda doğal yollarla hamilelik gözlenebilmektedir²⁻³. Bunun yanında günümüz pratiğinde yardımcı üreme yöntemleri uygulanan hastalarda yüksek hamilelik oranlarının rapor edilmesi erkek etkeni olan olguların büyük çoğunluğunu bu tedavi yöntemine yöneltmektedir⁴. Bilindiği üzere 25722 numaralı ve 09.02.2005 tarihli resmi gazetede yayınlanan 2005 mali yılı bütçe uygulama talimatı tedavi yardımı yönetmeliğine göre; memurun kendisinin ve/veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eşinin infertiliteye bağlı olarak, ancak yardımcı üreme yöntemleri (YÜY) ile çocuk sahibi olması gerektiğinin eğitim ve üniversite hastaneleri tarafından belirtilen esaslara uygun olarak düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde ücretsiz olarak bu hizmetten yararlanabilecektir⁵. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 150 bin çift tedavi için beklemekte ve bakanlıktan ruhsatlı tüp bebek merkez sayısının 84 olduğu belirtilmektedir⁶. Şu an sadece İstanbul'da 31 ruhsatlı tüp bebek merkezi varken bunlardan sadece 6'sı devlete bağlıdır ve bunlardan 4'ü üniversite hastanesi (3 devlet, 1 vakıf) diğer ikisi de eğitim hastanesidir⁶. Bu yeni uygulama, uzun zamandır maddi sorunlar yüzünden bu yönetmeliği bekleyen anne baba adaylarının devlete bağlı ruhsatlı YÜY merkezlerine akın etmesine ve çiftlerde uzun yılların getirdiği beklentinin bir sonucu olarak sabırsızlıkla başarılı sonuç beklentisi oluşmasına neden olmaktadır. Biz bu çalışmamızda üniversitemiz Üro-Androloji Bilim Dalı'na yeni yönetmelik sonrasında başvuran erkek olguların profilinde bir değişiklik olup olmadığı ve bunun Üro-Androloji pratiğine nasıl yansındığını yasa öncesi dönemle karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Üro-Androloji polikliniğimize Ağustos 2001-Ağustos 2004 tarihleri arasında YÜY merkezinin aktif olarak çalıştığı zaman dilimleri içinde başvuran, retrospektif olarak telefonla ulaşılarak ve yeniden hastaneye çağırarak kliniğimizin kullandığı erkek infertilite formunun doldurulmasını kabul eden 55 primer erkek infertilitesi olan erkek olgu ile Haziran 2006-Mart 2007 tarihleri arasında başvuran prospektif olarak formları doldurulmuş 42 erkek olgu karşılaştırıldı. Her iki grupta başvuru yaşı, evlilik süresi, korunmasız cinsel ilişki süresi, eş zamanlı kadın etkeni olması, geçirilmiş varikosel ameliyatı, geçirilmiş inmemiş testis ameliyatı ve azospermik hasta sayısı ve diğer ölçütler açısından değerlendirildi. Her iki gruptaki olguların; başvuru yaşının, evlilik süresi, eş yaşı, korunmasız cinsel ilişki süresinin ortalamaları ile diğer ölçütler *unpaired t test* ile karşılaştırılırken $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Retrospektif değerlendirilen grupta infertilite nedeni sadece primer kadın etkeni olan çiftlerle formu dolduramayan ve hastaneye gelmeyi kabul etmeyen olgular çalışmaya alınmazken alınan 55 olgu formları üroandroloji polikliniğinden sorumlu uzman doktorla beraber doldurularak sonuçlar değerlendirildi. Her iki gruba baktığımızda ortalama başvuru yaşı benzer bulunmuştur. Çiftlerin evlilik süresi, yönetmelik öncesi dönemde 7.59 iken yönetmelik sonrasında 6.24 olarak saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Olgularının eşlerinin ortalama yaşı her iki grupta da benzerdir. Korunmasız cinsel ilişki süresi yönetmelik öncesi dönemde 7 yıl iken, yönetmelik sonrası dönemde 5.21'e inmiş fakat istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. İlk grupta eş zamanlı kadın etkeni sadece 2 çiftte saptanırken, yönetmelik sonrası eş zamanlı kadın etkeni olan hasta saptanmadı. Geçirilmiş varikosel ameliyatı oranları her iki grupta da benzer iken, inmemiş testis ameliyatı yasa öncesi grupta belirgin daha fazlaydı. Yeni yasa sonrasında Üro-Androloji kliniğine başvuran olgularda azospermik olguların sayısı yasa öncesi gru-

