

Analýza dopadů nedostatečné léčby mužské neplodnosti v kontextu nadužívání asistované reprodukce

Platná právní úprava asistované reprodukce se zaměřuje na posouzení plodnosti především z oboru gynekologie a pomíjí, že příčina neplodnosti je asi z 50 % na straně muže, a že neplodnost páru může být s úspěchem léčena tak, aby k početí mohlo dojít přirozeným způsobem. Vychází se z předpokladu, že plodnost je především záležitostí ženy a spermií, nikoliv ženy a muže, kteří o početí usilují; nereflektuje rozvoj lékařského oboru andrologie (zabývajícího se chorobami mužských reprodukčních orgánů).

Podle vykázaných zdravotních výkonů poskytnutých ÚZISem není v páru usilujícímu o těhotenství poskytována mužům zdravotní péče podle andrologických standardů, která by mohla vést k odstranění příčin neplodnosti. Namísto diagnostiky a léčby příčin neplodnosti na straně muže, zcela zdravá žena podstupuje zdravotně zatěžující a finančně nákladný proces asistované reprodukce. Neexistující minimální právní standardy pro léčbu příčin neplodnosti z pohledu veřejného zdravotního pojištění; to v kombinaci se společenskými očekáváními vše vyřešit okamžitě vede k trendu upřednostnit rutinní asistovanou reprodukci před pečlivou léčbou příčin neplodnosti. Zanedbává se zcela souvislost neplodnosti se závažnými onemocněními u mužů: se zhoubnými nádory varlat, prostaty, nedostatkem mužských hormonů, s poruchou metabolismu cholesterolu a tuků.

Současná právní úprava tedy ve svém důsledku představuje závažnou překážku pro rozvoj a praktikování léčby příčin neplodnosti, a to jak na straně muže, tak na straně ženy. Podmínění úhrady nákladů na umělé oplodnění cílenou diagnostikou a léčbou příčin neplodnosti neplodného páru tam, kde léčba má smysl, povede ke zlepšení zdravotní péče o muže a ženy v oblasti reprodukce, k eliminaci nepříznivých dopadů a zdravotních rizik, které s sebou umělé oplodnění vždy přináší, a konečně ke snížení výdajů z veřejného zdravotního pojištění.

Diagnostika a léčba příčin mužské neplodnosti z vykázaných zdravotních výkonů

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) bylo v roce 2016 vykázáno 29 850 spermogramů (mikroskopické analýzy ejakulátu), v roce 2017 bylo vykázáno 30 664 spermogramů¹. Mimetělních oplodnění s indikací patologického spermatu bylo v roce 2016 vykázáno 15 905. Základní vyšetření nezbytné pro stanovení zahrnující ultrazvuk a hormonální hladiny nezbytné pro stanovení diagnózy a navržené léčebného postupu bylo v roce 2016 vykázáno v 77 případech, a v roce 2017 v 93 případech, Kompletní základní vyšetření tedy proběhlo pouze v 0.6 % případů, u kterých by to, vzhledem k andrologickým nálezům, bylo na místě očekávat. Varikokéla - nejčastější léčitelná příčina mužské neplodnosti - byla podle údajů VZP operovaná v roce 2016 v pouhých 237 případech a v roce 2017 ve 205 případech (vyžádaná informace z 25. 4. 2019).

1 Asistovaná reprodukce 2016, <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/asistoreprodukce2016.pdf>

Efektivita asistované reprodukce a zdravotní zátěž z vykázaných zdravotních výkonů

Ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v roce 2016 podstoupilo asistovanou reprodukci 12 439 českých žen² a narodilo se 4 504 dětí. U dvou třetin žen vedla asistovaná reprodukce ke spontánním potratům a k traumatizaci páru. Průměrná úspěšnost porodit dítě z jednoho cyklu umělého oplodnění činila pouhých 11 %.

Podle výkonů vykázaných v roce 2016 došlo u 5 811 žen s odběrem oocytů či transferem embryí k dvěma úmrtím, 225 hyperstimulacím a 1575 komplikací či podezřením na komplikace, tj. ve 27 procentech. Data z roků 2010-2017 jsou obdobná.

Podrobnější analýzu a rozbor zdravotních dopadů u žen po asistované reprodukci ani analýzu onkologických dopadů nemohl ÚZIS provést vzhledem ke mimořádné pracovní zátěži zaměstnanců související se zpracováním dat ohledně epidemie Covid-19.

Lze s jistotou shrnout, že zdravotní a psychická zátěž pro ženy podstupující asistovanou reprodukci a související náklady ze zdravotního pojištění nejsou zanedbatelné.

