

# Szemérmes férfibajok

## Beszélgetés Benyó Mátyás urológus-andrológussal



*Melyek is azok a férfibajok, amelyeket olyan nagyon szemérmesen kezelünk? Az egyik mindenképpen a merevedési zavar, ami meglehetősen sokakat érint, és amelynek hátterében a laikusok többnyire a libidót befolyásoló tesztoszteron szintjének csökkenését feltételezik. Valójában azonban a merevedési zavar tünet, melynek hátterében számos betegség állhat. Utalhat például komoly szív- és érrendszeri betegségekre, de akár egy fenyegető szívinfarktus korai előjele is lehet. A másik a meddőség. A merevedési zavar és a férfi meddőség okairól és a korszerű terápiákról Benyó Mátyással, a Debreceni Egyetem Urológiai Klinikájának adjunktusával, a Magyar Andrológiai Társaság vezetőségi tagjával beszélgettünk.*

– *Ami a legtöbb férfit előbb vagy utóbb utolér, az a merevedési zavar. Mennyire frusztráló a probléma, milyen gyakran fordulnak a betegek e tünettől orvoshoz?*

– Sokszor előfordul, hogy a férfiak szégyellik e problémájukat, nem tudják, milyen körben lehet beszélni róla, milyen szakemberhez fordulhatnak. Az általános urológiai szakrendelésekkel talán az a legfőbb gond, hogy nincs idő és lehetőség a pácienseket megfelelő mélységben kivizsgálni. Erre sokkal alkalmasabb az andrológiai szakrendelés, ahol a partner bevonásával, intimébb körülmények között lehet elvégezni a szükséges vizsgálatokat. Biztató, hogy a merevedési zavarral megfelelő szakemberhez forduló száma folyamatosan növekszik, hiszen ez azt jelzi, hogy egyre nagyobb az olyan egészségtudatos emberek aránya a társadalomban, akik úgy gondolják, hogy az egészséghez a szexuális egészség is hozzátartozik. A másik pozitívum, hogy a tünet háttere egyre jobban feltérképezett, és a kivizsgálási lehetőségek is egyre eredményesebbek a különböző szakterületek szakemberei együttműködésének köszönhetően, miközben egyre több sikeres terápiás módszer is rendelkezésre áll.

– *Említette, hogy a merevedési zavar tüneti jelenség. Milyen kóros folyamatok állnak a zavar hátterében?*

– Az egyik legfontosabb, amit tudni kell a merevedésről, hogy az az erek által létrehozott élettani folyamat. A barlangos testek központi részében picit artériák találhatóak, amelyek merevedéskor kitágulnak, és megtöltik a barlangos testek speciális szerkezetét vérrrel. Ennek következtében a hímvessző mérete megnő, és létrejön az erekció. Éppen ezért, ha valakinek érrendszeri problémája van, az merevedési

zavarban is megnyilvánulhat. Sőt, mivel ezek az erek kicsik, kisebbek, mint például a szívet ellátó coronária artériák, bármilyen szív- és érrendszeri betegségnek első tünete lehet. Különböző nemzetközi vizsgálatokban kimutatták, hogy két évvel előzi meg a merevedési zavar megjelenése a különböző súlyosabb szív- és érrendszeri problémákat, például a szívinfarktust. Akár a mellkasi fájdalom, az angina pectoris, a magas vérnyomás, az érlemezésedés, akár az ezek következtében egyes szervekben kialakuló keringési zavarok mind-mind első tünetként merevedési zavar formájában is jelentkezhetnek.

– *Mi a menete a kivizsgálásnak, milyen funkciókat néznek meg, ha egy beteg e zavarral jelentkezik orvosánál?*

– A hímvessző, a herék, a prosztata vizsgálata nagyon fontos része a szűrésnek, hiszen a prosztata térfoglaló folyamata is nyomhatja a merevedésben szerepet játszó ereket és idegeket. Emellett nagyon fontos a hormonális állapot rögzítése, annak megállapítása, hogy elegendő-e, megfelelő-e a páciens férfi nemihormon szintje.