ba göre belirgin olarak azalmıştır. Yasa öncesinde azospermik hastalar erkek hasta profilinin %72'sini oluştururken, bu oran yasa sonrası başvuran grupta % 23'e gerilemiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Yönetmelik önce ve sonrası hasta profilindeki değişiklikler			
	Ağustos 2001- Ağustos 2004 n=55	Haziran 2006- Mart 2007 n=43	P Değeri
Başvuru yaşı	33,6	34	p>0.05
Evlilik süresi	7.59	6.24	p>0.05
Eş yaşı	28.76	29.57	p>0.05
Korunmasız cinsel ilişki süresi	7	5.21	p>0.05
Eş zamanlı kadın etkeni olması	2	0	p>0.05
Geçirilmiş varikozel ameliyatı	9	10	p>0.05
Geçirilmiş inmemiş testis ameliyatı	7	1	p>0.05
Azospermik olgu sayısı	40	10	p<0.05

TARTIŞMA

Üro-Androloji'de erkek infertilitesinin değerlendirilmesindeki başlıca amacımız infertilite nedeninin açıklanması ve nedene yönelik tedavinin planlanmasıdır. Spesifik tedavi veya ampirik tedavilerden fayda görülmediği takdirde de YÜY'e başvurulmaktadır. Yapılan çalışmalarda erkek infertilitesinin nedene yönelik tedavisi, YÜY'e göre hem maliyet/başarı açısından daha üstün, hatta kimi çalışmalarda daha yüksek, hem de oluşan gebelikler üremeye yardımcı tekniklerin riskinden uzak olmaktadır³.

Sperm taşıyan kanalların obstrüksiyonu, erkek infertilitesinin düzeltilebilir sebepleri arasında yer alır ve tedavi seçenekleri obstrüksiyonun yerleşimine göre değişmektedir. Distal ejakülatör kanal patolojilerinde TUR-ED ve proksimal obstrüksiyonlarda ise rekonstrüktif cerrahi (vazovazostomi/epididimovazostomi) birinci seçenek tedavilerdir. Mikrocerrahi ile yapılan vazovazostomi sonrası gebelik oranları %50 ile %75 oranında rapor edilmektedir⁷⁻⁹. Epididimal obstrüksiyon sonrasında epididimovazostomi uygulanan hastalarda gebelik oranları %20-46 oranında değişirken, bu ameliyat-

lar sonrasında anastomoz kapanma oranı tekniğe bağlı olarak %0-50 oranında değişmektedir³. En son rapor edilen bir çalışmada YÜY ve testiküler sperm aspirasyonu (TESA) yapılan 327 siklusta; obstrüktif azosperm ve non-obstrüktif azosperm olan olgularda sıra ile fertilizasyon oranı %57.1 ve %49.1 bulunurken klinik hamilelik oranları sadece %12.9 ve %15.4 olarak rapor edilmiştir¹⁰.

Erkek etkeni içinde varikozel, şimdiye kadar başarı maliyet analizi açısından en fazla tartışılmış konulardandır ve bunun nedeni de primer infertilite nedeniyle YÜY merkezine başvuran erkek hastaların %35'inde varikozel olmasıdır¹¹. Günümüzde primer non-obstrüktif azosperm tanısı konan ve klinik varikozeli olan olgularda mikro cerrahi varikosektomi sonrası hipospermatogenez veya matürasyon duraklaması patolojisi olan olguların tedavi sonrası 6. ayda bakılan ejakülatlarında hareketli sperm bulma oranları %33 ve %35 olarak bildirilmektedir¹²⁻¹³.

