

616.147.14-007.64-007.43-08

NAŠE VÝSLEDKY S LÉČENÍM VARIKOKÉLY PODLE PALOMY

MUDr. Emil FUCHS a MUDr. Čestmír JANČÍK

Urologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Varikokéla je obecně známé a mnohokrát popisované onemocnění. Je to rozšíření žil pampini-formního plexu se ztenčením jejich stěny a se snížením varlete a prodloužením postižené poloviny šourku. Poznání varikokély není nesnadné. Na postižené, převážně levé straně pozorujeme prodlouženou polovinu skrotálního vaku, na jehož povrchu se rýsují a někdy i modře prosvítají (u lidí světlé pokožky) rozšířené žíly. Pohmatem je nacházíme jako pružně napjaté a zřetelně zmnožené proti zdravé straně. Někdy zde najdeme lehkou pohmatovou citlivost, většinou je nález negativní. Varle, nadvarle a chámovod jsou palpačně nebolestivé.

Mezi našimi nemocnými jsou nejčastěji postižení mladí muži kolem 22 let, ačkoliv mezi nimi najdeme i 16leté, a naopak dva naši nejstarší operovaní byli ve věku 45 let.

Mnoho postižených, kteří k nám přicházejí, je zcela bez subjektivních potíží a často jsme překvapeni, jak rozsáhlý nález nepůsobí svým nositelům nejmenší bolesti. Naopak neveliké varikokély mohou být doprovázeny značnými stesky. Nemocní si nejčastěji stěžují na pocit tahu v postižené polovině šourku, na píchání, které nejčastěji lokalizují do místa, kde je žilní konvolut nejobjemnější. Obtíže vznikají nejčastěji po delším stání, například na konci osmihodinové směny při práci ve stoje. Méně často najdeme je po delším pochodu nebo běhu. Jenom někteří si stěžují na trvalou bolestivost.

Diferenciálně diagnosticky jsou jen málokdy potíže. Je však třeba se přesvědčit, zda jsou udávané stesky skutečně způsobeny zvětšením žilní pleteně, proto vyšetřujeme tříselný kanál a pátráme po kýle nebo volném třísele. Také jsme našli záměnu chronické epididymitidy s varikokélou a naopak, a proto je třeba palpat varle i nadvarle.

Postižení pravé strany je vždy alarmující a je třeba pátrat po příčině, která vede ke vzniku symptomatické varikokély, (nádor ledviny nebo velká hydronefróza). U našich nemocných jsme nikdy nenalezli postižení pravé strany, a po pravdě jsme pravou symptomatickou varikokélu u nás neviděli v posledních letech ani jednou.

Není bez významu promluvit několik málo slov k otázce indikace operativního zákroku. Operujeme zásadně jenom ty nemocné s rozšířením p. p., kteří mají subjektivní obtíže. Ojedinelou indikací byl závodník v chůzi, který přes značně zvětšený plexus neměl nejmenší bolesti, kterému však při výkonu mechanicky vadila prodloužená polovina skrota. Početná je skupina těch, kteří při ambulancním vyšetření a při větším nebo menším nálezu nemají žádná stesky. Jsou to nejčastěji vojáci, sportovci a žáci, kteří se po-

drobují pravidelným prohlídkám a u kterých je rozšíření p.p. spíše náhodný nález; u těch nikdy neoperujeme. Je-li takový nemocný k nám poslán s doporučením k výkonu, je třeba se vedle palpáce zepat nemocného, zda vůbec má nějaké obtíže. Třetí skupinou jsou neurotičtí nemocní. Ve většině prací o varikokéle se o nich dovídáme a někteří u nich dokonce varují před operativním výkonem, protože může být důvodem k novým stížnostem. Rozpoznat neurotický substrát onemocnění je při návalu ambulancní práce nejen svízelné, ale někdy i nemožné. V písemnictví se doporučuje pokusit se konzervativně léčit suspenzoriem nebo novokainovými obstríky u nemocných, u kterých zjistíme neveliký nález a postřehneme i jiné orgánové příznaky, jako bolesti u srdce, cefaleu, žaludeční bolesti nebo stavy vyčerpání.

Operativních metod je celá řada a vcelku je lze rozdělit do dvou skupin. Prvé jsou výkony staršího typu, které se prováděly přímo na plexu:

1. obnažení a nástřik sklerotizujícím roztokem,
2. resekce plexu s ponecháním jedné větší žíly v odtoku krve,
3. plastická úprava prodloužené poloviny skrota buď ve spojení s předcházejícími, nebo jako samostatný výkon.

