

Azoospermia Obstrutiva Pós-vasectomia: Tratamento

Autoria:

Antônio Silvinato

Augusto Barbosa Reis

Marcelo Vieira

Renato Fraietta

Wanderley M Bernardo

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

A revisão bibliográfica de artigos científicos dessa diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE, Cochrane e SciELO. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (MeSH *terms*) agrupadas nas seguintes sintaxes: Vas Deferens OR Epididmis OR Vasectomy AND Microsurgery OR Reoperation OR Vasovasostomy OR Vasoepididymostomy OR Sperm Retrieval*

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Estabelecer as melhores opções de tratamento para a azoospermia obstrutiva pós-vasectomia.

INTRODUÇÃO

Na literatura mundial, a taxa de indivíduos que recorrem à reversão de vasectomia varia de 2% a 6%^{1,2}(C). Essa situação ocorre normalmente devido à troca de parceiras (separação/perdas) e ao desejo de novos filhos.

As opções de tratamento para a azoospermia obstrutiva pós-vasectomia são duas: aquelas relacionadas à reconstrução do trato reprodutor com vasovasostomia ou vasoepididimostomia microcirúrgicas ou então opções relacionadas à recuperação de espermatozoides associada ao procedimento de Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI – intracytoplasmatic sperm injection). Quando está indicada a ICSI a obtenção de espermatozoide é por meio de algumas técnicas cirúrgicas: aspiração percutânea de espermatozoides de epidídimo (PESA), aspiração microcirúrgica de espermatozoides de epidídimo (MESA), aspiração percutânea de espermatozoides do testículo (TESA) ou obtenção de espermatozoides por biópsia testicular (TESE).

1. QUAL TÉCNICA DE REVERSÃO UTILIZAR E QUAIS OS FATORES PREDITIVOS NEGATIVOS E POSITIVOS PARA A REVERSÃO?

A reversão de vasectomia é realizada por meio de anastomose entre os cotos do deferente ou entre o deferente e o epidídimo, com auxílio de magnificação. A permeabilidade das anastomoses microcirúrgicas e as taxas de gestação são superiores aos procedimentos realizados sem a técnica de microcirurgia e magnificação^{1,3}(C).

A vasoepididimostomia é indicada quando houver obstrução epididimária. Os principais fatores indicativos da obstrução nesse nível são o intervalo prolongado da vasectomia, a ausência de espermatozoides, a coloração amarelada e o aspecto espesso do fluído seminal no coto epididimário⁴(C).

Os resultados de permeabilidade e gravidez para a vasovasostomia são, respectivamente, 97% e 76%, com intervalo de obstrução de até três anos, 88% e 53%, para intervalos entre 3 e 8 anos, 79% e 44%, para intervalos entre 9 e 14 anos, e 71% e 30%, para tempo igual ou superior a 15 anos. Os resultados de permeabilidade e gravidez para vasoepididimostomia são respectivamente 85% e 44%¹(C).

Os fatores que influenciam o sucesso do procedimento são o intervalo entre a vasectomia e a reversão, a técnica microcirúrgica, a experiência do cirurgião e as características do fluído seminal do coto epididimário^{1,5,6}(C).

Além disso, a idade da parceira não representa um fator limitante isolado, mesmo quando a mulher encontra-se acima de 35 anos⁷(C).

As taxas de complicações após as cirurgias de recanalização são extremamente baixas. As mais frequentes são hematoma e infecção, raramente necessitando de tratamento cirúrgico⁸(C).

A vasovasostomia apresenta um custo efetividade superior às técnicas de reprodução assistida¹¹(A).

Recomendações

- A vasoepididimostomia é indicada quando houver obstrução epididimária.
- O intervalo entre a vasectomia e a reversão, a técnica microcirúrgica, a experiência do cirurgião e as características do fluido seminal influenciam o sucesso do procedimento.
- A idade da parceira não representa um fator limitante isolado, mesmo quando a mulher encontra-se acima de 35 anos⁷(C).

As taxas de sucesso em recuperação de espermatozoides e gestação são semelhantes entre as técnicas realizadas no epidídimo (PESA e MESA). Não existe evidência na literatura que suporte a escolha de uma técnica em relação à outra, sendo que ambas conseguem recuperar espermatozoides suficientes para utilização no laboratório e para criopreservação. A técnica que utiliza o testículo como fonte de recuperação (TESA/TESE) deve ser indicada quando as técnicas realizadas no epidídimo não recuperam espermatozoides ou na ausência de epidídimo^{9,10}(C).

Os procedimentos são realizados em regime ambulatorial com retorno imediato às atividades habituais. As taxas de complicações descritas são infrequentes, dependem do método utilizado e incluem dor testicular, edema, infecção e hematoma local^{9,10}(C).

Recomendações

- As taxas de sucesso em recuperação de espermatozoides e gestação são semelhantes entre as técnicas realizadas no epidídimo (PESA e MESA).
- As técnicas que utilizam os testículos (TESA/TESE) devem ser indicadas quando as realizadas no epidídimo não recuperam espermatozoides ou na ausência de epidídimo.

REFERÊNCIAS

1. Belker AM, Thomas AJ Jr, Fuchs EF, Konnak JW, Sharlip ID. Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the vasovasostomy group. *J Urol* 1991;145:505-11.
2. Sandlow JI, Westefeld JS, Maples MR, Scheel KR. Psychological correlates of vasectomy. *Fertil Steril* 2001;75:544-8.
3. Kolettis PN. Restructuring reconstructive techniques--advances in reconstructive techniques. *Urol Clin North Am* 2008;35:229-34, viii-ix.
4. Parekattil SJ, Kuang W, Kolettis PN, Pasqualotto FF, Teloken P, Teloken C, Nangia AK, Daitch JA, Niederberger C, Thomas AJ, Jr. Multi-institutional validation of vasectomy reversal predictor. *J Urol* 2006;175:247-9.
5. Fuchs EF, Burt RA. Vasectomy reversal performed 15 years or more after vasectomy: correlation of pregnancy outcome with partner age and with pregnancy results of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2002;77:516-9.
6. Elzanaty S, Dohle GR. Vasovasostomy and predictors of vasal patency: a systematic review. *Scand J Urol Nephrol* 2012;46:241-6.
7. Kolettis PN, Sabanegh ES, Nalesnik JG, D'Amico AM, Box LC, Burns JR. Pregnancy outcomes after vasectomy reversal for female partners 35 years old or older. *J Urol* 2003;169:2250-2.
8. Wood S, Thomas K, Sephton V, Troup S, Kingsland C, Lewis-Jones I. Postoperative pain, complications, and satisfaction rates in patients who undergo surgical sperm retrieval. *Fertil Steril* 2003;79:56-62.
9. Sandro C. Esteves, Ricardo Miyaoka, Ashok Agarwal. Sperm Retrieval Techniques For Assisted Reproduction. *Bras J Urol* 2011;37:570-83.
10. Proctor Michelle, Johnson Neil, van Peperstraten Arno Maarten, Phillipson Greg. Techniques for surgical retrieval of sperm prior to intra-cytoplasmic sperm injection (ICSI) for azoospermia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 07, 2012
11. Pavlovich CP, Schlegel PN. Fertility options after vasectomy: a cost-effectiveness analysis. *Fertil Steril* 1997;67:133-41.