Bilindiği gibi 25722 numaralı ve 09.02.2005 sayılı resmi gazetede yayınlanan 2005 mali yılı bütçe uygulama talimatı tedavi yardımı yönetmeliğine göre memurlarımız tedavi yardımı yönetmeliği gereğince YÜY uygulamalarından hiçbir fark ödemediği yararlanma hakkı kazanmışlardır. Bunun için en az iki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile bir üroloji uzmanının imzaladığı raporla çiftin ancak YÜY ile çocuk sahibi olabileceği belgelenmelidir⁵. Yönetmelik öncesi Üro-Androloji hastalarımız ile yönetmelik sonrası hasta profilimiz karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olan fark, azospermik hasta sayısındaki azalma (%72 azosperm → %23 azosperm) ve oligospermik hasta sayısındaki artıştaki artmadır. YÜY ile çocuk sahibi olabilecek çiftlerde altta yatan patolojinin tespit ve tedavisi sonucu, doğal yolla çocuk sahibi olabilecek erkeklerin ayrımının yapılmasında üroloji uzmanına zorunluluklar getirmiştir. Yönetmelikte kadın etkeni için hastalıklar ayrıntılı olarak açıklanırken, erkek etkeni için sadece "üro-androlojik tedaviye cevap vermeyen" ibaresi kullanılmış ancak tedavi edilebilir nedenlerin neler olduğu ve bekleme süresi kadınlarda olduğu gibi açıklanmamıştır. Intra-uterin inseminasyon (IUI) ve intrasi-toplazmik sperm enjeksiyonundan (ICSI) yararlanmak için yönetmelikte erkek etkeni, en az 15 gün aralarla yapılan üç ayrı spermiyogramın hepsinde toplam motil sperm sayısının 5 milyondan az ol-

ması veya azospermik olması şeklinde tanımlanmıştır. Ancak örneğin idiyopatik oligo-asteno-terato-spermili (OAT) olgularda 6-9 ay süre ile ampirik tedavi verip sonrasında yeni bir spermiyogramla tekrar değerlendirilmesi hakkında hiçbir açıklama yoktur. Oysa bu tedavilerin başarısı yayınlarda tartışılmakta ve düşük oranlarda da olsa doğal yolla gebelikler rapor edilmektedir¹⁴.

Azospermik hastanın yapılan fiziksel inceleme grade III varikoseli saptanırsa ve spermiyogramı azospermik ise tedavi edilmeli mi yoksa direkt TESE mi yapılması gerektiği konusuna da açıklama getirilmemiştir. Oysa bu konuda da yayınlar farklı sonuçlara dikkat çekmektedir¹³⁻¹⁴. İleri OAT'li hastada parsiyel obstrüksiyonun veya azospermik hastada tam obstrüksiyonun varlığı araştırılmalı mı?, değerlendirmede transrektal ultrason yeterli mi yoksa vazografi her hastaya çekilmeli mi? konusu yönetmelikte belli değilken, kadınlarda histerosalpingografi çekilme gerekliliği açıkça belirtilmiştir⁵.

Kliniğimizde gözlediğimiz diğer bir konu da, tedavi edilebilir nedeni olsa da erkek olguların zaman kaybetmeden direkt yardımcı üreme yöntemlerini istemeleridir. Üro-Androlojik araştırma hasta istediğinden bağımsız yapılsa da, oligospermili hasta sayısının gelecekte artmaya aday olması bu konuda zaman içinde hastayla doktoru karşı karşıya getirecek gibi gözükmektedir. Baba adaylarının bu istekleri altında yatan nedenlerin başlıca sebebinin eş ve çevre baskısı olduğu düşünülmekle beraber, infertilite tanısı alan erkeklerin hayattan daha az zevk aldığı ve tedaviye bağlı ve tedavi sürecinde daha fazla stres yaşadıkları rapor edilmektedir¹⁵. Yakın zamanda yapılan başka bir çalışma, infertilite tanısı alan erkeklerin infertilite nedeninden bağımsız olarak libido kaybı ve seksten alınan zevkte azalma rapor ettiklerini göstermiştir¹⁶.

