

26. Nieschlag E, Hertle L, Fischelick A et al. Update on treatment of varicocele: counselling as effective as occlusion of the vena spermatica. *Hum Reprod* 1998;13:2147-50.
27. Krause W, Müller HH, Schafer H et al. Does treatment of varicocele improve male fertility? results of the »Deutsche Varikozenstudie«, a multicentre study of 14 collaborating centres. *Andrologia* 2002;34:164-71.
28. Ficarra V, Cerrito MA, Liguori G et al. Treatment of varicocele in subfertile men: the cochrane review – a contrary opinion. *Eur Urol* 2006;49:258-63.
29. Hargrave T, Ghosh C. Varicocele: does treatment promote male fertility? *Urology* A 1998;37:258-64.
30. Paduch DA, Niedzielski J. Repair versus observation in adolescent varicocele: a prospective study. *J Urol* 1997;158:1128-32.
31. Okuyama A, Nakamura M, Namiki M et al. Surgical repair of varicocele at puberty: preventive treatment for fertility improvement. *J Urol* 1988;139:562-4.
32. Gorenlick JI, Goldstein M. Loss of fertility in men with varicocele. *Fertil Steril* 1993;59:613-6.
33. Lund L, Larsen SB. A follow-up study of semen quality and fertility in men with varicocele testis and in control subjects. *Br J Urol* 1998;82:682-6.
34. Cayan S, Kadioglu TC, Tefekli A et al. Comparison of results and complications of high ligation surgery and microsurgical high inguinal varicocelectomy in the treatment of varicocele. *Urology* 2000;55:750-4.
35. Podkamenev VV, Stalmakhovich VN, Urkov PS et al. Laparoscopic surgery for pediatric varicoceles: Randomized controlled trial. *J Pediatr Surg* 2002;37:727-9.
36. Al-Kandari AM, Shabaan H, Ibrahim HM et al. Comparison of outcomes of different varicocelectomy techniques: open inguinal, laparoscopic, and subinguinal microscopic varicocelectomy: a randomized clinical trial. *Urology* 2007;69:417-20.
37. Sautter T, Sulser T, Suter S et al. Treatment of varicocele: a prospective randomized comparison of laparoscopy versus antegrade sclerotherapy. *Eur Urol* 2002;41:398-400.
38. Zucchi A, Mearini L, Mearini E et al. Treatment of varicocele: randomized prospective study on open surgery versus Tauber antegrade sclerotherapy. *J Androl* 2005;26:328-332.
39. Sayfan J, Soffer Y, Orda R. Varicocele treatment: prospective randomized trial of 3 methods. *J Urol* 1992;148:1447-9.
40. Yavetz H, Levy R, Papo J et al. Efficacy of varicocele embolization versus ligation of the left internal spermatic vein for improvement of sperm quality. *Int J Androl* 1992;15:338-44.

Recidiv af varicocele forårsaget af renal tumor

Læge Marianne Berntsen, stud.med. Mikkel Fode, overlæge Kári J. Mikines & professor Jens Sønksen

Varicoceler findes hos ca. 15% af alle mænd [1] og opstår oftest under puberteten. De fleste kliniske varicoceler er venstresidige, og isolerede højresidige kliniske varicoceler er sjældne.

Varicoceler kan inddeltes i primære og sekundære varicoceler. Et primært varicocele opstår som følge af insufficient venøst afløb, hvilket fører til stase i plexus pampiniformis og i vena spermatica interna. På baggrund af de anatomiske forhold antages det, at øget ortostatisk tryk oftere kompromitterer det venstresidige venøse afløb end det højre, idet vena spermatica interna sinisters indløb i vena renalis er lodret, mens vena spermatica dexter har et skråt indløb i vena cava inferior. Herved favoriseres den venstresidige lokalisation af primære varicoceler.

Et sekundært varicocele skyldes en partiell obstruktion af det venøse system som følge af en retroperitoneal udfyldning. Derfor anbefales en abdominal ultralydskanning hos voksne patienter med pludseligt opstået varicocele, højresidigt varicocele eller et varicocele, der ikke forsvinder i liggende stilling. Der findes derimod ingen lignende anbefaling for varicoceler, der recidiverer efter kirurgisk behandling.

