TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt : 11, Sayı : 1, 89-94 1985

ÜROLOJİK OPERASYONLARDA MİKROŞİRURJİ KULLANIMI

MICROCHIRURGIE IN UROLOGY

Dr. Güven SEVİN (*), Dr. H. Murat TUNÇ (*)

Obstrüktif sterilite pek sık olarak klinikte karşımıza çıkmamakla beraber karşı karşıya kalındığında hekim için özellikle bir problem teşkil etmektedir. Son yıllarda teknolojinin ilerlemesi ile mikroşururji, plastik, el cerrahisi kulak göz ve beyin cerrahisinde kullanılmaya başlanmıştır.

Obstrüktif sterilitenin, genel sterilite sebeblerinin % 7,4'ünü teşkil ettiği bilinmektedir (1, 2). Duktal sistemin konjenital yokluğu, duktusta enfeksiyona bağlı darlık, eskiden yapılmış vazektomi ve fonksiyonel duktal obstrüksiyon, obstrüktif sterilitenin sebeblerini teşkil etmektedir. (2)

Geçirilmiş enfeksiyon sonucu ortaya çıkan obstrüktif sterilitenin en önde gelen sebebi tüberküloz epididimit ve vazit'dir. Günümüzde, gonokoksik enfeksiyon nedeni ile obstrüktif sterilite görülmesi nadirdir (2). Çiçek hastalığı Hindistan'da obstrüktif steriliteye yol açmaktadır. Filariasis de endemik olarak görüldüğü bölgelerde benzer komplikasyonlarla obstrüktif sterilite nedeni olabilmektedir (2).

Vazo-vazal veya vazo-epididimal anastomozların yukarıdaki nedenlere bağlı infertil kişilerde yeniden fertiliteyi sağlama bakımından başarılı olmaktadır (2, 3, 4).

Eskiden, vazo-vazal veya vazo-epididimal anastomozlar lumen içine naylon veya polietilen bir splint konularak 4/0 veya 6/0 sütürler ile yapılırdı. Çoğunlukla başarısızlıkla veya komplikasyon ile sonuçlanırdı. Bunun başka en önemli bir sebebide cerrahi mikroskobun olmamasıydı (3, 5).

Son zamanlarda mikroskop altında çift kat 9/0 veya 10/0 naylon sütürler ile splint kullanılmadan yapılan anastomozlardan olumlu sonuçlar

(*) Vakıflar Guraba Hastanesi Üroloji Kliniği.

alınmaktadır. Başarı oranı ilk raporlara göre % 42,2 olarak bildirilmiştir (3, 4). Bu anastomozda ameliyat sahasına hakim olabilmek için 10x, 16x, 25x zum yapabilen cerrahi mikroskop gereklidir (3, 4).

HASTAMIZ

Hastamız 31 yaşında Manisa doğumlu 4 senelik evli, A.A. Evliliğinin birinci senesinde çocuğu olmayınca eşi ve kendisi ilgili hekimlere müracaat etmişler. Sterilite sebebinin kendisinde olduğu anlaşılmış. Yapılan spermiogram da azospermi saptanmış. Bu tetkik sonuçuna göre hasta ismini hatırlayamadığı çok sayıda ilacı düzensiz olarak kullanmış. Sonuç alamamış. Çocuğunun olmaması şikayeti ile polikliniğimize baş vurdu.

Hastahanemizde de yapılan spermiogram da da azospermi saptandı. Hastanın kan hormon değerleri araştırıldı TABLO I. Normal bulundu.

Fizik muayenede, hastanın her iki testisi kıvam ve cesamet yönünden normal bulundu. Sağ epididim kuyruğunda 2x2x2 cm çapında ağrısız, düzensiz bir kitle palpe ediliyordu. Varikosel yoktu. Her iki scrotum normaldi. Penis normal bulundu. Hastaya bu bulgular sonucuna göre testis biopsisi yapılmasına karar verildi.

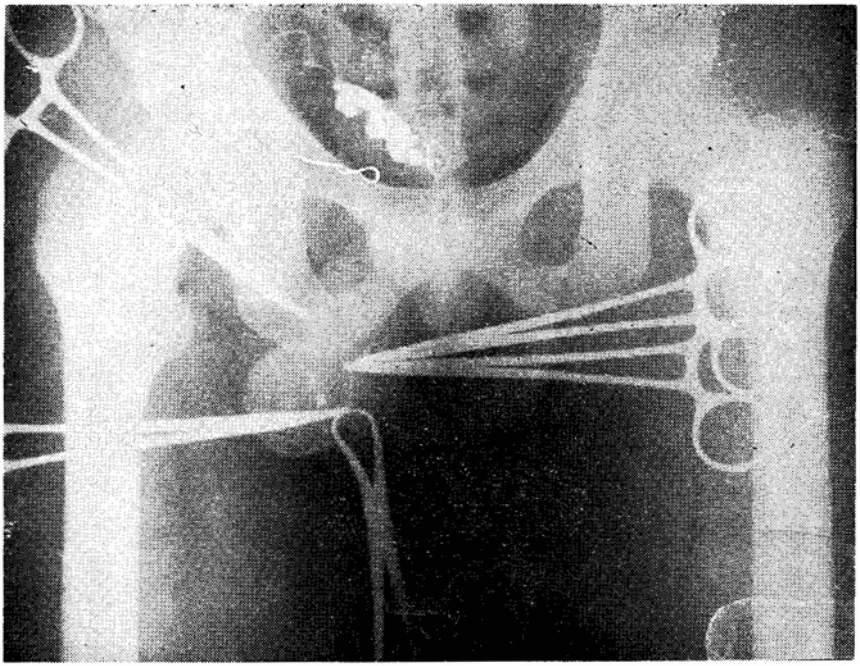
Hastaya, 10.9.1981 tarihinde sağ testis biopsisi yapıldı. 11,9,1981 tarihli patoloji raporu sonucuna göre biopsi «Normal Spermatogenesis» olarak geldi. Bu bizi obstrüktif sterilite olup, olmadığını araştırmaya yöneltti.

F S H	7 mIU/ml
L H	5 mIU/ml
TESTOSTERON	650 ng/100 ml
PROLAKTİN	10 ng/100 ml

TABLO 1

Hastaya, 21.9.1981 tarihinde lokal anestezi altında sağ scrotumda rafeye parelel küçük bir ensizyon ile katlar açılarak vaz deferens bulundu. Vas deferens içine iğne ile girilerek 4 - 5 cc kadar lipiodol verildi. Ameliyat masasında çekilen grafide boyalı maddenin veziküla seminalis ve ampullayı doldurduğu ve prostatik üretraya geçtiği görüldü. RESİM 1 Boyalı madde vas deferensin distal kısmına da enjekte edilmek istendi. Ancak, başarılı olunamadı. Boyalı madde distal sağ kas deferense gitmedi. RESİM 1

Hastaya genel anestezi verilerek, ensizyon biraz daha büyütüldü. Epididim kuyruğundan 1,5 cm, bizim vaz deferense iğne ile girdiğimiz yer-

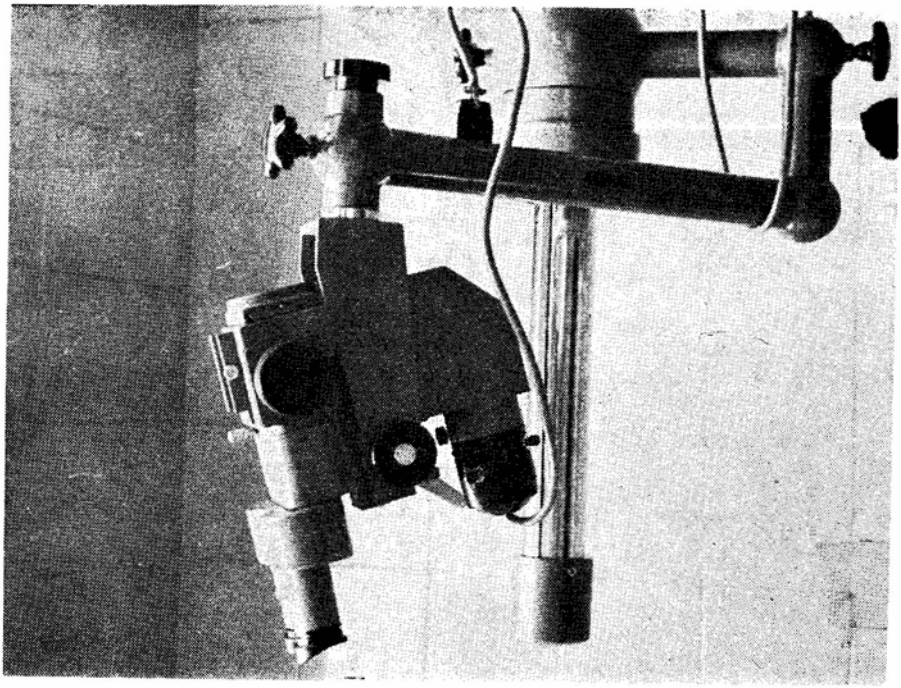


RESIM 1

den 2 cm kadar distal de 2 x 2 x 2 cm çapında bir gang ın sağ vas deferensi sardığı ve obstrüksiyonun yerinin burası olduğu anlaşıldı. Bu gang içindeki 2, 3 cm'lik vaz deferens ile birlikte çıkarıldı. Bu esnada vas deferensin distal kısmındaki lümenden bir şeffaf mayinin ameliyat sahasına aktığı görüldü. Bu obstrüksiyonu ortadan kaldırdığımızı gösteren testiküler mayi idi.

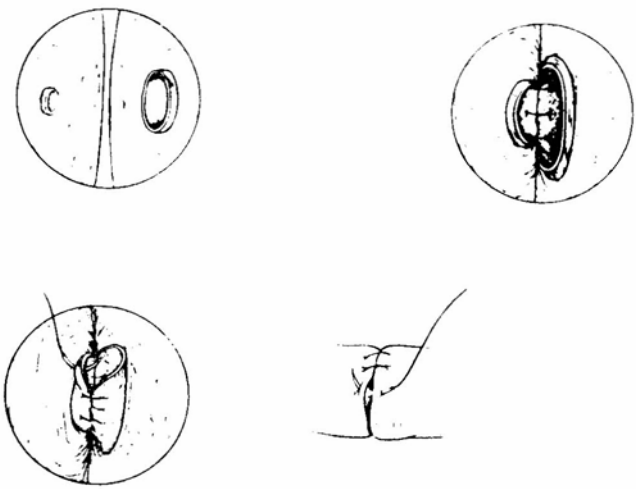
Ameliyat sahasına hastahanemiz ameliyathanesinde bulunan cerrahi mikroskop getirildi. (Cerrahi mikroskobumuz. Olimpus marka olup şu kısımlardan oluşuyordu: Objektif lens, internal ışık kaynağı, zum ve prizmatik bioküler ve göz mercekleri vardır. Merceklerin 20x, 25x, 30x mm fokal uzunluğu mevcuttur. İnternal ışık kaynağı fiber optik'tir. Onun için mikroskop sterilize edilemez. Üzeri evvelce hazırlanmış steril gown ile örtülür). RESİM 2

Mikroskop altında, önce vaz deferensin kesik distal ve proksimal uçları yan yana getirildi. Daha sonra 9/0 naylon sütür ile iki kesik uçun ön yüzüne mukozadan mukozaya geçilerek bir sütür kondu. Bu sütür traksiyone edilerek önce sağına sonra soluna aynı tarzda iki adet sütür kondu. Asistan vas deferensi 180 derece ters çevirince lumenin kapanmamış arkada kalan kısmı ön yüze geldi. Aynı şekilde üç adet sütür de bu yüze kondu.



RESİM 2

Daha sonra çepeçevre adventisya ya sperm-tight sütürler kondu RESİM 3. Kanama kontrolü yapılarak scrotumun sağ yarısı içine pen-ros dren kondu. Katlar anatomik katlarına uygun olarak kapatıldı. Ameliyata son verildi.



RESİM 3

Çıkarılan parçanın patolojik raporu 23.9.1981 tarihinde "Non-spesifik enfeksiyon" olarak geldi. Hasta postoperatuar 4. gün bir komplikasyon olmadan çıkarıldı. 3 ay sonra kontrole çağırıldı. Amaç, anastomozun durumunu kontrol etmek, spermiogramda bir değişiklik olup olmadığını araştırmak ve sol testis ve vaz deferensin durumunu tetkik etmek, gerekirse sol tarafa da cerrahi bir girişimde bulunmaktı. Ancak hasta zamanında kontrole gelmedi.

Hasta 7 ay sonra kontrole geldiğinde fizik muayende her iki testis normal bulundu. Sağ scrotum da ameliyata bağlı hafif bir endurasyon mevcuttu. 14.4.1982 tarihinde sper miogram yaptırıldı. Oligospermi tesbit edildi. TABLO 2

Miktar	: 3 cc
pH	: Alkalen
Vizkozite	: Normal
1 cc	: 16.000 000 spermatozoon
3 cc	: 48.000 000 »
Hareketli oranı	: % 25
Normal Yapılı	: % 45
Anormal Yapılı	: % 55

TABLO 2

Hastaya, sol tarafa müdahale için testis biopsisi ve sonuca göre ameliyat teklif edildi. Ancak hasta yurt dışında kuzey Afrika ülkelerinden birinde işçi olarak çalıştığını ve kısa bir izin için buraya geldiğini ve hemen dönmek zorunda olduğunu belirterek ameliyatı şimdilik kabul etmedi.

TARTIŞMA

Cerrahi mikroskobun mevcudiyeti, şüphesizki hastahanemiz için büyük bir avantajdır. Ürolojide mikroşururji ilk bakışta gereksiz gibi görülüyorsada bizim takdim ettiğimiz vaka nedeni ile bir özellik teşkil ettiği bir gerçektir. Özellikle, cerrahi mikroskobun verdiği avantaj ile vaz-vazal anastomozun başarılı olması değerini tartışılmaz hale getirmiştir.

Bizim hastamızın tek şansı elbette bu değildi. Obstrüksiyonun yalnız vaz deferenste olması hastanın ikinci şansını teşkil etmiştir. Bilindiği gibi epididimde veya vasa eferentialarda ki bir obtrüksiyonun cerrahi olarak vazo-epididimal veya vazo-testiküler anastomozlar ile giderilse bile fertilite açısından tam yararlı olamamaktadır (2, 6). Çünki, spermlerin canlılık ve hareketlilik kazanabilmeleri için epididimden geçmeleri gerekmektedir (2).

Vakamızın, azospermik bir sterilite vak'ası olmasına rağmen özellikle FSH ve LH seviyelerinin normal olması bizde obstrüktif tip azospermiyi akla getirmiştir (6). Biopsi yapılarak obstrüktif sterilitenin varlığı kanıtlanmıştır.

Hastamızda sperm göllenmesi, sperm granüloması, travma ve enfeksiyona bağlı olarak epididimit veya orşit görülmedi. Bu tip anastomozların eski tip anastomozlara üstünlüğü de, bu tip komplikasyonların daha az görülmesidir (3, 4). Yukarıdaki komplikasyonlar içinde epididimit ve orşit korkusu, bizim vakamızı bilateral olarak aynı seansta değerlendirmemize engel olmuştur. Bu neden ile hastaya aynı seansta müdahale edilmemiş ve 3 ay sonra tekrar tetkik edilmek üzere çağırılmıştır. Ameliyat 25x zum ile yapılmış, ameliyat sahasına tamamen hakim olunmuştur.

Elde edilen sonuç oldukça yüz güldürücüdür. Gerçi hastamız henüz çocuk sahibi olamamıştır. Ancak, düşük sayıda ve düşük motilitede sperm sahibi olması ilerisi için umut kaynağıdır. Hasta senelik izini için yurda döndüğünde sol tarafta tetkik edilecek ve tedavisi sürdürülecektir.

ÖZET

Bir obstrüktif sterilite vakasında vazo-vazal anastomoz için ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve ameliyatın değerlendirmesi yapıldı. Cerrahi mikroskobun bu anastomozun başarısındaki yeri elde edilen sonuçlarla birlikte değerlendirildi. Literatür taraması yapıldı.

SUMMARY

An obstructive sterility case, preoperative, operative and postoperative evaluation had been done for vaso-vasal anastomosis. Again the evaluation ot the results of the success of surgical microscope had been, done, with research of the new literature.

LİTERATÜR

1 — **Durbin, L., Ameler, R.D.:** Etiologic Factors in 1294 Consecutive Cases of Male Infertility. Fertil. Steril. 22 : 496, 1971.

2 — **Richard, J.S., Sherins. Et. al.:** Male Infertility in "Campbell's Urology" Ed. Harrison, J.H., et, al., Vol I, 751, 1978.

3 — **Sherman, J.S.:** Vasectomy and Its Micosurgical reserval. Ural, Clin. North. Am. 5 : 3, 573, 1978.

4 — **Stanwood, S.S.:** Vasovasostomy. Urol. Clin. North. Am. 5 : 3, 585, 1978.

5 — **Dorsey, J.W.:** Anastomosis of the Vas Deferens to Correct Post Vasectomy Sterility. J. Urol. 70 : 515, 1953.

6 — **Hargreave, T.,B.:** Investigation of the Male Partner of An Infertile Marriage. Healt Bulletin, July, 167, 1979.