

Υπογονιμότητα λόγω ιδιοπαθούς αδυναμίας εκσπερμάτισης

Δ. Πανίδης, Α. Κούρτης, Σ. Σκιαδόπουλος, Ι. Πηδώνια, Κ. Πεκλιβανίδης,
Μ. Μαμόπουλος

Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Περίληψη: Περιγράφεται η περίπτωση άνδρα, ηλικίας 28 ετών, ο οποίος ουδέποτε παρουσίασε εκσπερμάτιση, μολονότι η επιθυμία για σεξουαλική επαφή και η στύση ήταν φυσιολογικά. Το ιστορικό, η αντικειμενική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγ-

χος έδειξαν ότι επρόκειτο για ιδιοπαθή αδυναμία εκσπερμάτισης. Συζητούνται η αιτιολογία, η διαγνωστική προσέγγιση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της αδυναμίας εκσπερμάτισης.
Ιπποκράτεια 1997, 1: 163-166.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σεξουαλική λειτουργία του άνδρα συνίσταται από μια αλυσίδα αντιδράσεων, που την αποτελούν η επιθυμία για σεξουαλική επαφή, η στύση, η είσοδος του πέους στον κόλπο, η διατήρηση της στύσης, η προσέγγιση του ανώτερου ορίου ικανοποίησης, η εκσπερμάτιση και η γονιμοποίηση. Κάθε κρίκος της αλυσίδας έχει το δικό του μηχανισμό. Η γονιμότητα βέβαια εξαρτάται από την εκσπερμάτιση, όλες όμως οι άλλες διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης και της εκσπερμάτισης, είναι δυνατό να λειτουργήσουν ανεξάρτητα. Η εκσπερμάτιση για παράδειγμα μπορεί να επιτευχθεί χωρίς προηγούμενη στύση ή προσέγγιση του ανώτερου ορίου ικανοποίησης. Η έναρξη όμως καθεμιάς από τις διεργασίες αυτές διευκολύνεται από την ολοκλήρωση της προηγούμενης, έτσι ώστε η σεξουαλική λειτουργία να θεωρείται ως συνεχές φαινόμενο. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς παραπονούνται συχνότερα για μια από τις τελευταίες διεργασίες παρά για εκείνη που αρχικά επηρεάζεται. Ενώ δηλαδή οι ασθενείς προσέρχονται για υπογονιμότητα, το πρόβλημα εντοπίζεται στην αδυναμία εκσπερμάτισης. Ακόμη, ενώ παραπονούνται για αδυναμία εκσπερμάτισης, η κύρια αιτία δε σχετίζεται με το μηχανισμό της εκσπερμάτισης αλλά με την αδυναμία προσέγγισης του ανώτερου ορίου ικανοποίησης¹.

Η αδυναμία εκσπερμάτισης ακόμη και ύστερα από επαρκή στύση αποτελεί σπάνια αιτία σεξουαλικής δυσλειτουργίας και υπογονιμότητας².

Η κατάσταση αυτή έχει περιγραφεί και ως ανικανότητα εκσπερμάτισης, ανεπάρκεια εκσπερμάτισης, αδυναμία προώθησης του σπέρματος, καθυστερημένη εκσπερμάτιση ή πρόωρη εκσπερμάτιση^{3,4}. Η αδυναμία εκσπερμάτισης μπορεί να είναι πλήρης (αδυναμία εκσπερμάτισης κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες) ή εκλεκτική (αδυναμία εκσπερμάτισης μόνο μέσα στον κόλπο), πρωτοπαθής (αδυναμία εκσπερμάτισης σε όλη τη διάρκεια της ζωής) ή δευτεροπαθής (αδυναμία εκσπερμάτισης που ήταν προηγουμένως φυσιολογική)⁴.

