

A review on diagnostic and therapeutic methods of azoospermia

Zahra Fazeli¹, Sarah Sadat Aghabozrg Afjeh¹, Hamed Heidary¹, Farkhondeh Pouresmaeili^{2*}

1. Department of Medical Genetics, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Infertility and Reproductive Health Research Center (IRHRC) and Department of Medical Genetics, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received: 2016/09/13

Accept: 2017/02/28)

Abstract

Background: Infertility affects 15% of couples and male factor infertility is involved in 50% of cases. One of the causes of infertility is Azoospermia that refers to the absence of sperm per ejaculation and almost affects 1% of the total men population. A comprehensive overview about the disease and its risk factors along with a better understanding of the diagnosis was performed and comprehensive information about the modern treatment methods for this reproductive disorder was provided.

Materials and methods: For writing this article, a large study on azoospermia, the reasons and treatment methods was performed by searching the words including azoospermia, genetics, treatment and diagnosis in the medical valid databases, mainly PubMed, up to 2016. Among the collected papers, articles that are most relevant to the goals of the present article was selected. The articles with brief explanation about the etiology of azoospermia and disease treatment options were studied further.

Findings: Literature review showed that genetic diseases such as Klinefelter syndrome, cystic fibrosis, primary and secondary testicular failure due to hormonal and/or chromosomal anomalies ranging from structural or numerical changes, gene mutations, genomics alterations at the level of telomeres and the resulting apoptosis, genetic polymorphisms, anatomical disorders associated with vas deferens and ejaculation, age, treatments of testicular cancer and other diseases, varicocele and surgical treatment of testis were considered as the most important factors in azoospermia.

Discussion: Although numerous factors are involved in the etiology of azoospermia, clinical tests and genetic counseling plays an important role in early detection of disease that helps to retrieve sperm production and fertility to the patient in many cases.

Conclusion: Accurate understanding of the etiology of azoospermia could provide a suitable treatment approach for the management of disease.

Keywords: Male infertility, Azoospermia, Genetics, Treatment

* Corresponding author: Farkhondeh Pouresmaeili
Email: pouresfar@gmail.com

مروری بر روش‌های تشخیصی - درمانی آزوسپرمی

زهرا فاضلی عطاری^۱، سارا السادات آقابرگ افجه^۱، حامد حیدری^۱، فرخنده پوراسماعیلی^{۲*}

۱- گروه ژنتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۲- مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری (IRHRC) و گروه ژنتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۳

چکیده:

سابقه و هدف: ناباروری پدیده‌ای است که ۵۱ درصد زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در این بین حدود ۵۰ درصد موارد ناباروری علل مردانه دارد. یکی از علل ناباروری آزو اسپرمی است که به نبود اسپرم در هر انزال اطلاق می‌شود و قریب ۱ درصد مردان کل جمعیت را درگیر می‌کند. در این مطالعه به مروری جامع در خصوص بیماری آزوسپرمی و عوامل موثر در ایجاد آن به همراه شناخت بهتری از روش‌های تشخیص و ارائه اطلاعات جامعی از روش‌های درمانی نوین این اختلال تولید مثلی پرداخته می‌شود.

روش بررسی: برای نگارش این مقاله مطالعه وسیعی در مورد آزوسپرمی، دلایل و روش‌های درمانی با جست‌وجو کلمه‌های *genetics, Azoospermia, diagnosis and treatment* در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر پزشکی و به طور عمده *PubMed* تا سال ۲۰۱۶ انجام شد. از میان مقاله‌های جمع‌آوری شده، مقاله‌هایی که بیشترین ارتباط را با اهداف نگارش این مقاله از جهت توضیحات اجمالی در مورد اتیولوژی بیماری آزوسپرمی و راه‌های درمانی بیماری داشتند انتخاب شدند و مورد مطالعه بیشتر قرار گرفتند.

یافته‌ها: مرور مقاله‌ها نشان دادند که بیماری‌های ژنتیکی مانند سندروم کلاین فلتر، فیبروزکیستی، نارسایی اولیه و ثانویه بیضه به دلیل اختلال‌های هورمونی، ناهنجاری‌های کروموزومی اعم از عددی یا ساختاری، جهش‌های ژنی، تغییرات ژنومیک در سطح تلومرها و آپوتوز حاصله، پلی مورفیسم‌های ژنتیکی و نیز اختلال‌های آناتومیک مرتبط با مجرای دفران و انزال، سن، درمان‌های سرطان بیضه و سایر بیماری‌ها، واریکوسل و جراحی‌های درمانی بیضه از مهم‌ترین عوامل شناخته شده موثر در ایجاد آزوسپرمی هستند.

تحلیل و تفسیر: به‌رغم وجود عوامل بسیار متعددی که در آزوسپرمی مردان دخالت دارند، مشاوره ژنتیکی و آزمایش‌های بالینی می‌توانند در بسیاری از موارد با تشخیص زودرس علت بیماری توان تولید اسپرم و باروری را به بیمار بازگرداند.

نتیجه‌گیری: با بررسی و شناخت دقیق اتیولوژی آزوسپرمی در یک فرد می‌توان با ارائه راهکار درمانی مناسب به مدیریت بیماری کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: ناباروری مردان، آزوسپرمی، ژنتیک، درمان

مقدمه:

نوع آزوسپرمی انسدادی (OA: Obstructive Azoospermia) و آزوسپرمی غیر انسدادی (NOA: Non-obstructive Azoospermia) با اتیولوژی و درمان متفاوت تقسیم می‌شود. این بیماری قریب ۱ درصد مردان از کل جمعیت را درگیر کرده و علت وقوع آن فاکتور مهمی در شناخت و تعیین روش درمانی این بیماران است (۳-۴). در این مطالعه، برای شناخت بهتری از آزوسپرمی، به مروری جامع در خصوص بیماری آزوسپرمی و عوامل موثر در آن، روش‌های تشخیص و روش‌های درمانی نوین این اختلال تولید مثلی پرداخته می‌شود.

آزوسپرمی از جمله عوامل شناخته شده ناباروری در مردان به شمار می‌رود. ناباروری در واقع عدم باروری در زوجینی است که با وجود دو سال تلاش برای تولید مثل، هیچ‌گونه لقاحی در آن‌ها رخ نداده است. ناباروری ۱۵ درصد زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در این بین ناباروری با علل مردانه به طور تقریبی ۵۰ درصد موارد را شامل می‌شود (۱-۲). یکی از علل ناباروری آزوسپرمی است که به عنوان نبود اسپرم در هر انزال تعریف می‌شود و به دو

نویسنده مسئول: فرخنده پوراسماعیلی*

پست الکترونیک: pouresfar@gmail.com

قبلی در سیستم ادراری - تناسلی، عفونت سیستم ادراری - تناسلی، عفونت پرونشیت ریوی مزمن یا ناهنجاری معده - رودهای (GI) همراه با فقدان مادرزادی وازدفران (CUAVD) (۷-۸).

