

تأثیر واریکوسلکتومی بر روی پارامترهای اسپرم و میزان حاملگی

سیدغلامعلی جورسرایلی^{۱*}، میرمحمد رضا آقاجانی میر^۲، کریم اله حاجیان^۳، محمد اصغری زاده گنجی^۴
۱- استادیار گروه علوم تشریح دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- متخصص ارولوژی ۳- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۴- پزشک عمومی

سابقه و هدف: یکی از عوامل ایجاد کننده ناباروری در مردان بیماری واریکوسل است که اثرات منفی بر روی پارامترهای اسپرم باقی می‌گذارد. با انجام واریکوسلکتومی که یکی از روشهای مؤثر برای درمان آن می‌باشد، بهبود قابل توجهی در پارامترهای اسپرم بوجود خواهد آمد. هدف این مطالعه بررسی پارامترهای اسپرم قبل و بعد از واریکوسلکتومی و میزان ایجاد باروری می‌باشد.

مواد و روشها: این مطالعه به روش مداخله ای بر روی ۱۱۸ زوج ناباروری که با علت مردانه و داشتن بیماری واریکوسل طی سالهای ۸۲-۸۳ به مرکز ناباروری حضرت فاطمه الزهرا(س) دانشگاه علوم پزشکی بابل، مراجعه کرده بودند؛ انجام گرفت و پارامترهای اسپرم قبل و بعد از واریکوسلکتومی و نتیجه حاملگی با یکدیگر مقایسه شد.

یافته‌ها: نوع واریکوسل در ۷۲ نفر (۶۱٪) یک طرفه و در ۴۶ نفر (۳۹٪) دو طرفه بود. میانگین (\pm انحراف معیار) تعداد اسپرم از $42/3 \pm 26/9$ میلیون قبل از عمل به $27/1 \pm 48/4$ میلیون بعد از عمل رسید. همچنین متوسط حرکت اسپرم (\pm انحراف معیار) از $50/8 \pm 18$ درصد به $54/8 \pm 17/9$ درصد و Round Cells از $1/9 \pm 4/7$ به $0/6 \pm 3/3$ درصد رسید که این روند در هر سه حالت معنی‌دار بوده است ($P < 0/007$). میانگین مورفولوژی طبیعی اسپرمها نیز بعد از عمل افزایش نشان داد ولی معنی‌دار نبود. میزان حاملگی، بعد از واریکوسلکتومی در ۴۲٪ افراد دیده شد که با احتساب تعدادی از افراد که از روشهای مختلف ART کمک گرفته بودند تا $48/3$ ٪ افزایش نشان داد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که واریکوسلکتومی باعث افزایش پارامترهای اسپرم شده و همچنین با افزایش میزان مورفولوژی طبیعی اسپرم، باروری، تقریباً در نیمی از افرادی که تحت این عمل قرار گرفته‌اند، ایجاد گردید.

واژه‌های کلیدی: واریکوسل، واریکوسلکتومی، پارامترهای اسپرم، حاملگی.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۱، زمستان ۱۳۸۴، صفحه ۴۵-۴۰

مقدمه

پایین آمدن میزان باروری می‌گردد (۴ و ۲ و ۱) و از طرفی واریکوسل،

به وجود وریدهای متسع و پیچ‌خورده شبکه پامپینی فرم طناب اسپرماتیک واریکوسل گفته می‌شود (۱) که تقریباً در ۱۵٪ مردان جوان یافت می‌گردد (۲ و ۱). این بیماری شایع‌ترین علت ناباروری مردان است (۳ و ۲). بعضی از محققین معتقدند که فقط باید واریکوسل‌های علامت دار را درمان کرد (۲). شواهد فراوانی وجود دارند که واریکوسل، کیفیت مایع منی را در افراد کاهش داده و باعث

واضحا با کاهش حجم و قوام بیضه‌ها مرتبط بوده (۵ و ۶) و درمان آن موجب بهبودی در پارامترهای اسپرم و بروز حاملگی می‌شود (۷ و ۳) و حتی موجب بهبودی در فعالیت جنسی بیماران می‌گردد (۸). از مهمترین اندیکاسیونهای اصلاح واریکوسل می‌توان به غیرطبیعی بودن آنالیز مایع منی و کوچکتر بودن بیضه‌ها اشاره کرد (۱). جهت

از مطالعه حذف شدند. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید و برای داده های زوجی از آزمونهای Wilcoxon و Fishers exact استفاده شد و $p < 0/05$ بعنوان سطح معنی داری تلقی گردید.

یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه، $28/88 \pm 4/57$ سال بود. ۱۵ نفر (۱۲/۷٪) دارای شغل آزاد، ۳۳ نفر (۲۸٪) کارمند. ۵۹ نفر (۵۰٪) کشاورز یا کارگر، ۷ نفر (۵/۹٪) صنعتکار و ۴ نفر (۳/۴٪) راننده بودند. نوع واریکوسل در ۷۲ نفر (۶۱٪) یکطرفه (۱ مورد سمت راست و ۷۱ مورد سمت چپ) و در ۴۶ نفر (۳۹٪) دو طرفه بود. میانگین تعداد اسپرم (sperm concentration) از $42/3 \pm 9/26$ میلیون قبل از عمل به $48/4 \pm 1/27$ میلیون بعد از عمل رسید ($p=0/000$). همچنین میانگین حرکت اسپرم (motility) از $50/8 \pm 18/6$ قبل از عمل به $54/8 \pm 17/9$ بعد از عمل افزایش پیدا کرد ($p=0/002$). میانگین حرکت اسپرم در Grade III نیز از ۵٪ قبل از عمل به ۷/۲٪ بعد از عمل رسید ($p=0/028$). همچنین در بررسی مورفولوژی، میانگین شکل طبیعی اسپرم (normal form) از $37/4 \pm 24/2$ قبل از عمل به $43 \pm 73/9$ بعد از عمل افزایش پیدا کرد و میانگین Round Cell از $1/9 \pm 4/7$ قبل از واریکوسلکتومی به $0/6 \pm 3/3$ بعد از آن کاهش یافت ($p=0/007$).

جدول ۱. میانگین میانه پارامترهای اسپرم قبل و بعد از عمل

واریکوسلکتومی

متغیرها	میانگین	میان	Pvalue
پارامترها	Mean±SD		
حجم مایع منی			
قبل از جراحی	$2/7 \pm 2$	۲/۵	۰/۱۷۱
بعد از جراحی	$2/8 \pm 0/7$	۳	
تعداد اسپرم (میلیون در سی سی)			
قبل از جراحی	$42/3 \pm 26/9$	۴۰	۰/۰۰۰
بعد از جراحی	$48/4 \pm 27/1$	۵۰	
حرکت اسپرم			

درمان این بیماری از روشهای طبی و جراحی مختلفی استفاده می‌شود که روش جراحی sub inguinal با ایجاد درشتنمایی موثرترین روش برای درمان آن است (۹). همچنین در مطالعات مختلف، مشخص شده که واریکوسلکتومی موجب افزایش موفقیت روشهای ART (Assisted Reproductive technique) و حتی تغییر در سطوح مختلف استفاده از ART می‌گردد (۱۰-۱۲). با توجه به نقش واریکوسل در ایجاد تاثیر زیانبار بر روی پارامترهای اسپرم و کاهش میزان حاملگی، تاثیر درمان آن با واریکوسلکتومی در بهبودی آن این مطالعه بمنظور بررسی اثر واریکوسلکتومی بر روی پارامترهای اسپرم، قبل و بعد از عمل جراحی و میزان بروز حاملگی، انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه مداخله ای بر روی ۱۱۸ زوج نابارور که جهت درمان خود طی سالهای ۸۳-۸۲ به مرکز ناباروری حضرت فاطمه الزهرا (س)، شهرستان بابل مراجعه کرده و در گروه male factor قرار گرفته بودند، بعد از معاینات بالینی مشخص گردید که واریکوسل علت اصلی ناباروری آنها می‌باشد صورت گرفت. لذا با نظر پزشک مربوطه برای اینگونه افراد، (مردان نابارور) عمل واریکوسلکتومی پیشنهاد گردید. اما قبل از عمل، از این دسته از بیماران آزمایش SFA (Seminal Fluid Analysis) بعمل آمد (۱۳) و پارامترهای اسپرم ثبت شد. سپس این افراد تحت جراحی واریکوسلکتومی قرار گرفتند. پیگیری بیماران به طور متوسط ۹ ماه طول کشید. در مراجعه بعدی (بعد از واریکوسلکتومی) دوباره از افراد فوق آزمایش SFA بعمل آمد و پارامترهای آن با اطلاعات آزمایش SFA قبل از عمل مقایسه گردید. همچنین بررسی میزان حاملگی بعد از انجام واریکوسلکتومی طی حداکثر ۱۲ ماه پیگیری زوجین صورت پذیرفت. بدین منظور تمام بیمارانی که از روشهای طبیعی برای بروز حاملگی استفاده کردند و حاملگی خودبخودی داشتند و یا احیاناً از روشهای کمک باروری استفاده کرده بودند مورد مطالعه و پیگیری لازم قرار گرفتند. برای جمع آوری و ثبت داده‌ها از پرسشنامه‌ای که سوالات طبقه‌بندی شده را شامل می‌شد، استفاده گردید افراد سیگاری و معتادین به مواد مخدر و همچنین بیمارانی که علاوه بر واریکوسل مشکل دیگری در رابطه با ناباروری داشتند،

