

nostrannou vasektomií jako možnost sexuálního omlazení. Nutno podotknout, že jeho práce na toto téma získaly značnou popularitu a tento výkon podstoupil i český rodák Sigmund Freud, který v té době trpěl nádorem maxily vpravo (5).

Vasektomie jako metoda mužské kontracepce se začala velmi pozvolna prosazovat až po II. světové válce. V roce 1966, tedy pouze několik let po zavedení prvních perorálních hormonálních kontraceptiv na trh, začíná být vasektomie masivně podporována ve Velké Británii a následně ve státech Britského společenství národů (Commonwealthu), kde se stává státem podporovaným programem kontroly porodnosti. Počet provedených mužských sterilizací přesáhl v Indii 7 milionů již v roce 1973. Na přelomu milénia je vasektomie jednou z nejčastějších operací v severní Americe, kde ji používá jako prevenci nežádoucí gravidity 8–10 % párů, ve Velké Británii se provádí okolo 25–30 tisíc vasektomií ročně, což představuje asi 20 % mužské populace (1, 6).

V socialistickém Československu širšímu rozšíření vasektomie jako sterilizační metody bránil výše zmíněný zákon z roku 1966, který přetrvával v platnosti až do roku 2012. Teprve změna legislativy, osvěta a detabuizace sexu vedla k postupnému všeobecnému přijetí a jisté popularizaci tohoto výkonu mezi českými muži. Bohužel přesná data o počtu provedených výkonů se nedají dohledat, a to zejména z toho důvodu, že vasektomie je nejčastěji prováděna jako ambulantní zákrok, který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění a není vázán na hospitalizační péči. S obdobným problémem se potýkají statistici např. i ve Velké Británii, kde byl v posledních několika málo letech zaznamenán pokles počtu výkonů o 75 % (7). Toto zcela jistě neodráží reálný stav, ale pouze to, že National Health System (NHS) ukončil finanční podporu tohoto typu operace a valná většina výkonů je prováděna s úhradou pacientem v soukromých centrech (obdobně jako v ČR), a tím se výkon stává velmi často nedohledatelným.

Metoda

Jako většina chirurgických postupů, tak i natolik jednoduchý ambulantní zákrok prošel nepopíratelným vývojem a je prováděn v nespočtu variací a modifikací. To, co je

v současnosti popisováno jako „zlatý standard“, je bezpochyby tzv. bezskalpelová vasektomie (no-scalpel vasectomy, NSV). Výkon byl prvně popsán v roce 1974 doktorem Li Shunqiang z Centra rodinného plánování v čínském Sečuánu a v roce 1985 byla provedena první NSV ve Spojených státech a v roce 1989 v Austrálii (8). Výkon se provádí v lokální anestezii. Palpačně je vyhmátán chámovod a perkutánním vpichem speciálně upraveným nástrojem (Obr. 1) je porušen kožní kryt a roztaženy měkké tkáně nad vlastním chámovodem. Následně je chámovod pevně chycen a vytažen vně skrota modifikovaným peánem (Obr. 1). Až po tuto fázi se veškeré popisy NSV shodují. Následující kroky vedoucí k přerušení či obstrukci chámovodu se v publikované literatuře poměrně výrazně rozcházejí. Je popisováno použití klipů, podvaz obou konců přerušovaného chámovodu vstřebatelným i nevstřebatelným šicím materiálem, excize různě dlouhého segmentu a elektrokoagulace obou konců, případně intraluminální koagulace, podvaz pouze proximálního konce chámovodu, vmezeření měkkých tkání mezi oba konce chámovodu a mnohé další. Toto vše s cílem snížit počet komplikací a zvýšit spolehlivost vlastního operačního zákroku. Na druhou stranu doporučení Americké i Evropské urologické společnosti (AUA aEAU) ohledně uzavření chámovodu jsou poměrně jasná. Možnosti zahrnují elektrokoagulaci obou konců chámovodu s nebo bez vmezeření fascie či měkkých tkání bez klipování nebo podvazu; elektrokoagulaci a překrytí abdominálního konce chámovodu fascií při neošetřeném testikulárním konci chámovodu; nepřerušování chámovodu, pouze jeho ošetření extenzivní elektorkoagulací. Guidelines stejně tak umožňují dle preferencí a zkušeností chirurga využití klipů nebo podvazů s nebo bez interpozice měkkých tkání nebo excizi segmentu chámovodu. Tyto přístupy se ukazují jako postupy s nejstabilnějšími a nejspokojivějšími výsledky. Je třeba zmínit, že Evropská a ani Americká urologická asociace ve svých doporučeních nevyžadují histologické vyšetření vas deferens (9).

Komplikace

Mezi pooperační komplikace lze zařadit tvorbu hematomu v operační ráně či skrotu,

Obr. 1. Instrumentarium pro bezskalpelovou vasektomií



ranou infekci, selhání operačního zákroku jako kontraceptivní metody, vytvoření spermato-cytárního granulomu, krátkodobou pooperační bolest skrota, varlat či postejakulátor-ní bolest nebo syndrom chronické bolesti. V minulosti mezi pooperační komplikace byly zahrnovány možné pozdní pooperační komplikace, jako např. možná souvislost s rozvojem karcinomu prostaty či testikulárního nádoru, zhoršení erektilních a sexuálních funkcí, tvorba antispermatických protilátek nebo dokonce negativní ovlivnění kardiovaskulárního systému. Veškeré tyto hypotézy tzv. pozdních komplikací byly vyvráceny.

Infekční a krvácivé komplikace

Jsou nejčastější komplikací po provedení vasektomie – při incidenci infekčních komplikací mezi 3–4% a pooperačních hematomů cca 2% (6, 10). Stejně jako v jiných oblastech chirurgické péče platí, že čím zkušenější operátor, tím menší počet komplikací. V práci Forstera u chirurgů, kteří provádějí 1–10 vasektomií ročně, se vyskytují krvácivé komplikace cca u 4,6% pacientů, oproti tomu u těch, kteří provádějí vasektomií více než 50x za rok, je incidence hematomů v ráně méně než 1,6% (11).

Dalším faktorem, který zcela zásadně ovlivňuje počet infekčních a krvácivých komplikací, je metoda provedení vasektomie. Z tohoto pohledu NSV představuje zlatý standard s minimalizací možných komplikací (12).

Jednoznačné benefity NSV oproti vasektomií prováděné z incize velmi dobře charakterizuje dotazníková studie u 256 pacientů (88% odpovědí), realizovaná u pacientů, kteří podstoupili zákrok ve dvou rozdílných zdravotnických zařízeních. V prvním z nich byla výhradně