– *Csak a tesztoszteronnak, vagy más hormonnak is van szerepe a kórkép kialakulásában?*

– Elsősorban a tesztoszteron a bűnös, de emellett nagyon fontos megnézni az úgynevezett nemihormonkötő fehérje szintjét férfiakban, mert ez inaktívvá teszi a tesztoszteront. Tehát a normál tartományban lévő tesztoszteron is lehet hatékonyság tekintetében csökkent, ha a nemihormonkötő fehérje szintje jelentősen megemelkedik. Ez is szerepet játszik a férfiklimax során, ami időtartamában hosszabb folyamat, mint a nőknél, a merevedési zavar kialakulásához hozzájárulhat. De megemel-

kedhet a férfi nemihormonkötő fehérje szintje súlyos májbetegségek esetén is. Fontos megemlíteni, hogy sok esetben a férfiak az alacsonyabb férfi nemihormonszintet egyből összekapcsolják a szexuális zavarral. Pedig közel sincs ennyire szoros kapcsolat a kettő között. Tesztoszteron kell a megfelelő nemi vágy kialakulásához, a megfelelő válaszkészséghez, de ennek azonnali pótlása – főleg, ha határértéknél van – sok esetben nem fog a merevedési funkció javulásához vezetni, főleg, ha társbetegségek, érbetegség, pszichés faktorok is hozzájárulnak a kórkép kialakulásához. Az alacsony férfi nemihormonszint kezelése – amennyiben indokolt – főleg azért szükséges, hogy a csontsűrűség ne romoljon, ne hízzanak el a páciensek, izomtömegük ne csökkenjen, agyi funkciójuk ne romoljon. Ebben is szerepet játszik ugyanis a tesztoszteron. Pótlásának hátránya viszont, hogy negatív hatással lehet a szívre és az érrendszerre (emeli a vérnyomást), nem megfelelő alkalmazás mellett akár májkárosító is lehet. Ám, ha megfelelő indokkal és megfelelő kontrollal történik ennek alkalmazása, akkor ezek a mellékhatások kivédhetők.

– *Az egyik legismertebb merevedési készítményt javító hatóanyagot, a ún. sildenafilt szív- és érrendszeri betegségek kezelésére fejlesztették ki. Később ismerték fel alkalmazhatóságát merevedési zavarokban. Mennyire ajánlható a pácienseknek a probléma orvoslására?*

– Korábban intenzív osztályokon alkalmazták vérnyomáscsökkentőként, és ott észlelték merevedést fokozó „mellékhatását”. Ez a jelenség felkeltette a gyógyszergyártók figyelmét, és ennek eredményeként születtek meg az ismert gyógyszerek. Itt fontos megjegyezni, hogy

azok a páciensek, akik félnek, vagy szégyellnek ezzel a problémával szakemberhez fordulni, különböző nem vényköteles gyógyszereket – interneten elérhető készítményeket – rendelnek. Ezekkel az a probléma, hogy bár ezt az előállítók nem hangoztatják, jobb esetben ugyanazokat a hatóanyagokat tartalmazzák, mint a vényköteles gyógyszerek. A kezelés mégis hatástalan lehet (a nem megfelelő indikáció miatt), ami csalódottságot vált ki, illetve súlyos szövödmények is kialakulhatnak. Ennek oka az lehet, hogy az adagolás nem megfelelő, de például az is, hogy a merevedési zavar hátterében súlyos szív- és érrendszeri betegség áll, így a gyógyszer szintén nem fogja elérni a kívánt hatást. Kockázat továbbá, hogy ezeket a gyógyszereket tilos nitrát tartalmú gyógyszerekkel együtt szedni, mert nagyon súlyos vérnyomásesést idézhetnek elő, ami akár halálához is vezethet. Mindezzel együtt, a merevedési zavar kezelésének valóban hatékony megoldását jelentik a foszfodiestراز-5 enzimgátló készítmények (hatóanyag: sildenafil, vardenafil, tadalafil, avanafil). Ez a gyógyszer csoport az első vonalbeli választandó kezelés, melyet megfelelő kivizsgálás kell, hogy megelőzzön, hiszen a gyógyszerek ára miatt, és a további szövödmények megelőzése céljából is fel kell térképezni a merevedési zavart kiváltó okot.

Megjelent egy tanulságos közlemény egy páciensről, aki más pszichoaktív szereket is használt potencianövelésre, és ezek mellett szedett nem vényköteles gyógyszert is. Ennek eredményeként a merevedési zavar ellentéte alakult ki nála, az úgynevezett alacsony áramlású priapizmus. Ennek lényege, hogy szexuális inger nélküli tartós merevedés alakul ki. Ez elsősorban csábítóan hangozhat a férfiaknak, azonban súlyos probléma. Ugyanis, merevedéskor a vér a barlangos testekben csapdába esik, és mindez szexuális inger nélkül következik be. Ha ez az állapot hosszú órákig elhúzódik, akkor a barlangos testekben oxigénhiány lép fel, ami szövetelhaláshoz, szövethesedéshez, illetve súlyos, tartós merevedési zavarhoz vezet. Ezért kell a vény nélkül kapható „vágyfokozó” szerekkel különösen vigyázni. A vényköteles, orvos által felírt foszfodiestراز-gátlók hatékonyak, eredményesek, de csak akkor, ha indokolt esetben és megfelelő dózisban alkalmazzák őket.

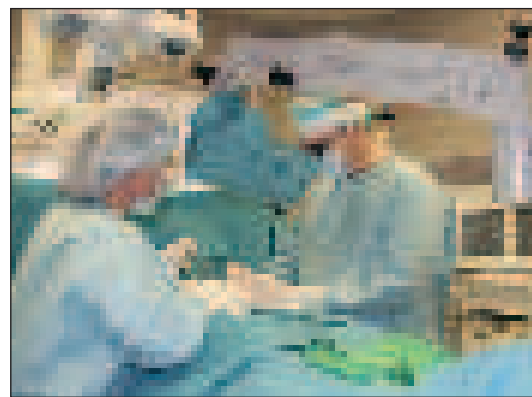
– *Fontos probléma a férfi meddőség kérdése is, hiszen minden populáció túlélése szempontjából kulcsfontosságú, hogy mennyire termékeny egyik, vagy másik nem. Hogyan alakul ez az utóbbi években Magyarországon, Európában, illetve a világban a férfiak tekintetében?*

– Sajnos a fejlett országokban általános probléma, hogy egyre nő a meddő párok

aránya. Az okokról nagyon nehéz pontosan mondani, jelenleg is számos kutatás zajlik, de már vannak megfontolásra érdemes felvetések. Közrejátszhat benne az életmód, az ételtvitel, az a tény, hogy a fejlett országokban egyre idősebb korra tolódik ki a gyermekvállalás. De szóba jöhet a mozgásszegény életmód, a túlsúlyosság, a szív- és érrendszeri betegségek, a dohányzás, a drogok általában. Maga az ülő életmód is kockázatot jelent, hiszen ilyenkor a herék vagy a prosztata folyamatos nyomás alatt van. Vagyis, mind a hőmérséklet, mind a nyomásviszonyok megváltoznak, és mindezek károsan hatnak, mint ahogy a szűk ruházat is okozhat érproblémát. A környezeti hatások következtében a szervezetbe jutó hormonszerű anyagok károsító hatása is jelentős lehet azokra, akik fogékonyak rá.

– *Csak külső, környezeti hatásokkal kell számolni, vagy lehetnek a háttérben hajlamok, örökletes hatások is?*

– Amikor diagnózist állítunk fel a here szövettani elemzése alapján, és megállapítjuk, hogy nincs hímivarsejt-termelés, általában megkérdezzük, hogy „örökölték-e” a problémát. Valóban, meddőség is azokban is kialakulhat, akikben van hozott genetikai hajlam, akiket magzatként vagy korai gyermekkorban, pubertáskor ért valamilyen környezeti hatás, ami lehet akár a környezetben található hormonok hatása is. Ha ugyanis hormonhatás éri az anyát, a magzatot, az a nemi fejlődést is befolyá-



– **„A mikrosebészeti technikával végzett urológiai beavatkozások sok szempontból kevesebb szövödménnyel járnak, mint a hagyományos, nyílt műtétek”**

solja. És, ha már van egy nagyon kicsi, de még ki sem mutatható genetikai hiba, ami normálisan kompenzálódhatna, ám káros környezeti hatások érik az egyedet, ez meddőséghez, vagy a gyermeknemzés nehezítettségéhez vezethet.

– *Itt a hímivarsejtek számára, vagy az ivarsejtek életképességére gondol?*

– Nagyon sok összetevő van. Ha spermalemezést végzünk, nem csak a hímivar-

sejtek számát, koncentrációját, életképességét állapítjuk meg. Nagyon fontos az alaki rendellenességek megállapítása és a mozgékony megítélése. Lehet valakinek akár nagyon sok millió életképes hímivarsejtje, ha nem mozognak célirányosan, nem fognak eljutni a petesejthez. Ezek a klasszikus spermamparaméterek, de ezek mellett nagyon fontosak, és egyre nagyobb figyelmet kapnak a különböző funkcionális tesztek, amelyek nemcsak mennyiségi paramétereket határoznak meg, hogy mennyi az életképes, a jó alakú sperma s és mekkora a koncentrációja, hanem a hímivarsejtek petesejtbe való kötődési képességét is. Erre is számos lehetőség ígérkezik – egyelőre még kutatási keretek között. Ilyen például a hialuronsav-kötődési teszt, ami mutatja a hímivarsejtek petesejtbe kötődő hajlandóságának az arányát, vagy az örökítőanyag (DNS) töredezettségét vizsgáló kutatások vizsgálata a hímivarsejtben.

– *Van példa arra, hogy mindkét fél fertilitása megfelelő, de valamilyen köztiük fennálló összeférhetetlenség megakadályozza, hogy létrejöjjön a megtermékenyülés?*

– Ez már nagyon speciális terület, amikor az adott pár nem illik össze valamilyen okból, de előfordulhat. Elég nehéz definiálni pontosan, ha egy pár nem illik össze, ennek megállapításához nagyon sok és nagyon részletes vizsgálatot kell elvégezni. Alapvetően a férfioldalról a hormonális állapot, a here állapota a leglényegesebb, az, hogy található-e nagyobb genetikai eltérések a spermiumparaméterek mellett. Az összeférhetetlenséget még az immunológiai háttér feltérképezésével, a páciensben és a partnerben is esetlegesen megjelenő spermiumellenes antitestek jelenléte is jelezheti.

– *Mennyire világos már előttünk a férfi meddőség genetikai háttere, hogy melyik kromoszómához milyen betegség kötődik?*

– Vannak olyan genetikai rendellenességek, amelyek jelentősen megnehezítik, vagy egyenesen kizárják a fogantatást. A legsúlyosabb genetikai betegségek többnyire pubertás kor előtt, vagy közvetlenül a pubertás kor után felszínre kerülnek. Nőknél súlyos genetikai zavar esetén nem jelenik meg a menstruáció. Igen ritkán, de vannak olyan esetek is, és nekem is volt már ilyen páciensem, aki ugyan rendelkezett hímivarsejttel, herével, és férfi genetikai állománnyal, ugyanakkor méhe és egy hüvelye is volt, ami csatlakozott a húgycsőhöz. Ez egy speciális fejlődési zavar, amit a régi nevezéktan szerint pszeudohermafroditizmus

néven ismerünk, de inkább érdemes a nemi fejlődés zavarának nevezni. Egy hormonhiány kapcsán alakul ki, ami miatt a Müller-cső, amiből a női nemi szerv egy része fejlődik, visszamarad. A genetikai rendellenességek közül leginkább a Klinefelter-szindrómát emelném ki, ami szám feletti X kromoszómát jelent férfiakban. Ez a leggyakoribb nemi kromoszómához kötődő rendellenesség. Itt nincs teljesen kizárva a nemzőképesség, főleg, ha nem minden sejtben van jelen ez a genetikai elváltozás. Minél hamarabb felfedezik a genetikai rendellenességet, annál nagyobb az esélye annak, hogy a heréből még hímivarsejtek nyerhetők, ebből eredményes mesterséges megtermékenyítés is származhat. Mindig a genetikai rendellenesség súlyossága határozza meg, hogy mennyire befolyásolja negatívan a nemzőképességet, de éppen ezért nagyon fontos, hogy ezeket a rendellenességeket újszülött korban észleljék, amikor külső jegei vannak. Ugyanis ilyenkor időben elkezdhető a kezelés, ami a gyermek megfelelő testi és lelki fejlődését segíti.

– *Milyen következményei lehetnek annak, ha az egyik, vagy mindkét here a hasüregben, vagy a lágyékcsatornában reked, és nem száll le a herezacskóba?*

– Ez viszonylag gyakori rendellenesség, újszülöttekben 2–5%-ban fordul elő. A hereleszállási zavar társulhat más fejlődési rendellenességhez. Az újszülötteket ellátó személyzet, és a gyermekorvos feladata, hogy ezt idejekorán felismerje. Különösen koraszülöttekben gyakori, hiszen a hereleszállás folyamata pont az utolsó trimeszterben zajlik, befejeződése kitolódhat egészen a terhesség utolsó hetéig is. A hereleszállási zavar hat hónapos korra többnyire magától is elmúlik, ami azt jelenti, hogy ezen életkor előtt nem szükséges kezelni. Ha a here eddig nem száll le, az első év után minél hamarabb érdemes ezt megoldani. Ha ez nem történik meg, a termékenység kárt szenvedhet, ugyanis ha a herék a hasüregben helyezkednek el, ahol magasabb a hőmérséklet, a csírasejtek pusztulása már a második életévben megindulhat. A nemzőképesség megtartása mellett azért is fontos, hogy a heréket a herezacskóba helyezzük, mert a le nem szállt herékben magasabb a heredaganat kialakulásának a kockázata.

– *Hogyan orvosolható a probléma?*

– Attól függ, hogy hol helyezkedik el a here. Ha a lágyékcsatornában, annak egyszerűbb műtéti megoldása van, hiszen akár a here vezetékét körülvevő izomrostok átvágásával is könnyebben a herezacskóba pozícionálható a here. Súlyosabb eset az, ha magában a hasüregben van a here. Ez már lényegesen bonyolultabb műtétet igényel. Ilyen esetekben ugyanis nagyon gyakori, hogy az ondóvezetékek elég hosszúak ugyan, de a heréket ellátó artériák és vénák, a nyirokutak viszont nem. Ezeket

nem lehet a hasüregből csak úgy egyszerűen lehúzni, ilyenkor többlépcsős műtéti beavatkozás szükséges, ami azon alapul, hogy a vérrellátást nemcsak saját artériáján keresztül kapja a here, hanem a herevezeték körülvevő izomrostokból, illetve az ondóvezetéket ellátó artériából is. Így megkísérelhető az, hogy az ondóvezetéken kívül minden átvágásra kerül. Ennek a műtétnek nagyobb a szövődésményi kockázata, akár negyven százalékban is heresorvadás alakulhat ki. Amennyiben a vérrellátás megfelelő, akkor gyakorlatilag lehúzható a here a herezacskóba. A másik lehetőség, hogy operációs mikroszkóp alatt a herét autotranszplantálják a herezacskóba. A lényeg az, hogy az ereket átvágják, és utána keresnek olyan ereket, akár a herezacskóban vagy másutt, amelyek segítségével megoldható az „átültetett” here vérrellátása.

