

doporučeních zdůrazňují, že nelze garantovat úspěšnost výkonu se 100% jistotou (17, 18).

## Zhodnocení funkčnosti vasktomie

Termín kontrolního SPG po provedené vasktomii je jedním z nejvíce kontroverzních témat. Je zcela nezpochybnitelné, že toto vyšetření představuje stěžejní vyhodnocení chirurgického zákroku. Nejčastějším doporučením, které je ve shodě s doporučeními AUA i EUA, je provedení kontrolního SPG s odstupem 12 týdnů od výkonu a po minimálně 20 ejakulacích. Podle práce Liu by měl být preferován interval 3 měsíců, neboť u vasktomovaných mužů se spermie po 20 ejakulacích objevují o 20 % častěji než po dodržení intervalu 3 měsíců. Nález motilních spermií 3–6 měsíců po výkonu je hodnoce-

no jako časná rekanalizace či selhání zákroku s četností 0,36 % (19). V případě průkazu azoospermie či nálezů ojedinělých imotilních spermií v kontrolním SPG 3 měsíce po výkonu lze považovat operační zákrok za úspěšný a není potřeba dalších kontrol. Oproti tomu nález motilních spermií či koncentrace přesahující 100 000/ml vyžaduje kontrolní SPG s odstupem 6 týdnů či opakovaně do nálezů pouze imotilních spermií či koncentrace nižší než 100 000/ml. V případě, že k tomuto stavu nedojde, je potřeba uvažovat o opakování výkonu (20).

## Závěr

Vasktomie přes veškeré svoje komplikace a možnosti selhání představuje nejspolehlivější formu kontracepce. Primární a nepřekonatelnou nevýhodou zůstává stejně jako u ostatních

nebariérových kontracepčních metod nulová ochrana proti sexuálně přenosným chorobám. Tento fakt zcela jistě hraje větší roli v zemích, kde prevalence HIV či jiných sexuálně přenosných chorob v populaci je vyšší než v České republice, ale ani v našich podmínkách nelze tento fakt zcela opominout. Nezpochybnitelným argumentem ve prospěch vasktomie je možnost vysazení hormonální antikoncepce, se všemi nežádoucími účinky a možnými komplikacemi na straně ženy. Nepopíratelným a zcela jasně dokumentovatelným je i finanční benefit, kdy přes počáteční relativní nákladnost operačního zákroku dochází k jeho ekonomickému vyrovnání s hormonální antikoncepcí či jinou formou antikoncepce.

*Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.*

## LITERATURA

1. Zámečník L. Právní úprava vasktomie v České republice. Urol. praxi. 2014;15(3):123-125.
2. Leavesley JH. Brief history of vasectomy. Fam Plann Inf Serv. 1980;1(5):2-3.
3. Dickinson RL. Sterilization without unsexing: 1. Surgical review with especial reference to 5,820 operations on insane and feeble-minded in California. J Am Med Assoc. 1929;92(5):373-379.
4. Wikipedia.en [Internet]. Eugen Steinach. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/Eugen\\_Steinach](https://en.wikipedia.org/wiki/Eugen_Steinach).
5. Benmoussa N, Charlier P, Rebibo J-D. Historical Vignette: Attempted treatment of Sigmund Freud's oral squamous cell carcinoma by vasectomy (Steinach Operation) in 1923. Andrology. 2020;8:688-690.
6. Yang F, Li J, Dong L, et al. Review of Vasectomy Complications and Safety Concerns. World J Mens Health. 2021;39(3):406-418.
7. Digital.nhs.uk [online]. Sexual and Reproductive Health

- Services, England (Contraception) 2020/21. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/sexual-and-reproductive-health-services/2020-21/sterilisations-and-vasectomies>.
8. Pollack AE, Moore C. No-scalpel vasectomy: a unique approach to the vas. IPPF Med Bull. 1993;27(6):1-2.
9. Velez D, Pagani R, Mima M, et al. Vasectomy: a guidelines-based approach to male surgical contraception. Fertil Steril. 2021;115(6):1365-1368.
10. Broul M, Hokúvová P, Šimáčková B, et al. Možné komplikace vasktomie. Urol. praxi. 2022;23(3):138-141.
11. Forste R, Tanfer K, Tedrow L. Sterilization among currently married men in the United States, 1991. Fam Plann Perspect. 1995;27:100-107.
12. Cook LA, Pun A, Gallo MF, et al. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014.
13. Schwingl PJ, Guess HA. Safety and effectiveness of vasectomy. Fertil Steril. 2000;73(5):923-936.

14. Balogh K, Argyenyi ZB. Vaginitis nodosa and spermatic granuloma of the skin. J Cutan Pathol. 1985;12:528-533.
15. Sinha V, Ramasamy R. Post-vasectomy pain syndrome: diagnosis, management and treatment options. Transl Androl Urol. 2017;6(Suppl 1):S44-S47.
16. Lowe G. Optimizing outcomes in vasectomy: how to ensure sterility and prevent complications. Transl Androl Urol. 2016;5(2):176-180.
17. Sharlip ID, Belker AM, Honig S, et al. Vasectomy: AUA guideline. J Urol. 2012;188:2482-2491.
18. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, et al. European Association of Urology guidelines on vasectomy. Eur Urol. 2012;61:159-163.
19. Liu XZ, Li SQ. Progress in clinical application of vasectomy. Chin J Androl. 2006;(10):1-3.
20. Korthorst RA, Consten D, van Rooijen JH. Clearance after vasectomy with a single semen sample containing < than 100 000 immotile sperm/mL: analysis of 1073 patients. BJU Int. 2010;105:1572-1575.

# Připravujeme do Urologie pro praxi

2024

1

- Aktuální pohled urologa na veziko-vaginálních píštěle
- Řešení nežádoucích účinků cílené léčby karcinomu ledviny
- Urodynamické vyšetření u pacientů před transplantací ledviny
- Přínos kombinované terapie symptomů dolních močových cest
- Močové infekce u pacientů s intermitentní katetrizací
- Ošetřovatelská péče o transsexuální a transgender pacienty
- Vzácný vysokoprůtokový priapismus

...a spoustu dalších zajímavých témat...



VYJDE  
V  
BŘEZNU

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION