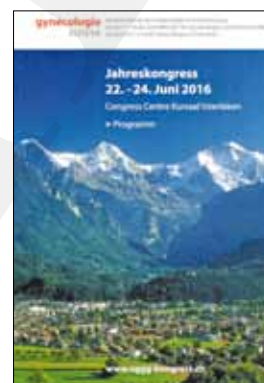


WISSEN AKTUELL

SGGG-Kongress, Interlaken

Urogynäkologie der alternden Frau – was ist anders?



Ein Hauptthema am SGGG-Jahresskongress 2016 war urogynäkologischen Fragestellungen bei der alternden Frau gewidmet. Zwei Vorträge nahmen auf das Management im Zusammenhang mit urogynäkologischen Operationen Bezug, speziell auch im Zusammenhang mit einer Demenz. Daneben standen typische Symptome des unteren Harntraktes und die Sexualität im Alter auf der Agenda.

Weltweit und so auch in der Schweiz steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung weiter an. «Ein Mädchen, das 2015 geboren wurde, hat eine Lebenserwartung von 92 Jahren und eine Frau die heute 100 Jahre alt ist, hat noch eine Lebenserwartung von 4 Jahren. Dies stellt uns vor neue Herausforderungen, denn es werden die älteren Patientinnen sein, mit denen man in der gynäkologischen Praxis immer häufiger konfrontiert sein wird,» so einleitend **Prof. Dr. med. Annette Kuhn**, Bern, die zusammen mit **Dr. med. Daniel Faltin**, Carouge die Leitung der Veranstaltung innehatte.

Machen Operationen dement?

«Mit dem zahlenmässigen Anstieg der Patientinnengruppe der über 60-Jährigen werden vermehrt auch Inkontinenz- und Prolapsprobleme auftreten und der Bedarf an urogynäkologischen Operationen wird in den nächsten Jahren ansteigen,» so **Dr. med. Sonja Brandner**, Bern. Abhängig vom physiologischen Alter und Komorbiditäten sind Operationen bei älteren Frauen mit einem höheren Risiko für Morbidität und Mortalität verbunden.



Dr. S. Brandner

Prä-, peri- und postoperativ ist daher eine erhöhte Aufmerksamkeit bei verschiedenen geriatrischen Symptomen wie Gebrechlichkeit notwendig. In einem Patientinnenkollektiv mit eingeschränkter Beckenbodenfunktion liegt der Anteil an gebrechlichen Patientinnen bei 16.7% (1). Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Gebrechlichkeit mit vermehrten postoperativen Komplikationen, längerer Aufenthaltsdauer im Spital, Aufnahme in eine Institution und einer erhöhten Todesrate einhergeht.

Eine eingeschränkte kognitive Funktion stellt einen Risikofaktor für ein postoperatives Delir (postoperative delirium; POD) dar (2). Eine sich präoperativ manifestierende Depression und eine verminderte kognitive Funktion sind ebenfalls mit häufiger auftretendem POD und vermehrten Infektionen assoziiert (3).

Auch postoperative kognitive Funktionseinschränkungen (postoperative cognitive disorder; POCD) sind häufig Folgen einer Operation bei älteren Patienten und sind mit einem schlechteren Outcome (längere Spitalaufenthalte, Aufnahme in Pflegeeinrichtungen, verminderte QoL etc.) verbunden. Nach gynäkologischen und prolapschirurgischen Eingriffen wurde ein POCD bei 4.6% bzw. 7.4% der Patientinnen beobachtet (4, 5).

Es gibt keine Hinweise darauf, dass eine Anästhesie ein Auslöser für eine postoperative kognitive Funktionseinbusse ist (6). Vielmehr werden inflammatorische Prozesse im Zusammenhang mit einer Operation für eine Veränderung der Merkfähigkeit verantwortlich gemacht.

Perioperatives Management – Schlüssel zum Erfolg

Ziel einer urogynäkologischen Operation ist die Erhaltung der Lebensqualität und Unabhängigkeit der Patientin. Das perioperative Assessment und Management bei älteren Patientinnen stellte

Dr. med. Marc Humbert, Lausanne in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Einprägsam ist die Liste mit den 6 wichtigsten Punkten, den «6 M», für das Assessment vor einer Operation bei betagten Patientinnen:

- **Memory** (kognitive Fähigkeiten)
- **Mood** (Depression)
- **Meal** (Ernährung)
- **Medication** (Polypharmazie)
- **Management of the activities of daily life** (Unabhängigkeit)
- **Muscles** (Gang, Kraft)

Relevante Studien zu den genannten Punkten konnten aufzeigen, dass ein schlechtes Abschneiden in jedem dieser Punkte postoperativ mit einem schlechteren Outcome assoziiert ist.