قبل از جراحی	۵۰/۸±۱۸/۶	۶۰	۰/۰۰۲
بعد از جراحی	۵۴/۸±۱۷/۹	۶۰	

در این مطالعه تعداد ۱۰۰ نفر (۸۴/۸٪) جهت بروز حاملگی به روش طبیعی عمل کرده و حاملگی خودبخودی (spontaneous pregnancy) داشتند و ۱۸ نفر نیز (۱۵/۲٪) از روشهای ART برای ایجاد حاملگی استفاده نمودند. میزان حاملگی بعد از واریکوسلکتومی در افرادی که فقط از روش طبیعی استفاده کرده بودند ۴۲٪ بود ولی میزان آن در افرادی که از روشهای ART کمک گرفته بودند، ۸۳/۳٪ بود.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر ۱۱۸ بیماری که دارای واریکوسل بودند، طی عمل واریکوسلکتومی قرار گرفتند و با مقایسه آنالیز مایع منی، قبل و بعد از عمل، مشخص گردید که تعداد اسپرم ها در سطح معنی داری افزایش یافته است که با بسیاری از مطالعات مطابقت دارد (۱۲ و ۱۴ و ۱۵). همچنین حرکت اسپرم بعد از عمل نیز افزایش یافت و به عبارتی از میزان اسپرمهایی که در GI و یا GII قرار داشتند، کاسته شد و در GIII افزایش حاصل گردید که نشان از افزایش در حرکت اسپرمها می باشد میزان حاملگی در این مطالعه حدود ۴۲٪ بود که با نتایج مطالعات دیگران که حاملگی را حدود ۵۰٪ بعد از عمل واریکوسلکتومی اعلام کردند مطابقت دارد (۱۲ و ۱۳). البته این آمار ممکن است با توجه به شرایط افراد، نوع عمل و یا حتی مسائل جانبی دیگر فرق کند و دسترسی به این میزان از حاملگی برای همگان مقدور نباشد. در یک بررسی، اگر چه تعداد و حرکت اسپرم بعد از گذشت ۶ ماه از واریکوسلکتومی، در سطح معنی داری افزایش یافته بود ولی علی رغم سپری شدن ۲۲ ماه از زمان جراحی، تنها ۲۸٪ زوجها به حاملگی خود بخودی دست یافتند (۱۲) و یا همین نتیجه را در یک مطالعه دیگر، با اندکی تفاوت می توان مشاهده کرد که بعد از واریکوسلکتومی، حرکت اسپرم به صورت چشمگیری افزایش یافت و حتی فعالیت جنسی نیز، در این افراد به ۵۰ تا ۷۵ درصد بهبود پیدا نمود، ولی میزان حاملگی تنها بین ۳۲ تا ۳۷ درصد بود (۱۴ و ۸).

در بسیاری از مطالعات که تعداد نمونهها بیش از ۱۰۰ مورد بود، میزان حاملگی نهایتاً تا ۵۰٪ گزارش شد، لذا دستیابی به یک آمار ۴۲٪ حاملگی در ۱۱۸ بیمار واریکوسلکتومی شده که در این بررسی حاصل گردیده است می تواند علاوه بر برابری آن با اکثر مطالعات، مؤید روشهای دقیق جراحی و همچنین تکنیکهای آزمایشگاهی و آنالیز پارامترهای اسپرم و مخصوصاً پیگیری بیماران باشد.

