tat und Empfängerbett entstehende Narbengewebe mindert die Funktion des Muskels.

Die Tatsache, daß nach Reinnervation bzw. Reneurotisation eines Muskels maximal 50% der ursprünglich vorhandenen Muskelkraft rekrutierbar wird, bedeutet eine weitere Reduktion der ursprünglichen Muskelfunktion (4).

Fehlende funktionstüchtige Antagonisten, und damit eine fehlende ausreichende Vorspannung, bedeutet eine weitere Reduzierung der Muskelfunktion. Die Form des Tensions-Torsions-Modells wurde mehrfach bei der Kardiomyoplastik versucht und weist auch hier die oben angeführten Limitationen auf.

Aufgrund dieser angeführten muskelphysiologisch und transplantationsphysiologisch vorhandenen Eigenschaften haben alle bisherigen Versuche, autonome Körperfunktionen durch quergestreifte, mit willkürlicher Innervation versorgte Muskeln zu ersetzen, nur einen limitierten Erfolg gebracht (Analsphinkter, Harnblasensphinkter, Herzmuskelerersatz).

Die von Ninković et al. (12) publizierten Untersuchungen und klinischen Ergebnisse zum Ersatz des Detrusor vesicae durch mikroneurovaskuläre Transplantation des LDM sind äußerst ermutigend. Es wurde eine neue Indikation für die freie Muskeltransplantation entwickelt, die angewandte experimentelle und klinische Methodik entspricht den modernen muskelphysiologischen und transplantationsphysiologischen Erkenntnissen.

Der Beitrag von Ninković et al. (12) ist daher ein weiterer positiver wissenschaftlicher Beitrag, mit dem Ziel, fehlende Körperfunktion durch plastisch chirurgische Operationsverfahren zu verbessern.

Literatur

- (1) Acker A, et al: Skeletal muscle ventricles in circulation. J Thorac Cardiovasc Surg 1987;94:163-174.
- (2) Erlacher P: Hyperneurotisation, muskuläre Neurotisation, freie Muskeltransplantation-Experimentelle Untersuchungen. Zbl Chir 1914:15:625.
- (3) Freilinger G: A new technique to correct facial paralysis. Plast Reconstr Surg 1975;56:44.
- (4) Frey M, Gruber H, Holle J, Freilinger G: An experimental comparison of different kinds of muscle reinnervation: nerve suture, nerve implantation and muscular neurotisation. Plast Reconstr Surg 1982;69:656-664.
- (5) Harii K, Ohmori K, Torii S: Free gracilis muscle transplantation with microneurovascular anastomoses for the treatment of facial paralysis. Plast Reconstr Surg 1976;57:133.
- (6) Holle J, Freilinger G, Mamoli B, Spängler HP, Braun F, Krenn R: Wien Med Wschr 1975;50-52:735.

(7) Holle J: Die muskuläre Neurotisation in der rekonstruktiven Chirurgie. Wien klin Wschr 1976;29 (suppl 88): 70-73.

(8) Mathes SJ, Nahai F, Vasconez LO: Myocutaneous free flap transfer: anatomical and experimental consideration. Plast Reconstr Surg 1978;62:162.

(9) Tamai S, et al: Free muscle transplantation in dogs, with neurosurgical neurovascular anastomosis. Plast Reconstr Surg 1970;46:219.

(10) Thompson N: Treatment of facial paralysis by free muscle graft Transaction of 5th Int. Congr. Plast. Surg. Butterworth, Sidney, 1971, p 66.

(11) Thompson N: Motor function in Abbe flaps. Br J Plast Surg 1961;14:66-75.

(12) Ninković M, Stenzl A, Hess M, Feichtinger H, Schwabegger A, Colleselli K, Bartsch G, Anderl H: Detrusormyoplastik bei akontraktiler Harnblase mittels freier neurovaskulärer Transplantation des M. latissimus dorsi – Experimentelle Studien. Acta Chir. Austriaca 1998;30:29-36.

Aus dem Institut für Anatomie III der Universität Wien

Eingeladener Kommentar zu: Detrusormyoplastik bei akontraktiler Harnblase mittels freier neurovaskulärer Transplantation des M. latissimus dorsi – Experimentelle Studien

H. Gruber

Das vorgestellte Konzept (1) der Unterstützung oder des Ersatzes der Blasenmuskulatur durch den frei transplantierten M. latissimus dorsi erscheint vielversprechend. Die Autoren machten sich die Erfahrungen zahlreicher bisheriger Forschungsgruppen zunutze, wie die Einhaltung einer möglichst kurzen Regenerationsstrecke der motorischen Nerven und die Berücksichtigung einer möglichst physiologischen Ruhedehnung des transplantierten Muskels. Die morphologischen und funktionellen Ergebnisse bestätigen die Richtigkeit des Konzepts. Allerdings wird die Indikation für einen so großen operativen Eingriff für den einzelnen Patienten sehr gewissenhaft zu stellen sein.

Literatur

- (1) Ninković M, Stenzl A, Hess M, Feichtinger H, Schwabegger A, Colleselli K, Bartsch G, Anderl H: Detrusormyoplastik bei akontraktiler Harnblase mittels freier neurovaskulärer Transplantation des M. latissimus dorsi – Experimentelle Studien. Acta Chir. Austriaca 1998;30:29-36.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. H. Gruber, Institut für Anatomie III, Universität Wien, Währinger Straße 13, A-1090 Wien. Fax: ++43/1/40480 – 224.

E-mail: helmut.gruber@univie.ac.at

KongreßBankündigungen

15. Kongreß der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie

Termin und Ort: 2. und 3. Oktober 1998 – Wien.

Kongreßpräsidenten: Dr. H. Pelinka, Prim. Dr. F. Landsiedl.

Sekretariat: Frau Brigitte Stadler, Graf Starhemberg-Gasse 22/12, A-1040 Wien, Tel. und Fax: ++43 / 1 / 5042288.

6. Salzburger Weekend Seminar – Cystic Lesions of the Maxillofacial Area

Termin und Ort: 24. und 25. Oktober 1998 – Salzburg.

Information: OA Dr. J. Beck-Mannagetta, Landeskrankenanstalten Salzburg, Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg, Tel. ++43 / 662 / 4482 DW 3601, Fax DW 884.

chirurgie, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg, Tel. ++43 / 662 / 4482 DW 3601, Fax DW 884.

13. Berliner Gefäßchirurgisches Symposium

Termin und Ort: 12. bis 14. November 1998 – Berlin.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. W. Hepp, St.-Josef-Krankenhaus, Fachbereich Gefäßchirurgie, Robert-Koch-Straße 16, D-42781 Haan, Tel. ++49 / 2129 / 929 DW 2640 oder 2641, Fax: DW 2041.

Organisation: Dr. M. Hegenscheid, St.-Hedwigs-Krankenhaus, Abteilung für Chirurgie, Große Hamburger Straße 5–11, D-10115 Berlin, Tel. ++49 / 30 / 2311 DW 2517, Fax: DW 2434, oder Dr. Z. Chaoui, Klinikum Berlin-Buch, Gefäßchirurgische Klinik, Hobrechtsfelder Chaussee 96, D-13125 Berlin, Tel. ++49 / 30 / 9401 DW 6560, Fax DW 6569.