

Pirmųjų laparoskopinių varikocelktomijų patirtis

Experience of first laparoscopic varicocelectomies

Vytautas Keina, Vilimantas Kryžauskas

*Sveikatos priežiūros tarnybos prie VRM Respublikinės Vilniaus ligoninės
Chirurgijos skyrius, Žygimantų g. 8, LT-01102 Vilnius
El. paštas: keiniokas@takas.lt*

Įvadas / tikslas

Sėklinio virželio venų išsiplėtimas – varikocelė būdinga 15% vyrų. Ji yra 40% vyrų nevaisingumo priežastis. Šios ligos gydymo metodai: skleroterapija, atviroji chirurgija (Lopatkino, Ivanisevičiaus, Palomo metodais). Tobulėjant operacinei įrangai, naudojama mikrochirurginė technika ar laparoskopas. Šio darbo tikslas – įvertinti varikocelės gydymo pranašumus, operuojant laparoskopu.

Ligoniai ir metodai

SPT prie VRM Respublikinėje Vilniaus ligoninėje 2003 m. birželio 19 d. buvo atlikta pirmoji, o iki metų pabaigos – dar 13 laparoskopinių varikocelktomijų. Visiems ligoniams buvo kairės pusės II–III^o varikocelės, 75% jų diagnozuota profilaktinio patikrinimo metu. Operacijos buvo atliekamos Palomo metodu.

Rezultatai

Ligoniai išrašyti į namus praėjus 2,1 dienos, po operacijos vartota vidutiniškai 1,5 dozės analgetikų (ketanovo, dolsino), operacijos trukmė nuo 60 min. sutrumpėjo iki 25 min. Ankstyvųjų pooperacinių komplikacijų nepasireiškė.

Išvados

Laparoskopinės varikocelktomijos pranašumai: maža operacinė pilvo sienos trauma lemia nestiprius skausmus po operacijos, greitą darbingumo grįžimą, puikų kosmetinį rezultatą, taigi ir ekonominį efektą. Įvaldžius operacinę techniką, labai sutrumpėjo operacijos trukmė.

Reikšminiai žodžiai: varikocelė, laparoskopija, varikocelktomija

Background / objective

The enlargement of the veins that drain the testicles (varicocele) occurs in 15% of males. In 40% it is the cause of infertility in males. The methods of its treatment are: sclerotherapy, open surgery (of Lopatkin, Ivanisevic, Palom)

performed through a section. With the improvement of surgical equipment, microsurgical technique or laparoscopy are used. The aim of this work was to estimate the advantages of laparoscopic varicocelectomy.

Patients and methods

In the Republican Hospital of Ministry of Internal Affairs, on 19 June 2003 was performed the first, and by the end of the year another 13 laparoscopic varicocelectomies were performed. In all patients varicoceles were left side II–III°, 75% of them were diagnosed during preventive health check. The operations were performed by the Palom method.

Results

Postoperative bed stay was 2.1 days, after surgery on average 1.5 of a dose of analgesics was used, the duration of the operation was shortened from 60 min to 25 min. No early postoperative complications were observed.

Conclusions

Laparoscopic varicocelectomy diminishes the surgical trauma of the abdomen wall, postoperative pains, ensures a fast restoring of the ability to work, gives a perfect cosmetic result, and consequently an economic effect. With mastering the surgical technique the duration of the operation is shortened significantly.

Keywords: varicocele, laparoscopy, varicocelectomy

Įvadas

Sėklinio virželio venų išsiplėtimas – varikocelė būdinga 15% vyrų, iš jų kairės pusės 50%, abipusė 45%, dešinės pusės 5% [1]. Dažniausiai ši liga diagnozuojama, kai ligonis kreipiasi dėl skausmų, kapšelio veržimo ar nevaisingumo. Rečiau ši liga diagnozuojama profilaktinių patikrinimų metu, nes urologai jų neatlieka, o chirurgai kartais į tai nekreipia dėmesio. 40% vyrų nevaisingumo priežastis – varikocelė [1], todėl ankstyva šios ligos diagnostika ir gydymas yra svarbūs nevaisingumo profilaktikos veiksniai. Šio darbo tikslas – įvertinti laparoskopinį varikocelės gydymo metodą.