یکی دیگر از پارامترهای اسپرم، شکل طبیعی آن است که در انجام لقاح از اهمیت خاصی برخوردار می باشد. اگر چه اسپرم باید در ساختار کلی خود کاملاً طبیعی باشد، ولی طبیعی بودن قسمت سر اسپرم اهمیت بیشتری دارد و نقش اصلی را در باروری تخمک ایفا می کند. با نگاه به مطالعه‌ای که بر روی ۹۰ بیمار صورت پذیرفت، مشاهده شد که بعد از واریکوسلکتومی، علاوه بر بهبود در حرکت و تعداد اسپرمها، ۴۹٪ آنها از نظر مورفولوژی نیز به نتایج رضایت بخشی دست یافته بودند (۳). همچنین عده زیادی از محققین طی بررسیهای مختلف به این نتیجه دست یافتند که واریکوسلکتومی باعث خواهد گردید تا اسپرمها شکل طبیعی خود را باز یافته و بدنبال طبیعی شدن شکل اسپرمها، مخصوصاً در قسمت سر آن، درصد ایجاد حاملگی را نیز افزایش خواهد داد (۱۷-۱۴).

علاوه بر این، اکثر محققین به مقایسه تعداد اسپرمهای طبیعی قبل و بعد از واریکوسلکتومی پرداخته‌اند و توانستند بیان کنند که انجام این عمل باعث می گردد تا اسپرمها در بازیابی شکل طبیعی خود بهبود یابند. در بررسی حاضر نیز که منطبق بر روش اجرای بسیاری از مطالعات می باشد، با مقایسه تعداد طبیعی اسپرمها قبل و بعد از واریکوسلکتومی، به این نتیجه دست یافتیم که تعداد اسپرمهای طبیعی افزایش یافته‌اند. و با توجه به اهمیت آن در ایجاد حاملگی، توانسته سطح آن را تا ۴۲٪ افزایش دهد که آمار بدست آمده، هم در زمینه ایجاد حاملگی و هم در افزایش تعداد اسپرم طبیعی، منطبق بر بسیاری از مطالعات انجام شده می باشد.

از طرفی، تکنیکهای ART می توانند به نوبه خود کمک شایانی به زوجهای نابارور نمایند و مسلماً نقش این تکنیکها را برای افرادی که واریکوسلکتومی نیز شده‌اند باید در نظر داشت. اگر چه با انجام واریکوسلکتومی، تا حدود زیادی میزان حاملگی افزایش

واریکوسلکتومی می‌باشند (۲۲ و ۵۶)، معتقدند که واریکوسلکتومی تاثیری در افزایش حجم بیضه‌های بزرگسالان ندارد (۲۳) و همچنین محققین دیگر چون به نتایج قابل توجهی در افزایش تعداد و یا حرکت اسپرم بعد از واریکوسلکتومی دست نیافتند لذا آن را روشی غیر مؤثر می‌دانند (۲۴ و ۲۵). ولی بعضی دیگر بر این باورند که اگر واریکوسلکتومی برای افرادی صورت پذیرد که بیماری آنها پیشرفته و Grade آن بالا باشد، بهبود در کیفیت منی و پارامترهای اسپرم قابل توجه خواهد بود (۲۶) و بعضی از مطالعات حاکی از آن است که واریکوسلکتومی عوارض بسیار کمی را به همراه داشته (۲۷) و حتی نسبت به درمان دارویی که بعضاً آن را بر درمان جراحی ترجیح می‌دهند از راندمان بیشتری برخوردار است (۲۸) بعضی از محققین نه تنها واریکوسلکتومی را یک روش خوب و مناسب برای افزایش پارامترهای اسپرم می‌دانند (۲۹ و ۹)، بلکه معتقدند که واریکوسلکتومی باعث افزایش عملکرد سلولهای سرتولی نیز می‌گردد (۳۰) و یا حتی آن را برای افرادی که دچار هایپواسپرماتوزن شدید هستند و یا اینکه دچار وقفه بلوغ در مرحله اسپرماتید می‌باشند نیز مفید می‌دانند (۳۱). نهایتاً با توجه به مطالعات مختلف و همچنین بررسی حاضر می‌توان به این نتیجه دست یافت که واریکوسلکتومی باعث می‌شود تا حداقل بعد از گذشت چهار ماه، تعداد و حرکت اسپرم افزایش یافته و شکل اسپرم‌ها نیز تصحیح گردد و میزان حاملگی به سطح قابل قبولی رسیده و با بهره‌گیری از تکنیک‌های ART نتایج بهتری حاصل می‌گردد.

تقدیر و تشکر

با تشکر از مدیریت و پرسنل مرکز باروری و ناباروری حضرت فاطمه الزهرا (س) - کابلی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بخصوص خانم امیرصالحی که در طول انجام این مطالعه، همکاری داشتند.