SONUÇ

Yeni yönetmelik sonrasında maddi kaygılar ortadan kalktığı için, üroloji kliniklerine başvuruların daha erken zamanda olacağı ve oligospermik olgu sayısında bir artışla karşılaşılacağı görülmektedir. Bu nedendir ki; idiyopatik oligospermi tedavisindeki çalışmaların artması, cerrahi ile düzel-

tilebilecek infertilite nedenlerinin daha özenle ve zaman ayrılarak incelenmesi, bunların tedavileri içinde üroloji asistan eğitimine ağırlık verilmesi ve uzmanlık sonrası kursların daha sık süreçlerle düzenlenmesi gerekliliği doğacaktır. Bunun yanında yönetmelikte, zaman içinde gerek hastayı gerekse üroloji uzmanını zor durumda bırakmayacak düzeltmelerin biran önce yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- **Honig SC, Lipshultz LI, Jarow JP:** Significant medical pathology uncovered by a comprehensive male infertility evaluation. *Fert Steril.* 62: 1028-34, 1994.
- 2- **Cayan S, Erdemir F, Ozbey I, et al:** Can varicocelectomy significantly change the way couples use assisted reproductive technologies? *J Urol.* 167: 1749-52, 2002.
- 3- **Tezer MH, Güven S, Ersay A ve ark:** Erkek infertilitesinde rekonstrüktif cerrahi: Teknik ve prediktif ölçütler. *Türk Üroloji Dergisi.* 32: 319-326, 2006.
- 4- **Allen VM, Wilson RD, Cheung A:** Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. *J Obstet Gynaecol Can.* 28: 220-50, 2006.
- 5- **2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı:** Sıra No: 4 Tedavi Yardımı. Resmi Gazete; (09/02) Mükerrer, Sayı 25722, 2005.
- 6- [http://www.saglik.gov.tr/uyt_merkezleri15022007\(1\)](http://www.saglik.gov.tr/uyt_merkezleri15022007(1))
- 7- **Lee L, McLoughlin MG:** Vasovasostomy: A comparison of macroscopic and microscopic techniques at one institution. *Fertil Steril.* 33: 54-55, 1980.
- 8- **Sharlip ID:** Vasovasostomy: Comparison of two microsurgical techniques. *Urology.* 17: 347-352, 1981.
- 9- **Schoysman R:** Delay of appearance of spermatozoa in the ejaculate after vaso-epididymostomy and vaso-vasostomy. *Acta Eur Fertil.* 21: 125-131, 1990.
- 10- **La Sala GB, Valli B, Leoni S, et al:** Testicular sperm aspiration (TESA) in 327 ICSI cycles. *Int J Fertil Womens Med.* 51: 177-82, 2006.
- 11- **Gorelick JI, Goldstein M:** Loss of fertility in men with varicocele. *Fertil Ster* 59: 613-6, 1993.
- 12- **Pasqualotto FF, Sobreiro BP, Hallak J, et al:** Induction of spermatogenesis in azoospermic men after varicocelectomy repair: An update. *Fertil Steril.* 85: 635-9, 2006.
- 13- **Esteves SC, Glina S:** Recovery of spermatogenesis after microsurgical subinguinal varicocele repair in azoospermic men based on testicular histology. *Int Braz J Urol.* 31: 541-8, 2005.
- 14- **Dohle GR, Colpi GM, Hargreave TB, et al:** The EAU Working Group on Male Infertility. EAU guidelines on male infertility. *Eur Urol.* 48: 703-11, 2005.
- 15- **Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P, et al:** Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia.* 31: 27-35, 1999.
- 16- **Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Jafarabadi M, et al:** Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertil Steril.* 85: 139-43, 2006.