

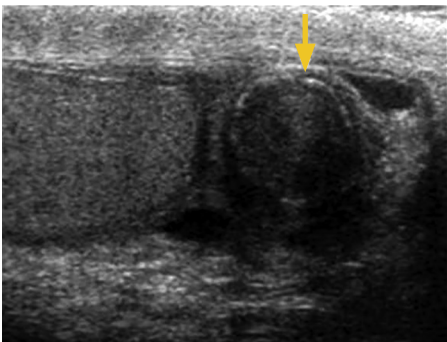
prováděna NSV, a ve druhém opět výhradně vasektomie z incize (13). Četnost krvácivých komplikací, uváděných samotnými pacienty, byla pro obě skupiny téměř identická jak pro NSV, tak pro vasektomii s incizí (17 % vs. 14 %, $P = 0,57$), oproti tomu počet infekčních komplikací byl již nižší u NSV (4 % vs. 18 %, $P = 0,002$) a stejně tak intenzita bolestí v klidu (11 % vs. 22 %, $P = 0,05$), nutnost užití analgetik (29 % vs. 53 %, $P < 0,001$) a potřeba kontroly lékařem (8 % vs. 22 %, $P = 0,009$).

Antibiotická profylaxe je obecně doporučována pouze u pacientů se zvýšeným infekčním rizikem a u pacientů, kde je antibiotická profylaxe indikována z jiných příčin. Valná většina infekčních komplikací je v podobě lokální zánětlivé reakce kůže a podkoží. V literatuře je ale možné nalézt i zcela ojedinělé případy v podobě kazuistik jako post-vasektomová endokarditida, Fournierova gangréna, nekróza kůže skrota atp.

Semenný (spermatický) granulom (Obr. 2)

Semenný granulom vzniká aktivací zánětlivé kaskády uniklými či unikajícími spermii při přerušení chámovodu. Podle publikovaných dat, se vyskytuje u 15–40 % pacientů, kteří podstupují vaso-vaso anastomózu s cílem obnovení pasability vas deferens po předchozí vasektomii (14). Většina granulomů je velmi drobných a zcela asymptomatických, nejčastěji v blízkosti přerušného chámovodu, ale stejně tak se mohou vyskytnout v epididymis či v rete testis. U 2–3 % pacientů mohou vést k algickým obtížím, nejčastěji s počátkem ve 2.–3. pooperačním týdnem. Ke snížení pravděpodobnosti vzniku semenného granulomu a s tím spojené symptomatologie se doporučuje sexuální abstinence v prvních 7–10 dnech po provedení vasektomie (13). V případě

Obr. 2. Semenný (spermatický) granulom



perzistujících obtíží, které jsou refrakterní na konzervativní léčbu nesteroidními antirevmatiky, se doporučuje chirurgická exstirpace granulomu s pečlivou elektrokoagulací konců chámovodu, případně jejich opětovné ošetření podvazem.

Bolesti varlat a skrota po provedené vasektomii

Trvalý nebo intermitentní pocit dyskomfortu či bolesti šourku, který trvá déle než tři měsíce po provedené vasektomii při vyloučení jiných patologických stavů bývá definován jako *post-vasectomy pain syndrome*. Chronická bolest v oblasti skrota a orchialgie představují nejčastější pozdní komplikaci po provedení chirurgické sterilizace, s počátečními projevy 7–24 měsíců od operačního zákroku. Může se vyskytnout až u 1–15 % operovaných mužů. Na druhou stranu pouze v 1–2 % případů vede ke zhoršení kvality života (6). Konzervativní terapie orchialgií vzniklých po vasektomii se nijak zásadně neliší od léčby idiopatické bolesti varlat. Lékem první volby zůstávají nesteroidní antirevmatika, kde se doba terapie doporučuje od 4–6 týdnů. V případě neúspěchu je možné přidat a kombinovat tricyklická antidepresiva a léky užívané k terapii neuralgií, jako např. gabapentin (15).

Přibližně 0,1 % pacientů s bolestmi skrota a varlat po vasektomii i přes farmakologickou terapii uvedou výše, vyžaduje z důvodu chronické bolesti chirurgickou intervenci. Nejčastěji prováděným výkonem v této indikaci je epididymektomie, která vede u valné většiny pacientů k ústupu obtíží. Na druhou stranu je potřeba říci, že i po provedení tak radikálního zákroku, jako je orchiektomie, celých 27 % pacientů nadále uvádí intenzivní bolesti (6).

Selhání vasektomie jako kontracepční metody

Vasektomie je považována za nejspolehlivější kontracepční metodu. Pravděpodobnost spontánní koncepce po provedené vasektomii je v literatuře uváděna v rozmezí 0–2 %, s nejčastěji uváděným údajem < 1 % (13).

Mezi důvody selhání vasektomie jako kontracepční metody je možné zahrnout čtyři základní teorie. Jako první je vždy zvažováno chybné nebo nedokonalé uzavření chámovodu na jedné či obou stranách v důsledku chirurgického pochybení. Druhou možností je časná spontánní rekanalizace chámovodu, kdy se spermie objevují v ejakulátu v řádu týdnů či prvních měsíců po provedeném chirurgickém zákroku. Oproti tomu tzv. pozdní spontánní rekanalizace se objevuje s odstupem několika měsíců až let po provedené vasektomii. V těchto případech byla primární úspěšnost výkonu potvrzena kontrolním pooperačním spermioqramem (SPG), který prokázal nepřítomnost spermií v ejakulátu. Jako poslední možnost selhání je uváděno příliš časně spolehnutí na provedenou vasektomii, která nezajišťuje okamžitou sterilitu. S ohledem na princip chirurgického zákroku a anatomické uspořádání lze očekávat přítomnost spermií v ejakulátu i několik týdnů po provedení operace (16).

Diferenciace časných selhání mezi tzv. předčasnými uživateli, časnými rekanalizacemi či chirurgickými selháními je čistě teoretická a v literatuře velmi často není dobře možné dohledat konkrétní příčinu. Na druhou stranu při hodnocení incidence pozdních selhání, nejspíše na podkladě tzv. pozdní rekanalizace, je potřeba vzít v úvahu i jiné faktory. Vzhledem k tomu, že k selhání dochází zpravidla roky po provedení výkonu, jehož úspěšnost byla potvrzena nálezem azoospermie v kontrolním SPG a několikaletým úspěšným užíváním vasektomie jako kontracepční metody, nejčastějším důkazem selhání není nález spermií v ejakulátu, nýbrž nežádoucí těhotenství. Pokud k tomuto dojde v partnerském vztahu, může nabýt partnerka dojmu, že by mohla být podezřívána z nevěry a podstoupí umělé přerušování těhotenství bez informování partnera. Na druhou stranu v případě mimo partnerského vztahu může být otcovství s vasektomovaným mužem přisuzováno jinému partnerovi. Z tohoto důvodu incidence pozdních selhání může být do určitého stupně zkreslena.

Přestože je vasektomie charakterizována jako vysoce spolehlivá metoda a rozdíly v úspěšnosti mezi jednotlivými metodami resp. chirurgickými přístupy se zdají být zcela minimální, neexistují žádné solidní dlouhodobé klinické studie, které by jednoznačně definovaly rozdíly v úspěšnosti mezi jednotlivými metodami. Jak AUA, tak EUA ve svých