– *Ez mennyiben újszerű megoldás?*

– Magyarországon andrológiai mikrosebészeti műtétet először Papp György professzor végzett Budapesten, de akkor



**A hereleszállási zavar különösen koraszülöttekben gyakori, befejeződése kitolódhat egészen a terhesség utolsó hetéig**

még technikai nehézségek miatt nem terjedt el az eljárás. Nagyobb esetszámban Kopa Zsolt docens végzett ilyen beavatkozásokat a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján. A fővároson kívül én alkalmazhattam először 2013-ban a technikát a különböző andrológiai kórképek kezelésében. A mikrosebészeti technikával végzett beavatkozások sok szempontból kevesebb szövődésménnyel járnak, mint a hagyományos, nyílt műtétek.

A mikrosebészet egyik fő alkalmazási területe az andrológiában a herevisszértágulat megszüntetése. Ez anatómiai okból általában a here bal oldalán alakul ki. Lényege, hogy a vénás vér visszaáramlik a has felől a herék irányában, és emiatt a here vénás hálózata kórosan kitágul. Régen erre a betegségre mindenképpen műtéti megoldást javasoltak. Ma viszont már csak akkor indokolt a sebészi beavatkozás, ha meddőségi

problémát tapasztalunk (a spermáparaméterekben romlást észlelünk, illetve a férfi nem képes gyermeket nemzeni). A herevisszértágulatnak legeredményesebb műtéti megoldása nemzetközi tapasztalatok alapján is a mikrosebészeti eljárás, amikor a herevezeték a lágyékcsatornánál vagy alatta kiemeljük, és a tág vénákat lekötjük. Ezzel szemben nyílt műtétnél sok más képletet, így a nyirokutakat is lezárják, ami szövődésményhez vezethet. A herevisszértágulat műtéti megoldása nyomán a has felől visszacsörgő vér már nem éri el a herét, nem növeli a nyomást és a hőmérsékletet, a többi járulékos véna pedig ugyanúgy el tudja vezetni a vért.

Ha egy beteg ondójában nem találhatók hímivarsejtek, az még előfordulhat, hogy a herében van hímivarsejt-termelés. Innen is kinyerhetők az ivarsejtek megtermékenyítéshez andrológiai mikrosebészeti eljárással. Egyrészt a heréből – csak a hereburkot megmetszve – közvetlenül is lehet hereszövetet nyerni, másrészt, ha valakinek kisebb hereje van, rosszabbak a hormonértékei, követke-

tethetünk arra, hogy a herében csak bizonyos területeken van spermiumképződés. És abban az esetben, ha a herét feltárjuk, az operációs mikroszkóp alatt lehetőség van ezeket a tágabb csatornákat, amelyekben hímivarsejtképzés nagyobb eséllyel lehetséges azonosítani, az ott található hímivarsejteket kinyerni, és mesterséges megtermékenyítés céljából asszisztált reprodukciós központba átküldeni. Ilyenkor a herecsatornákat vesszük ki, amelyekből az asszisztált reprodukciós központ biológusa kinyeri a hímivarsejteket, és azokat a petesejtbe juttatja.

– *Ismert, hogy több vizsgálatot is végeztek annak kiderítésére, mennyire elterjedt a merevedési zavar a magyar népességben. Milyen eredményt hozott a vizsgálat?*

– A felmérés elsődleges célja az volt, hogy kiderítse, különbözik-e az egyes szakrendeléseken a merevedési zavar előfordulásának aránya, illetve, hogy legyenek hazai adataink is arról, hány ember érintett ebben a problémában és milyen mértékben. Vizsgáltunk urológiai, kardiológiai járóbeteg-rendelésen, valamint háziorvosi rendelőben megjelenő betegeket, kontrollcsoportként pedig egyetemistákat. A hallgatóknál a várakozásoknak megfelelően nem nagyon fordult elő merevedési zavar, de már a háziorvosi rendeléseken megjelenő középkorú (50–60 éves) férfiaknál majdnem 60 százalék volt ennek aránya, ami megdöbbentő, és amit jószíjjal orvosolni lehetne a jobb életminőség érdekében.

Az interjút készítette:  
DOMBI MARGIT