خواهد یافت ولی اگر همراه با روشهای کمک باروری باشد، بعضاً ممکن است نتایج بهتری را بدنبال داشته باشد. البته محققین مختلف به یک نتیجه واحد دست نیافتند و عده‌ای معتقدند که اگر واریکوسلکتومی انجام پذیرد، باید منتظر بمانیم و نباید بلافاصله از تکنیک‌های ART استفاده کرد (۱۷). ولی برخی از محققین استفاده از این تکنیک‌ها را ضروری دانسته و معتقدند که اگر در افراد واریکوسلکتومی شده از تکنیک IUI نیز استفاده گردد علاوه بر افزایش میزان حاملگی، تولد نوزاد زنده نیز افزایش خواهد یافت (۱۸ و ۱۹). بعضی از محققین در بررسی‌های خود به یک نتیجه ۷۰٪ حاملگی دست یافتند که آن را منتج از ادغام دو روش واریکوسلکتومی و ART می‌دانند. در صورتی که تا قبل از ادغام این دو روش، تنها ۴۸٪ افراد حاملگی همسرشان را تجربه می‌کردند (۲۰).

در مطالعه حاضر نیز از ۱۱۸ نفر بیماری که تحت واریکوسلکتومی قرار گرفته بودند ۱۸ نفر آنها علاوه بر واریکوسلکتومی توانستند از تکنیک‌های ART نیز استفاده کنند و از این ۱۸ نفر، ۸۳/۳٪ افراد، حاملگی همسران خود را بدنبال داشتند، گرچه تعداد ۱۸ نمونه، چندان زیاد نیست ولی اهمیت تکنیک ART در کنار واریکوسلکتومی را می‌رساند و با احتساب تمام ۱۱۸ نفر می‌بینیم که میزان حاملگی به ۴۸/۳٪ می‌رسد که بسیار قابل توجه و یک نتیجه امیدوار کننده است و بررسی ما با داشتن پشتوانه مطالعات دیگران، می‌تواند پیشنهاد دهنده استفاده از تکنیک‌های ART برای تمام کسانی باشد که تحت عمل واریکوسلکتومی قرار گرفته‌اند و یا اینکه به طور الزام برای افرادی بکار رود که بعد از گذشت کمتر از ۶ ماه نتوانستند حاملگی همسران خود را تجربه نمایند.

بعضی از متخصصین نقش واریکوسلکتومی را در درمان ناباروری مردان با دیده تردید می‌نگرند (۲۱) و یا اینکه برخلاف بعضی از محققین که قابل به افزایش حجم بیضه بعد از انجام

References

- Walsh PC. Camp Bell's urology, 8th ed, Pennsylvania. Saunders Co 2002; pp: 2384-6.
- Sandlow J. Pathogenesis and treatment of varicoceles. BMJ 2004; 328(7446): 967-8.

