

Was ist bei Abklärung und Therapie zu berücksichtigen?

Genitaldeszenus bei der älteren Frau

Im Alter kommt es bei Frauen gehäuft zur Senkung von Blase, Gebärmutter oder Rektum. Die Behandlungsmöglichkeiten sowohl in der Primär- als auch in der Rezidivsituation reichen von konservativen Massnahmen bis zu chirurgischen Eingriffen. Wichtig ist, die Symptome und Ko-Morbiditäten zu erkennen und im Gesamtkontext zu interpretieren. So können in jedem Alter geeignete Massnahmen getroffen werden, um die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern.

Cornelia Betschart, Sören Lange, Nicole Keller, Rebecca Zachariah, David Scheiner

In der Schweiz leben über 300 000 Frauen im Alter von 80 Jahren und älter; bei den meisten ist das Deszenusrisiko erhöht, da die muskulären und ligamentären Stützstrukturen des Beckens an Tonus verlieren.

Die drei wichtigsten Faktoren, die zum Übertritt ins Pflegeheim führen, sind die Abnahme der Mobilität, der Abbau der kognitiven Funktionen und die Inkontinenz (1). Unter den Beckenbodendysfunktionen ist die Harninkontinenz das häufigste Symptom, gefolgt von Senkungsbeschwerden und Stuhlinkontinenz (2). Bis zu 50% der Frauen sind

im Laufe ihres Lebens von mindestens einer Beckenbodensymptomatik betroffen (3). Und ein Deszenus kommt selten allein! Gerade im höheren Alter sind die Beckenbodendysfunktionen nicht isoliert zu betrachten. Den Lageveränderungen folgen Funktionsveränderungen (3). Schätzungen der European Urology Association (EAU) zufolge werden die Kosten für die Inkontinenz steigen. Unter Einbezug der Kosten für Arbeitsausfälle

im jüngeren Lebensabschnitt und Ausgaben für Pflegekräfte im höheren Alter werden 320 Milliarden Euro für die Inkontinenz in Europa geschätzt, basierend auf den aktuellen Alterstendenzen bis zum Jahr 2030 (4). Die Prognose für Deszenusoperationen wiederum wurde mit Zahlen des U.S. Census Bureau berechnet: Unter Einbezug der demografischen Veränderungen wird die Anzahl Senkungsoperationen von 2010 bis 2050 um 48% zunehmen (5). Es stellt sich somit die Frage, wie sich unsere Fachgesellschaften diesen Herausforderungen stellen sollen. In diesem Artikel möchten wir zentrale Fragestellungen aus urogynäkologischer Sicht beleuchten.

Symptome bei älteren Patientinnen

Im Alter verschieben sich die Symptome zu hauptsächlich Drangbeschwerden (mit oder ohne Inkontinenz), Nykturie und Blasenentleerungsstörungen, wogegen die reine Belastungsinkontinenz in den Hintergrund tritt: Aufgrund der Zunahme der ursprünglich geringen und über die Jahre leicht progredienten Senkung wirkt die Belastungsinkontinenz weniger ausgeprägt als noch in jüngeren Jahren. Die Prävalenz der Drangbeschwerden bei über 80-jährigen Frauen beträgt etwa 33% und jene der Nykturie sogar 58% (6). Zudem können das metabolische Syndrom mit Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie, Herz- und Niereninsuffizienz sowie zerebrale Veränderungen die genannten Beschwerden aggravieren. Daher sollten diese Begleiterkrankungen von den behandelnden Hausärzten und Internisten gut eingestellt werden, um eine optimale Blasenfunktion zu gewährleisten. Vor operativen Therapien ist u.a. bei Mischsymptomatik, nach Voroperationen im kleinen Becken und nach erfolgter Primärtherapie eine Urodynamik gemäss SGGG-Expertenbrief Nr. 84 indiziert.

Konservative Therapien für Beckenbodenbeschwerden

In erster Linie kommen bei der Symptomatik konservative Therapien neben den hygienischen Pflegeprodukten zum Zuge. Zu den Erstmassnahmen zählen die Anwendung von absorbierenden Hygienevorlagen, die Anpassung von Pessaren oder der Einsatz der Beckenbodenphysiotherapie. Zudem können Urotherapeutinnen hier eine wichtige Funktion in der



Cornelia Betschart
(Foto: zVg)

MERKPUNKTE:

- Ältere Frauen haben Ko-Morbiditäten und Medikamente, welche in die urogynäkologischen Therapiekonzepte miteinbezogen werden müssen.
- Aufgrund der oft vorliegenden Mischsymptomatik und komplexen Fällen ist die Urodynamik zur korrekten Diagnostik indiziert.
- Konservative Therapien wie Pessare und Beckenbodentraining gehören zur Primärtherapie und sind auch im Alter effektiv.
- Zur Deszenuskorrektur haben sich die vaginalen Verfahren bewährt, ebenso die minimal-invasiven Inkontinenzeingriffe wie Bulking-Agents und Inkontinenzschlingen, die wiederum in Lokalanästhesie mit Analgosedation möglich sind.
- Vaginale Verfahren zeigten in Studien eine hohe Zufriedenheit bei kurzen Operationszeiten.

Beratung und Begleitung der oftmals chronischen Beschwerden, welche Hautpflege und Infektprophylaxe inkludieren, einnehmen (7).

Hygieneprodukte und Kostenübernahme

Die meisten Frauen schützen sich primär mit handelsüblichen Hygieneprodukten, bis ihr Leidensdruck dann dermassen zugenommen hat, dass sie schliesslich ärztliche Hilfe suchen. Allerdings sind die Hygienevorlagen, welche in grosser Auswahl in den Geschäften aufliegen, nicht über die Krankenkassen abrechenbar. Mit einem Rezept werden jedoch Einlagen und Inkontinenzpants von Apotheken oder Publicare nach Hause geliefert: Gemäss Mittel- und Gegenständeliste und entsprechendem Materialrezept erstatten die Krankenkassen jährlich 544 CHF für eine mittlere Inkontinenz, 1112 CHF für eine schwere Inkontinenz und 1585 CHF für eine totale Inkontinenz (Mittel- und Gegenständeliste vom 1. Januar 2024).

Auch zu beachten: Obwohl kein medizinischer Aspekt, ist der hohe CO₂-Fussabdruck von Hygieneprodukten dennoch relevant: Zwischen 2010 und 2021 stieg der weltweite Absatz von Inkontinenzeinlagen für Erwachsene um 57% und erreichte im Jahr 2021 rund 39 Milliarden Einheiten. Die Umweltbelastung durch Kontinenzprodukte darf aber keineswegs der einzelnen Verbraucherin zugeschrieben werden! Denn Menschen mit Inkontinenz sind für ihr tägliches Wohlbefinden und ihre Hygiene auf Kontinenzprodukte angewiesen und müssen daher kein schlechtes Gewissen haben, wenn sie Einlagen, Katheter, Stuhleerungshilfen, Kondome oder Stomabeutel verwenden. Mittlerweile gibt es internationale Bestrebungen, die dafür in grossem Ausmass eingesetzten fossilen Ressourcen durch biologisch abbaubare(re) Alternativen zu ersetzen. Zudem kann der weltweite Impact auf den CO₂-Fussabdruck durch die Milliarden von Vorlagen gemäss einer aktuellen Studie mithilfe von minimal-invasiven Operationen oder Pessaren, wie sie im Folgenden aufgeführt werden, deutlich verringert werden (8).

