

# Deszensuschirurgie im Senium

## Grundlagen zur Indikationsstellung

Aufgrund der demografischen Entwicklung in der Schweiz ist mit einer rasanten Zunahme von Patientinnen mit Deszensusbeschwerden zu rechnen. Mit dem Ziel der verbesserten Lebensqualität richtet sich die Wahl der möglichst minimalinvasiven Operationstechnik nach vorhandenen Defekten, Erwartungen und Komorbiditäten der Patientin. Eine interdisziplinäre präoperative Evaluation ist sinnvoll.

SONJA BRANDNER

Die Bedeutung der Deszensuschirurgie in den kommenden Jahren wird sehr deutlich, wenn man berücksichtigt, dass die aktuelle Lebenserwartung einer Schweizer Frau 83 Jahre beträgt. Die Zahl der Neunzigjährigen hat sich zwischen 1945 bis 2000 verzwanzigfacht und ist von damals 2000 auf inzwischen 47 000 Personen gestiegen (2007; 1). Besonders markant ist die demografische Schätzung für das Jahr 2050 im Vergleich zu 2000, nach der über 85-jährige Frauen Höchstwerte erlangen (vgl. *Abbildung 1*).

In den USA wird angenommen, dass der Bedarf an Deszensusseingriffen in den nächsten 30 Jahren um 45% steigt (2). In einer Untersuchung von Nygaard liegt die Prävalenz von «pelvic organ prolapse» bei 65% (median 68-jährige Frauen) (3). Das Lebenszeitrisiko für einen Deszensus- oder Inkontinenzeingriff

liegt bei 11% (4). Chirurgisch tätige Gynäkologen kommen nicht umhin, individualisierte und dem biologischen Alter angepasste Therapiekonzepte zu entwickeln. Dabei übernehmen sie die Verantwortung für das perioperative und Langzeitrisko sowie für das funktionelle Outcome.

### Sorgfältige Bedarfs- und Risikoevaluation

Die mehrheitlich bettlägrige Pflegeheimpatientin, bei welcher der Deszensus genitales und die zunehmende Inkontinenz ein relevantes pflegerisches Problem darstellen, wird in den meisten Fällen mittels eines gut angepassten Pessars sowie sorgfältiger Intimpflege inklusive lokaler Östrogenisierung zufriedenstellend therapiert. Zunehmend werden wir aber mit aktiven älteren Patientinnen (oft im eigenen Haushalt lebend) konfrontiert, welche durch die Vorfallesymptomatik massiv in ihrer Lebensqualität und ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind. Diese «aktiven Alten» sind mit einer aufwändigen Pessartherapie langfristig oft unzufrieden.

Da altersbedingte Defizite in der präoperativen Abklärung nicht immer sofort erkennbar sind, ist eine sorgfältige Evaluation der kognitiven und körperlichen Funktionen vor geplantem Deszensusseingriff wichtig. Anästhesiologische Studien bei geriatrischen Patientinnen zeigen, dass die Operationen von älteren Patientinnen zwar trotz relevanter Komorbiditäten gut toleriert werden, Komplikationen aber nicht. Manku untersuchte das Überleben bei über 80-Jährigen im Vergleich zu 70- bis 80-Jährigen. Zwei Jahre postoperativ lebten deutlich mehr der über Achtzigjährigen, was wahrscheinlich auf die sorgfältige Selektion dieser Patientinnen zurückzuführen ist. Bei Patientinnen mit perioperativen Komplikationen war es umgekehrt (5). In einem Review von Story (2008) zeigte sich deutlich, dass Patientinnen mit einer frühen postoperativen Komplikation sowohl eine erhöhte Kurz- als auch Langzeitmortalität aufweisen (6). Die narkosebedingte Mortalitäts-, aber auch die Komplikationsrate nimmt in Abhängigkeit vom Alter

