

Medicina Familiar

Infertilidade conjugal. Avaliação do factor masculino

Luís Ferraz

Chefe de serviço – Serviço de Urologia – Unidade de Andrologia – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Introdução

A infertilidade conjugal não tem sido tema frequente nas revistas médicas nem nas reuniões entre Urologistas e médicos de Família. Este desinteresse tem tido consequências nefastas, porque os avanços importantes que se conseguiram neste campo nos últimos anos não mereceram divulgação junto dos médicos dos cuidados primários. Este esquecimento reveste-se de maior gravidade quando se verifica que em Portugal mais de 50% dos casais inférteis fazem a primeira consulta no seu Médico de Família. Por outro lado, a infertilidade é uma patologia muito frequente atingindo 15% dos casais, havendo ainda mais 10% que têm menos filhos que o desejado. Esta alta incidência, com indícios de estar a aumentar, transforma esta patologia num real problema de saúde pública.

Apresentação

A infertilidade conjugal é definida como a impossibilidade de um casal obter uma gravidez após um ano de relações regulares e desprotegidas. Nesta definição está contida a resposta à primeira pergunta que o Médico de Família poderá colocar:

Quando se deve iniciar o estudo de um casal infértil?

A partir dos 12 meses de relações desprotegidas, podendo este período ser antecipado se a mulher tiver mais de 35 anos ou patologia anterior conhecida

Fala-se na idade da mulher. E a idade do homem não tem interesse?

A idade do homem tem um interesse muito relativo, pois o testículo mantém uma capacidade de produzir espermatozoides férteis praticamente até à morte. Todos conhecemos exemplos de figuras importantes que foram pais biológicos em idades tardias.

O problema da mulher é muito diferente e a idade representa um marco muito importante na fertilidade feminina. A partir dos 35 anos diminui muito a qualidade ovocitária e portanto cai acentuadamente a taxa de fertilização e de gravidez. Actualmente a maior parte das Unidades de Medicina da Reprodução não aceita mulheres com idade superior a 37/38 anos.

Este limite temporal põe um problema importante na mão do Médico de Família. Como todos sabem hoje os casais fazem anticoncepção até tarde e quando programam a sua primeira gravidez a mulher já tem à volta de 32 anos e muitas vezes mesmo mais de 35. Se ocorre um problema de infertilidade conjugal, o Médico de Família tem necessidade de orientar bem e depressa.

E por quem iniciar o estudo? Pela mulher? Pelo homem?

A resposta é simples – pelos dois.

Durante muitos anos cometeu-se um erro terrível ao pensar que as causas da infertilidade eram quase todas devidas ao factor feminino. Este esquecimento do homem levou a atrasos no diagnóstico e provocou sacrifícios desnecessários a muitas mulheres. Hoje, a situação

actual mostra-nos que as causas da infertilidade estão repartidas em partes iguais devendo, por isso, o início do estudo ser simultâneo. Mesmo quando há conhecimento de patologia antiga da mulher ou o homem tem um filho de um casamento anterior, a avaliação tem sempre de recair sobre os dois.

Como é que o Médico de Família deve iniciar o estudo do homem?

Pela história clínica, exame físico e pedido de um espermograma.

A **história clínica** deve ser bem colhida e contemplar todos os incidentes a partir do momento da concepção. Doenças e medicações da mãe durante a gravidez podem ser a causa de muitas alterações encontradas na vida adulta.

As doenças da infância, principalmente as localizadas ao nível das gónadas ou as cirurgias ao nível do cordão espermático podem ter consequências nefastas.

As profissões exercidas bem como o tempo de serviço e os produtos com que contactou. Todo o homem exposto a temperaturas elevadas pode apresentar depressão marcada na espermatogénese. Numerosas substâncias químicas, manipuladas ou inaladas podem causar alterações espermáticas severas ou levar mesmo à azoospermia. Os trabalhadores das indústrias dos plásticos contactam com produtos altamente gonadotóxicos. Os herbicidas e pesticidas quando usados sem precaução e em larga escala causam também grave lesão da espermatogénese. Há hoje milhares de produtos denominados disruptores endócrinos para os quais nunca foi avaliada a sua gonadotoxicidade.

Muita atenção às medicações efectuadas, pois há vários fármacos que têm efeitos deletérios na função espermática; os bloqueadores dos canais de cálcio, a cimetidina, a colchicina, a espirolactona, a eritromicina, a nitrofurantoina, os anti-androgénios, são alguns deles.

Cuidado especial devem ter com aqueles inférteis que fazem musculação e que para desenvolverem maior massa muscular utilizam esteróides anabolizantes. Estes produtos causam um profundo declínio na contagem espermática ou mesmo azoospermia que pode ser difícil de reverter mesmo após cessação do esteróide.

O **exame físico** deve ser orientado para os caracteres sexuais primários e secundários. A palpação dos genitais externos é a parte mais importante de todo o exame. O doente deve ser examinado de pé e num quarto com temperatura agradável para evitar contracções exageradas do cremaster. É fundamental a deter-

minação do volume testicular, sua localização, consistência e sensibilidade, bem como indurações dos epidídimos. A presença dos canais deferentes deve ser sempre observada. Deve ser dada particular atenção à presença de varicocele, pois este está presente em cerca de 30-40% dos inférteis.