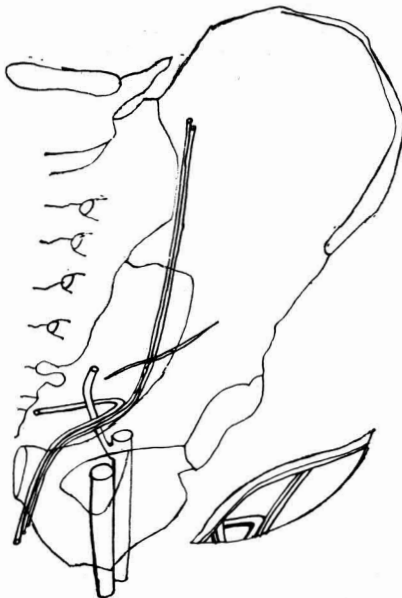
Do druhé skupiny náleží operativní metody vzniklé v poválečných letech, které postihují onemocnění regulací přírodního cévního řečiště nadvarlete a varlete. Varle a nadvarle jsou zásobeny třemi tepnami: 1) a. spermatica interna, 2) a. spermatica externa seu funicularis, 3) a. deferentialis. Z nich můžeme podvázat buď prvou spolu s její žílou, pak operujeme podle Palomy (1949), nebo podvážeme druhou a třetí a ponecháme první, pak operujeme podle Bernardiho (1947). Na našem oddělení operujeme podle Palomy. Alejandro Paloma, tehdejší asistent urologické kliniky university Sv. Karla v Guatemale, uveřejnil v r. 1949 v *The Journal of Urology* zkušenosti, které učinil u svých nemocných, u nichž prováděl podvaz vasa spermatica interna. Tímto způsobem operoval od března 1945 do března 1947 třicet osm nemocných, převážně vojáků v základní službě. Z jeho práce uvádíme ve volném překladu:

Operace provádíme v místní anestézii. Incize se začíná nad vnitřním tříselným kruhem a vede se rovnoběžně s tříselným vazem. Řez vedeme až na aponeurosu m. obliqui ext., kterou protneme podle směru vláken v délce 2 cm. Pak najdeme pohmatem vnitřní tříselný kruh, podle kterého se řídíme při dalším postupu. Svalovými snopci m. obliqui int. a m. transversi pronikneme tupě a po jejich rozpreparování najdeme varikózní žíly. Ty probíhají v tomto místě mezi peritoneem,

kteří musíme odpreparovat, a stěnou břišních svalů. Artérii a vény uchopíme do dvou kocherů, resekujeme a posléze podvážeme jemným katgutem nebo hedvábím. Tím, že provádíme ligaturu mimo tříselný kanál a nad tříselným kruhem, vyhneme se nebezpečí arteficiálního poranění arteria deferentialis nebo arteria cremasterica. Ránu uzavřeme po vrstvách postupným stehem. Nemocný může odejít z operačního sálu. V pooperačním období nosí nemocný 4—5 dnů suspenzor, protože zpravidla vzniká edém skrota. Po týdně je varle normální a skrotum zkráceno. V této sérii nemocných nebyly žádné chirurgické příhody nebo komplikace.

My sami provádíme výkon takto:

V celkové anestézii provedeme kožní řez v délce 4 cm nad středem tříselného vazů. Jím pronikneme na fascii zevního šikmého břišního svalu, kterou rozetneme v průběhu jejích vláken v délce 4 cm. Svalovou vrstvou (m. obl. abd. int. a m. transvers. abd.) pronikneme tupou preparací k peritoneu. Pohmatem a zrakem najdeme semenný provazec a vasa spermatica nad jejich spojením. Spermatické cévy můžeme podložit longetou. Pak provedeme jejich podvaz a resekci v rozsahu 2—5 cm (viz obr.).



Chyby a omyly při tomto jednoduchém výkonu nehrozí prakticky žádné. Je třeba se vyvarovat řezu příliš kraniálně uloženého, ze kterého se obtížně hledá místo vstupu chámovodu do semenného provazce. Toto místo je vhodným orientačním vodítkem pro bezpečné určení místa podvazu bez nebezpečí poškození chámovodu. Odpovídá přibližně místu vstupu chámovodu do vnitřního tříselného kruhu.

Nemocný chodí následující den po operaci, nebráníme chodit týž den k večeru. Suspenzor nedáváme a otoky skrota jsme nikdy nepozorovali.

Je to asi proto, že nepoužíváme místního znečistlivého, které u Palomy způsobovalo krátce trvající tíhový otok.

K závěru žil plexe dochází někdy během týdne až 14 dnů, jindy až po 3—6 měsících. Současně s tím dochází ke zkrácení prodloužené poloviny šourku.

Tak jsme operovali od prosince 1959 do dubna 1965 celkem 123 nemocných. Abychom prověřili náš operační postup — Palomovu operaci, zkontrolovali jsme ambulantní záznamy všech nemocných a provedli jsme v r. 1964 dotazníkovou akci, ve které nám nemocní odpovídali na dotazy o obtížích před operací a po operaci a hodnotili její výsledek tak, jak sami byli známkováni ve škole, tj. od 1 do 5. Vcelku byli zkontrolováni všichni nemocní do doby 14 dnů až tří měsíců po propuštění. Ambulantní záznamy v tomto období končí, protože nemocní zmizeli z naší evidence. V dotazníkové akci jsme zjistili subjektivní hodnocení nemocných až do doby 4½ roku po výkonu.

Tabulka 1 ukazuje přehledně naše výsledky.

Tab. 1

| Všichni operovaní (123) | | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------------|---|
| Ambul. kontroly 14 dní až 3 měsíce po operaci | Kontrolování dotazníkovou akcí; část kontrolována vy- šetřením; doba kontrol 3 měs. až 4½ roku | | | | |
| 77 | 46 | | | | |
| U nikoho neshledány známky porušení trofiky varlete | Zlepšeno 80, 38 % | | | Nezlepšeno — zhoršeno 19,62% | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | 28 | 7 | 2 | 5 | 4 |

(První operovaný J. Z., nar. 1943, č. chor. 1029/59, oper. 3. 9. 59, sledován 3 týdny ambulantně, pak bez kontroly.)

(Nejdéle kontrolován v dotazníkové akci A. Š., nar. 1940, č. chor. 3784/60, oper. 6. 9. 60.)

Zvláště jsme kontrolovali výsledky u sportovců, u kterých jsme předpokládali nejcitlivější prověření metody pro fyzické zatížení, kterému je sportovec vystaven. I když je možné, že neodpověděli v této skupině sportovci léčení bez úspěchu, jsou výsledky i u této skupiny jistě povzbuzující.

Závažné pooperační komplikace jsme mezi našimi nemocnými nenašli (atrofie).

Hydrokélu, event. hematokélu můžeme považovat za jedinou komplikaci operace podle Palomy. Vyskytla se u 3 našich nemocných, tj. u 2,45 % operovaných a u jednoho operovaného jinde. Příčiny vzniku hydrokély jsme na základě dokumentace nevypátrali. Nelze ji ani bezpečně považovat jen za městnavou nebo zánětlivou. Exacerbace epididymitidy u 1 nemocného ukazuje na možnost vzplanutí latentního zánětu

Tab. 2

| jméno | Sportovci: | | Č. chor. | Hodnotí |
|-------|------------|----------------------|----------|---------|
| | věk | druh sport. činnosti | | |
| A. Š. | 1940 | závodní plavání | 3784/60 | 1 |
| M. K. | 1938 | motocykl, terén | 7424/60 | 1 |
| Z. K. | 1939 | běh na 10 km | 12170/60 | 1 |
| J. M. | 1939 | kanoistika | 13301/60 | 1 |
| F. J. | 1940 | lehká atletika | 14559/60 | 1 |
| J. Z. | 1943 | závodní chůze | 7755/64 | 1 |
| V. L. | 1938 | kopaná | 9858/63 | 3 |

u některých nemocných. Tím nechceme říci, že hydrokéla jako následek operace vzniká jenom při Palomově způsobu. S hydrokélami jako následkem zásahu jsme se setkávali i po resekcích, ty jsme však statisticky nehodnotili.

Závěr

Palomovu operaci považujeme za jednoduchý výkon, který při správném provedení dává velmi uspokojující krátkodobé i dlouhodobé výsledky bez ohrožení trofiky varlete a nadvarlete. Na základě našich zkušeností se 123 nemocnými shrneme výsledky takto:

1. Ani jediný operovaný nebyl po operaci stížen atrofii varlete v období krátkodobých ambulantních kontrol od 14 dnů do 3 měsíců. Z těch, kteří odpověděli na dotazník (46) neudává atrofii ani jediný, tj. v období do 4 $\frac{1}{2}$ roku po operaci.

2. V tomto období bylo 80 % nemocných zcela bez obtíží a považovali výsledek za výborný až dobrý. Mezi nimi jsme našli operované aktivní sportovce. Ve stejném čase udávalo stesky po výkonu 20 % nemocných, mezi nimi jsme našli část nemocných neuroticky stigmatizovaných.
3. Operace je indikována jen u těch, kteří mají subjektivní stesky. Neoperujeme nemocné, u kterých najdeme zmnožení žilního plexu bez obtíží, tj. u těch, kteří byli náhodně objeveni při pravidelných kontrolách vojáků, sportovců, nebo mládeže.
4. Jedinou komplikací, kterou jsme našli u našich nemocných, je hydrokéla, která vzniká zpravidla mezi 4.—10. dnem a již jsme našli u 3 nemocných námi operovaných.

Souhrn

V práci jsou uvedeny výsledky operace varikokély podle Palomy u 123 nemocných, kteří byli operováni od prosince 1959 do dubna 1964. Sledováním ambulantní dokumentace a dotazníkovou akcí, u některých přímou kontrolou, byly ověřovány dlouhodobé výsledky u operovaných. Ani jediný operovaný nebyl postižen atrofií; 80 % z nich bylo po operaci zcela bez obtíží, u 20 % byly výsledky nejisté, nebo žádné. Mezi nimi je početná skupina neurotiků.

Operace je indikována jen u nemocných, kteří mají subjektivní obtíže, neprovádí se paušálně při nálezu rozšířeného plexu. Metoda je jednoduchý výkon, který dává velmi uspokojivé krátkodobé i dlouhodobé výsledky.