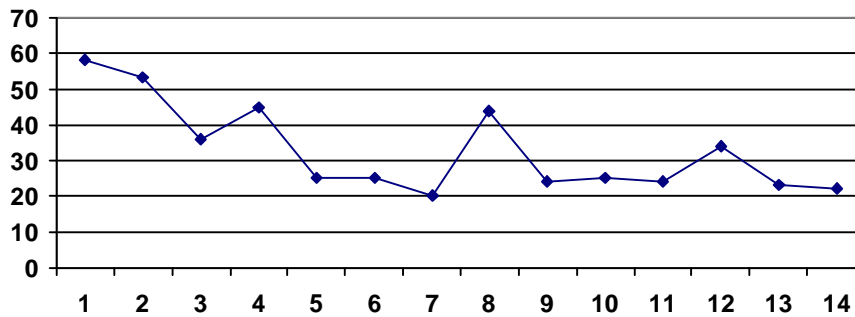
Ligoniai ir metodai

SPT prie VRM Respublikinėje Vilniaus ligoninėje buvo atliekamos atviros varikocelės operacijos. 2003 m. birželio 19 d. atlikta pirmoji, iki metų pabaigos dar 13 laparoskopinių varikocelės operacijų. Ligonų amžius – nuo 19 iki 36 metų, amžiaus vidurkis – 23 metai. Visiems ligoniams buvo kairės pusės II–III° varikocelės, 75% jų diagnozuota profilaktinio patikrinimo metu. Diagnozė patvirtinta echoskopiskai, atlikta inkstų, retroperitoninio tarpo echoskopija tikslinant varikoce-

lės priežastį. Bendrosios nejautros sąlygomis per 1 cm pjūvį bambos srityje į pilvo ertmę įkišamas 10 mm troakaras su optika, ertmė pripildoma CO₂ ir apžiūrima. Per du 1,0 cm ir 0,5 cm pjūvius dešinėje klubinėje srityje įkišami darbiniai troakarai. Apžiūrima pilvo ertmė: sėklidės kraujagyslės nesunkiai randamos ir gerai matomos klubinėse srityse šalia klubinių kraujagyslių virš vidinio kirkšnies kanalo žiedo. Perkirpus virš kraujagyslių pilvaplėvę disektoriumi išdalijamas kraujagyslių pluoštas neatskiriant arterijos ir venų (Palomo metodas). Uždedami spaustukai ir kraujagyslių pluoštas perkerpamas. Dėl nedidelio pilvaplėvės defekto ji nesiuvama. Po operacijos skiriami analgetikai, ir pirmą arba antrą parą po operacijos ligoniai išleidžiami ambulatoriniam gydymui.

Rezultatai

Po operacijos ligoniai išbuvo ligoninėje vidutiniškai 2,1 dienos. Analgetikai (30 mg ketonovo, 50 mg dolsino) leisti 1,5 karto. Pirmosios operacijos truko beveik vieną valandą. Įvaldžius operacinius instrumentus ir techniką, trukmė sumažėjo iki 25 minučių (žr. pav.). Anksčiau pooperacinių komplikacijų nebuvo.



Pav. Operacijų trukmė

Diskusija

Lietuvos ligoninėse nuo varikocelės 2001 metais gydėsi 460 ligonių, 2002 metais – 380 ligonių. Lova-dienių vidurkis – 3,5 dienos. Sutrikus veninio kraujo nutekėjimui, sumažėja sėklidės elastingumas, dydis, sutrinka spermatogenezė. Diagnozė nesunkiai nustatoma apžiūrint stovintį ar gulintį ligonį. Diagnozė patikslinama doplerografijos, echoskopijos būdu. Varikocelės priežastiai išsiaiškinti būtina atlikti inkstų, retroperitonio tarpo echoskopiją, kad ekskliuduotume navikus, kurie spausdami sėklides ar apatinę tuščiąją veną gali sukelti varikocelę.

