

Laparoskopik Varikoselektomi

Doç. Dr. Reşit TOKUÇ (1), Dr. Vural SAÇAK (2), Dr. Cemalettin MURAT (3),
Dr. Cenk GÜRBÜZ (3), Dr. Gökhan TOKTAŞ (2), Doç. Dr. Erdinç ÜNLÜER (4)

ÖZET

Minimal invaziv cerrahi teknikler yıllardır üroloji alanında kullanılmaktadır ve son yıllarda laparoskopik cerrahideki ilerlemeleri takiben genişlemiştir. Ekim 1995-Mayıs - 1996 tarihleri arasında 22 hastaya genel anestezi altında laparoskopik cerrahi yapıldı. Hastaların 6'sı bilateral olup yaş ortalaması 26,5 (15-35) idi. Olguların %26'sı grade I, %60'ı grade II, %26'sı grade III olup, 11 hastada semptomatik ağrı yakınmaları vardı. Median operasyon süreleri, ünilateral venligasyonlarda 45 dakika (20-120 dak), bilateral venligasyonlarda 60 dakika (45-90 dak) idi. Preoperatif ciddi bir komplikasyon görülmemiş, 1 hastada son trokarın erken (batın tam boşalmadan) çekilmesine bağlı geçici distansiyon, kusma görüldü. Hastaların analjezik ihtiyacı ortalaması 14,4 saat (6-24 saat) idi. 3. gün kontrollerinde ağır kaldırmak dahil istenen tüm hareketleri zorlamadan yapabildikleri belirlendi. Bir hafta sonraki kontrollerde 2 olguda testiste, 1 olguda inguinal bölgede, 1 olguda trokar giriş yerinde hafif duyarlılık sürmekteydi. Normal aktivite ve iş gücüne çok kısa sürede kavuşabilmenin avantajı, özellikle bilateral olgularda, aktif çalışanlar için laparoskopinin tüm tartışmalara rağmen iyi bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelime: Laparoscopi, varikoselektomi

SUMMARY

Laparoscopic varicocelelectomy

Minimally invasive surgical techniques have been used in the field of urology for many years and have now been extended following the recent advances in laparoscopic surgery. Between October 1995- May 1996 22 patients underwent laparoscopic varicocelelectomy. 6 of varicoceles were bilateral with median age of 26,5 years (range 15-35). 26% of the cases had grade I and 60% had grade II varicocele while 24% had grade III. Symptomatic pain was the main complaint in 11 patients. Median operation time of unilateral and bilateral laparoscopic surgery were 45 minutes (20-120 minutes) and 60 minutes (45-90 minutes) respectively. No serious complication were seen during or after the surgery. The only complication was the slight and transient abdominal distention and vomiting due to incomplete of abdomen before exertion of the trocars that was seen only one patient. The median duration of analgesic need was 14,4 hours (6-24 hours). All patient able to return preoperative activity including strenuous work and heavy lifting at the postoperative third day controls. There was slightly testicular pain in 2, inguinal pain in 1 and tenderness at the trocar sites in 1 patient at the seventh postoperative day. We believe that, laparoscopic treatment with the advantage of earlier return to normal and strenuous physical activity, is still a good for especially heavy workers and bilateral cases.

Key words: Laparoscopy, varicocelelectomy

GİRİŞ

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği Şef Yardımcısı (1), Uzman (2), Asistanı (3), Şefi (4)

Varikozel, erkek infertilitesinin en sık görülen ve tedavi edilebilir nedenidir (1). Infertilite dışında da ağrı ve adolesan çağda görülen varikozel olguları da cerrahi endikasyonlarını oluşturmaktadır.

Varikozel tedavisinde, günümüzün değişen şart-

larına bağlı olarak klasik cerrahi yaklaşımların yanısıra mikrocerrahi, skleroterapi, embolizasyon ve laparoskopik cerrahi yöntemleri de kullanılmaya başlanmıştır. Bu konudaki ilk çalışmalar Donovan J.F ile arkadaşları ve Hagod P.G ile arkadaşları tarafından yapılmıştır (2,3).

Özellikle genç ve aktif iş hayatı bulunan hastalarda operasyona bağlı morbidite ve iş gücü kaybının az olması, hastanın günlük aktivitesinde herhangi bir kısıtlama getirmemesi açısından laparoskopik cerrahi önemli bir grubu oluşturmaktadır.