3. Kumar R, Gupta NP. Subinguinal microsurgical varicocelectomy: Evaluation of the results. *Urol Int* 2003; 71(4): 368-72.
4. Mellinger BC. Varicocele. *Tech Urol* 1995; 1(4): 188-96.
5. Yamamoto M, Katsuno S, Yokoi K, Hibi H, Miyake K. The effect of varicocelectomy on testicular volume in infertile patients with varicoceles. *Nagoya J Med Sci* 1995; 58(1-2): 47- 50.
6. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Doruk E, Erdem E, AcarD, Ulusoy E. The effect of varicocele repair on testicular volume in children and adolescents with varicocele. *J Urol* 2002; 168(2): 731-4.
7. Magoha GA. The role of varicocelectomy in the management of infertile males with varicocele. *East Afr Med J* 1994; 71(12): 800-2.
8. Younes AK. Improvement of sexual activity, pregnancy rate, and low plasma testosterone, after bilateral varicocelectomy in impotence and male infertility patient. *Arch Androl* 2003; 49(3): 219- 28.
9. Santangelo M, Bossa F, Serra R, et al. Our experience with treatment of varicocele in a day-surgery protocol. *G Chir* 2003; 24(6-7): 259-62.
10. Hopps CV, Goldstein M, Schlegel PN. The diagnosis and treatment of the azoospermic patient in the age of intracytoplasmic sperm injection. *Urol Clin North Am* 2002; 29(4): 895-911.
11. Parikh FR, Kamat SA, Kodwaney GG, Balaiah D. Computer assisted semen analysis parameters in men with varicocele: is surgery helpful? *Fertil Steril* 1996; 66(3): 440-5.
12. O'Brien J, Bowles B, Kamal KM, Jarvi K, Zini A. Does the gonadotropin- releasing hormone stimulation test predict clinical outcomes after microsurgical varicocelectomy? *Urology* 2004; 63(6): 1143-7.
13. Brooks AK, Jeffrey VM, Christopher J, De L. *Handbook of the assisted reproduction Laboratory*. CRC Press LLC 2000; p: 82.
14. Schatte EC, Hirshberg SJ, Fallick ML, Lipschultz LI, Kim ED. Varicocelectomy improves sperm strict morphology and motility. *J Urol* 1998; 160(4): 1338-40.
15. Vazquez Levin MH, Friedmann P, Goldberg SZ, Medley NE, Nagler HM. Response of routine semen analysis and critical assessment of sperm morphology by Kruger classification therapeutic varicocelectomy. *J Urol* 1997; 158(5): 1804-7.
16. Segenreich E, Israilov SR, Shmueli J, Niv E, Seruvadío C. Correlation between semen parameters and retrograde flow into the pampiniform plexus before and after varicocelectomy. *Eur Urol* 1997; 32(3): 310-4.
17. Cayan S, Erdemir F, Ozbey I, Turek PJ, Kadioglu A, Tellaloglu S. Can varicocelectomy significantly change the way couples use assisted reproductive technologies. *J Urol* 2002; 167(4): 1749-52.
18. Kibar Y, Seckin B, Erduran D. The effects of subinguinal varicocelectomy on Kruger morphology and semen parameters. *J Urol* 2002; 168(3): 1071-4.

19. Daitch JA, Bedaiwy MA, Pasqualotto EB, et al. Varicocelectomy improves intrauterine insemination success rates in men with varicocele. *J Urol* 2001; 165 (5): 1510-3.
20. Kamal KM, Jarvi K, Zini A. Microsurgical varicocelectomy in the era of assisted reproductive technology: influence of initial semen quality on pregnancy rates. *Fertil Steril* 2001; 75(5): 1013-6.
21. Silber SJ. The varicocele dilemma. *Hum Reprod update* 2001; 7(1): 70-7.
22. Culha M, Mutlu N, Acar O, Baykal M. Comparison of testicular volumes before and after varicocelectomy. *Urol Int* 1998; 60(4): 220- 3.
23. Papanikolaou F, Chow V, Jarvi K, Fong B, Ho M, Zini A. Effect of adult microsurgical varicocelectomy on testicular volume. *Urology* 2000; 56(1): 136-9.
24. 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(5): 682-6.
25. Unal D, Yeni E, Verit A, Karatas OF. Clomiphene citrate versus varicocelectomy in treatment of subclinical varicocele: a prospective randomized study. *Int J Urol* 2001; 8(5): 227-30.
26. Takahara M, Ichikawa T, Shiseki Y, Nakamura T, Shimazaki J. Relationship between grade of varicocele and the response to varicocelectomy. *Int J* 1996; 3(4): 282-5.
27. Jungwirth A, Gogus C, Hauser G, Gomahr A, Schmeller N, Aulitzky W, Frick J. Clinical outcome of microsurgical subinguinal varicocelectomy in infertile men. *Andrologia* 2001; 33(2): 71-4.
28. Perimenis P, Markon S, Gyftopoulos K, Athanasopoulos A, Barbaliias G. Effect of subinguinal varicocelectomy on sperm parameters and pregnancy rate: a two- group study. *Eur Urol* 2001; 39(3): 322-5.
29. Hsieh ML, Chang PL, Huang ST, Wang TM, Tsui KH. Loupe-assisted high inguinal varicocelectomy for subfertile men with varicoceles. *Chang Gung Med J* 2003; 29 (7): 479- 84.
30. Kosar A, Sarica K, Ozdiler E. Effect of varicocelectomy on seminal plasma transferin values a comparative clinical trial. *Andrologia* 2000; 32(1): 19 –22.
31. Kim ED, Leilman BB, Grinblat DM, Lipshultz LI. Varicocele repair improves semen parameter in azoospermic men with spermatogenic failure. *J Urol* 1999; 162(3 pt 1): 737-40.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۲۹۵۹۱-۴.

alijorsara@yahoo.com

Archive of SID