

Partiell denervation ger gott resultat vid »överaktiv blåsa«

I Läkartidningen 42/2005 (sidan 3060) har Olof Löfgren på ett förtjänstfullt sätt tagit upp risken för att uttrycket »överaktiv blåsa« kommer att bli tillräcklig diagnos för att trängningsdämpande mediciner skall skrivas ut.

Miktionsens fysiologi klarades redan på 1950-talet av Stig Carlsson på Allmänna BB. Med användande av honom själv konstruerande små kolkornmikrofoner mättes trycket simultant i bakre uretra, blåsan och rektum. Miktionen inleddes med att inre uretrasfinktern slappades av så att blåsans urin kunde komma ner i uretra. Detta utlöste kontraktionen av detrusormuskulaturen och blåsan tömdes.

Vid uretrocystometri av trängningspatienter kan man särskilja två olika typer. I det ena fallet uppträder abnorma kontraktioner i uretra medan blåsmuskulaturen förhåller sig normal. I andra fall är trycket i uretra normalt och men blåsmuskulaturen kontraherar sig abnormt.

Lägger man lokalanestesi runt bakre uretra och därefter gör en ny uretrocystometri försvinner de abnorma kontraktionerna i uretra och cystometrikurvan blir helt normal. Patienten blir symptomfri så länge anestesin är kvar. Om

man gör en lokal denervation av bakre uretra blir patienten symptomfri under ett par månader varefter recidiv inträder, sannolikt på grund av att nya nerver växer in. Man bör då inrikta sig på att bota en bakre uretrit eller ta bort eventuella uretradivertiklar.

I fallen med abnorma detrusorkontraktioner måste man givetvis i första hand bota en eventuell infektion. I många fall föreligger emellertid en bristande central hämning på grund av neurogena åldersförändringar. I dessa fall har man stor glädje av en partiell denervation lokalt intill blåsan. Man lägger då en lokal anestesi i ena sidans parametrium, där blåsnerverna inträder tillsammans med blodkärlen i blåsväggen, och kan då omedelbart avläsa resultatet på cystometrikurvan. Vanligtvis räcker det med anestesi bara på ena sidan.

Operationen är förvånansvärt enkel att utföra. Från ett snitt på gränsen mellan vaginalvägg och hud, i riktning framifrån och bakåt, dissekerar man sig trubbigt upp i parametriet. I höjd med cervix finner man då förvånansvärt lätt hur nerver och blodkärl löper in i blåsväggen. Dessa delas mellan två peanger och blodstillning sker enklast med diater-

mi. Recidiv kan förekomma efter några år, man kan emellertid utföra ingreppet på den andra sidan med gott resultat. Att försöka göra om denervationen på den tidigare opererade sidan är inte tekniskt möjligt på grund av den ärrvävnad som uppträtt. Operationen avslutas med en vaginaltamponad och blåskateter under några timmar.

Interstitiell cystit är en mycket svårbehandlad sjukdom. Partiell denervation kan även i dessa fall vara till nytta. En denervationsoperation kan givetvis även utföras centralt vid ryggmärgen men är ett tekniskt svårt ingrepp, speciellt om man skulle försöka göra en partiell denervation.

Av ovanstående torde framgå att man genom att ordinera trängningshämmande medicin vid »överaktiv blåsa«, utan att en cystometrikurva gjorts och cystoskopi utförts, kan försena diagnosen av flera behandlingsbara sjukdomar, bl a cancer.

Axel Ingelman-Sundberg

professor emeritus,
Karolinska institutet, Stockholm
Keke_Axel@chello.se

Replik

Intressant operationsmetod, men inte tillgänglig för alla

Jag har med intresse tagit del av professor Axel Ingelman-Sundbergs (I-S) komplettering av mitt inlägg angående den s k överaktiva blåsan hos kvinnan. I-S tar upp den normala miktionsens fysiologi, och det är just min åsikt att den normala miktionsreflexen är involverad i urge-problematiken.

Nästan alla med s k överaktiv blåsa lider av ett patologiskt tillstånd, inte i blåsväggen men i bakre uretra, och patienten upplever en kravfull – men normalt utlöst – miktionsreflex så snart en droppe urin tillåts passera meatus internus. Man kan endast spekulera i (de) ytterst utlösande faktor(erna), men att det oftast föreligger ett inflammatoriskt tillstånd, bakre uretrit eller en hypersensitiv bakre uretra – kanske i kombination med en insufficiens i den inre sfinktern, tycks utom allt tvivel.

Med lokalanestesi kan man, som I-S påpekar, komma närmare diagnosen. Med tanke på hur ofta dessa patienter

söker oss så finner man förvånansvärt få rapporter om makro- och/eller mikroskopiska förändringar i blåsväggen hänförliga till »överaktivitet«.

Hos de jämförelsevis få »överaktiva blåsor« som uppträder hos män återfinns nästan alltid genesen i prostatalogen eller blåshalsen. Det finns ännu ingen som på allvar hävdar att den s k överaktiva blåsan är en könsbunden, neurologisk folksjukdom. Naturligtvis gömmer det sig bland patienter med så kallade överaktivitetssymtom både de som har en liten blåskapacitet, kanske några med neurogena åldersförändringar, och patienter med interstitiell cystit eller med reflexblåsor. Dessa kan dock sällas bort med några enkla frågor och test.

Den operationsmetod som I-S redogör för är högintressant för utvalda patienter. I övervägande antalet fall kan man dock efter utredning erbjuda patienten bot eller lindring med lokal antiinflam-

matorisk/kausalt behandling eller – i ett fåtal fall – spasmolytisk/symtomatisk behandling.

Genomsnittspatienter med urgeinkontinens på landsortsmottagningen befinner sig förvisso på en helt annan problemlnivå än den som träffar specialisten vid universitetskliniken; förutom den av I-S rapporterade operationen med partiell denervation, finns det beskrivet extensiva tekniker med detrusormyotomi, clamshell enterocystoplasti och även urindeviation för terapiresistenta fall och för patienter med interstitiell cystit. En annan sanning är att det som må vara tillåtet för Jupiter förvisso inte alltid är tillåtet för oxarna.

Olof Löfgren

docent, Skanör
tremottab@swipnet.se