

Testis kanseri tedavisi öncesi sperm kriyoprezervasyonu ve infertilite tedavisine katkıları

Záková J, Lousová E, Ventruba P, et al.
Scientific World Journal 2014: 1-5

Testis kanseri insidansı dünya genelinde artmaktadır. Testis kanseri 20-40 yaş grubunda en sık görülen malignitelere dendir. Genç hastaların çoğunlukta olmasından dolayı testis kanseri tanılı hastaların sağkalım oranları yüksektir. Bu nedenle tedavi öncesinde, fertilitenin korunmasının sağlanması önem kazanmaktadır. Erişkin germ hücreli testis kanserleri temel olarak seminomatöz ve nonseminomatöz germ hücreli kanserler (NSGCT) olarak ikiye ayrılmaktadır. NSGCT, embriyonel karsinom, yolk sac tümörleri, poliembrionlar, koryokarsinomlar ve teratomlardan oluşmaktadır.

Kanser tedavisi sonrası fertilitte, genellikle kullanılan kemoterapötik ajana, radyasyon sahasına, dozuna ve doz miktarına bağlı değişkenlik gösterir. Kemoterapi veya radyoterapinin spermatozoa sayısına, motilitesine, morfolojisine ve/veya DNA bütünlüğüne etkili olduğu bilinmektedir.

Kanser tedavisinden sağ kalanlar için temel üreme potansiyeli koruma yöntemi, gonadotoksik tedavi öncesi kriyoprezervasyondur. Sperm örnekleri in vitro fertilizasyon (IVF), intrauterin inseminasyon (IUI) veya sperm konsantrasyonu ve/veya motilitesi düşükse Intrastoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI) için kullanılabilir.

Bu çalışmada Ekim 1995 ile Aralık 2012 tarihleri arasında testis kanseri tanısıyla başvuran 557 hastada kriyoprezervasyon ile elde edilen fertilitte başarıları; sperm sayıları, kanser tanısı ile ilişkili sperm patolojileri ile birlikte değerlendirilerek sunulmuştur. Otuz dört hasta (%6.1), azospermi nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Otuz bir (%5.6) hastada normospermi, 296 (%53.1) hastada oligoastenoteratospermi, 296 (%35.2) hastada oligozoospermi veya astenozoospermi tespit edilmiştir. Ortalama hasta yaşı 28.5 (13-64)'tur. 283(%54.1) hastada seminom, 240 (%45.9) hastada NSGCT saptanmıştır. Sadece 14 (%2.5) hasta hayatını kaybetmiştir. Seminom ve NSGCT tanılı

hastalar arasında sperm konsantrasyonları ve ileri hareketli sperm yüzdeleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kriyoprezervasyon ile infertilite tedavisi amacıyla başvurma zamanı arasında ortalama 18 ay geçmiştir. Altı IUI siklusundan 3 gebelik (%50 gebelik oranı), 1 doğum; 38 ICSI siklusundan 13 gebelik (%34.2 gebelik oranı), 5 doğum meydana gelirken 2 IVF girişiminden gebelik oluşmamıştır. Üç siklus IVF + taze sperm girişiminden %33.3'lük gebelik oranıyla 1 doğum gerçekleşmiştir.

Testis kanserli hastalarda meydana gelen bozulmuş spermatogenezin etiyolojisi net olarak bilinmemektedir. Maligniteye bağlı sperm DNA'sında değişikliklerin meydana geldiği düşünülmektedir. Bu çalışmada da testis kanseri tanılı hastalarda sperm konsantrasyonu ve motilitesi diğer çalışmalarla uyumlu olarak düşük bulunmuştur. Gonadotoksik tedavinin tamamlanmasının ardından sperm kalitesi bozulmaktadır. Radyoterapinin etkisi doza bağlıdır. Altı Gray ve üzeri radyasyon uygulanması geri dönüşümsüz azospermiye yol açarken, 3.5 Gray'e kadar olan dozlarda 18-24 ay arasında değişen sürelerde geri dönebilen sterilitte oluşmaktadır. Bu nedenle testis kanseri öncesi sperm kriyoprezervasyonu, fertilitenin oluşmasını engellemek açısından oldukça önemlidir. Hastalar sperm kriyoprezervasyonu ile ilgili olarak detaylıca bilgilendirilmeli, Üroloji ve Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezleri ortak çalışmalıdır.

Sonuç olarak yardımcı üreme teknikleri ile testis kanseri tanılı hastalar tedavi sonrası kriyoprezervasyon sayesinde çocuk sahibi olma şansı taşımaktadır. Tüm erişkin ve postpubertal erkeklere tedavi öncesinde sperm prezyasyonu önerilmelidir.

Çeviri

Dr. Ersin Köseoğlu, Dr. Melih Balcı, Doç. Dr. Altuğ Tuncel
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği