

**Μπαλτογιάννης Δ.
Τσουμάνης Φ.
Καφαράκης Β.
Κούλας Α.
Γιαννακόπουλος Ξ.**

**Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ουρολογική Κλινική
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Ιωάννινα**

Λέξεις κλειδί:

**Κιρσοκήλη
Υπογονιμότητα
Προεφηβική ηλικία**

**Διεύθυνση για αλληλογραφία:
Μπαλτογιάννης Δημήτριος
Ιατρός - Ουρολόγος
Ουρολογική Κλινική
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
Λεωφόρος Πανεπιστημίου
455 00 Ιωάννινα**

Περίληψη

Η κιρσοκήλη, διάταση των φλεβών του σπερματικού τόνου ιδίως αριστερά, είναι μια παθολογική οντότητα και αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ανδρικής υπογονιμότητας. Στην προεφηβική ηλικία η συχνότητά της κυμαίνεται από 10 μέχρι 15%.

Μέχρι και σήμερα η αιτιολογία της κιρσοκήλης, δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Κατά την περίοδο Αύγουστος 1990 έως Αύγουστος 1997 εξετάστηκαν στην Κλινική μας 14 αγόρια ηλικίας 10 - 15 ετών. Τα 10 από αυτά αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με ποικίλες ενδείξεις, με απολίνωση της έσω σπερματικής φλέβας κατά Palomo, αλλά χωρίς αυστηρά αντικειμενικά κριτήρια. Οι υπόλοιποι ασθενείς παρακολουθούνται ακόμη από την Κλινική μας, χωρίς να έχει διαπιστωθεί κάποια μεταβολή ως προς το μέγεθος και την σύσταση του συστοίχου ορχικού παρεγχύματος. Το πρόβλημα της θεραπείας της κιρσοκήλης στην προεφηβική ηλικία παραμένει ανοικτό ως προς την αυστηρά χειρουργική ή την συντηρητική αντιμετώπιση.

Εισαγωγή

Η κιρσοκήλη, η διάταση των φλεβών του σπερματικού τόνου είναι η πιο συχνή αιτία της ανδρικής υπογονιμότητας. Αυτό συμβαίνει από την παλινδρόμηση του αίματος λόγω της μη ύπαρξης ή της ανεπάρκειας ή έλλειψης των βαλβίδων των σπερματικών φλεβών. Αυτή η ανεπάρκεια των βαλβίδων, μαζί με την μεγάλη κάθετη διαδρομή της αριστερής σπερματικής φλέβας, έχει σαν αποτέλεσμα τον σχηματισμό κατά μεγάλο ποσοστό της κιρσοκήλης στην αριστερή πλευρά (90%). Συνήθως, δεξιά κιρσοκήλη δεν υπάρχει γιατί η διαδρομή της σπερματικής φλέβας είναι πλάγια και εκβάλλει υπό γωνία στην κάτω κοίλη φλέβα. Αντιθέτως, η αριστερή σπερματική φλέβα εκβάλλει κάθετα στην αριστερή νεφρική φλέβα.

Είναι γνωστό από την αρχαιότητα ότι η κιρσοκήλη επιδρά αρνητικά στην σπερματογένεση (Amaelius Cornelius Celsus 42 π.Χ. - 37 μ.Χ.). Το ποσοστό της κιρσοκήλης στην ώριμη ηλικία κυμαίνεται από 10 - 20% περίπου και μεταξύ των υπογόνιμων ανδρών από 21 - 41% (2, 12, 15). Στην προεφηβική ηλικία το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 10 - 15% (8, 14, 16).

Από το 1956 ο Hamley ανακοίνωσε ότι το σπερμοδιάγραμμα βελτιώνεται μετά από μικρό χρονικό διάστημα και κατόπιν της απολίνωσης της έσω σπερματικής φλέβας σε υπογόνιμους άνδρες (10, 13). Δεν είναι όμως βέβαιο αν η προληπτική χειρουργική αντιμετώπιση ή συντηρητική θεραπεία της κιρσοκήλης προλαμβάνει μελλοντικά προβλήματα στειρότητας, στην προεφηβική ηλικία λόγω έλλειψης αντικειμενικών κριτηρίων.

Υλικό και μέθοδος

Κατά την χρονική περίοδο Αύγουστος 1990 - Αύγουστος 1997 εξετάστηκαν στο εξωτερικό ιατρείο

της Πανεπιστημιακής Ουρολογικής Κλινικής Ιωαννίνων 14 αγόρια με κισσοκήλη, ηλικίας 10 - 15 ετών. Όλα τα αγόρια προσήλθαν στο Ιατρείο για Ουρολογική εξέταση μετά από υπόδειξη παιδίατρου. Η κλινική εξέταση περιελάμβανε την εκτίμηση και έλεγχο του οσχέου και των όρχεων.

Σε όλους τους ασθενείς έγινε υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του οσχέου για την εκτίμηση του μεγέθους και της σύστασης των όρχεων. Στη συνέχεια εγένετο συνέντευξη στους γονείς των αγοριών ότι η παθολογική αυτή κατάσταση πρέπει να αντιμετωπισθεί χειρουργικά με γενική νάρκωση κατόπιν προγραμματισμού και όχι επειγόντως. Από τα 14 αγόρια χειρουργήθηκαν τα 10 από αυτά χωρίς όμως αυστηρά αντικειμενικά κριτήρια. Σε όλους τους χειρουργηθέντες ασθενείς ακολουθήθηκε η ίδια χειρουργική τεχνική (ψιλή απολίνωση της έσω σπερματικής φλέβας κατά Palomo) (3, 4, 5, 6). Δεν παρατηρήθηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές σε κανέναν ασθενή, ο μέσος όρος νοσηλείας ήταν δύο ημέρες με χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής ενδοφλεβίως. Ταυτόχρονα 4 αγόρια που δεν χειρουργήθηκαν παρακολουθούνται ακόμη και σήμερα στο τακτικό εξωτερικό Ιατρείο της Κλινικής μας. Ο έλεγχος που γίνεται (κλινική εξέταση, υπερηχογράφημα οσχέου και όρχεων, Doppler και σπερμοδιάγραμμα στους ηλικίας άνω των 18 ετών) δεν παρουσιάζει αισθητές διαφορές ως προς το μέγεθος και την σύσταση των όρχεων, ενώ όλες οι παράμετροι του σπερμοδιαγράμματος βρίσκονται εντός των φυσιολογικών ορίων.

Αποτελέσματα

Κατά την διάρκεια των μετεγχειρητικών ελέγχων που έγιναν σε διάστημα από 3 έως 9 μήνες δεν διαπιστώθηκε κάποια ή κάποιου βαθμού υποτροπή κισσοκήλης σε κανέναν ασθενή.

Έγιναν σπερμοδιαγράμματα που ήταν εντός φυσιολογικών ορίων, αλλά δυστυχώς χωρίς να μπορούν να συγκριθούν διότι δεν υπήρχαν σπερμοδιαγράμματα προεγχειρητικά.

Οι μη χειρουργηθέντες ασθενείς ελέγχονται κατά διαστήματα με U/S, Doppler, σπερμοδιάγραμμα και κλινική εξέταση.

Συζήτηση

Η ανεύρεση κισσοκήλης σε σειρά άτομα είναι αρκετά συχνή, ενοχοποιείται σε ποσοστό 40% (7, 12). Η διάγνωση της κισσοκήλης είναι σχετικά εύκολη και έχουν γίνει πάρα πολλές μελέτες στο παρελθόν για να βρεθούν βλάβες που μπορεί να συμβαίνουν στον επιθήλιο του σπερματικού παρεγχύματος (1, 13). Επειδή συνήθως η εκδήλωση είναι ασυμπτωματική και η αδυναμία λήψεως αξιόπιστου σπερμοδιαγράμματος στην προεφηβική ηλικία καθιστά δύσκολη την εκτίμηση των επιπτώσεων της ιδιάζουσας αυτής παθολογικής οντότητας στην σπερματογένεση στην ηλικία αυτή. Διάφορες μελέτες που έγιναν για να αξιολογηθούν οι αλλοιώσεις σε ιστολογικό επίπεδο ή με ορμονικές ανταποκρίσεις στους συστοίχους όρχεις ως προς την κισσοκήλη, δεν απέδειξαν αξιόλογες διαφορές σε σύγκριση με τον άλλο όρχι (φυσιολογικό). Και αυτό με σκοπό για να μπορεί να αποφασισθεί ή όχι η χειρουργική αντιμετώπιση για σίγουρη βελτίωση

της σπερματογένεσης (1, 9, 11).

Συμπερασματικά καταλήγουμε λοιπόν ότι η κλινική εκτίμηση του μεγέθους και της σύστασης του συστοίχου όρχι προς την κισσοκήλη είναι ένα αξιόλογο κριτήριο για την παρακολούθηση αγοριών της προεφηβικής ηλικίας και την λήψη απόφασης της χειρουργικής επέμβασης.

Σαφώς η κισσοκήλη στην προεφηβική ηλικία είναι ένα δίλημμα ως προς την αυστηρά χειρουργική αντιμετώπιση ή την συντηρητική θεραπεία και παρακολούθηση για το πότε ένα αγόριο θα πρέπει να χειρουργηθεί ή αν η επέμβαση θα έχει θετικά αποτελέσματα αναφορικά με μελλοντικά προβλήματα στειρότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Saypol DC, Howards SS, Tuner TT, Miller Ed, Jr. Influence of surgically iduced varicocele one testicular blood flow, temperature and histology, in adult rats and dogs. *Journal of Clinical Investigation* 1981; 68:39 - 45.
2. Saypol DC. Varicocele. *Journal of Andrology* 1981; 2:61 - 71.
3. Palomo A. Radical cure of varicocele by a new technique: preliminary report. *Journal of Urology* 1949; 61:604 - 607.
4. Shafik A. et al: The fasciomuscular tube of the spermatic cord: A study of its surgical anatomy and relation to varicocele: A new concept for the pathogenesis of varicocele. *Br. J. Urol.*, 1972; 44:147.
5. Hunter DW, Bildsoe MC, Amplat K.: Aid for safer sclerotherapy of the internal spermatic vein. *Radiology* 1989; 173 - 282.
6. Thomas AJ, Jr, Geisinger MA: Current management of varicoceles. *Urol. Clin. North Am.* 1990; 17:893.
7. Belker AM et al: Intraoperative observations during vasovasostomy in 334 patients. *J. Urol.* 1983; 129:524.
8. Lee HY: Observations of the results of 300 vasovasostomies. *J. Androl.* 1980; 1:11.
9. Thomas AJ, Jr: Vasoepididymostomy. *Urol. Clin. North Am.* 1987; 14:527.
10. Sharfik A.: Venous tension patterns in cord veins 2. After varicocele correction. *J. Urol.* 1983; 129:749.
11. Walsh PC, White RI: Ballon occlusion of the internal spermatic vein for the treatment of varicoceles. *JAMA* 1981; 246:1701.
12. Κωστακόπουλος Α., Μαλαχιάς Ν., Γουλιανδρής Ν., Κάλλος: Η συμβολή του υπερηχογραφήματος του οσχέου στην εκτίμηση της κισσοκήλης. *Ελλην. Ουρολογία* 1990, 2:161 - 163.
13. Kass E., Chandra R., Belman Ab.: Testicular histology in the adolescent with a varicocele. *Pediatrics* 1987, 79:996 - 998.
14. Kass E., Freitas J., Bour J.: Adolescent varicocele: objective indications fro treatment. *J. Urol.* 1989, 142:579 - 581.
15. Hadziselimovica F., Herzog B., Liebundgut B., et al: Testicular and vascular changes in children and adults with varicocele. *J. Urol.* 1983, 142:583 - 585.
16. Okuyama A., Nakamyra M., Namiki M. et al: Surgical repair of varicocele at puberty: Preventive treatment for fertility improvement. *J. Urol.* 1988, 139:562 - 564.