Pessare

Inkontinenzpessare, welche den Blasenhals unterstützen, verringern nicht nur signifikant den Urinverlust, sondern reduzieren auch den Vorlagenverbrauch. Die Auswahl an Pessaren ist gross (*Abbildung*). Würfel und Schalen bieten einen Support beim Deszensus des vorderen, mittleren und hinteren Kompartimentes. Urethralpessare mit Olive, Flügeln oder Schaumstoffauflage gegen die Urethra und den Blasenhals bieten zusätzlich einen Schutz vor Inkontinenz. Die geringste Compliance haben aber Pessare bei Patientinnen mit Rektozele oder Stuhlinkontinenz (9). Würfelpessare eignen sich für Patientinnen, welche das Pessar selbstständig täglich bis alle 3 Tage wechseln können. Andernfalls stehen Schalen-, Ring-, oder Siebschalenpessare zur Verfügung, die je nach vaginalen Schleimhautverhältnissen alle 4 bis 6 Wochen z.B. durch die Spitex gewechselt werden. Zum besseren Einführen und zur Pflege der Vaginalwände wird auf die Pessare idealerweise eine östrialhaltige Crème aufgetragen, insbesondere in der

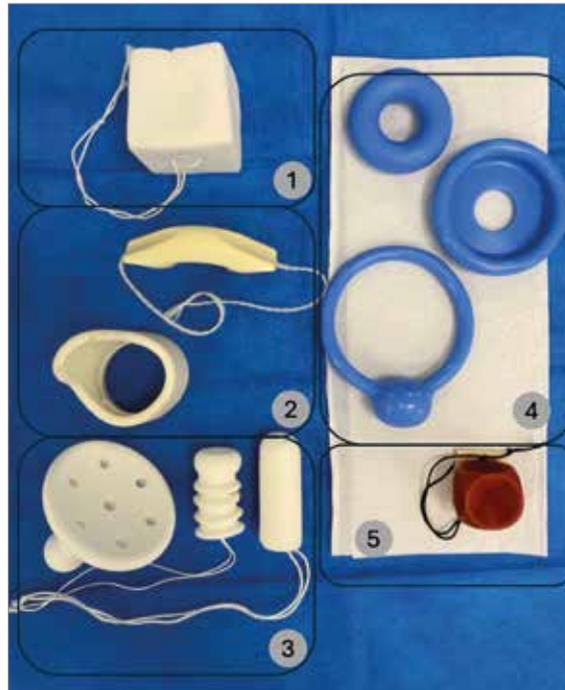


Abbildung: Pessare zur Behandlung von Beckenbodensenkungen und Belastungsinkontinenz.

- 1: (Einweg-)Würfelpessar zur Deszensuskorrektur aller drei Kompartimente (Contam®).
- 2: Einweg-Inkontinenztampon (Contrelle Activguard®); Inkontinenzpessar, mehrfach für etwa 30 Tage einsetzbar, zur Stützung der Rektozele mit langer Seite plus vordere Wölbung zur Belastungsinkontinenztherapie (Contiform®).
- 3: (weisse Pessare von links nach rechts) Gellhornpessar bei apikalem und anteriorem Deszensus, Einweg-Inkontinenztampons und Deszensustampons (Recafem® und Contam®).
- 4: (blaue Pessare) bei Deszensus als Doughnut, Schale und Ring mit Olive (zur zusätzlichen Inkontinenzbehandlung).
- 5: Rotes Würfelpessar für den Mehrfachgebrauch (mehrere Monate).

Postmenopause. Bei Pessaren, die in grösseren Zeitabständen gewechselt werden, empfiehlt sich allenfalls die Anwendung einer östrialhaltigen Crème im Wechsel mit einer antibiotischen Crème wie Clindamycin. Ein gutes Pessarmanagement zeigt eine mit Operationen vergleichbare Zufriedenheit im 6-Monatsverlauf (10).

Beckenbodenphysiotherapie

Keine Frau ist zu alt für Beckenbodenphysiotherapie! Wichtig sind das Verständnis und die Motivation, die gelernten Übungen selbstständig und langfristig durchzuführen. In einer eigenen Untersuchung haben sowohl prä- als auch postmenopausale Patientinnen (40- vs. 74-jährige Frauen) in gleichem Masse von einer Beckenbodenphysiotherapie profitiert (59% vs. 70%) (11). Im älteren Patientinnenkollektiv war im 2-Jahres-Verlauf kein erhöhter Bedarf an Inkontinenzschlingen oder Botulinumtoxin erkennbar.