برخی از عوامل آژواسپرمی:

هایپوگنادوتروپیک هایپوگنادیسم (HGH: Hypogonadotropic hypogonadism): این وضعیت از کاهش تستوسترون سرم به دلیل کاهش در ترشح هورمون های FSH و LH هیپوفیزی ناشی می شود و انواع مادرزادی، اکتسابی و ایدیوپاتیک آن وجود دارند. مثلا HGH مادرزادی در سندروم کالمن، پرادرولی و لورنس-مون مشاهده می شود و نوع اکتسابی در ترومای هیپوفیز و استفاده از استروئیدهای آنابولیک گزارش شده است (۹).

سندروم کالمن در نتیجه نقص در مهاجرت نورون های GnRH ایجاد می شود. دو حذف ژنی توالی KAL1 (KAL1) و رسپتور ۱ فاکتور رشد فیبروبلاست (FGFR1) در مردان مبتلا به سندروم کالمن شناخته شده است. ژن KAL1 روی بازوی کوتاه

کروموزوم X قرار دارد و در مهاجرت نورون های GnRH نقش دارد. گفته می شود که جهش های KAL1 مسئول ۷۰-۳۰ درصد سندروم کالمن است. حذف ژن FGFR1 روی کروموزوم ۸ نیز می تواند باعث سندروم کالمن شود. هورمون درمانی در بیماران مبتلا به سندروم کالمن نشان داده است که می تواند در بازیابی اسپرماتوژنز در افراد مبتلا بسیار موثر باشد (۱۰).

سندروم عدم حساسیت به آندروژن: آندروژن ها هورمون های استروئیدی مهمی برای بیان فنوتیپ مردانه هستند. این هورمون ها همچنین نقش مهمی در آغاز و حفظ اسپرماتوژنز ایفا می کنند. بیش از ۳۰۰ جهش در ژن گیرنده آندروژن شناسایی شده که این ژن در Xq11-12 قرار دارد و شامل ۸ اگزون است. تا کنون چهار نوع مختلف از جهش در این ژن در افراد مبتلا به سندروم عبارتند از جهش های نقطه ای منفرد که منجر به

جایگزینی اسید آمینه یا ختم زودرس می شوند، دخول یا حذف نوکلئوتیدها که اغلب به تغییر قالب خواندن باز و ختم زودرس منجر می شوند، حذف های کامل یا جزئی ژن و در نهایت جهش های ایترونی در جایگاه های پذیرنده یا دهنده پیرایش که بر پیرایش RNA رسپتور آندروژن تاثیر می گذارند. جهش ها در دومن انتهایی N (اگزون ۱) اغلب رخ نمی دهد و اکثریت عظیمی از جهش ها به طور مستقیم به دلیل حذف یا دخول نوکلئوتیدها به تغییر چارچوب خواندن باز و ایجاد ختم زودرس منجر می شوند. تنوع زیادی از جهش ها در این ژن که منجر به جایگزینی آمینو اسید در دومن متصل شونده به DNA یا لیگاند می شوند مانع از تکامل طبیعی ساختارهای مردانه در افراد XY، ۴۶، مبتلا به سندروم عدم حساسیت آندروژنی می شوند (۱۱).

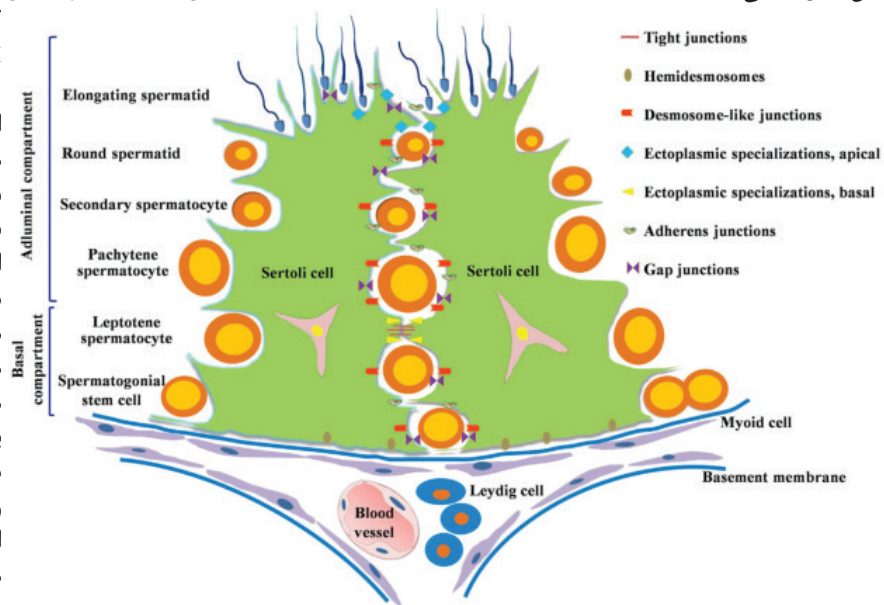
واریکوسل. واریکوسل یک علت شایع و قابل درمان ناباروری مردان محسوب می شود. اگرچه مشخص شده است که ترمیم واریکوسل یک درمان موثر برای ناباروری مردان است، برخی مردان که تحت درمان قرار می گیرند ممکن است هیچ بهبودی در اسپرماتوژنز پس از درمان نشان ندهند. بر اساس رهنمودهای اخیر، ترمیم واریکوسل تنها برای مردانی پیشنهاد می شود که واریکوسل آشکار دارند و پارامترهای ناهنجار منی را بروز می دهند. شواهد بیانگر آن هستند که ترمیم واریکوسل در مردان مبتلا به NOA باعث بهبودی در کیفیت منی و نرخ بارداری می شود. بنابراین، به نظر می رسد که ترمیم واریکوسل یک روش درمانی موثر برای این گروه از مردان به ویژه مردانی با همسرانی جوانتر از ۳۵ سال در قبل از آغاز استفاده از روش های کمک باروری است. همچنین، ترمیم واریکوسل مردان مبتلا به NOA نرخ بازیابی اسپرماتوژن در TESE را بهبود می بخشد (۱۳-۱۲).

سن: یکی از فاکتورهایی است که با بالاتر رفتن بر میزان تحرک و کیفیت اسپرم

روش بررسی: کلمه های کلیدی Azoospermia، genetics، treatment و diagnosis در پایگاه های اطلاعاتی معتبر پزشکی و به ویژه پایگاه اطلاعاتی PubMed تا سال ۲۰۱۶ بررسی قرار شد. مقاله هایی با کامل ترین توضیحات در مورد اتیولوژی بیماری آژواسپرمی و راه های درمانی بیماری از میان مقاله های جمع آوری شده انتخاب شده و مورد مطالعه بیشتر قرار گرفتند.

اسپرماتوژنز و آژواسپرمی

در پستانداران، رشد بیضه ها در جنین آغاز شده و در طول دوران جنین زایی ادامه می یابد. بیضه ها بعد از بلوغ، با ساخت اسپرم به همراه محصولات اگزوکرین و اندوکرین نقش مهمی را در باروری ایفا می کنند. اسپرماتوژنز تکامل سلول های جنسی مردانه است که با تقسیم یک نوع سلول بنیادی یا اسپرماتوگونیم آغاز و با تمایز به اسپرماتوزو (اسپرم) که در مجرای لوله های اسپرم بر آزاد می شود پایان می یابد (۵) (شکل ۱). در حقیقت، فرآیند اسپرماتوژنز نقش مهمی را در انتقال اطلاعات ژنتیکی به نسل بعدی ایفا می کند.