SYGEHISTORIE

En 31-årig mand blev henvist med et venstresidigt grad III-varicocele (Figur 1). Dette havde eksisteret i 6-7 år og var således opstået, da patienten var midt i

tyverne. Varicocelet udløste en trykkende fornemelse fra scrotum som eneste symptom. Intet abnormt ved palpation af abdomen. Patienten gennemgik mikrokirurgisk varicoceleoperation, og ved tremåneders kontrollen var han symptomfri og uden kliniske tegn på varicocele. Et år senere blev patienten genhenvist med recidiv af venstresidigt grad III-varicocele og trykkende fornemmelse fra scrotum.

 FIGUR 1

Grad III-varicocele.



KASUISTIK

Herlev Hospital,
Urologisk Afdeling, og
Københavns Universitet,
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Varicoelet forsvandt ikke fuldstændigt i liggende stilling. En abdominal ultralydskanning afslørede en 14×11 cm stor solid udfyldning i den venstre nyre. Dette blev efterfølgende bekræftet vha. en computer-tomografi. Patienten rapporterede ingen flankesmerter eller tegn på makroskopisk hæmaturi. Urinstiks var negativ for blod. En Doppler-ultralydskanning viste normalt blodflow i vena renalis sinister og i vena cava inferior. Venstre nyre var fri af omgivelserne. Der blev udført radikal nefrektomi. Operationen blev kompliceret af postoperativ blødning fra milten, hvilket førte til en splenektomi. Histologiske undersøgelser viste, at der var tale om et renalcellekarcinom (*clear cell-type*), T2. En kontrolundersøgelse ca. seks måneder efter nefrektomien afslørede ingen symptomer eller varicocelerecidiv.

DISKUSSION

Den klassiske symptomtriade ved renal tumor består af flankesmerter, følelig renal udfyldning og hæmaturi, men 35% af patienterne har ingen af disse symptomer [2]. Af andre symptomer kan nævnes trykken fra scrotum (som følge af varicoceleudvikling), forstoppelses-symptomer, paraneoplastiske syndromer og knoglesmerter som følge af metastaser. En symptomatisk sygdomspræsentation er vist at være korreleret med en aggresiv histologi og fremskreden sygdom [3].

Varicocelerecidiv kan ses efter kirurgisk varicocelektomi, når ikke alle vener er ligeret. Recidiv-raten er dog lavere ved mikrokirurgi (ca. 2%) i forhold til de tidlige anvendte behandlingsmetoder (1-18%) [4]. Et varicocelerecidiv kan derfor – særligt efter mikrokirurgi – indikere tilstedsvarrelsen af en retroperitoneal tumor. Endvidere opstår varicoceler som oftest under puberteten, og når tilstanden opstår efter denne periode, kan man derfor ligeledes mistanke, at baggrunden er en abdominal udfyldning. Der bør udføres yderligere undersøgelser på området for at klarlægge størrelsесordenen af denne risiko.

Da prævalensen af varicoceler er 15% hos mænd, mens prævalensen af venstresidige renale tumorer, der udløser varicoceler, er lav, er det ikke hensigtsmæssigt at udføre abdominale ultralydsundersøgelser som en rutineundersøgelse ved alle venstresidige varicoceler. Derimod synes det rimeligt at anbefale en abdominal ultralydsundersøgelse hos voksne patienter med varicocelerecidiv særligt efter mikrokirurgisk subinguinal varicocelectomi.

LITTERATUR

- Pryor JL, Howards SS. Varicocele. Urol Clin North Am 1987;14:499-513.
- Gibbons RP, Montie JE, Correa RJ et al. Manifestations of renal cell carcinoma. Urology 1976;8:201-6.
- Lee CT, Katz J, Fearn PA et al. Mode of presentation of renal cell carcinoma provides prognostic information. Urol Oncol 2002;7:135-40.
- Fode M, Sønksen J, Mikines KJ et al. Mikrokirurgisk varicoceleoperation: en retrospektiv opgørelse af danske resultater. Ugeskr Læger 2009;171:3421-4.