Επειδή η αδυναμία εκσπερμάτισης αποτελεί σπάνια αιτία σεξουαλικής δυσλειτουργίας και υπογονιμότητας, θεωρήθηκε σκόπιμη η περιγραφή μιας περίπτωσης που μελετήθηκε πρόσφατα. Θεωρήθηκε ακόμη σκόπιμη η περιγραφή της περίπτωσης αυτής για να τονιστεί η χρησιμότητα της διάγνωσής της, δεδομένου ότι είναι δυνητικά θεραπεύσιμη.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ο Γ.Π., ηλικίας 28 ετών, επισκέφθηκε το Ιατρείο Ανδρολογίας της Κλινικής για αδυναμία εκσπερμάτισης και υπογονιμότητα. Αδυναμία εκσπερμάτισης εμφανιζόταν και ύστερα από αυνανισμό και ύστερα από σεξουαλική επαφή, μολονότι η στύση ήταν φυσιολογική.

Από τα 11 του χρόνια ο Γ.Π. άρχισε να εμφανίζει τρίχωση στο εφηβαίο, στις μασχάλες και στο πρόσωπο, η οποία ολοκληρώθηκε ύστερα από τρία περίπου χρόνια. Στην ηλικία των 14 ετών ο ασθενής διαπίστωσε αλλαγή στη χροιά και στο ύψος της φωνής, που με την πάροδο του χρόνου έγινε βαθύτε-

ρη. Ταυτόχρονα με την εμφάνιση της τρίχωσης ο Γ.Π. παρατήρησε αύξηση του μεγέθους των όρχεων και του πέους, καθώς και εμφάνιση επιθυμίας για σεξουαλικές σχέσεις. Εκσπερμάτιση δεν ανέφερε ούτε ύστερα από αυνανισμό ούτε ύστερα από φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις, που άρχισαν από την ηλικία των 18 ετών. Ανέφερε όμως ακούσιες νυκτερινές εκσπερμάτισεις κάθε 20-30 ημέρες. Στην ηλικία των 25 ετών νυμφεύθηκε και στα τρία χρόνια που ακολούθησαν δεν επιτεύχθηκε εγκυμοσύνη. Σημειώνεται ότι ο λεπτομερειακός έλεγχος που έγινε στη γυναίκα του, σε άλλο Ιατρικό Κέντρο, δεν έδειξε κανένα από τα γνωστά αίτια υπογονιμότητας.

Η αντικειμενική εξέταση έδειξε άτομο αρτιμελές με ύψος 181 εκατοστά του μέτρου και βάρος 78 χιλιογράμματα. Η μυϊκή και σωματική διάπλαση ήταν ανδρικού τύπου. Η τρίχωση του εφηβαίου, των μασχαλών και του προσώπου ήταν πλήρως αναπτυγμένη. Η εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων έδειξε ότι το πέος ήταν φυσιολογικού μεγέθους, το όσχεο παρουσίαζε φυσιολογική ρυτίδωση και μελάγχρωση και οι όρχεις, που βρίσκονταν μέσα στο όσχεο, είχαν όγκο 24 κυβικά εκατοστά ο καθένας (φυσιολογικές τιμές: 15-25 cm³), όπως εκτιμήθηκε με το ορχιδόμετρο του Prader. Ακόμη οι όρχεις δεν παρουσίαζαν ευαισθησία και η σύστασή τους ήταν φυσιολογική. Φυσιολογικά ήταν επίσης οι επιδιδυμίδες, ο προστάτης και οι σπερματικοί τόνοι. Κιρσοκήλη δε βρέθηκε. Η νευρολογική εξέταση δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα.