Gibt es sichere Deszensus-Operationen für ältere Frauen?

Diese Frage kann mit der entsprechenden operativen Vorbereitung mit einem klaren «Ja» beantwortet werden. Die inter-

Tabelle:

Internistische Erkrankungen oder Medikamente und die zu treffenden Massnahmen

Präoperative Situation	Massnahmen
Kardiale Erkrankung mit NYHA ≥ 2 /MET ≤ 4 (entspricht einem verlangsamten Gehen oder nur 1 Stockwerk gehen ohne Unterbrechung möglich)	Kardiologische Abklärung mit ggf. Belastungs-EKG, Herz-Szintigrafie
Niereninsuffizienz	Anpassung der Narkose- und Schmerzmedikamentendosierung
Kognitive Einschränkung	Falls möglich OP in LA mit Analgosedation oder in Spinalanästhesie. Postoperative Delirprophylaxe
Antikoagulation (St.n. Thrombose/Embolien)	Marcoumar/Sintrom: Umstellung präoperativ auf DOAK oder niedermolekulares Heparin DOAK: 24 Stunden vor OP absetzen. Im Falle von Niereninsuffizienz 48 Stunden vor OP absetzen und anti-Xa Bestimmung am OP-Tag
Aspirin cardio (St.n. vaskulären Ereignissen)	In der Primärprophylaxe 7 Tage vorgängig abzusetzen In der Sekundärprophylaxe: OP unter ASS indiziert

NYHA = New York Heart Association, LA = Lokalanästhesie, MET = metabolic equivalent of task, DOAK = direkte orale Antikoagulation, ASS = Acetylsalicylsäure.

nistischen Begleiterkrankungen und die Medikamentenliste sind genau zu erheben und Vorbereitungen in Rücksprache mit den Kolleginnen und Kollegen der Anästhesie rechtzeitig einzuleiten (Tabelle). Die im Folgenden vorgestellten operativen Verfahren fallen mit einer Operationsdauer unter zwei Stunden und einem Blutverlust unter 500 ml in die Kategorie mit niedrigem oder mittlerem anästhesiologischem Risiko.

Auch bei einem MET ≥ 4 (Gehen in normalem Tempo möglich) soll ein kardiologisches oder internistisches Konsil erwogen werden, wenn Risikofaktoren wie St.n. Myokardinfarkt oder Apoplex, ein insulinpflichtiger Diabetes oder eine nitratpflichtige KHK vorliegen.

Bei obstruktiver Schlafapnoe empfiehlt sich nach Vollnarkose eine Überwachung während der ersten Nacht auf einer Überwachungsstation. Bei Patientinnen mit Demenz können postoperativ Sitzwachen notwendig werden. Auf venöse Leitungen und Blasenkatheter soll bei diesen Patientinnen nach Möglichkeit verzichtet werden.

Operative Eingriffe: Deszensus

Generell weisen vaginal-operative Verfahren die kürzeren Operationszeiten auf. Auch fand sich bei über 80-jährigen Frauen nach vaginalen Eingriffen eine hohe Zufriedenheitsrate von 90% im 2-Jahresverlauf (12). Laparoskopische Verfahren sind ebenfalls möglich, erfordern aber aufgrund der Trendelenburglagerung und der längeren Operationsdauer eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung. Die vaginalen Eingriffe können übrigens bei unauffälligem und in der Postmenopause meist kleinem, atrophem Uterus auch uteruserhaltend durchgeführt werden, ohne das postoperative Rezidivrisiko zu erhöhen. Die Eingriffe sollen v.a. die Funktion wiederherstellen und nach Möglichkeit die Kontinenz erhalten respektive verbessern, was bei vaginalen Senkungseingriffen in höherem Masse als bei den laparoskopischen Eingriffen gewährleistet werden kann. Zuviele Kompromisse an die Operationszeit dürfen aber nicht gemacht werden: Bei einer Zystozele kann eine alleinige Korrektur mittels Diaphragmaplastik häufiger zu

Rezidiven führen, weshalb situativ der Apex (mittleres Kompartiment) fixiert werden sollte. Dies kann mittels uterosakraler Ligamentfixation, sakrospinaler Fixation oder Manchester-Fixierung erfolgen (13).

