

Opinião

A Importância do Andrologista no Estudo e Tratamento do Homem Infértil

Luís Ferraz

Director do Serviço de Urologia
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

A partir do momento em que Palermo publicou no Lancet, em 1992, o primeiro caso de um bebé nascido por injeção intracitoplasmática (ICSI), gerou-se em todo o Mundo uma onda de euforia em relação às virtudes desta nova técnica, principalmente pelo contributo que vinha dar à resolução de muitos casos de infertilidade conjugal por factor masculino grave. Esta verdadeira revolução tecnológica, que permitia encontrar solução para muitos casos até aí abandonados, era bastante atractiva, por isso, rapidamente veio dar origem ao aparecimento, principalmente no sector privado, de vários laboratórios especializados em técnicas da Reprodução. Estes, encantados com a fórmula mágica encontrada por Palermo de um espermatozóide mais um ovócito poder ser igual a um embrião, rapidamente suprimiram o estudo do homem e substituíram-no pela selecção de alguns dos seus espermatozoides independentemente do seu número, forma ou motilidade. Entravamos na era do “catch the sperm and inject”, expoente máximo de uma técnica revolucionária, mas nas mãos de muitos tornada insensata, pois procura resolver o problema sem se preocupar em encontrar a sua causa.

Apoiados, um pouco, na facilidade desta técnica e muito descrentes da capacidade dos andrologistas, a maioria dos ginecologistas limita a avaliação do homem à realização inicial de um espermograma e orienta a sua preocupação unicamente para o estudo do factor fe-

minino. Se o espermograma revelar alterações, muitas vezes não envia o doente a um andrologista para uma avaliação e ultrapassa esta dificuldade propondo técnicas de reprodução.

Para muitos, o homem já pouco interessa, passando a preocupação das suas alterações espermáticas, apenas, para a colheita dos seus gâmetas, quer esta se faça através do ejaculado ou da abordagem directa do testículo ou epidídimo. Estamos, de facto, mergulhados numa nova época, em que os avanços estão centrados apenas nas técnicas de laboratório com desprezo quase total pelo doente.

Vemos, todos os dias, casais com alterações do espermograma serem enviados directamente para os Centros de Reprodução Assistida, sem uma avaliação prévia do factor masculino. Esta orientação afigura-se-nos condenável pois, como já referimos anteriormente, limita-se a tentar tratar o sintoma sem procurar a sua causa. Todos sabemos que o diagnóstico etiológico pode ser difícil, pode até ser impossível (em 50% dos casos a etiologia é idiopática), mas nunca deve deixar de ser tentado. É que em muitos casos, a infertilidade até pode ser a manifestação externa de uma anomalia oculta que na mão de um andrologista conhecedor encontra aí o momento exacto para o seu diagnóstico e tratamento. Basta recordar que, do mesmo modo que acontece com o testículo criptorquídico, o testículo infértil tem um potencial elevado de vir a desenvolver um tumor. Isto é tão

importante que nos permitiu nos últimos anos, em doentes que nos consultaram por infertilidade, diagnosticar e tratar precocemente 5 casos de tumores do testículo.

Para mudar este estado de coisas, o papel actual do Andrologista torna-se cada vez mais importante. Já lá vai o tempo em que este se preocupava apenas em diagnosticar o varicocele ou prescrever terapêuticas empíricas de resultados muito duvidosos.

Actualmente, a situação mudou de maneira radical. Hoje, necessita de ter conhecimentos profundos que lhe permitam fazer um diagnóstico etiológico, propor uma terapêutica racional, corrigir factores muitas vezes associados ou, finalmente, na impossibilidade de tratamento eficaz orientá-lo para técnicas de reprodução. Só assim, mostrando conhecimentos seguros, conseguiremos que os ginecologistas encontrem em nós um parceiro imprescindível na avaliação duma infertilidade conjugal sempre que haja alteração do factor masculino.

Mesmo nos casos extremos das azoospermias é indispensável efectuar-se uma avaliação andrológica, pois só após uma história clínica bem colhida e um exame físico minucioso é possível dizer se esta é obstrutiva ou secretória, se tem tratamento médico ou cirúrgico, qual o estudo hormonal e genético a realizar e, finalmente, se a indicação for a microinjecção, qual é a taxa de sucesso na colheita de gâmetas e qual a melhor técnica para o conseguir.

Colheita de Gâmetas em Doentes Azoospermicos

Este é um dos novos desafios que se abre ao Andrologista, quando está perante um doente azoospermico que pretende ser pai biológico. É preciso que os urologistas tenham a noção de que este é um campo tão importante que a opção por uma má técnica de colheita pode, logo à partida, impedir todo o sucesso.

Num doente azoospermico, é fundamental escolher o modo como se vão colher os gâmetas e, antecipadamente, poder dar ao casal uma previsão da taxa de sucesso.

