

Urologie



FERTILITEITSSTOORNISSEN

VRUCHTBAARHEIDSPROBLEMEN BIJ DE MAN



Informatie voor patiënten

AZ OUDENAARDE
VZW



www.azoudenaarde.be

Volg ons op   



Vruchtbaarheidsprobleem

(= Sub- of infertiliteit)

Inleiding

Subfertiliteit is het gedurende meer dan 12 maanden uitblijven van een zwangerschap bij een onbeschermd en op bevruchting gerichte gemeenschap. Ongeveer 1 op 6 koppels met kinderwens heeft een vruchtbaarheidsprobleem. Subfertiliteit van een koppel kan in ongeveer 38% van de gevallen worden toegeschreven aan een vrouwelijke factor, 20% aan een mannelijke factor, en in 27% aan een combinatie van beiden. In 15% van de gevallen kan noch bij de man, noch bij de vrouw een duidelijke oorzakelijke factor worden teruggevonden.

Men spreekt bij een vrouw van primaire subfertiliteit als ze nog nooit zwanger is geweest en van secundaire subfertiliteit als zij ooit al wel zwanger was. Dit geldt ook voor een vrouw waarbij deze zwangerschap niet tot de geboorte van een levend kind heeft geleid.

Bij de man spreekt men van primaire subfertiliteit als hij met zijn partner nog nooit een zwangerschap heeft bereikt, van secundaire subfertiliteit als hij al wel eerder een zwangerschap tot stand heeft gebracht bij zijn huidige of bij een vorige partner. Secundaire subfertiliteit komt vrij vaak voor.

Zelfs al vindt men bij de vrouw bepaalde elementen terug die een mogelijke verklaring zouden kunnen vormen voor het fertiliteitprobleem, dan nog is het aangewezen een spermaonderzoek bij de man te laten uitvoeren.

Bij ongeveer 50% van de subfertiele koppels zijn er één of meerdere zaadafwijkingen bij de man terug te vinden.



Oorzaken van mannelijke subfertiliteit

Mannelijke fertiliteit impliceert een normaal functionerende hypothalame-hypofysaire-testiculaire as. Oorzaken van subfertiliteit en/of afwijkingen van het sperma kunnen zijn:

1. Seksuele problemen/ejaculatiestoornissen.
2. Omgeving- en lifestyle factoren: roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, drugs (cannabis), stress, medicatie, doping (anabole steroïden), blootstelling aan xeno-oestrogene hormonale ontregelaars zoals bepaalde onkruidverdelgers, schimmelwerende middelen, insecticiden, PCB's, kunststoffen, dioxines en andere toxische stoffen zoals lood, kwik, cadmium,...
3. Testiculaire insufficiëntie: genetisch (syndroom van Klinefelter, Y-chromosoom-afwijkingen, ...); verworven bijvoorbeeld na infectieuze orchitis door bv. Bof (Dikoor) of na chemo- of radiotherapie, ...
4. Obstructies van de tractus genitalis: bij de geboorte aanwezig of verworven na bijvoorbeeld lieschirurgie, na infectie, ...
5. Varicocoele of spatader ter hoogte van de teelbal
6. Sperma-antilichamen
7. Endocriene oorzaken : diabetes, het syndroom van Kallman (congenitaal en zeer zeldzaam) of verworven als onderdeel van een hypofysaire of hypothalame aandoening

Bij ongeveer 40% van de mannen met subfertiliteit kan er geen onderliggende oorzaak gevonden worden voor de abnormale resultaten van het spermaonderzoek.



Sperma-onderzoek

Normaal **sperma** is een mengsel van zaadcellen, gesuspendeerd in secreties afkomstig van de teelbal en bijbal, die op het moment van ejaculatie vermengd worden met secreties van de prostaat, de zaadblazen en de bulbo-urethrale klieren (Cowper). Het resultaat is een stroperig vocht dat het “ejaculaat” wordt genoemd. Het proces van de zaadcelproductie (de spermatogenese) neemt ongeveer 70 dagen in beslag.

