

# Varicocele testis

## Definition og baggrund

Varicocele testis er en tilstand med varikøs dilatation af venerne i plexus pampiniformis. Kliniske varicoceleler kan erkendes ved objektiv undersøgelse (se under udredning) og omkring 15% af alle mænd har et klinisk varicocele. "Subklinisk varicocele", som kun kan erkendes ved brug af Doppler-ultralydskanning, betragtes som klinisk betydningsløst. Langt overvejende (85-90%) findes varicoceleler unilateralt på venstre side, formentlig grundet vena spermatica internas lodrette indløb i vena renalis på denne side. I sjældne tilfælde kan der være tale om sekundære varicoceleler, der skyldes, at en rumopfyldende proces i retroperitoneum forårsager tryk på vena spermatica interna.

Tilstanden er ofte uden klinisk betydning, men det giver hos nogle mænd symptomer i form af smerter eller tyngdefornemmelse, særligt i forbindelse med fysisk aktivitet. Varicoceleler er også associeret med nedsat sædkvalitet, idet tilstanden ses hos 35-45% af infertile mænd. Den præcise årsag til nedsat sædkvalitet hos nogle mænd med varicocele kendes ikke men teorier inkluderer øget temperatur i scrotum, øget venøst tryk, hypoksi, reflux af katekolaminer og akkumulering af toksiske stoffer inklusive frie iltradikaler. Der er ingen eller kun minimal forskel i testosteronniveau hos mænd med og uden varicocele.

## Udredning

### Anamnese

Det skal afklares hvornår en evt. scrotalhævelse er opstået første gang. Man skal være opmærksom på risikoen for sekundært varicocele, hvis dette er sket efter puberteten (se nedenfor)

- Er der subjektive gener ved tilstanden? Hvis dette er til stede, spørges til:
  - Lokalisation af generne samt deres varighed og udvikling
  - Genernes karakter (f.eks. tyngdefornemmelse eller smerte)
  - Forværrende/lindrende faktorer
  - Patientens oplevelse af hævelse og evt. kosmetiske gener i den forbindelse

Det er væsentligt at afklare om generne primært kommer ved fysisk aktivitet og/eller i stående stilling, eller om de kommer i hvile. Sidstnævnte skal lede tankerne i retning af anden genese.

- Er der ufrivillig barnløshed??

- Har parret et uhonoreret graviditetsønske efter min. 1 års ubeskyttet samleje?
- Er der foretaget fertilitetsudredning af patient og partner?
- Hvad viste evt. sædprøver?

### Objektiv undersøgelse

Diagnosen stilles ved klinisk undersøgelse med inspektion og palpation af skrotalindhold. Her undersøges for

- Dilaterede vener i scrotum. Undersøgelsen bør udføres med patienten stående og inkludere brug af Valsalvas manøvre for at opnå øget fyldning af de dilaterede vener. Klinisk varicocele kan inddeles i sværhedsgrad 1-3:
  - Grad 1: Palpabel kun ved brug af Valsalvas manøvre
  - Grad 2: Palpabel uden brug af Valsalvas manøvre men ikke synlig
  - Grad 3: Både synlig og palpabel uden brug af Valsalvas manøvre
- Asymmetri af testikler med særlig fokus på egentlig atrofi (<12 ml)
- Anden patologi svarende til scrotum

Det bemærkes at der ved klinisk gradering af varicoceler er dokumenteret betydelig inter-og intraobservatørvariation. Dette skal have in mente, når beslutning for eller imod behandling tages.

### Specialundersøgelser

Diagnosen bør bekræftes ved ultralyd hvor der ses reflux ved Valsalvas manøvre og anden patologi kan udelukkes. Ved kliniske varicoceler ses her en venøs diameter på >3 mm. Det skal understreges den kliniske gradering er afgørende. Et subklinisk varicocele, som kun kan erkendes ved brug af Doppler-ultralydskanning betragtes som klinisk betydningsløst.

I tilfælde med isolerede højresidige varicoceler, varicoceler der er opstået efter puberteten, og varicoceler der ikke svinder i liggende stilling, skal man mistænke, at der kan være tale om en sekundær tilstand, der skyldes en rumopfyldende proces. Dette afklares med non-contrast CT af abdomen.

## Differentialdiagnoser

Øvrige scrotale udfyldninger inkl. spermatocele, hydrocele, hernie og testikelkræft.

## Behandling

Behandling for et varicocele kan som udgangspunkt tilbydes patienter, der falder indenfor en af følgende 3 grupper:

- 1) Ved subjektive gener i form af tyngdefornemmelse/smerter fra den afficerede scrotalhalvdel, der vurderes at være forårsaget af varicocelet.
- 2) Ved mandlig infertilitet med dokumenteret nedsat sædkvalitet baseret på WHO's gældende parametre. Som udgangspunkt er der kun behandlingsindikation, hvis der ikke findes anden årsag til den nedsatte sædkvalitet og hvis partneren vurderes at have normal fertilitet. Ellers vil anbefalingen være assisteret befrugtning. Såfremt et par med infertilitet oplever dårlig deling af et befrugtet æg eller gentagne aborter som led i assisteret befrugtning, da kan behandling for et klinisk varicocele også overvejes.
- 3) Hos teenagere med varicocele og ipsilateral reduktion i testikelvolumen. Dette er en relativ indikation og det understreges at der er begrænset evidens for effekt.

Rutinemæssige sædanalyser af mænd med tilfældigt fundne varicocele og profylaktisk varicocelebehandling anbefales ikke, da dette vil føre til betydelig overbehandling. Der er ikke indikation for behandling i fertilitetsøjemed hos mænd med normal sædkvalitet og/eller subkliniske varicocele.

Varicocele kan behandles med interventionsradiologiske procedurer med antegrad eller retrograd sklerosering af vena spermatica eller kirurgisk med laparoskopisk ligering af vena spermatica eller subingvinal ligering af vener i plexus pampiniformis med eller uden mikrokirurgisk teknik.

Ved alle de nævnte indgreb skal der forventes hævelser i op til 6 måneder efterfølgende. Desuden indebærer de risiko for komplikationer såsom smerter, infektion, hydrocele og recidiv samt en lille risiko for tab af testikel eller skade på ductus deferens. Overordnet set viser litteraturen, at de bedste resultater og den laveste komplikationsrate opnås med subingvinal ligering med mikrokirurgisk teknik. Det skal dog understreges, at den lokale ekspertise med et givet indgreb er afgørende.

Ved behandling af symptomatiske varicocele bliver op mod 90% enten symptomfri eller næsten symptomfri. Ved behandling af fertilitetshensyn kan både sædkvalitet og spontan graviditetsrate forbedres væsentligt, men det er ikke muligt at forudsige hvem der vil få gavn af behandlingen. Man skal forvente at det tager op til 6 mdr. før en eventuel forbedring i sædkvaliteten kan ses. Det er uklart om varicocelebehandling kan forbedre chancen for graviditet gennem assisteret befrugtning, idet evidensen på dette område er begrænset.