Este último ponto torna-se fundamental para o casal poder decidir e representa mesmo um dos passos mais importantes em todo a complexidade deste processo. Deve, por isso, ser executado apenas por um Andrologista com experiência, pois só ele encontrará a maneira mais correcta de maximizar o êxito e minimizar as complicações. Ele é, sem dúvida, a pessoa ideal pois o conhe-

cimento perfeito que tem da anatomia dos genitais externos, associado à experiência cirúrgica da área e ao domínio completo para resolver qualquer complicação são uma mais valia que não pode nem deve ser ignorada.

A colheita de gâmetas, é portanto, um dos grandes desafios que se coloca actualmente ao Andrologista, principalmente àqueles que apoiam Unidades de Medicina da Reprodução.

Nesse sentido, também, é essencial que perante uma azoospermia, todos os ginecologistas percebam o interesse de haver uma observação prévia à colheita, possibilitando que atempadamente se possa fazer um estudo e um planeamento da intervenção. Para o andrologista que vai efectuar essa tarefa é importante saber se o doente tem os dois testículos abordáveis, se estes se encontram nas bolsas ou fora delas, se o volume é normal, hipotrófico ou atrófico, e se há limitações provocadas por cirurgias às gónadas realizadas anteriormente. Interessa, também, saber se o doente tem perfil para efectuar a colheita com anestesia local ou se é necessário programar-se a presença de um anestesista e neste caso avisar o doente para vir no dia da colheita em jejum e acompanhado. A nossa experiência neste campo assegura-nos que quase todos os doentes são facilmente abordáveis com anestesia local desde que se utilizem os fármacos convenientes e se conheçam os pontos importantes onde os infiltrar. É, no entanto, diferente a nossa actuação conforme se trate de uma azoospermia excretória ou secretória:

I - Azoospermia Obstrutiva

Se estivermos perante um doente com uma azoospermia obstrutiva ou também denominada excretória, usamos 5-7 ml de um anestésico de acção rápida para infiltrar o cordão e 1 ml para fazer um pequeno botão na pele do escroto. Isto é o suficiente para se ter uma boa colaboração do doente durante a colheita. Neste caso, há muitos andrologistas que iniciam o processo por uma biópsia aspirativa do testículo ou do epidídimo, conforme o local da obstrução. Se após várias punções não encontrarem espermatozoides, suspendem a técnica e recorrem à biópsia testicular aberta.

Nós, abandonamos a aspiração do epidídimo, logo que foram publicados os primeiros casos a referir que os espermatozoides aí colhidos tinham uma maior percentagem de fragmentação do ADN podendo prejudicar a taxa de fertilização. Também, por outro lado, algumas publicações vieram alertar para a possibilidade da própria pressão da aspiração provocar a fragmentação do ADN, o que nos levou a realizar poucas punções aspirativas.

Uma vez que a nossa preocupação é fornecer uma maior taxa de fertilização e de gravidez, quase sempre optamos por uma biópsia testicular aberta (TESE). É sempre uma colheita fácil, rápida e bem sucedida. Os espermatozoides encontrados são em grande número e apresentam-se quase sempre com boa motilidade, possibilitando a sua utilização imediata e permitindo ainda uma crioconservação para ciclos posteriores. Por este motivo a colheita pode efectuar-se no dia da punção ovocitária. O doente tem alta imediata, medicado com um analgésico em SOS. Esta técnica, familiar a todos os urologistas, desde que executada com cuidado, é desprovida de complicações quer imediatas quer à distância.

2 - Azoospermia secretória

Numa azoospermia não obstrutiva ou secretória, nunca utilizamos qualquer técnica aspirativa e pensamos que não tem qualquer lógica a sua realização. Usamos sempre uma biópsia testicular aberta, efectuada 24 horas antes da punção. Isto tem duas vantagens, pois por um lado permite ao biólogo ter tempo suficiente para pesquisar e por outro lado possibilita que os espermatozoides encontrados, que são geralmente imóveis, uma vez colocados em meio de cultura ganhem, após algumas horas, maior motilidade facilitando assim a sua selecção.

Normalmente, inicia-se o processo pelo testículo que nos pareça “o melhor”, retirando-se dois ou três fragmentos de polpa. Estes, depois de fragmentados, são entregues ao biólogo que os analisa imediatamente. A informação que nos vai ser transmitida é muito importante, pois orienta-nos para três situações possíveis:

- a) São observados espermatozoides, e por isso não há necessidade de se prolongar a colheita. É o que acontece normalmente nos casos de azoospermia por hipoespermatogénese.
- b) Não são observados espermatozoides, mas são detectadas células da linha germinativa. Neste caso a exploração vai ser muito alargada, sendo retirados múltiplos fragmentos dos dois testículos. A informação fornecida no momento é muito superficial e frequentemente os espermatozoides só são encontrados após digestão do material retirado e várias horas de pesquisa. É o que pode acontecer num quadro de paragem da maturação.
- c) Não se observam espermatozoides nem células da linha germinativa. Neste caso, o diagnóstico provável é um síndrome “só células de Sertoli”. Vai haver necessidade de abordarem os dois tes-

tículos e se retirarem múltiplos fragmentos. A pesquisa vai ser muito laboriosa e demorada.

