Korporofundale partielle periphere Blasendenervation – ein Konzept zur chirurgischen Sanierung der Dranginkontinenz

J.	Lahodny
----	---------

Krankenhaus Gmünd (Vorstand: Prim. Dr. J. Lahodny)

Anschrift des Verfassers: Prim. Dr. J. Lahodny, Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung des Krankenhauses Gmünd, Conrathstraße 17, A-3950 Gmünd (Österreich)

Unter Dranginkontinenz versteht man unwillkürlichen Urinabgang in Verbindung mit imperativen Harndrang.

Urgeinkontinenz wird unterteilt in motorische Urge-Inkontinenz, welche mit nicht beeinflussbaren, ungehemmten Detrusorkontraktionen einhergeht und sensorische Urge-Inkontinenz, bei der solche Detrusorkontraktionen nicht nachweisbar sind.

Besonderheiten der autonomen Harnblaseninnervation

Anatomisch lassen sich in exakter Weise zwei getrennte Wege zur autonomen Nervenversorgung der Blase aufzeigen.

Freie Vorträge

178

Die klassische Innervation läuft über den Plexus pelvici, dem Vermischungsort parasympathischer Fasern aus S 2 bis S 4 und sympathischer Nerven von TH 11 bis L 3 frei im Becken zur Blase. Unabhängig davon bringt die Fascia endopelvina (FE) als seitliche Beckenwandauskleidung autonome Fasern von der 2. bis 4. Sakralwurzel über das Cingulum vesicae zur Blase.

In unmittelbarer Nachbarschaft der Gefäße ziehen auch sympathische Neurone.

Diese zusätzliche Serie von Nerven in der FE soll als 2. Nervenstraße oder accessorische Nervenversorgung der Blase bezeichnet werden.

Methode

Ausgehend von der Annahme dieser tatsächlich existenten accessorischen autonomen Blaseninnervation in separierter Form über das parietal verdichtete Beckenfüllgewebe der FE drängt sich zwangsläufig der Gedanke zur therapeutischen Nutzung dieser wertvollen Erkenntnis auf. Nach Hysterektomie, aber auch bei belassenem Uterus wird die vordere Vaginalwand bis zur seitlichen Umschlagsfalte abpräpariert.

Im Zuge der Separierung von Blase und Levator eröffnen wir das Spatium vesicopelvinum inferius und gelangen so zur FE. Ein Skalpell durchtrennt die zum Teil gut sichtbare, derbe Gewebsplatte von ventral subsymphysär auf ganzer Strecke bis zum Lig. vesicouterinum oder Lig. cardinale und unterbricht den Großteil der accessorischen Nervenversorgung.

Nun schiebt man die Branchen einer langen Klemme neben der Blase 5 cm über die FE nach kranial. Die entsprechend hochgeschobenen Klemmenbranchen streichen unter sanftem Öffnen der Klemme die Perivesizalfaszie ab und legen hierdurch einen beträchtlichen Teil der aus dem Plexus pelvici einstrahlenden Neurone still. Wirkungsvolle weitgehende Ausschaltung von klassischer und accessorischer autonomer Blaseninnervation reduziert die afferente und efferente

Impulsleitung ganz erheblich, wodurch die alleinige Anwendung der korpöroftindalen partiellen peripheren Blasendenervation im Falle reiner Dranginkontinenz sicheren Erfolg verbürgt. In dieser Form als eigenständige Operationsmethode angewandt, bedeutet sie bereits den ersten Echritt für das nächste operative Vorhaben, nämlich der mittlerweile als standardisiert geltenden Rurzarmschlingenplastik zur Behebung der Streßinkontinenz. Unter alleiniger Heranziehung der Urge-Inkontinenz liegt die Versagerquote bei 3%. Was könnte man sich als Operateur und Therapeut Schöneres erhoffen, als die einsitzige Ausschaltung von Dranginkontinenz und Belastungsinkontinenz in überzeugt zufriedenem Wissen vor unerwarteten postoperativen Überraschungen im Sinne ungewollter, nicht vermuteter Urge-Inkontinenz geschützt zu sein.