Auf diese Punkte kann sowohl die prä- als auch die postoperative Betreuung ausgerichtet werden. Bei eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten ist postoperativ vor allem auf das erhöhte Risiko für ein Delirium zu denken. Wenn immer möglich sollten die genannten Einschränkungen vor einer Operation behandelt werden (z. B. Psychotherapie oder Medikamente bei Depression, Verbesserung des Ernährungszustandes, Optimierung der Medikation oder Physiotherapie bei Muskelschwäche) aber auch danach nicht der Aufmerksamkeit entgehen.

Die Behandlung von Funktionsstörungen des unteren Harntraktes

Störungen des unteren Harntraktes wie Dranginkontinenz (OAB; Overactive Bladder) oder Stressinkontinenz kommen bei älteren Frauen deutlich häufiger vor als bei Jungen. Grund dafür sind altersbedingte Veränderungen der Blase (z. B. Kapazitätsreduktion, Restharnbildung, verminderte Detrusorkontrolle) und der Harnröhre (z. B. geringere Nervenleitungsgeschwindigkeit, Abnahme des elastischen Bindegewebes, verminderter Blutstrom und Gefässpulsation) und das Auftreten weiterer Risikofaktoren durch geringere Leistungsfähigkeit weiterer Organe. **Dr. med. Dudley Robinson**, London wies in seinem Vortrag auf die weitreichende Problematik hin: «Es ist jedoch nicht nur die Inkontinenz als solche, die ein Problem darstellt, sondern auch die sich daraus ergebenden Komorbiditäten wie Depressionen, Harnwegs- und Hautinfektionen, Schlafstörungen und mit dem nächtlichen Aufstehen verbundene Stürze und Frakturen und nicht zuletzt ein Verlust an Lebensqualität.»

Als Primärtherapie der OAB steht die konservative Behandlung mit Lebensstilintervention wie Gewichtsabnahme bei leicht übergewichtigen Frauen oder eine eingeschränkte Trinkmenge (bei ausreichender Flüssigkeitsaufnahme) an erster Stelle. Ein Verhaltenstraining, um die Detrusorüberaktivität zu überwinden, ist wirksam und vermeidet Medikamentennebenwirkungen, auch ein Training der Beckenbodenmuskulatur hat einen hohen Empfehlungsgrad. Medikamentös wird die OAB meist mit Antimuskarinika behandelt, welche die Hyperaktivität des Detrusormuskels durch eine Hemmung der Muskarinrezeptoren reduzieren. Häufig werden von den älteren Patientinnen verschiedene anticholinerg wirkende Substanzen eingenommen, die mit dem Auftreten von kognitiven Funktionsstörungen in Verbindung stehen. Je höher die tägliche Dosis und je länger die Einnahme dieser Wirkstoffe, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer



Dr. D. Robinson

Demenzerkrankung (7). Substanzen, welche eine geringe Lipophilie und ein grösseres Molekulargewicht aufweisen und die Blut-Hirn-Schranke in geringerer Masse überwinden (z. B. Tropicium) und/oder ein Substrat des Permeability-Glycoproteins sind (Darefenacin, Fesoterodin, Tropicium) haben sich als günstiger erwiesen (8).

Auch bei Stressinkontinenz stützt man sich in der Ersttherapie zunächst auf konservative Massnahmen wie Beckenbodentraining. Duloxetine gilt als pharmakologische Option zur Behandlung der Stressinkontinenz, zusammen mit einem Beckenbodentraining können synergistische Effekte genutzt werden. Die Compliance ist jedoch wegen der Nebenwirkungen (v. a. Übelkeit) eingeschränkt. Meist wird schliesslich doch ein operativer Eingriff notwendig, bei der älteren Frau gilt es möglichst minimalinvasive Verfahren zu wählen, die mit geringem Risiko und Morbidität assoziiert sind und möglichst nur einer lokalen oder regionalen Anästhesie bedürfen. Unter Umständen sind hier für eine geringere Folgemorbidität Abstriche bei der Wirksamkeit hinzunehmen, wobei Komorbiditäten, Polypharmazie und Genesungsaussichten zu beachten sind.

Bulking Agents stellen ein ambulant anwendbares Verfahren mit wenig Komplikationen dar, die Wirksamkeit lässt jedoch mit der Zeit nach und ist insgesamt weniger erfolgreich als operative Verfahren.

Die Wirksamkeit von Bulkamid® bei Misch-Urininkontinenz (Stressinkontinenz: OAB zwischen 40:60 und 60:40) wurde in einer Studie an 169 Patientinnen untersucht. Es zeigte sich, dass eine Bulkamid®-Injektion bei wenigen und leichten Nebenwirkungen sowohl die Urininkontinenz als auch den Einfluss derselben auf die Lebensqualität signifikant verbessert, so die Referentin des Kurzvortrags **Dr. med. Anna-Sophie Villiger**, Bern.

Die verschiedenen operativen Möglichkeiten mit suburethralen Bändern (retropubisch oder transobturatorisch) oder auch die Kolposuspension zeigen bei älteren Frauen eine gute Wirkung, im Vergleich zu jüngeren Frauen treten jedoch häufiger Komplikationen auf, die Patientinnen erholen sich langsamer und die Versagensrate ist höher.

Eine Cochrane Analyse (9) zur Anwendung von Östrogenen hat gezeigt, dass eine systemische Anwendung (Östrogen +/- Progesteron) eine Inkontinenz verschlechtern kann. Lokal angewandte Östrogene hingegen können sich positiv auf eine OAB auswirken, wie verschiedene Studien zeigen. Bei einer Detrusorhyperaktivität haben lokale Östrogene jedoch keine Wirkung.

Gelenkhypermobilität und Prolaps

Für die Primär- und Sekundärprävention eines Prolaps, wäre es hilfreich, einen Indikator zur Verfügung zu haben, mithilfe dessen Risikopatientinnen frühzeitig erkannt werden können. Der enge Zusammenhang zwischen Gelenkhypermobilität und Prolaps konnte mit klinisch relevanter Effektstärke in einer Metaanalyse nachgewiesen werden, die von **Dr. med. Marcello DiSerio**, Lausanne vorgestellt wurde (10). In Longitudinalstudien gilt es nun, die prognostische Signifikanz zu bestimmen.



Dr. A.S. Villiger



Dr. M. Di Serio

Sexualität und Alter

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung bei guter Gesundheit schliessen die Erwartungen an die Lebensqualität den Wunsch nach einem aktiven und erfüllenden Sexualleben ein. Unter den über 60 Jährigen sind 48% sexuell aktiv (mindesten 1x/Monat) und 66% der Frauen sowie 79% der Männer sehen Sex als wichtigen Teil ihrer Beziehung an (11). Die Prävalenz sexueller Dysfunktionen bleibt auch im Alter hoch, wenngleich sie bei Frauen leicht abnehmen und bei Männern durch die Zunahme der erektilen Dysfunktion zunehmen.

Häufig wird Sexualität in der Sprechstunde nicht thematisiert, wenngleich sexuelle Dysfunktionen häufig vorkommen und behandelbar wären. Vielfach wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass eine verminderte sexuelle Aktivität altersentsprechend ist. Eine nicht gelebte Sexualität kann jedoch ein Indikator für eine reduzierte Lebensqualität und Komorbiditäten psychischer oder organischer Art sein. Alle Patientinnen, für die die sexuelle Gesundheit und Aktivität ein Anliegen bleibt, sollen ermutigt werden, diese Aktivität zu erhalten. Verständliche Informationen über den Einfluss des Alterns auf die Sexualität (allgemeiner Gesundheitszustand, (post)menopausale Symptome, Selbstverständnis, Partnerschaftsprobleme) können hilfreich sein. Die Therapiemöglichkeiten sind vielfältig, z. B. Lubrifikation, Hormone, Physiotherapie, Sexualtherapie oder auch die Behandlung des Partners beispielsweise bei erektiler Dysfunktion. «Die Kom-



Dr. Chr. Rollini

munikation des Paares zu den jeweiligen Erwartungen ist fundamental. Wenn diese gelingt, schaffen es 4 von 5 Paaren eine Lösung zu finden, auch ohne die Hilfe eines Psychotherapeuten», so Dr. Christian Rollini, Nyon.

▼ Dr. Ines Böhm

Quelle: Hauptthema «Urogynäkologie der alternden Frau – Was ist anders?» am SGGG Jahreskongress am 24.6.2016

Literatur:

- 1 Erektion EA et al. Frailty, cognitive impairment, and functional disability in older women with female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2015;26:823-30
- 2 Noimark D. Predicting the onset of delirium in the post-operative patient. *Age Ageing* 2009;38:368-73
- 3 Ghoneim MM et al. Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surg* 2016;16:5
- 4 Togliola MR et al. Morbidity and mortality rates of elective gynecologic surgery in the elderly woman. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1584-7
- 5 Menard JP et al. Pelvic organ prolapse surgery in women aged more than 70 years: a literature review *Gynecol Obstet Fertil.* 2008;36:67-73
- 6 Rasmussen LS et al. Does anaesthesia cause postoperative cognitive dysfunction? A randomised study of regional versus general anaesthesia in 438 elderly patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003;47:260-6
- 7 Gray SL et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med* 2015;175:401-7
- 8 Oelke M et al. Appropriateness of oral drugs for long-term treatment of lower urinary tract symptoms in older persons: results of a systematic literature review and international consensus validation process (LUTS-FORTA 2014). *Age Ageing* 2015;44:745-55
- 9 Cody JD et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD001405
- 10 Veit-Rubin N et al. Association between joint hypermobility and pelvic organ prolapse in women: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2015 Dec 10. [Epub ahead of print]
- 11 National Council on Aging. (1998). Healthy sexuality and vital aging: Executive summary. Washington, DC: The National Council on Aging