

Üroloji

Vazektomide Yeni Bir Teknik " Insizyonsuz Vazektomi"

Dr. Ali MEMİŞ*

Uzun yıllar aile planlamasında erkeğin rolü unutulmuş olup, bu konudaki çalışmalar genellikle kadını hedef almıştır. Oysaki sorun hem erkeğin hem de kadının ortak problemdir.

Keitus interruptus bilinen en eski kontraseptif yöntem olup İncilde bile bahsi geçmektedir (1). İkinci dünya savaşı sonrasına kadar da yaygın olarak kullanılan tek korunma yöntemi olarak kalmıştır 1986'da 35 milyon çiftin kullandığı tahmin edilen yöntemin istenmeyen gebelik riski oldukça yüksektir (2).

İlk kez 1564'de tarif edilmiş olan kondom'un günümüzde değişik yapı ve özellikleri olan çok sayıda örneği yaygın olarak kullanılmaktadır (1,2). Güvenilir bir yöntemdir.

Periodik abstinens, kadın, fertil dönemindeki belirtileri gereği gibi takip edip, eşiyile iyi kooperasyon kurabilirse güvenilir bir yöntem olabilir. 17 milyon çiftin kullandığı tahmin edilmektedir (2),

Gelişmiş ülkelerde reproduktif çağdaki çiftler arasında erkeğe yönelik kontraseptif yöntemlerin kullanılışı %20-80 arasında bildirilmektedir (1).

Vazektomi: İlk kez 1890 'da yapılmış olan, isteğe bağlı erkek sterilizasyon yöntemidir (1,3). Halen gelişmiş ve gelişmekte olan bir çok ülkede yaygın olarak kullanılan ve tubal ligasyona göre çok daha güvenilir, ucuz ve basit olan kalıcı bir yöntemdir (1-6). Aslında yanlış isimlendirilme söz konusudur. Literatürde "Vaz oklüzyonu" olarak isimlendirilmesinin daha doğru olacağı vurgulanmaktadır. Buna rağmen terim alışıldığı gibi kullanılmaktadır. Günümüzde 30 ülkede en az 40 milyon çiftin korunma yöntemi olduğu tahmin edilmektedir (2,4,7). Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 500.000 vazektomi yapıldığı bildirilmektedir (6,7,8). Çin Halk Cumhuriyeti, Hindistan, Bangladeş ve İngilterede'de oldukça yaygın olduğu bil inmektedir (1,2,3,4,6).

Vaz oklüzyonu: yönlendirilen

1. ligasyoti
2. Kotertzasyon
3. Klips ile **obsliiksiyon**
4. Pertoilan kimyasal ajanlarla obsliiksiyon
 - a) Carbolıc aeid-n-butyl cyanoacryllane (superglıı)
 - b) polıııretlııane elastomer kullanılmaktadır (1,2,4,6)

Yöntemlerin kendilerine özgü avantaj ve komplikasyonları vardır. Ancak genel olarak vazektomi güvenilir bir metodur. Başarısızlık % 1 olarak bildirilmektedir (1,3). Spontan rekanalizasyon, aynı tarafta ikinci bir vazın oluşu ve farkedilmeyişi, kliplsin aşırı sıkılması sonucu vazal gangren ve bunu takiben spontan rekanalizasyon, vaz yerine başka bir oluşumun bağlanması gibi nedenler başarısızlık nedenleridir. Vazektomi sonrası en az 15 boşalmanda diğer yöntemlerle korunma gereği çifte kesinlikle hatırlatılmak ve spennogramla azospermi doğrulanana kadar dikkatli olmaları söylenmelidir. Ciddi bir komplikasyonun olmayışı, lokal anestezi ile yapılabilmesi, küçük bir skar bırakması ve ucuz oluşu avantajıdır. Yetişmiş bir kişi asistanla veya asistansız kolaylıkla yapabilmektedir ve iyileşme süresi kısadır.

İrreversibl bir yöntem oluşu, vazektomi sonrası atıfisperm antikor gelişmesi, sperm granüloması, epididimit, orşiepididimit bellibaşlı komplikasyonlarıdır (1,3,6,7,9). Eğitim düzeyi düşük olan kişilerdeki libido azalması yakınması tamamen psikojenik orijinlidir (6.7). Yöntemden geriye dönüş mikrokroşirurji ile mümkündür. Seçilmiş vakalarda % 20-80 oranda geriye dönüş ve gebelik bildirilmektedir

*Ankara Numune Hastanesi 2. Üroloji Kliniği, ANKARA

(2,3,10). Fakat yine de "kalıcı" bir yöntem olarak tanımlanmalıdır (1,3,6) Her 1.000 vazektomiden 1,3'ü sonradan fikir değiştirmektedir (1,6).

Klasik vazektomide bisturi ile insizyon ve vazm aranması skrotumda enfeksiyon ve hematoma yol açar. Bu komplikasyonları minimale indirebilmek amacıyla 1974'de Dr. Shunqiang Li tarafından "Punctured technique of vasectomy" veya "No scalpel vasectomy" olarak isimlendirilen yeni bir yöntem geliştirmiştir (2,6,11,12). Bu yöntem Çin Halk Cumhuriyeti'nde 8 milyonu aşkın gönüllüye uygulanmıştır (2,11).

No scalpel vasectomy "İnsizyonsuz vazektomi" (NSV) için Dr.Li iki ayrı enstürman geliştirmiştir. Bunlar:

1. Ekstra kütaneöz vaz fiksasyon klemp (FK).
2. Vaz deferens diseksiyon klemp (DK).

FK: Bab çok klempine benzerdir. Ancak ucu tam bir çember oluşturur. Çemberin çapı 3-3.7 mm olacak şekilde iki modeli vardır. Olgunun vazal kalınlığına göre uygun olan klemp kullanılır.

DK: Her iki ucunda son derece sivri olan, yivsiz bir klempdir. Uç kısmının kavsi gövde ile 45° açı yapar.

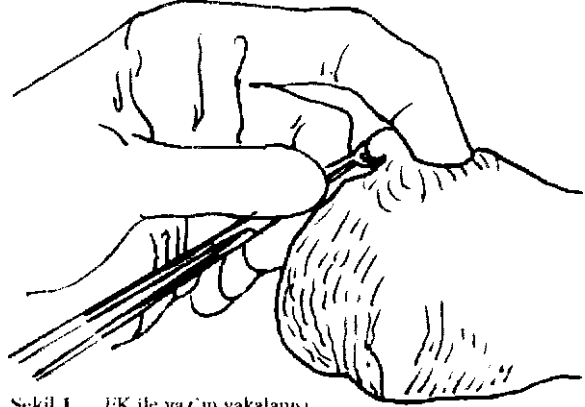
İnsizyonsuz Vazektomi (NSV) Tekniği

Cilt traşlanır ve antiseptik bir solüsyonla temizlenip steril olarak örtülür. Penise yakın olarak, orta hatta 1 cm lik bir alanda %2 lidocaine ile anestezisi skrotum cildini sağlar. Sonra cerrah sol elinin orta ve baş parmakları arasına vazı sıkıştırır ve işaret parmağı ile skrotum cildini gerginleştirip 3-4 cm uzunluğunda bir iğnesi olan enjektörle vaz boyunca 2cm" anestetik enjekte eder. Bu yöntem Dr.Li tarafından "üç parmak yöntemi" olarak isimlendirilmiştir. Aynı şekilde üç parmak yöntemi ile karşı taraf vazı aynı yerden yakalayıp fikse edilir ve vaz boyunca lokal anestetik verilir.

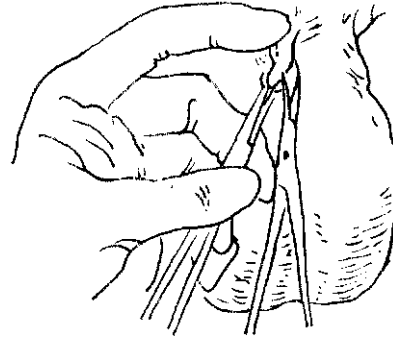
Anestezi işlemi bittikten sonra yine sağ taraf vazı üç parmak yöntemi ile yakalanır ve cilt anestezisi yapılmış olan yerde FK ile tam bir dik açı yapacak şekilde tespit edilir. FK'nin içine sadece vaz ve cilt dokusunun girmesine dikkat etmek gerekir. Sonra FK sol ele geçirilir ve sağ eldeki DK'nin sivri uçlarından biri ile FK'nin ringi içindeki vazm en belirgin yeri delinir. DK çıkartılıp uçları kapatılır ve 45° açı yapacak şekilde aynı ponksiyon deliğinden tekrar sokulur. Klemp ucu yavaşça açılır. Cildin bütün tabakaları vaz deferens duvarına kadar olmalıdır. Bu açıklıktan vaz görününce DK'nin bir ucu vaza saplanır ve bu uç saat ibersi yönünde döndürülür. Uç yukarı çevrilince klemp kapatılır ama kilitlemez aksi halde çok sivri

olan uçlar vazı keser. Tesbit için kullanılan FK çıkarılır ve vaz DK ile yaradan yavaşça yukarıya çıkartılır. Vaz ekstra kütaneöz olarak FK ile parsiyel olarak tutulur, tümüyle ring içine alınmaz. Cilt dışına çekilmiş olan vazm katlandığı yere DK'nin bir ucu sokularak bir delik açılır. Sonra klemp çıkartılıp aynı yere **iki ucu** kapalı olarak sokulur ve **klempin** uçları açılır. Böylece vazal arter ve diğer dokular vazdan sıyrılmış olur (Şekil 1-4).

Vaz kesilir ve 0.5 cm kadar bir parçası çıkartılır, istendiği takdirde seminal vezikül tarafında kalan kısmın lümenine kunt bir iğne ile 5 ml 1/3.000 bromo



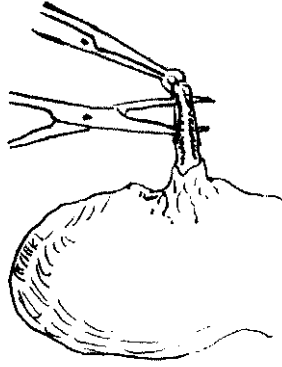
Şekil 1. FK ile vaz'ın yakalanışı



Şekil 2. DK ile vaz üzerinden delik açılması



Şekil 3. DK ile delikten giriş ve vaz'ın bulunuşu



Şekil 4. FK ile dışarı çekilen vaz'dan FK ile damarlarının ayrılışı

geramine rezidüel spermeleri öldünnek için verilebilir. Bu işlem erken post-vazektomi gebeliği şansını azaltacaktır. Vaz 3/0 ipekle bağlanmadan önce DK ile biraz ezilir. Vazın kesik uçlarından testiküler kısmı bağlayan ipek sütür kısa kesilir, seminal vezikül tarafındaki ipek ise kesilmez. İki düğüm arasından 0.5 cm'lik bir parça çıkarılır. Kanama kontrolünü takiben kesik uçlar skrotum içine geri döndürülür. Sonra uzun bırakılmış ipek yavaşça çekilerek seminal vezikül tarafında kalan vazal uç üzerinde sürüklediği spermatik fasia ile birlikte bağlanır ki epididimaltır uç fasiaya gömülüp distal uç fasia dışında izole kalsın. Vaz gergin değilken herhangi skrotum cildi iki parmak arasında sıkıştırıldığında bu uçta hemen skrotum içine girecektir.

Skrotum orta hattındaki bu açıklık kullanılarak karşı taraf vazına da aynı işlem tekrarlanır. Bitişte hiç kanama yoksa küçük bir gazla ponksiyon yeri kapatılır. Zaten küçük bir "puncture" ile işlemin yapılmasından dolayı işlem sonunda bu delik kontrakte olmakta ve 2-3 mm çapında minimal bir yara kalmaktadır. Operasyon süresi ortalama 5-11 dakikadır ve klasik yönteme göre %50 daha kısadır (11-13).

Postoperatif dönemde iki saat hasta kanama kontrolü ve hematoma yönünden kontrol altında tutulur. Rutin olarak antibiotik verilmemekte ancak analjezik verilmektedir. Beş gün süre ile ağır iş, uzun mesafe yürüyüşleri ve bisiklete binme yasaklanır. Postoperatif hafif skrotal rahatsızlıklar ve renk değişikliği normaldir. Fakat progressif ağrı, genişleyen ekimoz ve devam eden kanama olursa hastanın başvurması tembihlenir.

Dr Li hastalarına iki hafta süre ile seksüel aktiviteyi yasaklamakta ve en az 15 ejakülasyonda başka bir yöntem ile korunmayı tavsiye etmektedir. Bu süre sonunda rezidüel sperm araştırılmalıdır.

NSV'nin başarısında en önemli faktör vazın fiksasyonudur. FK ile fiksasyon kolayca mümkün olmaktadır. İkinci önemli faktör de diseksiyon yapılmasıdır. DK ile yapılacak her hareket tek darbe şeklinde olmalıdır. Yani pensin ucu vaza doğru bir kez saplanacak, bu deliğe pensin ucu bir kez sokulacak ve aralanıp tek darbeye vaz yakalanıp yüzeye çekilecektir. Bütün bunlar adeta geleneksel uzak doğu danslarının son derece yumuşak ve ritmik hareketleri ile yapılacaktır (12). Belirli bir eğitimden sonra kolaylıkla yapılabilen NSV tekniğini Dr.Nirapathpongporn'utı bizzat kendisine uygulayabilmesini ilgi ile izledim (12).

Yöntem klasik vazektomide %2 olan hematoma riskini %0-0.9 oranına ve infeksiyonu ise %34 oranından %0-0.91'e indirmiştir (13-16). Dr.Nirapathpongporn ile yaptığımız eğitim çalışmasında 40 NSV olgumuzda hematoma görmediğimiz gibi infeksiyon ile de karşılaşmadık.

Sonuç olarak düşük maliyeti, iş gücü kaybını azaltması, klasik vazektominin komplikasyonlarını minimize indirmesi ve operasyon süresini %50 azaltılması nedeniyle NSV seçkin bir yöntem olmaktadır. zıncak özel eğitim ve enstrüman gereksinimi yöntemin dezavantajıdır.

KAYNAKLAR

1. Potts DM. Male contraception in family planning programs. In: Zatuchni GI, Goldsmith A, Spieler JM, Sciarra JJ, eds, Male contraception: advances and future prospects Philadelphia: Harper & Row 1986; 2-6.
2. Moira EG, Liskin L, Kak N. Men: new focus for family planning programs. Population Reports 1986; 14T889-904.
3. -WHO Technical and Managerial Guidelines for Vasectomy Services. England WHO 1988; 1-17.
4. Nirapathpongporn A. Vas occlusion and reversal: WHO Symposium on "New trends in male contraception" XII. World Congress on Fertility and Sterility. Marrakesh Morocco, October 1-6 1989.
5. Connell EB, Tatum HJ. Reproductive health care manual. Atlanta: Creative informatics Inc. 1986; 132-55.
6. Jhpiego Eğitim Notlan: "Fertility and the control of fertility" Johns Hopkins University. November 1988. Baltimore USA
7. Perrin EB, Woodrs JS, Nameakat T, Yagi J, Bruce RA, Hofer V. Long term effect of vasectomy on coronary heart disease. AJP 1984; 74:128-32.
8. Cormack M, lapointe S. Physiologic consequences and complications of vasectomy CMAJ 1988; 138:223-5.

9. Massey F, Bernstein GS, O'Fallon WM, Schuman LM, Coulson AH, Crozier R, Mandel JS, Benjamin RB et al. Vasectomy and health. JAMA 1984; 252:1023-29.
10. Schmidt SS. Vasectomy. Urol Clin North Am.1987; 1:149-66.
11. Nirapathogpomp A, Huber DH, Krieger JN. No-scalpel vasectomy at the king's birthday festival. Lancet 1990; 14:894-5.
12. Nirapathogpomp A. Kişisel konuşmalar ve "No-scalpel vasectomy" uygulamalı eğitimi: 8-22 Ocak 1991; Bangkok-Thailand
13. Li S, Goldstein M, Zhu J, Huber D. The no-scalpel vasectomy. Urol 1991; 145:341-4.
14. Kendrick JS, Gonzales B, Huber DH, Grubb GS, Rubin GL. Complications of vasectomies in the United States: Family Prac 1987; 25-3:245-8.
15. Randall PE, Ganglui L, Marcuson RW. Wound infection following vasectomy. Br Urol 1983; 55:564-7.
16. Randall PE, Ganglui LA, Keaney MGL, Marcuson RW. Prevention of wound infection following vasectomy. Br J Urol 1985; 57:227-9.