Gydymo principas – nutraukti grįžtamąjį veninio kraujo tekėjimą iš magistralinių venų į sėklidės veną. Nechirurginis gydymo metodas – venos skleroterapija. Šios procedūros pranašumai: atliekama vietinės nejautos sąlygomis ambulatoriškai, trunka apie 30 min., prognozuojamas greitas sveikimas, nebūna pooperacinės hidrocelės. Trūkumai: naudojamas rentgenas, kontrastinės bei sklerozuojančiosios medžiagos [2–4]. Operacinio gydymo metodai: sėklidės venos galas sujungiamas su bendrosios klubo venos šonu (Lopatkino metodas), perrišamos ir perpjaunamos sėklidės venos (Ivanisevičiaus metodas), perrišamos ir perpjaunamos sėklidės arterija ir venos (Palomo metodas) [3–8].

Palomo operacijos pranašumas – mažesnė jos trukmė, perrišamos visos venos. Pooperaciniu laikotar-

piu sėklidės nekrozės nebūna, išlieka gera sėklidės kraujotaka tiriant dopleriu, geresni ir vėlyvieji rezultatai [6, 8]. Tobulėjant operacinei įrangai, šios operacijos atliekamos laparoskopu arba pasitelkiant mikrochirurginę techniką. Laparoskopinių operacijų trukmė – vidutiniškai 21 min. Šio operacinio gydymo metodo naudą įrodo trumpa ligonio gydymo ligoninėje trukmė (0,9 dienos), geras kosmetinis efektas dėl mažų operacinių pjūvių ir nestiprus skausmingumas (nuskausminimui pakanka 1,5 vaistų dozės), greitas ligonio darbingumo grįžimas (po 5 dienų). Vis dėlto operuojant šiuo metodu yra galimybė pažeisti vidaus organus, sukelti kraujavimą [5, 7]. Tačiau šios komplikacijos pasitaiko retai.

Mūsų darbo rezultatai patvirtina laparoskopinio varikocelės gydymo pranašumus.

Išvados

1. Laparoskopinė varikocelktomija sumažina operacinę pilvo sienos traumą, skausmus po operacijos, greitai grąžina darbingumą, jos kosmetinis rezultatas puikus, dėl to ir ekonominis efektas abejonių nekelia.

2. Įvaldžius operacinę techniką, labai sutrumpėja operacijos trukmė.

3. Laparoskopinė varikocelktomija – pirmas žingsnis kelyje į sudėtingas urologines laparoskopines operacijas ir gera laparoskopinės technikos įvaldymo mokykla.

LITERATŪRA

1. Werner MA, Varicocele. www.wellnessweb.com/masterindex/mens_issues/varicocele.htm – 29k.
2. Mazzoni G, Spangioli A, et al. AAP Section on Urology Scientific Abstract Session, 2000; p. 11.
3. Urologija: Specialisto žinynas. Ed. D. Bumblys, K. K. Jocius et al. Vilnius, 1989; p. 243–4.
4. Jocius KK, Raitelaitis A. VII Lietuvos gydytojų suvažiavimas: Pranešimų tezės. Kaunas, 1990; p. 94.
5. Flores THE, Heredia JN, et al. Laparoscopic varicocelectomy. A report of 20 cases. *Rev Mex Cir Endoscop* 2001; 2(2): 83–6.
6. Huk J, Fryczkowski M, Bihun M, Poliac R. Laparoscopic varicocele ligation – the comparative assessment of artery-ligating and artery-preserving varicocelectomy. *Wiadomosci Lekarskie* 2001; LIV (11–12): 621.
7. Iselin CE, Almagbly U, et al. Safety and efficiency of laparoscopic varicocelectomy in one hundred consecutive cases. *Urol Int* 1997; 58(4): 213–7.
8. Kass EJ, Marcol B. Results of varicocele surgery in adolescents: a comparison of techniques. *J Urol* 1992; 148: 694–6.

Gauta: 2004 02 18

Priimta spaudai: 2004 04 06