Een essentiële voorwaarde om betrouwbare conclusies te kunnen trekken uit de resultaten van een spermaonderzoek, is dat het spermastaal op een gestandaardiseerde manier wordt afgenomen en getransporteerd. Belangrijk is een onthoudingsperiode van minimum 48 uur en zeker niet langer dan 7 dagen te respecteren, optimaal tussen 3 en 4 dagen, en in geval van opeenvolgende afnamen deze zo constant mogelijk te houden om de variabiliteit van de resultaten te reduceren. Na wassen van de handen en ledigen van de blaas dient het staal vervolgens door masturbatie te worden opgewekt. Het is belangrijk dat het staal volledig en rechtstreeks wordt opgevangen in een steriel recipiënt (bij voorkeur het klassieke urinepotje. In geen geval mag een andere methode (condoom, ...) worden toegepast. Het staal mag tijdens het transport niet teveel afkoelen, dus indien mogelijk op lichaamstemperatuur (oksel, onder arm, in broekzak, ...) !

Zodra het spermastaal in het laboratorium toekomt en zodra de liquefactie (het natuurlijke proces van “vervloeiing”) volledig is, wordt het staal beoordeeld op uitzicht en worden volume, viscositeit en pH gemeten.

Bij het beoordelen van de motiliteit of beweeglijkheid worden de snel progressief bewegende spermatozoa, de traag progressief bewegende, de ter plaatse bewegende en de onbeweeglijke spermatozoa procentueel geteld.



Vervolgens wordt de concentratie van de spermatozoa, van de voorlopers van de spermatozoa en van de leukocyten (de som van beide laatste zijn de “ronde cellen”) bepaald en de morfologie wordt beoordeeld.

Om de resultaten van het spermaonderzoek te beoordelen, doet men beroep op de door de WHO opgestelde referentiewaarden:

- a. **Kleur** Normaal sperma is melkachtig grijs. Te helder sperma kan wijzen op een verlaagde concentratie spermatozoa, een roodbruine kleur op hematospermie, een gele kleur op urine of bilirubine.
- b. **Volume** Een laag volume (dat niet te wijten is aan problemen tijdens de afname) kan naast een productieprobleem of een obstructie, ook wijzen op retrograde ejaculatie. In dat geval kunnen spermatozoa worden aangetoond in de urine na zaadlozing. Een verhoogd volume komt voor bij langdurige onthouding en varicocele.
- c. **pH** Een pH <7 in combinatie met een laag volume en afwezigheid van zaadcellen is suggestief voor een volledige (bilaterale) obstructie of afwezigheid van de zaadleiters.
- d. **Viscositeit** Een verhoogde viscositeit kan de beweeglijkheid “in vitro” belemmeren, “in vivo” zal slechts een sterk verhoogde viscositeit (> 5 cm) een invloed hebben op de beweeglijkheid van de spermatozoa.
- e. **Aantal en concentratie** Normaal komen er bij een ejaculatie 100 tot 200 miljoen spermatozoa vrij, 20 tot 50 miljoen per milliliter. Zijn het er minder dan 20 miljoen per milliliter, dan spreekt men van oligozoöpermie. Er is sprake van ernstige of extreme oligozoöpermie wanneer er minder dan 5 respectievelijk 1 miljoen zaadcellen per milliliter aanwezig zijn. Wanneer er (na centrifugatie) herhaaldelijk geen spermatozoa in het ejaculaat worden aangetroffen, spreekt men van “azoöpermie”. Azoöpermie of ernstige oligozoöpermie kan



van obstructieve of niet-obstructieve aard zijn en dient nader onderzocht te worden.

f. **Beweeglijkheid** Een belangrijk percentage spermatozoa dient goed beweeglijk te zijn om naar de eicel in de eileider te kunnen zwemmen. Men spreekt van asthenozoöpermie wanneer de motiliteit van de zaadcellen verminderd is.

g. **Morfologie** Bij elke man komen zaadcellen voor met afwijkende vorm. Wanneer er echter te veel abnormale vormen in het ejaculaat worden aangetroffen spreekt men van teratozoöpermie.

