

ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Α Ζαχαρίου¹, Δ Μπαλτογιάννης¹, Ι Γιαννάκης¹, Σ Τσαμπαλάς¹, Α Παλιούρας¹, Γ Δαλιγκάρος¹, Ερ Δούβλη¹, Π Χριστοδούλου¹, Τ Δάκος¹, Ν Σοφικίτης¹¹ Ουρολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ

Η κατάχρηση αναβολικών ανδρογόνων στεροειδών (ΑΑΣ) αποτελεί αυξανόμενο πρόβλημα σε άνδρες που επιδιώκουν την αύξηση της μυϊκής μάζας και τη βελτίωση της σωματικής τους εικόνας. Η χρόνια χρήση καταστέλλει την ενδογενή παραγωγή γοναδοτροπινών και τεστοστερόνης, οδηγώντας σε υπογοναδισμό, ατροφία των όρχεων και διαταραχές της σπερματογένεσης. Οι συνέπειες αυτές συχνά οδηγούν σε oligospermia ή ακόμα και σε azoospermia, επηρεάζοντας τη γονιμότητα των ανδρών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί, σε άνδρες με τεκμηριωμένη προηγούμενη χρήση αναβολικών/εξωγενούς τεστοστερόνης και αρχική azoospermia ή σοβαρή oligospermia, η αποτελεσματικότητα ενός τυποποιημένου θεραπευτικού σχήματος αποκατάστασης της σπερματογένεσης, που περιλαμβάνει διακοπή τεστοστερόνης και χορήγηση κιτρικής κλομιφαίνης σε συνδυασμό με χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG) για 3–6 μήνες. Πρωτεύοντα τελικά σημεία είναι η μεταβολή της συγκέντρωσης σπερματοζωαρίων και ο χρόνος μέχρι την επανεμφάνιση σπέρματος ή την επίτευξη φυσιολογικών τιμών στο σπερμοδιάγραμμα (β) η συνολική ανταπόκριση ανά υποομάδα αρχικά azoospermικών έναντι σοβαρά oligospermικών ασθενών. Δευτερεύοντες στόχοι είναι η τεκμηρίωση των ποσοστών εγκυμοσύνης (φυσικής σύλληψης και με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή), η ανάγκη για περαιτέρω ανδρολογικές παρεμβάσεις, καθώς και η ασφάλεια/ανεκτικότητα της αγωγής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική ανάλυση 32 ανδρών (μέση ηλικία 34 έτη) που παρακολουθήθηκαν μεταξύ 2021-2024. Η μέση διάρκεια προηγούμενης χρήσης τεστοστερόνης ήταν 2,1 έτη, με κυριότερους τρόπους χορήγησης την ένεση (53,1%) και από του στόματος χορήγηση (31,3%). Η αρχική μέση συγκέντρωση σπερματοζωαρίων ήταν 0 εκ/κεκ, με το 81,3% των ανδρών να εμφανίζουν azoospermia κατά την πρώτη αξιολόγηση. Το θεραπευτικό σχήμα περιλάμβανε τη διακοπή χορήγησης της εξωγενούς τεστοστερόνης και χορήγηση συνδυασμού κιτρικής κλομιφαίνης και ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης για τουλάχιστον 3-6 μήνες (μέση διάρκεια 5 μήνες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον αρχικό πληθυσμό των 26 azoospermικών ανδρών, 6 δεν προσήλθαν κατά την τακτική παρακολούθησή τους. Από τους υπόλοιπους 5 εμφάνισαν σοβαρή oligospermia (<5 εκατ/κεκ), 8 εμφάνισαν oligospermia (<15 εκατ/κεκ), 2 πέτυχαν φυσιολογικό σπερμοδιάγραμμα (>15 εκατ/κεκ) και 5 παρέμειναν azoospermικοί παρά τη χορήγηση θεραπείας για 6 μήνες. Από τα 21 ζευγάρια που απάντησαν στην τηλεφωνική επικοινωνία παρακολούθησης, 11 πέτυχαν εγκυμοσύνη (52,4%), εκ των ποίων 6 με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ART) και 5 με φυσική σύλληψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται ένα όλο και συχνότερο κλινικό πρόβλημα: την υπογονιμότητα ανδρών με ιστορικό χρήσης αναβολικών/εξωγενούς τεστοστερόνης, που οδηγεί σε υπογοναδοτροφικό υπογοναδισμό και καταστολή της σπερματογένεσης. Η σύγκριση των κλινικών εκβάσεων με δημοσιευμένα δεδομένα αναδεικνύει ορισμένες ομοιότητες και διαφορές. Στη δική μας σειρά, η επίτευξη κύησης μεταξύ των ζευγαριών που απάντησαν στην τηλεφωνική παρακολούθηση ήταν αξιοσημείωτη, με περίπου τις μισές εγκυμοσύνες να προκύπτουν μέσω υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART). Αντιθέτως, σε άλλη αναδρομική σειρά, αν και το συνολικό ποσοστό κυήσεων ήταν χαμηλότερο, η πλειονότητα των επιτυχιών επετεύχθη με φυσική σύλληψη. Πιθανές εξηγήσεις περιλαμβάνουν διαφορές στη βαρύτητα της αρχικής διαταραχής (υψηλότερα ποσοστά αρχικής azoospermίας στο δικό μας δείγμα), στα δημογραφικά/βιολογικά χαρακτηριστικά, στη διάρκεια αποχής από την τεστοστερόνη πριν από την έναρξη της θεραπείας, καθώς και στην «προθυμία» παραπομπής σε ART. Επιπλέον, το χρονικό παράθυρο παρακολούθησης (3–6 μήνες) ενδέχεται να υποεκτιμά την τελική δυναμική ανάκαμψης, δεδομένου ότι η σπερματογένεση απαιτεί ~74 ημέρες και οι ενδοκρινικές/παρακρινικές προσαρμογές συχνά παρατείνονται πέραν του εξαμήνου. Σημαντικό εύρημα είναι ότι, παρά την ορμονική παρέμβαση, ένας στους δύο άνδρες περίπου παραμένει με σοβαρή oligospermia ή azoospermia στο τέλος του εξαμήνου. Αυτό υπογραμμίζει ότι η «επιστροφή» της σπερματογένεσης δεν είναι ούτε άμεση ούτε εγγυημένη για όλους. Ως εκ τούτου, η εξατομικευμένη συμβουλευτική πρέπει να τονίζει ρεαλιστικές προσδοκίες, την πιθανή ανάγκη για ART και την αξία της έγκαιρης έναρξης θεραπείας μόλις διακοπεί η εξωγενής τεστοστερόνη. Η επέκταση της διάρκειας θεραπείας πέραν των 6 μηνών, η προσθήκη FSH σε περιπτώσεις υπογοναδοτροπισμού που επιμένει, καθώς και η συστηματική αξιολόγηση δεικτών όπως ο όγκος όρχεων, η FSH, η LH, η τεστοστερόνη και ενδεχομένως η ινχιμπίνη-B, μπορεί να βελτιώσουν την επιλογή ασθενών και τα ποσοστά ανταπόκρισης.