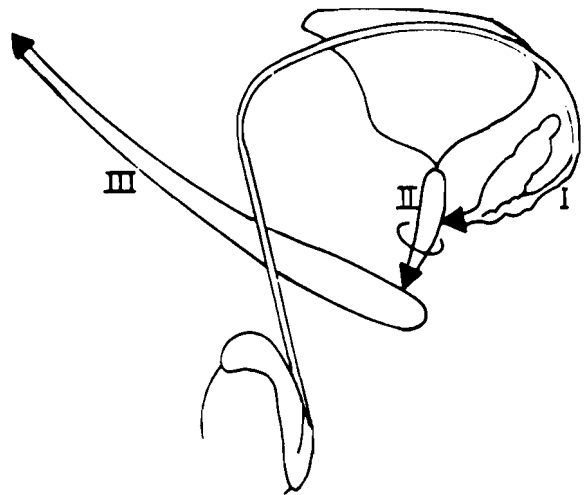
Ο έλεγχος των ούρων που λήφθηκαν με καθητηριασμό ύστερα από φυσιολογική σεξουαλική επαφή χωρίς εκσπερμάτιση δεν έδειξε παρουσία σπερματοζωαρίων. Η αναζήτηση των σπερματοζωαρίων έγινε στα επιχρίσματα του ιζήματος των ούρων, που χρωματίστηκαν κατά Παπανικολάου. Οι βασικές τιμές της FSH (7,1 mIU/ml), της LH (6,2 mIU/ml), της προλακτίνης (95 μIU/ml), της τεστοστερόνης (610 ng/100 ml), της θυροξίνης και της τριϊωδοθυρονίνης ήταν φυσιολογικές. Ο υπόλοιπος εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα.

Ο έλεγχος του σπέρματος που λήφθηκε ύστερα από ηλεκτροδότηση έδειξε ότι οι κύριες και οι δευτερεύουσες παράμετροι ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Έτσι ο αριθμός των σπερματοζωαρίων ήταν $69,1 \times 10^6$ /ml, η εκατοστιαία αναλογία των κινητών σπερματοζωαρίων 52,8% και τα σπερματοζωάρια με φυσιολογική μορφολογία 47%.

Στον ασθενή για την αδυναμία εκσπερμάτισης συστήθηκε θεραπεία σεξουαλικής συμπεριφοράς, ενώ για το πρόβλημα υπογονιμότητας συστήθηκε ενδομήτρια σπερματέγχυση στη σύζυγο ύστερα από λήψη του σπέρματος με ηλεκτροδότηση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

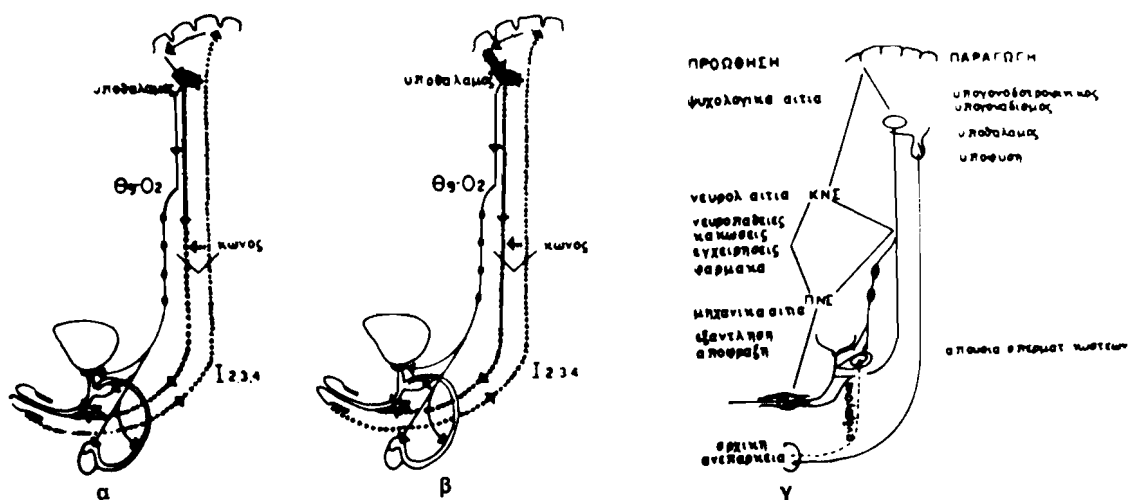
Η εκσπερμάτιση αποτελεί τη δυναμική εκκένωση του σπέρματος από την ουρήθρα. Η διαδικασία της εκσπερμάτισης επιτελείται σε τρεις φάσεις (Σχ. 1). Κατά την πρώτη φάση (φάση I) ρυθμικές συσπάσεις της ουράς της επιδιδυμίδας και του σπερματικού πόρου εξωθούν τον μεγαλύτερο όγκο των σπερματοζωαρίων στην οπίσθια ουρήθρα, με αποτέλεσμα το πρώτο κλάσμα της εκσπερμάτισης να περιέχει τον μεγαλύτερο αριθμό σπερματοζωαρίων⁵. Η πρώτη φάση ολοκλη-



