

Samarbeid mellom ulike spesialiteter og fagområder er nødvendig for å kunne gi et helhetlig andrologisk tilbud

Mannlighetens medisin

Mannlig reproduksjon er en del av et større fagområde, andrologien. Det omfatter sykdommer og helseproblemer som spesifikt og direkte rammer menn – indirekte også kvinner. Andrologiske problemstillinger berører mange spesialiteter og fagområder – alt fra endokrinologi, urologi, gynekologi, genetikk, pediatri, onkologi og dermatologi til psykiatri og sexologi. Dette kan være noe av bakgrunnen for at andrologi har fått begrenset oppmerksomhet. Tidsskriftet starter i dette nummer en temaserie om andrologiske emner med tre artikler om ulike sider ved mannlig infertilitet (1–3).

Historisk sett kom forskningen omkring mannlig reproduksjon sent i gang. En forklaring som har versert, er at forskerne i tidligere tider var redde for å bli betraktet som homofile hvis de arbeidet i dette fagfeltet. Men det skyldes nok like gjerne at kvinnen har vært betraktet som hovedansvarlig for infertilitet. Som Rakel sa til Jakob (1 Mos 30,1): «La meg få barn! Ellers dør jeg.» Jakob oppfylte hennes ønske ved å få barn med tjenestepiken.

Også avanserte bioteknologiske metoder ble sent tatt i bruk innen forskning om mannlig reproduksjon. Langt ut i 1990-årene var forskningskongresser om andrologi preget av sæd- og hormonanalyser. Nå har moderne teknologi ført til at ny kunnskap skaffes til veie i høyt tempo. Dette gjelder hovedsakelig grunnforskning, som for en stor del bygger på dyremodeller og cellekulturer, eller diagnostikk ved bruk av analyser av menns DNA, noe Karen Helene Ørstavik omtaler i sin artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (1). Fortsatt er det et stykke igjen før kunnskapen kan anvendes i behandling av mannlig infertilitet. Det er den raske utviklingen innen reproduksjonsteknologien, bl.a. med introduksjon av intracytoplasmisk spermieinjeksjon, som har hatt størst betydning for menn med dårlig sædkvalitet. Det første barnet etter bruk av denne teknikken ble født i 1992 (4). Den nye teknologien kan føre til at mannlig infertilitet kan bli overført til neste generasjon. Spesielt er det knyttet bekymring til dette ved utenting av spermier fra testikkel eller bitesikkel. Ørstavik konkluderer med at behandling av mannlig infertilitet med intracytoplasmisk spermieinjeksjon med spermier fra testikkel eller bitesikkel betyr lite for overføring av infertilitet til neste generasjon (1).

I en annen artikkel beskrives en endokrin tilstand, hypogonadotrop hypogonadisme, som årsak til mannlig infertilitet. Ved denne tilstanden kan medikamentell behandling av mannen føre til graviditet hos kvinnen (2). Hypogonadotrop hypogonadisme antas å forekomme i under 1 % av tilfellene av mannlig infertilitet. Hos mange menn kan årsaken til dårlig sædkvalitet ikke påvises eller behandles. Dette har ført til en viss skepsis, både hos lege og pasient, til nytten av sædanalyse. Det er likevel ingen grunn til at det skal være dårligere kvalitetskontroll med sædanalyser enn med andre laboratorieanalyser, og det er påvist sammenheng mellom dårlig sædkvalitet bestemt ved sædanalyse og fertilitet i flere studier, slik det fremgår av en tredje artikkel (3). Verdens helseorganisasjon utarbeider nå en manual for standardisering av sædanalysen, som skal være forskningsbasert i så stor grad som mulig. Hensikten med manualen er at laboratorier i alle land, uavhengig av økonomi, skal kunne gi pasienten et pålitelig prøvesvar. En slik standardisering vil også være viktig for å kartlegge geografiske og tidsavhengige forskjeller i sædkvalitet. Blir sædkvaliteten dårligere i alle deler av verden? Hva kan dette i så fall skyldes? Slike spørsmål er

gjenstand for stor internasjonal oppmerksomhet. Studier av menn i Norden og Baltikum har vist at nordmenn og dansker sannsynligvis har det laveste antall spermier og dårligst spermie morfologi (5–7).

Hvordan prioriteres mannlig reproduksjonsmedisin i Norge? Kanskje er det illustrerende at sædlaboratoriene ved sykehusene er lokalisert til kvinneklinikken eller kvinne-barn-senteret – ordet «mann» er ikke med i det hele tatt. Ved offentlige og private klinikker i Norge er et sædlaboratorium del av seksjonen for assistert befruktning, noe som kan være fornuftig. Dette kan imidlertid føre til at andrologi ikke blir prioritert som eget fagfelt i tilstrekkelig grad. En nyutdannet lege har begrensede kunnskaper om mannlig reproduksjon, og det er få nordmenn som har utviklet solid kompetanse i andrologi. Det er liten forskningsaktivitet om mannlig reproduksjon i Norge, og på internasjonale fagmøter om andrologi er Norge oftest sterkt underrepresentert. I våre naboland Sverige, Danmark og Finland er det langt større forskningsaktivitet: Rigshospitalet i København og Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge er eksempler på sterke andrologiske fagmiljøer innen klinisk virksomhet og forskning utenfor enheter for assistert befruktning. Ved Karolinska er den andrologiske enheten nylig utvidet til også å omfatte seksualmedisin.

Par som er under utredning for ufrivillig barnløshet, ønsker å få kjennskap til årsak til infertiliteten, hvilke behandlingsmuligheter som finnes og ikke minst hvor stor sannsynligheten for å oppnå graviditet er. For å kunne gi svar på slike spørsmål, er det viktig å prioritere studier som belyser dette. Da må det bygges opp sterke fagmiljøer, og rekrutteringen til fagfeltet må styrkes. Mer og bedre samarbeid mellom de aktuelle spesialiteter og fagområder som omfatter andrologiske problemstillinger må til. Her har vi noe å lære av våre naboland.

Trine B. Haugen
trine.b.haugen@hf.hio.no

Trine B. Haugen (f. 1955) er dr.philos., professor i biomedisin og prorektor for forskning og utvikling ved Høgskolen i Oslo. Hun har arbeidet med forskning om mannlig reproduksjon i over 20 år, har vært leder for Andrologisk laboratorium ved Rikshospitalet og er med i WHO's arbeidsgruppe om sædanalyser. Hun er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og har sammen med Petter Gjersvik redigert temaserien om andrologi.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Ørstavik KH. Genetiske årsaker til mannlig infertilitet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 324–6.
- Oldereid NB, Tanbo T. Induksjon av spermatogenese ved hypogonadotrop hypogonadisme. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 327–9.
- Bjørndahl L, Haugen TB. Hva forteller en sædanalyse? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 320–3.
- Palermo G, Joris H, Devroey P et al. Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte. Lancet 1992; 340: 17–8.
- Jørgensen N, Carlsen E, Nerømoen I et al. East-West gradient in semen quality in the Nordic-Baltic area: a study of men from the general population in Denmark, Norway, Estonia and Finland. Hum Reprod 2002; 17: 2199–208.
- Richthoff J, Rylander L, Hagmar L et al. Higher sperm counts in Southern Sweden compared with Denmark. Hum Reprod 2002; 17: 2468–73.
- Punab M, Zilaitiene B, Jørgensen N et al. Regional differences in semen qualities in the Baltic region. Int J Androl 2002; 25: 243–52.