Bu çalışmada amacımız, kliniğimizde uygulanan laparoskopik varikoselektomi olgularının erken dönem sonuçlarının komplikasyon ve başarı açısından irdelenmesi idi.

MATERYAL METOD

Ekim 1995-Mart 1996 tarihleri arasında varikozel tanısı konularak operasyon endikasyonu alan 19 olgu laparoskopik varikoselektomi grubuna alındı. Olgulardan 15 tanesi tek taraflı iken, 4 olgu bilateral idi.

Hastaların yaş ortalamaları 26 (15-35) idi. 9 olguda endikasyon infertilite nedeni ile, 10 olguda da ağrı, şişlik veya adolesan varikozeli nedeni ile konulmuştu.

Preoperatif olarak hastalara lavman yerine laksatif uygulaması yapıldı. Antibiyotik profilaksisi ise peroperatuar ve post-operatif 1. günde uygulandı.

Standart ekipman olarak hastalarda 2 adet 10 mm'lik trokar ve 1 adet 5 mm'lik trokar kullanıldı. Portların yerleştirilmesi operasyonun bilateral veya tek taraflı olmasına göre ufak varyasyonlar içermekte idi (Şekil 1). Veres iğnesi kullanılarak göbek çukuru kaudalinden girilerek ortalama karın içi basınç 12 mmHg olacak şekilde periton insüfle edilir (ortalama 2,5-3 litre CO₂). Aynı yerden ilk 10 mm'lik trokar yerleştirilir. Buradan peritona sokulan teleskop kılavuzluğunda, spina iliaka anterior superiorunun medialinden bilateral olarak diğer portlar yerleştirilir.

TROKAR UYGULAMA YERLERİ

Inguinal kanalın iç ağzı hizasından varikoz venlerin röfleleri görülerek periton açıldı. Keskin ve künt diseksiyon kullanılarak spermatik arter izole edildi. Genişlemiş olan venler tek tek ayırt edilerek veya birlikte klipslenerek kesildi. Hemostaz kontrolünde sonra önce lateraldeki portlar çıkarılır ve CO₂ boşaltıldı. 10 mm'lik portların fasiaları 3/0 ipekle kapatıldı.

Postoperatif dönemde hastaların tümü ağrıaktivite ilişkisi ve analjezik ihtiyacı açısından

değerlendirildi. İzlemler ilk 24 saatte, 3. ve 7. günlerde, 1. ve 3. aylarda tekrarlandı.

SONUÇLAR

Uygulanan operasyonların ortalama süreleri öğrenim eğrileri ile ters orantılı olarak izlenmiştir. Tek taraflı ilk olgularda bu süre son olgularda 120 dakika kadarken bu süre son olgularda 20 dakikaya inmiştir (ortalama 45 dakika). Bilateral olgularda ise, ortalama süre 60 dakika olarak izlenmiştir (45-90 dakika arasında).

Operasyon sırasında % 21 olguda tek ven, % 57 olguda 2 ven, % 22 olguda da 3 ven bağlanmıştır. Sadece 2 olguda arter de bağlanmıştır.

Hastalarda postoperatif analjezik ihtiyacı hasta grubumuzda ilk 6-24 saat arasında idi (ortalama 14.4). İlk 24 saatlik kontrollerinde hastaların hiçbirisinde hareket kısıtlılığı izlenmedi ve hastalar postop ilk gün taburcu edildiler. Post-operatif 3. günde hastalar ağır kaldırma dahil tüm fiziksel aktiviteleri yapabilecek durumda idiler.

Hastaların hiçbirisinde majör komplikasyon izlenmedi. 1 olguda postoperatif geçici distansiyon izlendi. 4 olguda uzamış duyarlılık ve ağrı gözlemlendi. Ağrı bölgelerine göre hastaların dağılımına bakıldığında, 2 olguda ağrı yeri olarak testis belirtilirken, 1 olguda inguinal bölge, 1 olguda da trokar giriş yeri idi.

Olguların son takiplerinde nüks izlenmedi. Spermogramda iyileşme ve gebelik oranları hastaların takip sürelerinin kısıtlı olması nedeni ile bu çalışmada irdelenmemiştir.

TARTIŞMA

Laparoskopik varikoselektominin klinik kullanıma girmesi ile bu konudaki tartışmalarda başlamıştır. Özel ekipman gerektirmesi ve maliyetinin yüksek olması laparoskopik varikoselektomi uygulanması konusunda en önemli dezavantajlar olarak göze çarpmaktadır. Buna karşılık kullanılan ekipmanın artık modern cerrahi kliniklerinde standart hale gelmiştir. Tek kullanımlık malzemelerin sterilizasyonun tekrarlanabilmesi maliyetin azalmasını sağlamıştır.