Σχ. 1. Οι τρεις φάσεις της εκσπερμάτισης.

ρώνεται με τη σύσπαση του τοιχώματος των σπερματοδόχων κύστεων. Η παρουσία σπέρματος στην οπίσθια ουρήθρα αποτελεί το έναυσμα για την έναρξη της δεύτερης φάσης (φάση II), τα χαρακτηριστικά της οποίας είναι η σύσπαση της οπίσθιας ουρήθρας, με επακόλουθη έκκριση του προστατικού υγρού και η απόφραξη του αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η απόφραξη αυτή είναι τόσο ισχυρή ώστε να εμποδίζεται η ανάστροφη ροή του σπέρματος στην ουροδόχο κύστη, ακόμη και ύστερα από διαλείπουσες συστολές του έξω σφιγκτήρα της κύστης, οι οποίες επιτελούνται στη τρίτη φάση (φάση III) και οι οποίες έχουν ως στόχο την παρεμπόδιση της εισόδου του σπέρματος στην προστατική μοίρα της ουρήθρας κατά τη διάρκεια των ρυθμικών συστολών του βολβοσπρηαγγώδη και του ισχιοσπρηαγγώδη μυ¹.

Οι διαταραχές της εκσπερμάτισης κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: α) διαταραχές που οφείλονται σε υπέρμετρη δραστηριότητα του «κέντρου της εκσπερμάτισης» (Σχ. 2β) και β) διαταραχές που οφείλονται σε ανεπάρκεια του «κέντρου» αυτού (Σχ. 2γ). Η πρώτη εκτροπή της λειτουργίας του «κέντρου» μπορεί να προκληθεί είτε από διεγέρσεις, που προέρχονται από φλεγμονές και άλλες ερεθιστικές βλάβες της προστατικής ουρήθρας, ή από φλοιϊκές διεγέρσεις (φόβος ή υπερδιέγερση μη σεξουαλικής αιτιολογίας, επιληπτικές καταστάσεις, οργανικές εγκεφαλικές βλάβες). Η δεύτερη εξάλλου εκτροπή μπορεί να προκληθεί είτε από ανεπαρκή παραγωγή σπέρματος (υπογοναδοτροφικός υπογοναδισμός) ή από αδυναμία προώθησής του στο ανδρικό γεννητικό σύστημα (ψυχολογικά, νευρολογικά ή μηχανικά



Σχ. 2. Νευρική ρύθμιση της φυσιολογικής εκσπερμάτισης (2α), διαταραχές της εκσπερμάτισης από υπέρμετρη δραστηριότητα (2β) ή από ανεπάρκεια του «κέντρου» (2γ).

αίτια)¹.

Ο λόγος προσέλευσης του ασθενή ήταν η πλήρης, πρωτοπαθής, αδυναμία εκσπερμάτισης. Ασθενείς με αδυναμία εκσπερμάτισης προσφεύγουν συνήθως στους γιατρούς για πρόβλημα γονιμότητας (82%) και σπανιότερα για διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας (18%)^{2,4}. Οι περισσότεροι παρουσιάζουν δευτεροπαθή και εκλεκτική αδυναμία εκσπερμάτισης (73%). Στις περιπτώσεις όπου η αδυναμία εκσπερμάτισης είναι δευτεροπαθής, η ύπαρξη οργανικής βλάβης είναι πιθανότερη³.