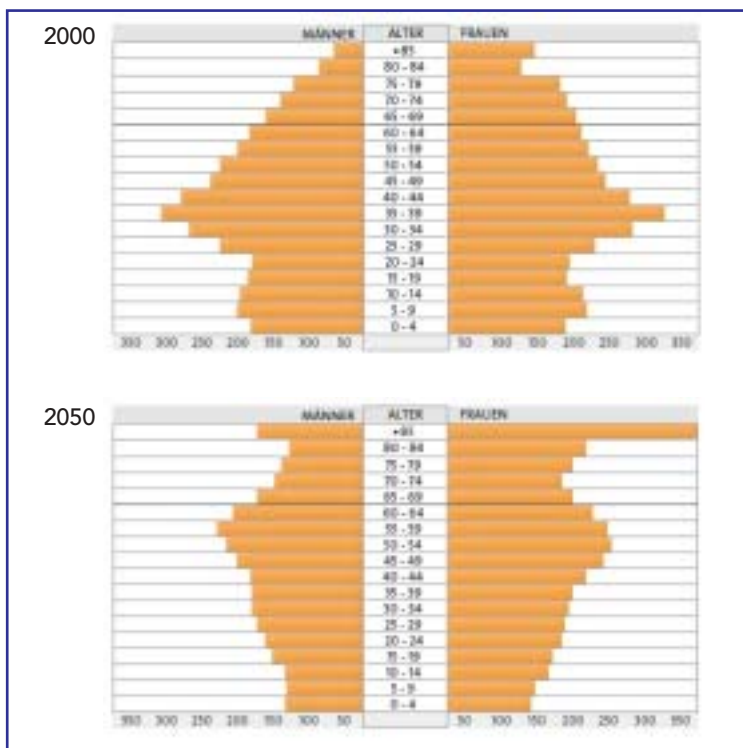


Abbildung 1: Demografie in der Schweiz im Jahre 2000 und 2050 (Quelle Bundesamt für Statistik, 2007): Zahlen in Hundert (z.B. 300 = 30 000).

und der ASA-Klassifizierung zu (Abbildung 2).

Allgemeinnarkose im Vergleich zu Regionalanästhesie bei über 65-Jährigen scheint sich nicht nachteilig auszuwirken (7). Auf die allgemein erhöhte Morbidität der älteren Patientinnen sollte in der perioperativen Betreuung besonderen Wert gelegt werden. Das Risiko thromboembolischer Ereignisse ist mit einer Prävalenz von 40% deutlich erhöht, kardiologische Komplikationen können mit dem perioperativen Einsatz von Beta-Blockern gesenkt werden (8). Zur präoperativen Risikoevaluation gelten allgemein ein Vier-Fragen-Screening (Duschen, Treppensteigen, Einkaufen und Kochen möglich?) und anamnesebasierte Diagnostik als genügend.

### Demenz als wichtiger Morbiditätsfaktor

Die Demenz wird als bedeutender morbiditätserhöhender Faktor in der präoperativen Abklärung häufig verkannt. Mit einer Prävalenz von 30 bis 50% bei über 85-Jährigen handelt es sich um eine häufige Diagnose, welche sich nicht immer offensichtlich im Erstgespräch zeigt. Demenzkranke Patientinnen haben ein fünffach erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delirium, womit das Mortalitätsrisiko auf bis zu 60% ansteigt. Ebenso ist bei diesen Patientinnen das Risiko, nach einem längeren Spitalaufenthalt nicht mehr in die eigene Wohnung zurückzukehren, deutlich erhöht (9). Demenzkranke Patientinnen verlangen eine intensivere peri- und postoperative Überwachung. Einige Autoren empfehlen, bei älteren Patientinnen einen kognitiven Funktionstest, bestehend aus dem Uhrentest, Drei-Worte-Merktest (z.B. «MiniCog» [10]) als Standard in der präoperativen Abklärung durchzuführen und bei pathologischem Testergebnis perioperativ Haldol zu verabreichen (11).

### Altersbezogene Wahl der Operationsmethode

Grundlage für die Entscheidung sind vorhandene Lebensqualität beziehungsweise einschränkende Faktoren und Erwartungen der Patientin an den operativen Eingriff, sowie Machbarkeit bei möglicherweise voroperierter Patientin mit atropher Vaginalhaut. Dabei geht es