شکل ۱: تصویر شماتیک از اسپرماتوژنز (۵).

آژواسپرمی واژه ای توصیفی است که دلالت بر انزال هایی دارد که فاقد اسپرم بدون علت زمینه ای خاص است. این وضعیت قبل از آنالیز منی تنها در معدودی از بیماری ها قابل پیش بینی است. از جمله این بیماری ها می توان به فیروز کیستی، سندروم کالین فلتر و سندروم واکتومی قبلی اشاره کرد. آژواسپرمی در حدود ۱ درصد مردان بزرگسال و ۵۹-۵۵ درصد مردان نابارور دیده می شود. تفکیک آژواسپرمی از اسپرمی اهمیت زیادی دارد. ویرایش پنجم دستورالعمل های (WHO) طبق تعریفی که اولین بار از سوی Eliason در سال ۱۹۸۱ ارائه شد، آژواسپرمی را نبود اسپرم در نمونه سانتریفیوژ شده مایع منی می داند (۶).

آژواسپرمی انسدادی (OA) که ۴۰ درصد موارد آژواسپرمی را شامل می شود به طور معمول همراه با عملکرد طبیعی اندوکرین و اگزوکرین است و اسپرماتوژنز در بیضه های افراد مبتلا طبیعی است، ولی آژواسپرمی غیرانسدادی (NOA) به طور تقریبی ۶۰ درصد مردان آژواسپرمی را شامل می شود و به طور معمول به دلیل قرار گرفتن در معرض مواد سمی یا تکامل غیر طبیعی بیضه روی می دهد. آژواسپرمی غیرانسدادی (NOA) می تواند ناشی از نارسایی اولیه بیضه (افزایش LH و FSH و بیضه های کوچک در ۱۰ درصد مردان نابارور)، نارسایی ثانویه بیضه (هیپوگنادیسم هایپوگنادوتروپیک مادرزادی همراه با کاهش LH، FSH و بیضه های کوچک) یا نارسایی مبهم و ناقص بیضه (افزایش FSH به بیش از ۷.۶ mIU/ml و حجم طبیعی بیضه یا FSH طبیعی و بیضه های کوچک یا FSH طبیعی و حجم طبیعی بیضه) باشد. در مقابل، مقدار FSH در OA کمتر از ۷.۶ mIU/ml است. فاکتورهای مستعدکننده به آژواسپرمی انسدادی عبارتند از: واکتومی قبلی و سایر جراحی های

تایید کننده اهمیت این ژن در اسپرماتوژن است (۲۵). ناحیه AZFa شامل دو ژن DDX3Y (به عنوان DBY نیز شناخته می شود) و USP9Y است که این دو ژن در اسپرماتوژن نقش مهمی را ایفا می کنند (۲۶). ریز حذف در ناحیه AZFa در به طور تقریبی ۱ درصد مردان مبتلا به آروسپرمی غیرانسدادی صورت می گیرد (۲۷). مطالعه ها بیانگر آن هستند که ریزحذف های کروموزوم Y در بیماران مبتلا به اولیگوسپرمی شدید (کمتر از یک میلیون اسپرماتوزوآ به ازای هر میلی لیتر) مشاهده می شوند و به ندرت در بیمارانی با غلظت اسپرم بیش از ۵ میلیون اسپرماتوزوآ در هر میلی لیتر وجود دارد (۲۸).

جدول ۱: عواملی که می توانند موجب آروسپرمی شوند
<http://www.theturekclinic.com>

• Primary testicular failure, Klinefelter syndrome
• Y chromosome microdeletions
• Genetic infertility due to abnormal chromosomes (karyotype)
• Unexplained genetic infertility
• Secondary testicular failure, Kallman syndrome
• Unexplained gonadotropin deficiency
• Hypothalamic/pituitary tumor
• Hyperprolactinemia
• Cancer treatment (chemotherapy, radiation, surgery)
• Varicocele effect
• Pituitary suppression, drug induced (anabolic steroids, alcohol, glucocorticoids)
• Testosterone supplements
• Congenital adrenal hyperplasia
• Severe illness (cancer, kidney or liver failure)
• Diabetes mellitus
• Sickle cell anemia
• Hemochromatosis
• Sperm autoimmunity
• Pesticide/toxin exposure (including hot tubs and baths)
• Undescended testicles at birth
• Obstruction, congenital absence of the vas deferens (CAVD)
• Ejaculatory duct obstruction
• Epididymitis
• Scrotal trauma or surgery
• Young syndrome
• Vasectomy

اثر گذارده و کاهش معناداری در این دو خصوصیت اسپرم و نیز در کاهش باروری ایجاد می کند (۱۴). مطالعه های اخیر دلالت بر تاثیر حضور توالی های به شدت تکراری در شکل توالی های پالیندرومی، واژگونه یا متوالی در ژنوم دارد که می توانند حاصل ناپایداری ژنومی یا فشارهای انتخابی باشند و ریسک آروسپرمی را افزایش دهند (۱۵). جدول ۱ علل موثر در ایجاد آروسپرمی را نمایش می دهد.

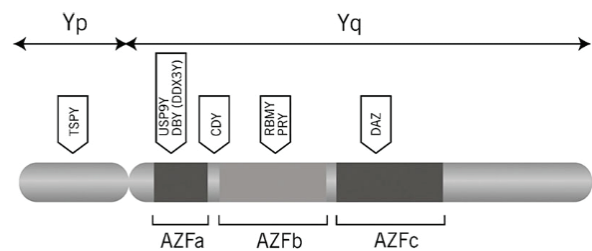
ناهنجاری های ژنتیکی و ژن ها: سندروم کلاین فلتر (۱۷-۱۶)، سندروم 47, XYY (۱۸)، هرمافرودیسیم کاذب زنانه (مرد XX)، اختلال های گنادی مخلوط (۱۹)، ریز حذف های کروموزوم Y (حذف در DBY, AZFc, AZFb, AZFa, USP9Y و DAZ)، عدم مجرای دفران، انسداد Vasal و اختلال های انزال از جمله ناهنجاری های ژنتیکی هستند که تولید اسپرم در آنها اختلال یافته است (۷). از میان بیماری های ژنتیکی که با آروسپرمی همراه هستند، سندروم های کلاینفلتر و ریزحذف های کروموزوم Y در بخش بعدی بازنگری می شوند.