O espermograma deve ser pedido logo na primeira consulta?

É claro e sobre isso não deve haver qualquer hesitação. Este exame ainda hoje permanece como o teste mais importante na avaliação inicial do homem. Ele examina a quantidade e a qualidade do esperma, dando-nos indicações sobre o estado funcional dos testículos e via seminal.

A sua importância é capital pois poderá decidir a orientação futura do casal. Se o exame é normal justifica-se investir profundamente no estudo da mulher; se o exame está alterado, sugere-se que passados 3 meses (tempo que demora uma espermatogénese) seja repetido. Se este confirmar a anomalia anterior, o MF deverá enviar o doente a uma consulta de Urologia/Andrologia para estudos mais aprofundados. Alerta-se o MF para não enviar estes casos directamente para clínicas da medicina da reprodução, onde muitas vezes se oferecem soluções sem uma avaliação prévia do homem. Isto é grave, porque há causas de infertilidade masculina que são tratáveis cirúrgica ou medicamente e outras que podem ser melhoradas.

Aonde é que o Médico de Família deve mandar o doente fazer o espermograma?

A importância deste exame, implica que a sua execução seja realizada em laboratórios especializados. Na maioria das vezes isso não acontece, o que é muito perigoso, pois a má qualidade tem tendência a considerar normal um exame que doutro modo apresentaria anomalias. Sendo este o teste mais importante na avaliação inicial do homem justifica-se que em cada zona os MF conheçam os laboratórios para onde deverão orientar estes doentes. Actualmente, a má realização dos espermogramas ainda permanece como uma das causas que origina atraso no estudo do homem. É importante que o doente seja avisado que o exame deve ser efectuado depois de um período de abstinência sexual de 2 a 5 dias

e que a recolha seja feita no próprio laboratório. Se a colheita for realizada em casa deve ser transportado para o laboratório num local quente (p.ex. no bolso) e dar entrada dentro de 60 minutos.

Como ler e avaliar um espermograma?

O MF, deverá saber que um espermograma tem de ser avaliado nos seus vários parâmetros:

Volume do ejaculado, número de espermatozóides por mililitro, motilidade e morfologia (percentagem de espermatozóides normais).

Só será considerado normal o exame que tiver todos os parâmetros normais, pois basta um estar alterado para o exame ser considerado anormal.

A leitura de um espermograma normal deve apresentar os seguintes valores:

- Número de espermatozóides por mililitro > 20 milhões
- Motilidade rápida e muito rápida > 25%
- Morfologia > 14% de espermatozóides normais (critérios estritos de Kruger).
- Hipoosmolaridade > 50%
- Vitalidade > 50%
- Leucócitos < 1 milhão
- Sem fenómenos de aglutinação

Se um destes parâmetros estiver alterado o exame será considerado anormal, embora quase sempre a anomalia não se confine apenas a uma alteração.

Que pode fazer o MF quando no espermograma não são observados espermatozóides (azoospermia)?

Esta situação é sempre bastante embaraçante para o casal, pelo que a primeira função do MF é tranquilizá-los e esclarecê-los. Actualmente, esta situação não significa

impossibilidade total de engravidar, pelo que o MF deverá enviar este doente a uma consulta de Andrologia, de preferência a um Hospital que disponha de Unidade de Medicina da Reprodução. O andrologista estudará o homem no sentido de esclarecer que tipo de azoospermia está presente:

Ou é uma **azoospermia obstrutiva**, situação em que existe uma espermatogénese normal, sendo a ausência de espermatozóides no ejaculado causada por uma obstrução ou por ausência congénita dos canais excretórios. É, portanto, um problema mecânico. Nestes casos é sempre possível colher espermatozóides no testículo ou epidídimo e através da injeção intracitoplasmática (ICSI) conseguir uma gravidez ou então, sempre que possível, corrigir cirurgicamente a obstrução e possibilitar uma gravidez espontânea.

Ou é uma **azoospermia não obstrutiva** onde há um pior prognóstico. A via excretora está toda permeável, mas há uma falência do testículo, ocasionando uma ausência ou uma alteração grave da espermatogénese. Naqueles doentes em que há um hipogonadismo hipogonadotrófico congénito ou adquirido, pode-se iniciar um tratamento médico e induzir uma espermatogénese.

Nas situações de hipoespermatogénese, paragem da maturação ou síndrome "Só células de Sertoli" embora não se encontrem espermatozóides no ejaculado, por vezes existem pequenos focos de espermatogénese e através de biópsias múltiplas e bilaterais, é possível colher espermatozóides do testículo e através da ICSI conseguir-se uma gravidez.

Conclusão

A infertilidade está a aumentar e tornar-se-á num grave problema de saúde pública. Estima-se que os 15% de casais inférteis passarão para 30% no ano de 2015, causando um acentuado declínio na população europeia. Para tratar este grave problema temos de contar com a dedicação de muitos especialistas mas também com a colaboração de todos os médicos de família. Estes serão imprescindíveis na prevenção e na orientação precoce destes casais.