Το ιστορικό, η κλινική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος του ασθενή απέκλεισαν την ύπαρξη οργανικής βλάβης, που θα μπορούσε να ευθύνεται για την αδυναμία εκσπερμάτισης, και έτσι η πάθησή του χαρακτηρίστηκε ως ιδιοπαθής. Οργανικά αίτια που προκαλούν αδυναμία εκσπερμάτισης είναι η παρεμπόδιση της λειτουργίας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (οπισθοπεριτοναϊκή εκτομή λεμφαδένων), τα τραύματα, οι παθήσεις και οι χειρουργικές επεμβάσεις στη σπονδυλική στήλη, ο σακχαρώδης διαβήτης, η έντονη σωματική εξάντληση, η κατάχρηση οινόπνευματων και η λήψη ναρκωτικών, ηρεμιστικών, αντιψυχωτικών, αντιυπερτασικών και συμπαθητικολυτικών φαρμάκων (Σχ. 2γ)⁶. Σημειώνεται ότι ο ασθενής ανατράφηκε σε μια θρησκόληπτη οικογένεια, με σκληρό μορφωτικό υπόστρωμα που ανέστειλε την ενημέρωση της εφηβικής σεξουαλικής ανάπτυξης. Τα στοιχεία αυτά ενισχύουν τη θέση ότι η αδυναμία εκσπερμάτισης οφείλονταν σε ψυχογενή αίτια. Σε

διάφορες θεωρίες προτείνονται ψυχοδυναμικές φόρμες για την ερμηνεία της ψυχογενούς αδυναμίας εκσπερμάτισης. Στις θεωρίες αυτές συμπεριλαμβάνονται η αυστηρή θρησκευτική ανατροφή, που προκαλεί ενοχές όσον αφορά τη σεξουαλική δραστηριότητα, η καταπιεσμένη οργή, τα αμφιλεγόμενα συναισθήματα προς τη σύζυγο, η τραυματική σεξουαλική εμπειρία, η εκσπερμάτιση μόνον ύστερα από αυνανισμό, η πιθανή αντεκδίκηση, η απροθυμία χορήγησης, ο φόβος αποτυχίας, το άγχος παρουσίασης και το σκληρό μορφωτικό υπόστρωμα¹.

Η διάγνωση της αδυναμίας εκσπερμάτισης στον ασθενή που περιγράφηκε δεν παρουσίασε δυσκολίες, ιδιαίτερα ύστερα από τον αποκλεισμό της ανάστροφης εκσπερμάτισης⁷, επειδή αποτελούσε τον έναν από τους λόγους προσέλευσης στο γιατρό. Η διάγνωση είναι δυσκολότερη όταν το πρόβλημα για το οποίο ζητούν βοήθεια είναι η υπογονιμότητα, μολονότι η συχνότητα της αδυναμίας εκσπερμάτισης είναι υψηλότερη στον πληθυσμό αυτό. Οι δυσκολίες στη διάγνωση οφείλονται και στη σπανιότητα της αδυναμίας εκσπερμάτισης ως αιτίας υπογονιμότητας (3% των υπογόνιμων ανδρών)¹ και στην απόκρυψη του συμπτώματος αυτού από τους ασθενείς⁴. Οι δυσκολίες αυτές γίνονται εντονότερες, όταν η αδυναμία εκσπερμάτισης είναι εκλεκτική (αδυναμία εκσπερμάτισης μόνο μέσα στον κόλπο). Επομένως οι ασθενείς πρέπει να ελέγχονται επίμονα για την ενδεχόμενη ύπαρξη αυτής της κατάστασης, ιδιαίτερα όταν δε βρίσκονται σπέρματοζώαρια στην τραχηλική βλέννη κατά τη δοκιμασία

ύστερα από την επαφή.

Η ιδιοπαθής αδυναμία εκσπερμάτισης αποδίδεται σε μειωμένη ικανότητα αντίδρασης του «κέντρου» εκσπερμάτισης στα συνηθισμένα ερεθίσματα. Κατά συνέπεια η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να στοχεύει και στην αύξηση των τοπικών σεξουαλικών διεγέρσεων και στη μεταβολή της ικανότητας αντίδρασης του εγκεφάλου στις διεγέρσεις αυτές³. Αύξηση των τοπικών σεξουαλικών διεγέρσεων μπορεί να επιτευχθεί με ηλεκτροδότηση, η οποία δημιουργεί εντονότερα ερεθίσματα από ό,τι ο αυνανισμός⁸. Εντούτοις ακόμη και αν επιτευχθεί εκσπερμάτιση με τον τρόπο αυτό, το «κέντρο» της εκσπερμάτισης εξακολουθεί να παραμένει παθολογικό, λόγος για τον οποίο επιβάλλεται και ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία συνίσταται σε ψυχανάλυση, σε θεραπεία της σεξουαλικής συμπεριφοράς ή σε θεραπεία τροποποίησης της συμπεριφοράς του ατόμου. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο υποκείμενος συναισθηματικός μηχανισμός, η μακροχρόνια ψυχαναλυτική θεραπεία δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικότερη από τη βραχυχρόνια θεραπεία τροποποίησης της συμπεριφοράς¹. Η τελευταία είναι περισσότερο αποτελεσματική, επειδή δεν είναι χρονοβόρα και επειδή είναι λιγότερο ενοχλητική για τον εσωτερικό ψυχισμό του ασθενή.

ABSTRACT

Panidis D, Kourtis A, Skiadopoulou S, Pidonia I, Pechlivanidis K, Mamopoulos M. Infertility in a patient with idiopathic unejaculation. Hippokratia 1997, 1: 163-166.

A case of a 28 years old male with unejaculation, who had normal libido and erection is descri-

bed. Medical history, clinical examination and laboratory investigation showed idiopathic unejaculation. The etiology, the diagnostic approach and the therapy of this situation are discussed.

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

1. Yeates KW. Ejaculatory disturbances. In: Andrology. Pryor JP, Lipshultz LI (eds). Butterworth and Company. London, 1987: 183.
2. Wheeler SJ, Walter SJ, Culkin JD, Canning JR. Idiopathic unejaculation treated by vibratory stimulation. Fertil Steril 1988, 50: 377-9.
3. Shull GR, Sprenkle DH. Retarded ejaculation and implications for treatment. J Sex Merital Ther 1980, 6: 234-8.
4. Hamer MP, Bain J. Ejaculatory incompetence and infertility. Fertil Steril 1986, 45: 384-6.
5. Panidis D, Arvanitidou-Vajonas M, Moysat J, Papaloucas A. Comparison of the parameters of the whole segment versus the two fractions of the split ejaculate in 20 potentially fertile men. Infertility 1985, 8: 179-86.
6. Murphy JB, Lipshultz LI. Abnormalities of ejaculation. Urol Clin North Am 1987, 14: 583-7.
7. Πανίδης Δ. Ανάστροφος εκσπερμάτισης. Νοσok Χρον 1974, 36: 1-2.
8. Kiekens C, Spiessens C, Duyck F, Vandewegine D, Coucke W, Vanderschueren D. Pregnancy after electroejaculation in combination with intracytoplasmic sperm injection in a patient with idiopathic anejaculation. Fertil Steril 1996, 66: 834-6.

Αλληλογραφία:

Δ. Πανίδης, Μητροπόλεως 119
546 22 - Θεσσαλονίκη

Corresponding author:

D. Panidis, 119, Mitropoleos Str.
546 22 - Thessaloniki-Greece