سندروم کلاینفلتر: سندروم کلاینفلتر یک بیماری کروموزومی است که حداقل یک کروموزوم X اضافی در کاریوتیپ مرد مبتلا مشاهده می شود. اگرچه انواع موزائیسیم متعددی از این سندروم وجود دارد، ولی بیشتر موارد گزارش شده از نوع غیرموزائیسیم 47, XYY هستند. سندروم کلاینفلتر شایع ترین شکل آنوپلوئیدی کروموزومی در انسان و شایع ترین شکل هیپوگنادیسم مردانه است که حضور کروموزوم X اضافی در این افراد به نقص در اسپرماتوژن، ژینکوماستی و مشکلات یادگیری منجر می شود (۲۰). بروز بالینی سندروم کلاینفلتر بسته به سن تشخیص و شدت موزائیسیم متنوع است. تمایز بین پسران مبتلا به سندروم کلاینفلتر از پسران طبیعی در پیش از بلوغ بسیار دشوار است و تنها بر اساس فنوتیپ صورت می گیرد. بیضه های کوچک همراه با علائم متنوعی از نقص آندروژن در بزرگسالی و پس از بلوغ می تواند در شناسایی سندروم کلاینفلتر موثر باشد. البته برخی از افراد مبتلا به سندروم کلاینفلتر فنوتیپ طبیعی را از خود بروز می دهند و تنها طی ارزیابی برای آروسپرمی تشخیص داده می شوند (۲۲-۲۱). امروزه مشخص شده است که برخی مردان مبتلا به سندروم کلاینفلتر غیرموزائیسیم و مبتلا به آروسپرمی می توانند با روش تزریق درون سیتوپلاسمی اسپرم شانس داشتن فرزند را داشته باشند (۲۳).

ریز حذف های کروموزوم Y

ریزحذف های کروموزوم Y در سه ناحیه مختلف روی بازوی بلند کروموزوم Y نقشه گذاری شدند. این نواحی به عنوان فاکتورهای آروسپرمی AZFa, AZFb و AZFc نامیده می شوند (شکل ۲). ژن های متعددی در این سه ناحیه شناخته شدند که بیشتر آنها در اسپرماتوژن نقش دارند. از جمله این ژن ها می توان به ژن DAZ اشاره کرد که در ناحیه AZFc قرار دارد. این ژن یک فاکتور رونویسی را کد می کند که به طور معمول در مردانی که باروری طبیعی دارند یافت می شود (۲۴). حذف ناحیه AZFc در تقریباً یک در ۴۰۰۰ مرد تشخیص داده شده و در ۱۳ درصد مردان آروسپرمی و ۶ درصد مردان مبتلا به اولیگوسپرمی شدید یافت می شود. در واقع، حذف AZFc شایع ترین نوع ریز حذف شناخته شده در مردان آروسپرمی محسوب می شود.

در سال ۱۹۹۷ ژن RBMY در ناحیه کروموزومی AZFb شناسایی شد. این ژن همانند DAZ یک پروتئین متصل شونده به RNA را کد می کند که به طور اختصاصی در سلول های زایشی در بیضه های جنینی و بزرگسالی بیان می شود ولی در سلول های سوماتیک مانند سلول های سرتولی بیان نمی شود. مطالعه های



شکل ۲: سه ناحیه واقع بر روی کروموزوم Y که نقش مهمی در اسپرماتوژن ایفا می کنند و ریزحذف های آنها نقش مهمی در آروسپرمی دارد (۲۹).

ناپایداری ژنومی، تلومر و آزو اسپرمی

مطالعه‌های متعدد بیانگر آن هستند که ناپایداری ژنومی می‌تواند در فرآیندهای متعددی از جمله اسپرماتوژنز نقش مهمی ایفا کند. از جمله ساختارهای کروموزومی که در ناپایداری ژنومی دارای اهمیت زیادی است، ساختار تلومری است. تا کنون، گزارش‌های متعددی بیانگر همبستگی بروز بیماری‌های متعددی با تغییرات طول تلومر بوده‌اند. در افراد مبتلا به این بیماری‌ها، طول تلومر در هر چرخه سلولی کوتاه شده و در نهایت به پیری سلولی منجر می‌شود. از جمله این بیماری‌ها می‌توان به سندروم پیری زودرس اشاره کرد. این مشاهدات بیانگر آن هستند که کوتاه شدن تلومر باعث پیری سلولی و در نهایت موجب آپوپتوز و توقف چرخه سلولی، از دست رفتن سلول و تخریب بافت می‌شود (۳۰-۳۱). در برخی مطالعه‌ها، نقش تلومر و طول آن در برخی موارد ایدئوتوپیک ناباروری در مردان مورد بررسی قرار گرفته است (۳۲-۳۴). به عنوان مثال در یک مطالعه پایلوت، ۳۲ مرد نابارور ایدئوتوپیک و ۲۵ کنترل برای بررسی طول تلومر اسپرم با روش q-PCR و ارتباط آن با DFI^۱ اسپرم و سطوح گونه‌های اکسیژن فعال (ROS) مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه بیانگر آن بود که نسبت طول نسبی تلومر مردان نابارور به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کمتر است (p<0.005) و هیچ کدام از پارامترهای اسپرم از جمله تعداد اسپرم، حرکت به جلو، مورفولوژی، ROS و DFI ارتباطی با طول تلومر اسپرم نشان نمی‌دهد. در حقیقت، نتایج حاصل بیانگر آن بودند که تلومرهای کوتاه در اسپرم می‌توانند به عنوان یکی از عوامل مسبب ناباروری مردان مطرح شوند (۳۵). در مطالعه‌ای که به تازگی توسط پوراسماعیلی و همکارانش روی بیماران ایرانی مبتلا به آزو اسپرمی انجام شده است، طول تلومر در خون محیطی بیماران مبتلا به آزو اسپرمی کاهش معناداری را نسبت به خون محیطی مردان بارور نشان داد که می‌تواند به عنوان بیومارکری از اختلال در اسپرماتوژنز مطرح شود (نتایج این مطالعه چاپ نشده است). همچنین گزارش‌ها موید آن هستند که طول تلومر اسپرم با تعداد اسپرم مرتبط جدول ۲: بیومارکرها پروتئینی منی که برای تشخیص انواع آزو اسپرمی استفاده می‌شوند (۴۰).

دارند، نیز به طور معمول از آزو اسپرمی رنج می‌برند (۳۸-۳۹).

تشخیص آزو اسپرمی:

برای تشخیص آزو اسپرمی ابتدا باید مشاوره بالینی انجام شود که طی آن سوال‌هایی از جمله طول مدت ازدواج و سعی در حاملگی، زمان و دفعات رابطه جنسی با همسر، روش زندگی مانند مصرف سیگار و الکل از فرد نابارور پرسیده می‌شود. سپس، ممکن است آزمایش‌هایی برای درک بهتر از علت آزو اسپرمی فرد پیشنهاد شود. این آزمایش‌ها عبارتند از: تست بالینی، اندازه‌گیری هورمون‌ها، اندازه‌گیری BMI، بیوپسی بیضه‌ای، آزمایش ژنتیک، MRI^۲، سونوگرافی اسپرمی (برای تشخیص وضعیت سیاهرگی و اسکروتوم)، اولترا سوند ترانس رکتال (برای یافتن هر گونه تغییرات در بیضه و اسکروتوم)، آنالیز منی، اورولیز بعد از انزال (برای بررسی حضور اسپرم در ادرار که نشانه انسداد و اختلال مربوط به انزال است).

[https://www.drugs.com/cg/azoospermia.html]

کاربرد بیومارکرها در تشخیص و پیش‌بینی آزو اسپرمی

در تلاش‌هایی که برای تشخیص افراد مبتلا به آزو اسپرمی صورت گرفته است، پروتئین‌های متعددی در سرم خون شناسایی شدند که می‌توانند به عنوان بیومارکر آزو اسپرمی مطرح شوند. این پروتئین‌ها عبارتند از هورمون محرک فولیکول، هورمون آنتی مولرین، و inhibin B. مشخص شده است که هورمون محرک‌کننده فولیکول حساسیت به طور تقریبی ۷۷ درصد و اختصاصیت ۸۵ درصد برای پیش‌بینی اسپرماتوژنز دارد. به دلیل اینکه حساسیت و اختصاصیت استفاده از بیومارکرها خون برای تشخیص آزو اسپرمی پایین است، مطالعه‌های گسترده‌ای روی هزاران پروتئین پلاسمای منی و همچنین منی انجام شده است. برخی از این بیومارکرها پروتئینی عبارتند از PTGDS، ACRV1، LGALS3BP، ECM1 و TEX101 (جدول ۲). آشکار شده است که پروتئین‌هایی با یک بیان اختصاصی در بیضه مانند TEX101 می‌توانند به عنوان بیومارکری برای پیش‌بینی TESE و تمایز بین انواع مختلف NOA از هیپواسپرماتوژنز استفاده شوند (۴۰).

انواع آزو اسپرمی	بیومارکر	حساسیت (درصد)	اختصاصیت (درصد)	آستانه
نورموسپرمیا (در برابر آزو اسپرمی)	TEX101	۱۰۰	۱۰۰	>120 ng per ml
	LDHC	۱۰۰	۱۰۰	>160 ng per ml
	ACRV1	۹۳	۹۷	مثبت
NOA در برابر OA	ECM1	۷۳	۱۰۰	>2.3 µg per ml
	PTGDS	۵۰	۲۸/۶	>100 ng per ml
HS: Hypospermatogenesis در برابر SCO	TEX101	۱۰۰	۶۷	> 5ng per ml
MA: Maturation arrest. در برابر SCO	TEX101	۱۰۰	۵۴	> 5ng per ml

آزمون‌های ژنتیکی و تشخیص آزو اسپرمی

برای تشخیص بیماری‌های ژنتیکی در مردان آزو اسپرمی سه گروه از آزمون‌های ژنتیکی استفاده می‌شوند که عبارتند از: ۱) آزمون‌های سیتوژنتیکی که آنپلوئیدی‌های کروموزومی و تغییرات ساختاری را تشخیص می‌دهند. ۲) واکنش زنجیره‌ای پلیمراز که برای تشخیص حذف‌های ریز کروموزوم Y استفاده می‌شود. ۳) تعیین توالی ژن‌ها برای تشخیص جهش‌های یک ژن خاص. آنالیز سیتوژنتیکی فراوان‌ترین آزمون تشخیصی است که برای ارزیابی بیماران مبتلا به آزو اسپرمی استفاده می‌شود. ارزیابی ریز حذف کروموزوم Y یک آزمون پایه‌گذاری شده بر PCR است که برای تشخیص حضور یا فقدان جایگاه‌های STSs استفاده می‌شود. این روش امکان تشخیص حضور یا فقدان هر گونه ریز حذف بالینی را امکان‌پذیر

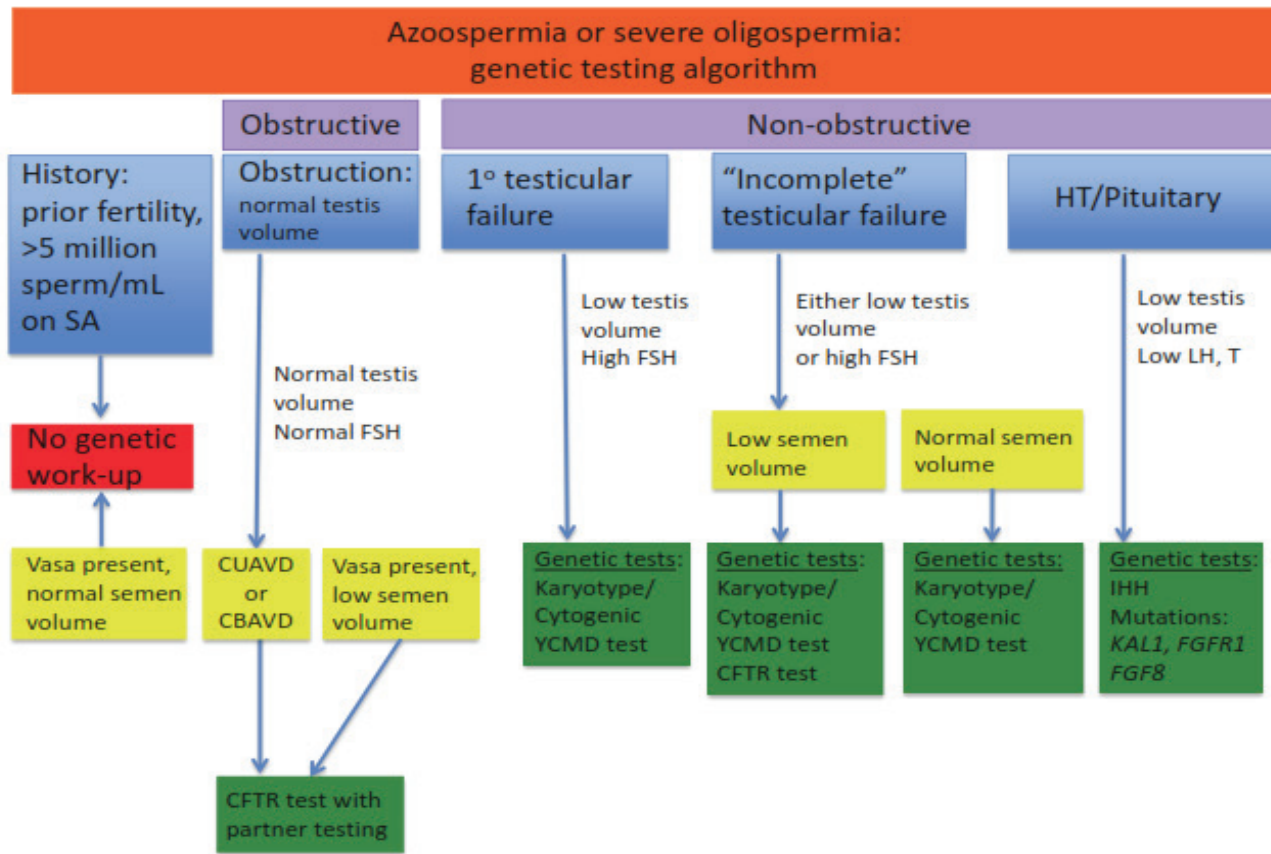
است، به گونه‌ای که طول تلومر در مردان الیگواسپرمی در مقایسه با مردانی که تعداد اسپرم طبیعی دارند کمتر است. تنها یک مطالعه ارتباط ناباروری در مردان با طول تلومر را مورد بررسی قرار داده است و آن هم از نمونه اسپرم استفاده کرده است که تلومر کوتاه‌تر را در مردان نابارور در مقایسه با مردان بارور گزارش کرده است (۳۶).