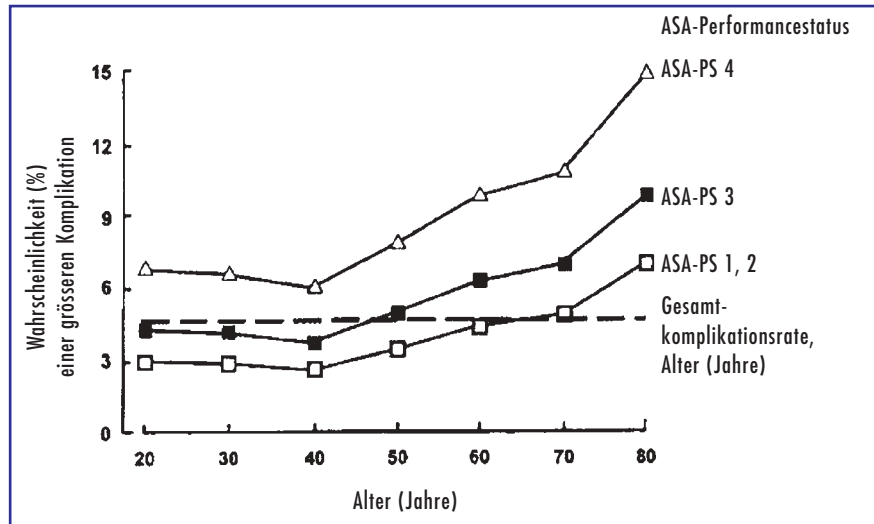


Abbildung 2: Alters- und ASA-Klassifikationsabhängige Komplikationsraten. Quelle: Anesthesia. 5th edition. Philadelphia. 2000: 2140-2156, modifiziert.

neben der Behebung störender Symptome auch um den Erhalt der Organfunktion. Dies betrifft in besonderem Masse die Blasenentleerung und Harnspeicherung, Stuhlentleerung sowie die Sexualfunktion.

Es gibt nur wenige systematische Literatur, welche sich mit Deszensuschirurgie bei betagten Frauen beschäftigt. Die vorhandenen Studien zeigen sich heterogen in der Auswahl der Operationsmethoden, der Dauer des Follow-up und der Einschlusskriterien bezüglich Alter und Komorbiditäten.

Menard hat in einem aktuellen Review die schweren perioperativen Komplikationsraten aus der verfügbaren Literatur zusammengestellt (13): In dem untersuchten Gesamtkollektiv von 395 über 70-jährigen Patientinnen mit Deszensuschirurgie wurde eine Gesamtmorbidität von 4,1% dokumentiert mit vornehmlich kardialen und embolischen Ereignissen. Die totale Transfusionsrate betrug 12% mit einer signifikanten Häufung bei gleichzeitiger Durchführung einer Hysterektomie. Werden geringfügige Komplikationen wie Harnwegsinfekte und febrile Morbidität mit einbezogen, betragen die perioperativen Komplikationsraten 16 bis 33% (13, 14). Die Zusammenstellung von Gerten zeigt eine Mortalitätsrate von 4,1%, welche sich mit allgemeinchirurgischen Eingriffen bei geriatrischen Patientinnen deckt (15). Deszensuschirurgie zeigen ein vertretbares Risiko bei entsprechender präoperativer Selektion und Optimierung der Organfunktion. Gleiches

gilt für die laparoskopische Chirurgie, welche auch bei einem Kollektiv von über 80-Jährigen keine erhöhte Morbidität zeigt (Mortalität 1,8%, Morbidität 8,4%) (16).

### Alternative Lokalanästhesie

Verschiedene Serien untersuchten die Machbarkeit vaginaler Deszensuschirurgie in Lokalanästhesie mit dem Ziel, die Morbidität zu reduzieren, auch wenn in randomisierten Studien kein Unterschied in der Morbidität oder Mortalität bei Vollnarkose versus Lokalanästhesie gezeigt werden konnte. Miklos und Moore (17) operierten 30 Patientinnen mit Kolpokleisis (Durchschnittsalter 79 Jahre) in Lokalanästhesie. Die Versagerquote lag bei 10%, es entstand kein perioperativer Todesfall, ein Myokardinfarkt, eine Harnretention. Buchsbaum operierte 98 Patientinnen mit komplexen Deszensuschirurgie vaginal in Lokalanästhesie und konnte eine hohe Patientinnenzufriedenheit ohne Bedarf an sekundärer Allgemeinnarkose rapportieren (18).

