Levatorplastik bei relativer Harninkontinenz

Eine Richtigstellung zu den Arbeiten von A. [Ingelman-Sundberg](#), Gynaecologia 1947, Vol. 123

R.

Franz

Wien

Adresse des Autors: Prof. Dr. R. Franz, Schmerlingplatz 2, Wien I, Österreich

Ingelman-Sundberg empfiehlt hier ein Verfahren, bei dem nach Raffung der pubozervikalen Ligamente des Beckenbindegewebes unterhalb des Blasenbodens und nach Freilegung der Levatoren deren innere Anteile wenig hinter ihrer Mitte durchtrennt und dann die vorderen Stümpfe unter dem Blasen Hals vernäht werden, als eine neue Operationsmethode für Stress-Inkontinenz und für urethro-vaginale und vesicovaginale Fisteln.

Dieses Operationsverfahren mit plastischer Verwendung abge-spaltener Bündeln von der Pars pubica der Levatoren wurde zum erstenmal von mir 1914 durchgeführt und 1919 veröffentlicht. In einer ausführlichen Arbeit habe ich dann 1943 die Erfolge dieser Methode bei schweren Fällen von relativer Harninkontinenz und die Verwendung der Levatorstümpfe als Muskelpломbe bei operativem Verschluss von Harnröhren- und Blasenscheidenfisteln mitgeteilt. Darnach habe ich die Anzeige in folgender Weise gestellt. Bei einfacher relativer Harninkontinenz genügt es, die Fascia pubovesicocervicalis nach beiden Seiten ausgiebig freizulegen und zur Hebung von Harnröhre, Hals und Boden der Blase in der Mitte zu raffen. Bei schweren Fällen oder Rezidiven dagegen ist zur Stützung des Blasen Halses die Levatorplastik als Hilfs- und Zusatzoperation zur Faszienraffung an-zuwenden. Auch zur Deckung der Einstülpungsnaht von Harnröhren-und Blasenscheidenfisteln kann die Levatorplastik herangezogen werden.

Die pubozervikalen und pubovesikalen Ligamente sind Teile der Beckenfaszie, die in meiner Mitteilung Fascia pubovesicocervicalis, Septum vesicovaginale oder Fascia urethrovesicalis bezeichnet werden. Die von Ingelman-Sundberg empfohlene Levatorplastik ist dem-Gynaecologia, Vol. 137 No. 6 (Junii 1954) 28

394 Franz, Levatorplastik bei relativer Harninkontinenz

nach in Grundsätzlichen gleich der von mir angegebenen. Neu ist die Schnittführung, indem er von einer extravaginalen Inzision unmittelbar unterhalb der Harnröhrenöffnung aus die Levatoren darstellt, während ich einen Längs- oder Querschnitt in der vorderen Scheidenwand anwende.

Meine Methode hat vielfach Anwendung gefunden und auch kleine Abänderungen erfahren. Die Technik ist in meinen Arbeiten und in den Büchern von Martins, Halban und Stoeckel abgebildet.

In seiner Mitteilung führt Ingelman-Sundberg an, daß ich den Levator zusammen mit dem Adduktor für die Plastik verwendet hätte. Dieser Irrtum ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß ich in meiner ersten Arbeit alle bis 1919 bekannten Methoden aufgezählt habe, bei denen Muskeln aus der Umgebung plastisch verwendet worden sind, so von den Bauchdecken der Pyramidalis und ein Streifen der Rektusfaszie, vom Oberschenkel der Gracilis

und der Adduktor. Der M. levator ani, ein Muskel des Beckenbodens aus der unmittelbaren Nachbarschaft des Blasenhalses, wurde nach Abspaltung zum erstenmal 1914 herangezogen und damit ein Weg beschritten, der den Anfang einer weiteren Entwicklung von ähnlichen Methoden wie der Bulbokavernosusplastik bildete.

Literaturverzeichnis

Franz, R.: Zur operativen Behandlung der Harninkontinenz beim Weibe. Geb.-gyn. Ges., Wien 10. 12. 1918, Ref. Zbl. Gynäk. 1919, Nr. 6 und Wiklíwo 1919, Nr. 7. – Über die Behandlung der Harninkontinenz mit Hilfe der Levatorplastik. Zbl. Gynäk. 1943, Nr. 51, S. 1930. – Halban, J.: Gynäk. Operationslehre, Urban & Schwarzenberg, Wien 1947. Martius, H.: Die gynäk. Operationen, Thieme, Leipzig 1941. – Stoeckel, W.: Handb. d. Gynäk. B. X. Gynäk. Urologie II, Bergmann, München 1938.