علایم و نشانه‌های آزو اسپرمی:

مشخص شده است تمام مردانی که در بارور کردن همسر ناتوانی دارند، افزایشی در چربی‌ها (۳۷) و موهای بدن و نیز بافت پستان نشان می‌دهند. ترشحات مترشح از اندام تناسلی آن‌ها به طور معمول شفاف، آبکی یا شیری رنگ است یا توده و تورم اسکروتومی یا سیاهرگ‌های بیضه‌ای تاب خورده که حاکی از واریکوسل است را نشان می‌دهند. افرادی که بیضه‌های کوچک، صاف یا غیر قابل درک و تحت استرس

Body mass index 2
Magnetic resonance imaging 3

DNA fragmentation index 1



شکل ۳: الگوریتم آزمون های ژنتیکی که برای ارزیابی مردان آروسپرمی استفاده می شوند (۴۲).

منتج به آروسپرمی پیشنهاد می شود (۴۷). در مردان آروسپرمی مبتلا به هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک ایدیوپاتیک که گنادوتروپین درمانی را رد می کنند، درمان با هورمون GnRH می تواند یک گزینه باشد ولی این نوع درمان در مردانی که غده هیپوفیز آن ها غیر فعال است امکان پذیر نیست (۹). برخی از مردانی که هایپرپلازی آدرنال دارند و در سن بلوغ ناباروری را نشان می دهند، با استفاده از استروئیدهای خارجی درمان پذیر بوده و علاوه بر سرکوبی آدرنوکورتیکوتروپیک هورمون و کاهش اندازه TART⁺ (تومورهای بیضه ای)، برگشت پتانسیل باروری هم در آنها قابل مشاهده است (۴۸-۴۹). روش micro-TESE (mTESE) یک روش مناسب برای استخراج اسپرم است. این روش، غیرتهاجمی و سالم است. در این روش، با استفاده از یک روش میکروسکوپی، لوله های منی ساز حوی اسپرماتوزوآ تشخیص داده شود و به طور اختصاصی هدف بازیابی اسپرم قرار می گیرند. این روش در مقایسه با اسری روش های مورد استفاده برای بازیابی اسپرم با مشکلات کمتری روبه رو است (۵۰). مطالعه های متعددی که تا کنون انجام شده است، بیانگر آن هستند که نرخ بازیابی اسپرماتوزوآ با روش micro-TESE بیشتر از زمانی است که از روش TESE معمولی برای بازیابی اسپرم در مردان مبتلا به NOA استفاده می شود (۵۱-۵۲) (جدول ۳). از جمله روش هایی که امروزه برای درمان آروسپرمی مورد توجه قرار گرفته است استفاده از سلول های بنیادی است. در سال ۱۹۹۴ برای اولین بار پیوند موفقیت آمیز سلول های بنیادی اسپرماتوگونیا (SSCs) موش به لوله های اسپرم بر موش نابارور گزارش شد. از آن زمان به بعد، تحقیق ها روی ایجاد الگوهای حیوانی مناسب برای آروسپرمی و درمان آنها با روش سلول درمانی انجام گرفت (۵۳-۵۴). شناسایی فاکتورها و سیگنال های ضروری برای حمایت از خودتجدیدی سلول های SSC و همچنین توسعه روش های مورد نیاز برای تمایز سلول های SSC به اسپرماتوزوآی بالغ می تواند نقش

می سازد. آنالیز ریز حذف کروموزوم Y به طور معمول با استفاده از چندین جفت پرایمر برای تکثیر AZFa، AZFc و AZFb در بازوی بلند کروموزوم Y انجام می شود. PCR باید حداقل برای دو بار در حضور یک کنترل درونی (SRY) برای تایید حضور حذف ها انجام شود. البته قابل ذکر است که همه آزمون های ژنتیکی نباید برای یک بیمار آروسپرمی انجام شود. آزمون باید بر اساس علایم بالینی فرد صورت گیرد. الگوریتمی از آزمون های ژنتیکی که امروزه برای ارزیابی مردان آروسپرمی استفاده می شود، در شکل ۳ نشان داده می شود (۴۱).

درمان آزو اسپرمی:

درمان آروسپرمی به علت وقوع آن بستگی دارد. بنابراین، برای درمان این بیماری از روش های متفاوتی استفاده می شود. از جمله آنها می توان به: Microscopic vasal sperm aspiration (MVSA) اشاره کرد که در مورد انسداد دفران دیستال بدون جراحی انجام می شود و شامل اسپیراسیون میکروسکوپی اسپرم از لومن دفران است (۴۳). بیماران مبتلا به انسداد اکتسابی دستگاه تناسلی مردانه ممکن است بسته به میزان انسداد با استفاده از بازسازی میکروسکوپی یا برداشتن از طریق پیشابراه مجاری ادراری درمان شوند. روش دیگر، بازیابی اسپرم با روش های بارداری کمکی از جمله ICSI⁺ و IVF است که با موفقیت ۲۵ تا ۶۵ درصد گزارش شده است. ارزیابی ژنتیکی همراه با آنالیز ریز حذف های کروموزوم Y و تعیین کاربوتایپ می تواند اطلاعات پیش آگهی دهنده مناسبی را در مورد مردان مبتلا به آزو اسپرمی غیر انسدادی فراهم سازد. در صورتی که فرد تعداد بسیار کمی اسپرم داشته باشد و به طور فاقد اسپرم نباشد، باروری با روش های IVF و ICSI با احتمال ۲۰ تا ۵۰ درصد موفقیت آمیز خواهد بود (۴۵-۴۶). البته نباید اهمیت مدیریت پیشگیری از باروری در بیمارانی مانند افراد مبتلا به سندروم کلاین فلتر در مراقبت های سیستم سلامت را نادیده گرفت (۴۶). همچنین، آمبولیزاسیون از راه پوست نیز برای درمان واریکوسل

جدول ۳: مقایسه‌ای از روش‌های مختلف بازبازی اسپرم در درمان بیماران مبتلا به NOA.

نتیجه	روش درمان مداخله‌ای	تعداد بیماران شرکت کننده در مطالعه	مطالعه
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ با روش mTESE (۴۷ درصد) بالاتر از روش TESE معمول (۳۰ درصد) بود.	mTESE	۱۰۰ بیمار مبتلا به NOA	Amer et al (۲۰۰۰)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش mTESE (۴۴/۶ درصد) بالاتر از روش TESE معمول (۱۶/۷ درصد) بود.	mTESE	۹۸ بیمار مبتلا به NOA	Okada (۲۰۰۲)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش mTESE (۴۲/۹ درصد) بالاتر از روش TESE معمول (۳۵/۱ درصد) بود.	mTESE	۹۳ بیمار مبتلا به NOA	Tsujimura et al (۲۰۰۲)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش mTESE (۵۷ درصد) بالاتر از روش TESE معمول (۳۲ درصد) بود.	m TESE	۴۳۵ بیمار مبتلا به NOA	Ramasamy et al (۲۰۰۵)
روش TESE چند کانونی بسیار موثر از روش TESA چند کانونی در بازبازی اسپرم می باشد.	TESA و TESE	۸۷ بیمار مبتلا به NOA	Hauser et al (۲۰۰۶)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش mTESE (۵۴ درصد) بالاتر از روش FNA (۱۰ درصد) بود.	mTESE و FNA	۱۰۰ بیمار مبتلا به NOA	El-Haggag et al (۲۰۰۸)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش mTESE بالاتر از روش TESE معمول بود.	mTESE	۱۵۴ بیمار مبتلا به NOA	Colpi et al (۲۰۰۹)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش mTESE (۵۶/۹ درصد) بالاتر از روش TESE معمول (۳۸/۲ درصد) بود.	mTESE	۱۳۳ بیمار مبتلا به NOA	Ghalayin et al (۲۰۱۱)
نرخ بازبازی اسپرماتوزوآ روش TESE (۵۰/۹ درصد) بالاتر از روش TESA معمول (۴۱/۸ درصد) بود.	TESE و TESA	۴۵۰ بیمار مبتلا به NOA	Nowroozi et al (۲۰۱۲)

داشته و می‌تواند با درمان پتانسیل باروری، خانواده‌های خواستار فرزند را از نگرانی خارج ساخته و به انسجام زندگی زوجین قوام بخشد.