### Gutes Outcome auch bei älteren Patientinnen

In zwei randomisierten Studien wiesen über 65-jährige Patientinnen zwei Jahre nach dem Inkontinenzeingriff eine signifikant niedrigere Heilungsrate und häufiger eine de novo überaktive Blase auf (19, 20) als jüngere Patientinnen. Das perioperative Risiko war identisch mit dem der Jüngeren. Ähnliche Daten zum Vergleich objektiver und subjektiver Er-

folgsraten nach Deszensuseingriff bei älteren im Vergleich zu jüngeren Patientinnen sind rar. Carey und Leach (21) untersuchten die Rezidivhäufigkeit nach anteriorem Repair bei Patientinnen über und unter 80 Jahren. Sie konnten keinen Unterschied bei der Heilungsrate (6 vs. 5%) finden. Richter untersuchte das Outcome und perioperative Vorkommen von Komplikationen bei abdominaler Sakrokolpopexie und konnte weder bei subjektivem noch objektivem Resultat noch bei der Anzahl perioperativer Komplikationen einen Unterschied zwischen den verschiedenen Altersgruppen finden (22). Menard stellte die vorhandenen Fallserien zu vaginaloperativen Deszensuseingriffen bei Patientinnen über 70 Jahre zusammen: Unabhängig davon, ob ein obliterierendes oder Sexualfunktionserhaltendes Verfahren gewählt wurde, zeigte sich eine Heilungsrate von 97% bei einer subjektiven Zufriedenheit zwischen 88 und 100% (13).

### Kolpopleisis – eine valable Option

Zwei Untersuchungen widmeten sich dem Outcome von rekonstruktiven versus obliterativen Verfahren zur Behebung von fortgeschrittenem Prolaps. Hintergrund dafür waren verschiedene Untersuchungen, die bei obliterativen Verfahren (Kolpopleisis) eine geringere Morbidität und eine tiefere Rezidiv- respektive Primärversagerquote zeigten (23). Beide Autoren konnten zeigen, dass kein signifikanter Unterschied bei Patientinnenzufriedenheit und Behebung urogenitaler Symptome in beiden Gruppen bestand (24, 25). In einer Untersuchung bei 32 Patientinnen, welche mit obliterativem Verfahren zur Behebung des Deszensus genitalis behandelt wurden (Durchschnittsalter 81), bereuten lediglich drei, den Eingriff gemacht zu haben: eine wegen Rezidivprolaps, zwei wegen De-novo-Belastungsinkontinenz (26). In der Studie von Pechmann bereuten 8 von 63 Patientinnen den Verlust der Sexualfunktion nach Kolpopleisis (27). Deval befragte seine Patientinnen zu Sexualfunktion nach Kolpopleisis: 50% bleiben sexuell aktiv und erfahren keine Minderung der sexuellen Zufriedenheit (28). In seinem prospektiv untersuchten Kollektiv von 94 Patientinnen mit Prolaps zeigte

Hullfish, dass nach Kolpopleisis 95% der Patientinnen «sehr zufrieden» sind (29), dies bei einer postoperativen Komplikationsrate von 19%.

### Evidenzlücke im diskutierten Alterskollektiv

Unser Wissen über Outcome und Komplikationen bei Deszensusoperationen im Senium beruht auf retrospektiven Fallserien und Kohortenstudien. Es gibt weder Daten zur Wertigkeit von Mesh-Implantation im Alterskollektiv der über 70-Jährigen noch gesicherte Evidenz über den optimalen Operationsweg (vaginal vs. abdominal vs. laparoskopisch) oder die optimale Operationstechnik (obliterativ vs. rekonstruktiv). In den meisten Studien werden Patientinnen über 70 Jahre ausgeschlossen. In Anbetracht der demografischen Entwicklung besteht ein dringender Bedarf an evidenzbasierten Strategien zur Behebung des symptomatischen Genitalprolapses in diesem Alterskollektiv. ■



**Dr. med. Sonja Brandner**  
Oberärztin  
Zentrum für Urogynäkologie  
Universitätsklinik für  
Frauenheilkunde  
Inselspital  
Effingerstrasse 102, 3010 Bern  
E-Mail: sonja.brandner@insel.ch