Operasyon süresi, Enguist ve arkadaşları tarafından karşılaştırmalı olarak yaptıkları bir çalışmada açık cerrahi için ortalama 107, laparoskopik girişim için ise 127 dakikalık operasyon süresi bildirmişlerdir (4). Paulsen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ünilateral olgular için ortalama 45 dakika, bilateral olgular için ortalama 53 dakika olarak bildirilirken, Tan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ünilateral olgular için ortalama

56,6 dakika, bilateral olgular için ortalama 75,8 dakika bildirilmiştir (5,6). Kliniğimizde bir eğitim hastanesi olmasına rağmen ilk olgumuzda 120 dakika olan operasyon süremiz son 5 olguda ortalama 20 dakikaya inmiştir. Öğrenim eğrisi oldukça dik olduğundan, operasyon kurallarına uyulduğunda uzun kabul edilen operasyon süresi kısalmaktadır.

Laparoskopik girişim sırasında spermatik arterleri korumak, multipl ve özellikle rekürrens en önemli sebebi olan kremasterik venleri bağlamak mümkün olabilmektedir (7). Spermatik arterin bağlanması özellikle adölesan ve soliter testisle varikosellerde atrofiye sebep olabilmektedir (8). Bilateral varikoseli olan hastaların, iki insizyon gerektirmeleri yine bu tip olgularda laparoskopik yaklaşımı daha yararlı ve daha az travmatizan özelliklerini ortaya koymaktadır.

Laparoskopik varikoselektomi ile % 0.1 enfeksiyon, % 0.5 mortalite ve %5'den az morbidite bildirilmektedir (9). Açık cerrahi sonrası % 9 oranında görülen hidrosel oranı laparoskopik girişim sonrasında daha düşüktür. Bizim çalışmamızda ciddi olabilecek bir komplikasyon gelişmedi.

Maliyet unsuruna hastaların, işgücündeki kaybın kısa süreli olması eklendiğinde, bir bütün olarak operasyonun maliyeti yüksek olmamaktadır. Açık cerrahide hastaların normal aktivitesine dönmesi bir hafta iken, laparoskopik girişimle bu süre daha kısadır. Bu durum özellikle kliniğimizde olduğu gibi aktif olarak fiziksel işgücü ile uğraşan hastalar için önemli bir faktördür.

Bütün özellikleri göz önüne alındığında, laparoskopik varikoselektomi, özellikle aktif olarak çalışanlarda ve bilateral varikoseli olanlarda tercih edilecek bir tedavi yöntemidir.

nique and results. Br. J. Urol, 1995; 75:523.

- 7- **Miersch W.D., Scheneich G., Winter P., Buszello H.:** Laparoscopic varicolectomy: Indication, technique and surgical results. Sayfan J., Adam Y.G., Soffer Y. A new antity in varicocele subfertility: The cremasteric reflux. Fertil Steril 1980; 33: 88.
- 8- **Mac Mohan R.A, O'brien M.C. Cussen L.J.:** The use of microsurgery in the treatment of undescended testis. J. Pediatr. Surg. 1976; 11:521.
- 9- **Baadsgaard, S.E., et all.:** Major vascular injury during gynecologic laparoscopy Acta Obstet. gynecol. Scand, 1989; 68: 283.

KAYNAKLAR

- 1- **SaybolDC.** Varicocele. J Androl 1981; 2:61.
- 2- **Donovan, JF, Winfield, H.N,** Laparoscopic Varix Ligation. J Urol 1992; 147:77.
- 3- **Hagood P.G, Mehan,D.J, Worischek, J.H, Andrus, C.H and Parra P.O,** Laparoscopic Varicolectomy; Preliminary report of new technique. J Urol 47(1):73-6.
- 4- **Enguist E., Stein B.S., Sigman M.:** Laparoscopic versus Subinguinal varicolectomy. A comperativestudy. Fertil Steril, 1994; 61:1090
- 5- **Paulsen E.U., Willumsen H., Colstrup H., Jensen K.M.:** Varicocele of testis. Acomparision between laparoscopic and conventional surgery. Ugestrift for Laeger, 1994; 156:5683.
- 6- **Tan S.M., Ng F.C., Ravintharan T., Lim P.H., Chng H.C.:** Laproscopic varcoselectomi: tech-