Vaak komen drie afwijkingen (verlaagde concentratie, verminderde beweeglijkheid en te veel afwijkende vormen) samen voor onder de vorm van het "OAT" syndroom (het oligoasthenoteratozoöpermie syndroom). Bij enkele gevallen van OAT (<1 miljoen spermatozoa/mL) is er een obstructie van de mannelijke genitale tractus of worden er genetische afwijkingen teruggevonden.

h. **Ronde cellen en leukocyten** Een normaal ejaculaat bevat niet meer dan 5 miljoen ronde cellen/mL, waaronder leukocyten, epitheliale cellen van de genito-urinaire tractus en voorstadia van spermatozoa. Leukocytospermie wordt gedefinieerd als aanwezigheid van meer dan 1 miljoen leukocyten/mL. In dit geval dient een infectie aan de hand van een microbiologisch onderzoek te worden uitgesloten. Een verhoogd aantal leukocyten zou een invloed kunnen hebben op de spermakwaliteit doch of het op zich een oorzaak is van subfertiliteit, is niet helemaal duidelijk. Een verhoogd aantal voorstadia van spermatozoa komt o.m. voor bij varicocoele.

Hoewel het spermaonderzoek in de evaluatie van een fertiliteitprobleem onontbeerlijk is, blijkt uit studies dat de waarde ervan als voorspellende factor voor een natuurlijke zwangerschap, uiterst miniem is.



Het is bovendien bekend dat er een grote overlap bestaat van de spermakwaliteit tussen vruchtbare en onvruchtbare mannen. Met andere woorden, het spermaonderzoek leent zich niet tot het “klasseren” van een man als fertiel of subfertiel. Geen enkele parameter, noch een combinatie van parameters - tenzij azoöspermie - is “diagnostisch” voor infertiliteit. Zoals hoger aangehaald, bestaan er ook verschillende andere factoren die de conceptiekans van een koppel beïnvloeden en waarmee, in de voorspelling van een zwangerschap, in belangrijke mate rekening dient gehouden te worden.

Indien er afwijkingen worden vastgesteld, is het aangewezen ten minste één controle uit te voeren alvorens enige conclusie te trekken. Het is namelijk bekend dat er een grote variabiliteit van de spermakwaliteit bestaat, ook bij normaal fertiele mannen, waarbij de concentratie spermatozoa sterk kan wisselen in functie van de tijd.

Een controlestaal wordt bij voorkeur ten vroegste 1 tot 2 weken na het eerste staal afgenomen, tenzij bij een koortsepisode waar deze periode dient vermeerderd te worden met de duur van een volledige cyclus van spermatogenese en zaadceltransport, namelijk 3 maanden.



Tot slot

Indien bij controle opnieuw lichte afwijkingen worden vastgesteld, kan het zinvol zijn aandacht te besteden aan arbeidsomstandigheden of aan bepaalde lifestylefactoren waarvan bekend is dat ze een invloed kunnen hebben op de vruchtbaarheid.

De vruchtbaarheid bij de man verhoogt door het aannemen van een regelmatige levensstijl met gezonde voeding, door te stoppen met roken, met drugs of anabole steroïden, het beperken van alcohol, het scrotum fris houden (geen hete baden, geen spannende kledij of nauw aansluitend ondergoed, niet te intens sporten, geen langdurige autoritten).

Zo nodig kan gestart worden met een behandeling ter verbetering van de spermakwaliteit :

bv. Medicamenteuze behandeling met Fertility man[®], Qualisperm[®], Linusit[®], Proxeed plus[®],... .

Bij zware stoornissen wordt het koppel doorverwezen naar een fertiliteitskliniek.





Voor meer info raadpleeg:

Dr. Casier Bram

Dr. Truijen Geert

Dienst urologie

Voor afspraken:

055 33 66 38



AZ Oudenaarde vzw

AZ OUDENAARDE
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be

AZO/URO/167

Laatst aangepast op 06/01/2021

V.U.: AZ Oudenaarde