#### Quellen:

1. Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchâtel 2007.
2. Lubner KM, Boero S, et al.: The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1496–1503.
3. Nygaard I, Bradley C, et al.: Pelvic organ prolaps in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 489–97.
4. Olsen AL, Smith VJ, et al.: Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolaps and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501–6.
5. Manku K, Leung J.: Prognostic significance of postoperative in hospital complications in elderly patients. *Long term quality of life. Anest Analg* 2003; 96: 590–94.
6. Story DA: Postoperative complications in elderly patients and their significance for long term prognosis. *Curr Opin Anesthesiol* 2008 Jun; 21(3): 375–9.
7. Williams-Russo P, Sharrock NE, et al.: Cognitive effects after epidural vs general anesthesia in older adults. *JAMA* 1995; 274: 44–50.
8. Chiang S, Gerten KA, Miller KL: Optimizing surgical outcomes of surgery in advanced age. Perioperative factors to consider. *Clin Obstet gynecol* 2007; 50(3): 813–25.
9. Cole MG: Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 7–21.
10. Alagiakrishnan K: Simple cognitive testing (Mini-Cog) predicts in hospital delirium in the elderly. *J Geriatr Soc* 2007; 55: 316–24.
11. Siddiqi N, Holt R, et al.: Interventions for preventing delirium in hospitalised patients. *Cochrane Review* 2007.
12. Dzankic S, Pastor D, Gonzales C.: The prevalence and predictive value of abnormal laboratory tests in elderly surgical patients. *Anest Analg*. 2001; 93: 301–8.
13. Menard JP, Mulfinger C, et al.: Chirurgie du prolapsus genital de la femme âgée de plus de 70 ans: revue de la littérature. *Gynecol Obstet Fertil* 2008; 36(1): 67–73.

## merkmale

- Die **Verbesserung der Lebensqualität** ist das Hauptziel eines jeden operativen Eingriffs.
- Die **Wahl des Operationsverfahrens** richtet sich nach den vorhandenen Defekten, den Erwartungen der Patientin und den vorhandenen Komorbiditäten.
- Der **Operationsweg** soll möglichst minimal-invasiv und defektorientiert gewählt werden.
- Eine **interdisziplinäre präoperative Evaluation** (Operateur, Hausarzt, Anästhesist, Geriater) ist sinnvoll.
- Die **Demenz** als wichtiger die Morbidität beeinflussender Faktor soll abgeklärt und in der perioperativen Betreuung beachtet werden.
- Die **Kolpopleisis** ist in ausgewählten Fällen nach wie vor eine Option.

14. Gerten KA, Richter HE: Pelvic floor surgery in the older women. *Clin Obstet gynecol* 2007; 50(3): 826–43.
15. Pofahl WE, Porjes WJ: Current status and future directions of geriatric general surgery. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 351–4.
16. Ceulemann R, Al-Ahdab N, et al.: Safe laparoscopic surgery in elderly. *Am J Surg* 2004; 187: 323–7.
17. Moore RD, Miklos JR: Colpopleisis and tvl sling for severe uterine and vaginal prolaps and stress urinary incontinence under local anesthesia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 276–280.
18. Buchsbaum GM, et al.: Local anesthesia with sedation for vaginal reconstructive surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 17(3): 211–4.
19. Sharp VJ, Bradley CS, et al.: Incontinence surgery in the older women. *Curr Opin Urol* 2006; 16(4): 224–8.
20. Richter HE, Goode PS, et al.: Two year outcomes after surgery for stress urinary incontinence in older compared with younger women. *Obstet Gynecol* 2008; 112(3): 621–9.
21. Carey JM, Leach GE: Transvaginal surgery in the octogenarian using cadaveric fascia for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence: minimal one year results compared to younger patients. *Urology* 2003; 63: 665.
22. Richter HE, Goode PS, et al.: The effect of age on short term outcomes after abdominal surgery for pelvic organ prolaps. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 857.
23. Sung WW, Weitzen S, et al.: Effects of patients age on increasing morbidity and mortality following urogynecological surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1411–17.
24. Murphy M, Sternschuss G, et al.: Quality of life after vaginal reconstructive versus obliterative surgery for treatment of advanced pelvic organ prolaps. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(5): 573.
25. Barber MD, Amudsen CL, et al.: Quality of life after surgery for genital prolaps in elderly women: reconstructive and obliterative surgery. *Int Urogynecol J pelvic floor Dysfunct* 2007; 18(7): 799–806.
26. Wheeler TL, Richter HE, et al.: Regret, satisfaction and symptoms of improvement: analysis of the impact of partial colpopleisis for the management of severe pelvic organ prolaps. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 2067–70.
27. von Pechmann WS, Mutone M, et al.: Total colpopleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 121–6.
28. Deval B.: Hysterocolpsectomy with colpopleisis for massive genital prolaps in women aged over 70 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 123: 249–53.
29. Hullfish KL, et al.: Colpopleisis for pelvic organ prolapse: patient goals, quality of life and satisfaction. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 342–5.