برآورد شده است که بیش از ۲۰۰۰ ژن در اسپرماتوژن‌زایی نقش می‌کنند. جهش در هر کدام از این ژن‌ها می‌تواند باعث ناباروری مردان شود. با توجه به تعداد زیاد ژن‌های شناخته شده که در اسپرماتوژن‌زایی موثر هستند، تشخیص مولکولی آروسپرمی در برخی بیماران با استفاده از روش‌هایی که در حال حاضر در دسترس هستند ممکن است بسیار دشوار باشد. توسعه تکنولوژی‌های پایه‌گذاری شده بر ژنوم و آنالیز گسترده ژنوم با استفاده از روش‌های جدید تعیین توالی نسل بعدی می‌تواند آینده امیدبخشی را برای تشخیص علت آروسپرمی در بیماران مبتلا و درمان آن‌ها فراهم سازد.

مهمی را در استفاده از این سلول‌ها برای درمان آروسپرمی ایفا کند.

بحث و نتیجه‌گیری:

مردان مبتلا به آروسپرمی بخش قابل توجهی از جمعیت مردان نابارور را شامل می‌شوند. آزمون‌های ژنتیکی در کنار تعیین کامل تاریخچه پزشکی، بررسی وضعیت جسمانی و تعیین پروفایل هورمونی در ارزیابی مردان مبتلا به آروسپرمی بسیار ضروری و لازم است. تعیین دقیق علت ژنتیکی آروسپرمی در مردان مبتلا می‌تواند نقش مهمی در تعیین روش درمان این افراد ایفا کند. آروسپرمی یکی از بیماری‌های تولید مثل مردان است که در سال‌های اخیر با توجه به استفاده از روش‌های کمک باروری در بسیاری از مواقع به یک بیماری قابل درمان تبدیل شده است. مشاوره بالینی و ژنتیک در تشخیص زودهنگام علل بیماری نقش

منابع:

- O'Flynn O'Brien KL, Varghese AC, Agarwal A. The genetic causes of male factor infertility: a review. *Fertil Steril*. 2010; 93(1):1-12.
- Poongothai J, Gopenath TS, Manonayaki S. Genetics of human male infertility. *Singapore Med J*. 2009; 50(4):336-47.
- Berookhim BM, Schlegel PN. Azoospermia due to spermatogenic failure. *Urol Clin North Am*. 2014; 41(1):97-113.
- Elzanaty S. Non-obstructive azoospermia and clinical varicocele: therapeutic options. *Int Urol Nephrol*. 2013; 45(3):669-74.
- Hai Y, Hou J, Liu Y, Liu Y, Yang H, Li Z, He Z. The roles and regulation of Sertoli cells in fate determinations of spermatogonial stem cells and spermatogenesis.

Semin Cell Dev Biol. 2014; 29:66-75.

- Aziz N. The importance of semen analysis in the context of azoospermia. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68 Suppl 1:35-8.
- Cocuzza M, Alvarenga C, Pagani R. The epidemiology and etiology of azoospermia. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68 Suppl 1:15-26.
- Wosnitzer M, Goldstein M, Hardy MP. Review of Azoospermia. *Spermatogenesis*. 2014 31; 4:e28218.
- Kumar R. Medical management of non-obstructive azoospermia. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68 Suppl 1:75-9.
- Song SH, Chiba K, Ramasamy R, Lamb DJ. Recent advances in the genetics of testicular failure. *Asian J Androl*. 2016; 18(3):350-5.