Porque, normalmente as colheitas em casos de azoospermias não obstrutivas são muito demoradas, temos necessidade de utilizar anestésicos de acção longa. Recorremos, para isso, à injeção de 7 a 10 ml de ropivacaína a 7,5%, pois assim conseguimos ter o doente colaborante durante todo o processo. Geralmente, no final da colheita, prescreve-se para casa um anti-inflamatório.

Avaliação do factor masculino. A parte essencial do problema

Perante um casal infértil, a existência de um espermograma anormal, seja qual for o grau ou o tipo de alteração revelada é motivo mais que suficiente para ser solicitada uma consulta de Andrologia e em muitos casos suspenderem-se temporariamente os estudos mais invasivos por parte da mulher.

Não se pode aceitar que se iniciem técnicas de reprodução sem se esgotarem todas as possibilidades de se resolver o factor masculino. Muitas vezes, a simples correcção cirúrgica de um varicocele, pode melhorar significativamente os parâmetros espermáticos e possibilitar a obtenção de uma gravidez espontânea. Outras vezes pode ser uma correcção hormonal ou a desobstrução cirúrgica dos canais deferentes ou dos ejaculadores o suficiente para se normalizar um espermograma. Outras vezes ainda a solução pode passar por uma transferência do posto de trabalho, ou pela substituição de um fármaco que o doente toma diariamente.

Em todas as situações o Andrologista estudará o seu doente para depois lhe poder responder a duas perguntas que todos fazem:

Porque é que eu tenho isto?

Há solução para o meu problema?

A resposta a estas perguntas, exige muitos conhecimentos e muita seriedade profissional. O Andrologista que o faça com competência ganhará a confiança dos seus doentes e sobretudo a confiança dos ginecologistas.

A Infertilidade é uma doença muito frequente, pois afecta 15% dos casais. Como todos sabem, cerca de 50% das causas são por factor masculino, o que representa um grande número de pacientes a precisar de cuidados especializados.

A área da Andrologia não tem atraído nos últimos anos jovens urologistas, o que deve ser motivo de refle-

xão e preocupação por parte dos responsáveis pela Associação Portuguesa de Urologia e Sociedade Portuguesa de Andrologia.

Quem está presente nas reuniões científicas, apercebe-se facilmente que ano após ano, assiste-se a um implacável envelhecimento dos andrologistas de maior prestígio, sem se vislumbrar o aparecimento de jovens que os possam substituir.

Mas onde está a razão deste problema? Será que os Directores dos serviços se desinteressam por esta área? Será que os jovens urologistas não gostam da Andrologia? Ou será que a maioria dos hospitais onde fazem o internato não lhes dá condições para essa formação? Se é o último caso estabeleçam-se acordos de transferências temporárias de internos entre os diversos hospitais de modo a que cada um tenha possibilidade de passar por todas as áreas da especialidade. Se nada for feito, auguro a breve prazo, um futuro negro para a Andrologia.

Observe-se o que se passou nos últimos anos com as suas duas grandes áreas. A disfunção erétil trocou o consultório de um andrologista pelo balcão de uma farmácia enquanto que o homem infértil deixou de ser avaliado para ir directamente para uma clínica de Reprodução onde lhe é pedido apenas o produto de uma ejaculação ou um bocado da polpa do seu testículo.

É contra este estado de coisas que é preciso combater. Exija-se que a formação no internato seja completa e que na avaliação dos curriculos seja apreciada a formação andrológica.

Apoie-se a criação de consultas de Andrologia, dinamize-se a participação dos internos e jovens Urologistas em reuniões Distritais e Nacionais.

A melhor maneira de enfraquecer é dividir e a Andrologia sofreu duas fracturas muito importantes, a nível Nacional e Internacional: a primeira foi a Medicina Sexual que acolheu os interessados nos problemas da sexualidade e a segunda foi a Medicina da Reprodução que recebeu os apaixonados pela infertilidade. O andrologista não pode estar apenas num desses lados, pois a sua formação obriga-o a ter conhecimentos profundos nestas duas áreas.

É, por isso que a Andrologia, enquanto área da Urologia, não pode ser transformada em Medicina Sexual, nem em Medicina Reprodutiva. Ela vai estudar e tratar as ambiguidades sexuais, a bolsa escrotal vazia, o escroto agudo, os atrasos pubertários, os hipogonadismos, a ginecomastia, as DTS, o mau desenvolvimento peniano, a má rotação, a curvatura congénita, a doença de Peyronie, a disfunção erétil, a perda da libido, as alterações da ejaculação, a anticoncepção masculina, a vasectomia, varicocele, infertilidade masculina, a colheita de gâmetas para ICSI,...etc.

Tratar estes doentes é muito mais que enveredar pelo imediatismo de prescrever um comprimido ou fazer uma micro-injecção.

Para isso é necessário que a Andrologia reconquiste espaço nos serviços de Urologia. Senão é caso para dizer QUO VADIS ANDROLOGIA.