Léčba příčin mužské neplodnosti

Minimální standardy andrologické péče o muže s poruchou plodnosti jsou definovány v doporučených postupech (guidelines) Evropské urologické asociace (EAU)³ na které odkazuje Česká urologická společnost České lékařské společnosti Jana Ev. Purkyně, z.s.. Tato doporučení se v ČR v praxi nedodržují, muži se k vyšetření a léčbě zaměřené na obnovu plodnosti na odborné andrologické pracoviště zpravidla vůbec nedostanou. Andrologie je na pracovištích asistované reprodukce v ČR zpravidla degradována na práci laboranta zajišťující analýzu spermatu a získání gamet pro následnou asistovanou reprodukci. Přitom podle doporučených postupů Evropské urologické asociace (EAU) i podle předních českých andrologů⁴ umožňuje správná cílená terapie mužské neplodnosti dosáhnout spontánního otěhotnění i u těžkých poruch tvorby spermií.

Vyšetření muže a následovná léčba erudovaným urologem s andrologickou kvalifikací, splňující doporučené postupy EAU jsou v ČR spíše výjimkou než pravidlem. Je-li vyšetření muže s poruchou plodnosti provedeno laborantem či lékařem pracujícím v centru asistované reprodukce, je nejčastějším doporučením asistovaná reprodukce.

Přestože na vybraných pracovištích je kvalita andrologie v České republice na evropské úrovni a výsledky ukazují na vysokou účinnost léčebných postupů při nižších nákladech na veřejné zdravotní pojištění oproti asistované reprodukci, není léčba příčin neplodnosti u mužů vlivem výše uvedených faktorů a nedostatečné podpory léčby mužů s poruchami plodnosti doporučována.

2 Vyžádaná informace z UZIS, 26. 8. 2020

3 <https://uroweb.org/guideline/sexual-and-reproductive-health/#9>

4 Kubíček, V.: Mužská neplodnost Terapie, Ambitmedia 11/2018, Léčba neplodného muže Terapie, Ambitmedia 1/2019)

Doporučovaná jedno až dvouletá lhůta pro léčbu neplodnosti

Nejčastější příčinou mužské neplodnosti je varikokéla. Podle doporučených postupů *Evropské urologické asociace* je varikokéla přítomná u téměř 15 % běžné mužské populace, u 25 % mužů s abnormální analýzou semene a u 35-40 % mužů přicházejících s neplodností. Výskyt varikokély mezi muži s primární neplodností se odhaduje na 35-44 %, zatímco mezi muži se sekundární neplodností (snaha o druhé a další dítě) na 45-81%.

Ve dvou nedávných metaanalýzách RCT (randomizovaných kontrolovaných studií) srovnávajících terapii s pozorováním u mužů s klinickou varikokélou, oligozoospermii, bez další příčiny poruchy plodnosti, tyto analýzy upřednostňovaly léčbu, s kombinovaným OR (odds ratio = poměr rozdílů) 2,39 - 4,15 (95% CI 1,56 až 3,66) (95% CI, 2,31 až 7,45). Při pozorování, tj. bez léčby, dojde k otěhotnění u 16 % párů⁵. Z poměru vyplývá, že k otěhotnění došlo po operaci varikokély u 38,2 – 66,4 % párů.

Jiná nedávná metaanalýza zjistila, že varikokélektomie může zlepšit výsledky po ART u mužů s oligozoospermii s OR of 1.69 (95% CI 0.95 to 3.02).

Doporučené postupy EAU 2020 uvádí: množství studií naznačuje, že varikokélektomie může vést k tomu, že se v ejakulátu mužů s azoospermii objeví spermie. Mikrochirurgická varikokélektomie vedla u mužů s neobstrukční azoospermii postoperativně ke spermii v ejakulátu – s růstem následných přirozených nebo asistovaných těhotenství. Objevily se zde další pozitivní účinky na poměr získaných spermií a výsledky ICSI. Meta-analýzy tyto nálezy dále koroborovaly – 468 pacientů diagnostikovaných s neobstrukční azoospermii a varikokélou podstoupilo chirurgickou korekci varikokély nebo perkutánní embolizaci. U pacientů, kteří podstoupili varikokélektomii poměry získávání spermií (*sperm retrieval rates, SRR*) vzrostly v porovnání s těmi bez korekce varikokély (OR: 2,65; 95% CI: 1,69-4,14; $p < 0,001$). U 43,9 % těchto pacientů (rozpětí: 20,8 %-55,0%) byly v postoperativním ejakulátu nalezeny spermie.

Tato zjištění značí, že varikokélektomie je u pacientů s neobstrukční azoospermii a klinickou varikokélou spojená se zlepšeným SRR a celkově 44 % léčených mužů bude mít v ejakulátu spermie a může se tak vyhnout operačnímu získávání spermií.

Zlepšení poruchy plodnosti je možné sledovat v průběhu 1-2 let po léčbě.

Léčba příčin ženské neplodnosti

K nadužívání mimotělního oplodnění před léčbou ženské neplodnosti dochází i z toho důvodu, že neexistují minimální léčebné standardy⁶ a záleží na subjektivní zodpovědnosti gynekologa, jak se vyšetření a následné léčbě příčin neplodnosti u žen věnuje.

Absence níže uvedené péče je částečně zapříčiněna přístupem zdravotních pojišťoven, které zvýšení nákladů na péči pacientek na ambulantním gynekologickém pracovišti sankcionuje a nutí tak gynekology odeslat pacientku do kliniky umělého oplození.

Podle rešerší dostupných údajů je spíše nadstandardním přístupem, pokud gynekolog

5 Mc Aninch J W, Lue T F - Eds. : Smith and Tanahgo's General Urology, McGraw Hill Lange 19th ed. 2020

6 Viz <http://www.cgps.cz>

analyzuje délku a průběh cyklů podle bazálních teplot, sleduje hormonální hladiny a v případě patologií zahájí léčbu, eventuálně odesílá pacientku do endokrinologické ambulance, léčí recidivující zánětlivá onemocnění spojená s poruchou plodnosti (sexuálně přenosné infekce - STD), provede postkoitální test a při patologiích odesílá na urologii, nechá ověřit situaci v malé pánvi (průchodnost vejcovodů, endometrióza, stavy po zánětech, tvar dělohy, hysteroskopie), odesílá pár ke genetickému vyšetření a na imunologii, nabízí fyzioterapii, doporučí pacientku k lázeňskému léčení a samozřejmě při vyšetřování páru spolupracuje s andrologem.

Velmi významným faktorem je také společenské očekávání, které vnímá řešení neplodnosti jako okamžitou službu zajišťující dodání potomka a řada žen není ochotna podstoupit léčbu s představou, že asistovaná reprodukce je rychlá a jistá cesta k získání dítěte. Mnoho z nich si neuvědomuje, že užívá-li roky hormonální antikoncepci je nezbytné dát tělu čas, aby mohlo dojít k obnově přirozené plodnosti.

Je třeba zvážit, že promeškání doby nejvhodnější k fyziologickému otěhotnění u ženy není onemocněním.

Shrnutí přínosů léčby příčin neplodnosti

Povinnost nabídnout a přijmout léčbu příčin neplodnosti před uskutečněním mimotělního oplodnění, které by bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, přinese další pozitivní zdravotní a s nimi spojené ekonomické efekty. Dokonce i v případě neúspěšné léčby příčin neplodnosti se léčebný efekt odrazí pozitivně na úspěšnosti případných následných metod asistované reprodukce.

Děti počaté bez metod asistované reprodukce podle řady aktuálních studií vykazují statisticky nižší míru výskytu některých onemocnění, například neurologických, kardiologických nebo gastrointestinálních.

Ještě významnější pozitivní efekty by přineslo léčení příčin neplodnosti pro muže a ženu, protože neplodnost je zpravidla důsledkem a příznakem jiných onemocnění, která se mohou bez včasné léčby stát příčinou zásadních zdravotních problémů a předčasných úmrtí. U mužů je porucha plodnosti jedním z rizikových faktorů rakoviny prostaty, druhého nejčastějšího zhoubného nádoru. U mužů sledovaných po IVF a ICSI partnerek bylo patrné zvýšení výskytu karcinomu prostaty o 30 - 60 % oproti mužům bez poruchy plodnosti, v korelaci se stupněm poruchy tvorby spermií; nástup onemocnění byl patrný v mladším věku. Studie byla provedena u 35 500 mužů, na Univerzitě v Malmö, Švédsko, v r. 2019.⁷

Ani zdravotní pojišťovny, ani odborné společnosti nemohou nemají žádné právní nástroje jak v současné době regulovat nadužívání umělého oplození.⁸

Zpracováno pro Hnutí Pro život ČR, 2021

7 <https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5214>

8 Viz vyžádané stanovisko VZP ze dne 11. 4. 2019, zn. VZP-19-01450503-A477