11. Brinkmann AO. Molecular basis of androgen insensitivity. *Mol Cell Endocrinol*. 2001;20(1-2):105-9.
12. Chiba K, Fujisawa M. Clinical Outcomes of Varicocele Repair in Infertile Men: A Review. *World J Mens Health*. 2016; 34(2):101-9.
13. Elzanaty S. Non-obstructive azoospermia and clinical varicocele: therapeutic options. *Int Urol Nephrol*. 2013; 45(3):669-74.
14. Gao M, Pang H, Zhao YH, Hua J, Tong D, Zhao H, Liu Y, Zhao Y, Zhang M, Yan XJ, Chen H, Ma HP, Jin TY, Dong SL. Karyotype analysis in large sample cases from Shenyang Women's and Children's hospital: a study of 16,294 male infertility patients. *Andrologia*. 2017 May;49(4).
15. Oetjens MT, Shen F, Emery SB, Zou Z, Kidd JM. Y-Chromosome Structural Diversity in the Bonobo and Chimpanzee Lineages. *Genome Biol Evol*. 2016; 3(8):2231-40.
16. Kleiman SE, Yogev L, Lehavi O, Yavetz H, Hauser R. Distinctive pattern of expression of spermatogenic molecular markers in testes of azoospermic men with non-mosaic Klinefelter syndrome. *J Assist Reprod Genet*. 2016; (6):807-14.
17. Li LX, Dai HY, Ding XP, Zhang YP, Zhang XH, Ren HY, Chen ZY. Investigation of AZF microdeletions in patients with Klinefelter syndrome. *Genet Mol Res*. 2015 ;26;14(4):15140-7.
18. Alhalabi M, Kenj M, Monem F, Mahayri Z, Abou Alchamat G, Madania A. High prevalence of genetic abnormalities in Middle Eastern patients with idiopathic non-obstructive azoospermia. *J Assist Reprod Genet*. 2013;30(6):799-805.
19. Guercio G, Coștanzo M, Grinspon RP, Rey RA. Fertility Issues in Disorders of Sex Development. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015;44(4):867-81.
20. Gudeloglu A, Parekattil SJ. Update in the evaluation of the azoospermic male. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68 Suppl 1:27-34.
21. Oates RD. The genetic basis of male reproductive failure. *Urol Clin North Am*. 2008;35(2):257-70.
22. Visootsak J, Graham JM Jr. Klinefelter syndrome and other sex chromosomal aneuploidies. *Orphanet J Rare Dis*. 2006 24;1:42.
23. Schiff JD, Palermo GD, Veeck LL, Goldstein M, Rosenwaks Z, Schlegel PN. Success of testicular sperm extraction [corrected] and intracytoplasmic sperm injection in men with Klinefelter syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(11):6263-7.
24. Jobling MA, Tyler-Smith C. The human Y chromosome: an evolutionary marker comes of age. *Nat Rev Genet*. 2003;4(8):598-612.
25. Miyamoto T, Minase G, Okabe K, Ueda H, Sengoku K. Male infertility and its genetic causes. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015;41(10):1501-5.
26. Wimmer R, Kirsch S, Weber A, Rappold GA, Schempp W. The Azoospermia region AZFa: an evolutionary view. *Cytogenet Genome Res*. 2002;99(1-4):146-50.
27. Hopps CV, Mielnik A, Goldstein M, Palermo GD, Rosenwaks Z, Schlegel PN. Detection of sperm in men with Y chromosome microdeletions of the AZFa, AZFb and AZFc regions. *Hum Reprod*. 2003;18(8):1660-5.
28. Krausz C, Forti G, McElreavey K. The Y chromosome and male fertility and infertility. *Int J Androl*. 2003;26(2):70-5.
29. Esteves SC, Hamada A, Kondray V, Pitchika A, Agarwal A. What every gynecologist should know about male infertility: an update. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(1):217-29.
30. Hiyama E, Hiyama K. Telomere and telomerase in stem cells. *Br J Cancer*. 2007 Apr 10;96(7):1020-4.
31. Zhao Z, Pan X, Liu L, Liu N. Telomere length maintenance, shortening, and lengthening. *J Cell Physiol*. 2014;229(10):1323-9.
32. Thilagavathi J, Mishra SS, Kumar M, Vemprala K, Deka D, Dhadwal V, Dada R. Analysis of telomere length in couples experiencing idiopathic recurrent pregnancy loss. *J Assist Reprod Genet*. 2013;30(6):793-8.
33. Kong CM, Lee XW, Wang X. Telomere shortening in human diseases. *FEBS J*. 2013;280(14):3180-93.
34. Calado RT, Young NS. Telomere diseases. *N Engl J Med*. 2009 10;361(24):2353-65.
35. Thilagavathi J, Kumar M, Mishra SS, Venkatesh S, Kumar R, Dada R. Analysis of sperm telomere length in men with idiopathic infertility. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(4):803-7.
36. Ferlin A, Rampazzo E, Rocca MS, Keppel S, Frigo AC, De Rossi A, Foresta C. In young men sperm telomere length is related to sperm number and parental age. *Hum Reprod*. 2013;28(12):3370-6.
37. Belloc S, Cohen-Bacrie M, Amar E, Izard V, Benkhalifa M, Dalléac A, de Mouzon J. High body mass index has a deleterious effect on semen parameters except morphology: results from a large cohort study. *Fertil Steril*. 2014 Nov;102(5):1268-73.
38. Giltay JC, Maiburg MC. Klinefelter syndrome: clinical and molecular aspects. *Expert Rev Mol Diagn*. 2010;10(6):765-76.
39. Piomboni P, Stendardi A, Gambera L, Tatone C, Coppola L, De Leo V, Focarelli R. Protein modification as oxidative stress marker in normal and pathological human seminal plasma. *Redox Rep*. 2012;17(5):227-32.
40. Bieniek JM, Drabovich AP, Lo KC. Seminal biomarkers for the evaluation of male infertility. *Asian J Androl*. 2016;18(3):426-33.
41. Hamada AJ, Esteves SC, Agarwal A. A comprehensive review of genetics and genetic testing in azoospermia. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68 Suppl 1:39-60.
42. Wosnitzer MS. Genetic evaluation of male infertility. *Transl Androl Urol*. 2014;3(1):17-26.
43. Coetzee K, Ozgur K, Berkkanoglu M, Bulut H, Isikli A. Reliable single sperm cryopreservation in Cell Sleepers for azoospermia management. *Andrologia*. 2016 ;48(2):203-10.
44. Nelson K, Schlegel P. Obstructive and Nonobstructive Azoospermia. *Office Andrology*: Springer; 2005. p. 201-13.
45. Schlegel PN. Causes of azoospermia and their management. *Reprod Fertil Dev*. 2004;16(5):561-72.
46. Franik S, Hoesjmakers Y, D'Hauwers K, Braat DD, Nelen WL, Smeets D, Claahsen-van der Grinten HL, Ramos L, Fleischer K. Klinefelter syndrome and fertility: sperm preservation should not be offered to children with Klinefelter syndrome. *Hum Reprod*. 2016;31(9):1952-9.
47. Malekzadeh S, Fraga-Silva RA, Morère PH, Sorega A, Produit S, Stergiopoulos N, Constantin C. Varicocele percutaneous embolization outcomes in a pediatric group: 7-year retrospective study. *Int Urol Nephrol*. 2016;48(9):1395-9.
48. Malekzadeh S, Fraga-Silva RA, Morère PH, Sorega A, Produit S, Stergiopoulos N, Constantin C. Varicocele percutaneous embolization outcomes in a pediatric group: 7-year retrospective study. *Int Urol Nephrol*. 2016;48(9):1395-9.
49. Tiitinen A, Välimäki M. Primary infertility in 45-year-old man with untreated 21-hydroxylase deficiency: successful outcome with glucocorticoid therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(6):2442-5.
50. Dabaja AA, Schlegel PN. Microdissection testicular sperm extraction: an update. *Asian J Androl*. 2013;15(1):35-9.
51. Bernie AM, Mata DA, Ramasamy R, Schlegel PN. Comparison of microdissection testicular sperm extraction, conventional testicular sperm extraction, and testicular sperm aspiration for nonobstructive azoospermia: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2015;104(5):1099-103. e1-3.
52. Deruyver Y, Vanderschueren D, Van der Aa F. Outcome of microdissection TESE compared with conventional TESE in non-obstructive azoospermia: a systematic review. *Andrology*. 2014;2(1):20-4.
53. Cakici C, Buyrukcu B, Duruksu G, Haliloglu AH, Aksoy A, Isik A, Uludag O, Ustun H, Subasi C, Karaoz E. Recovery of fertility in azoospermia

rats after injection of adipose-tissue-derived mesenchymal stem cells: the sperm generation. *Biomed Res Int.* 2013;2013:529589.

54. Mehrabani D, Hassanshahi MA, Tamadon A, Zare S, Keshavarz S, Rahmanifar F, Dianatpour M, Khodabandeh Z, Jahromi I, Tanideh N, Ramzi M, Aqababa H, Kuhi-Hoseinabadi O. Adipose tissue-derived mesenchymal stem cells repair germinal cells of seminiferous tubules of busulfan-induced azoospermic rats. *J Hum Reprod Sci.* 2015;8(2):103-10.

55. Tamadon A, Mehrabani D, Rahmanifar F, Jahromi AR, Panahi M, Zare S,

Khodabandeh Z, Jahromi IR, Tanideh N, Dianatpour M, Ramzi M, Koohi-Hoseinabadi O. Induction of Spermatogenesis by Bone Marrow-derived Mesenchymal Stem Cells in Busulfan-induced Azoospermia in Hamster. *Int J Stem Cells.* 2015;8(2):134-45.

56. Zhang D, Liu X, Peng J, He D, Lin T, Zhu J, Li X, Zhang Y, Wei G. Potential spermatogenesis recovery with bone marrow mesenchymal stem cells in an azoospermic rat model. *Int J Mol Sci.* 2014;24;15(8):13151-65.