Ist die Patientin polymorbid und wünscht sie keine Kohabitationen mehr, kann eine Kolpokleisis eine sehr effektive und minimal-invasive Therapie sein. Diese definitive Deszensuskorrektur hat sehr selten Rezidive und kaum Komplikationen. Die Kolpokleisis kann bei gegebener Indikation und unter Aufklärung über eine mögliche postoperative Blasenentleerungsstörung auch in Kombination mit einer Inkontinenzschlinge durchgeführt werden.

Inkontinenzoperationen

Den minimal-invasiven Therapien ist auch hier der Vorzug zu geben, d.h. den midurethralen Inkontinenzschlingen, welche je nach präoperativem freiem Uroflow und dem BMI noch spannungsfreier als gewohnt anzupassen sind, oder der periurethralen Injektion eines Quellmittels (Bulking Agents, z.B. Bulkamid®). Bulking Agents können im Falle von Mischinkontinenz auch in Kombination mit Botulinumtoxin angewandt werden. Postoperativ sind nebst Blutung und Kreislauf auch die Miktion zu überwachen, da es nicht selten durch den schwächer gewordenen Detrusor zur postoperativen Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung (und konsekutivem Katheterismus) kommt. Diese Operationen können gut in Lokalanästhesie mit Analgosedation durchgeführt werden und haben schon einigen betagten Frauen eine Vergrösserung ihres Aktionsradius gebracht. □

Prof. Dr. med. Cornelia Betschart
(Korrespondenzadresse)
E-Mail: cornelia.betschart@usz.ch

Zentrum Urogynäkologie
Klinik für Gynäkologie
Universitätsspital Zürich
8091 Zürich

Referenzen:

1. Sagari A, Tabira T, Maruta M, Tanaka K, Iso N, Okabe T, et al.: Risk factors for nursing home admission among older adults: Analysis of basic movements and activities of daily living. *PLoS one*. 2023;18(1):e0279312.
2. Hallock JL, Handa VL.: The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016;43(1):1-13.
3. Braekken IH, Majida M, Ellstrom Engh M, Holme IM, Bo K.: Pelvic floor function is independently associated with pelvic organ prolapse. *BJOG*. 2009;116(13):1706-1714.
4. Urology, EAU. Transforming EU Continence Health; https://d56boch-luxqz.cloudfront.net/media/109857_EAU_Urge-To-Act_Manifesto_A5-folder.pdf
5. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M.: Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(6):1201-1206.
6. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, et al.: The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int*. 2009;104(3):352-360.
7. Geissbuehler V, Forst S, Werner M, Schoenenberger CA, Berner R, Betschart C.: Urotherapist activities in caring for patients with pelvic floor disorders: a prospective single-center observational study. *Archives Gynecology & Obstetrics*. 2021;303(2):471-479.
8. Vaitinen T, Koljonen K, Tella S, Asikainen E, Laatikainen K.: Holistically sustainable continence care: A working definition, the case of single-used absorbent hygiene products (AHPs) and the need for ecosystems thinking. *Proc Inst Mech Eng H*. 2024;238(6):667-681.
9. Yamada T, Matsubara S.: Rectocoele, but not cystocoele, may predict unsuccessful pessary fitting. *J Obstet Gynaecol*. 2011;31(5):441-442.
10. Aimjirakul K, Puntako M, Manonai J.: Quality of life after treatment for pelvic organ prolapse: vaginal pessary versus surgery. *Int J Womens Health*. 2023;15:1017-1025.
11. Betschart C, Mol SE, Lutolf-Keller B, Fink D, Perucchini D, Scheiner D.: Pelvic floor muscle training for urinary incontinence: a comparison of outcomes in premenopausal versus postmenopausal women. *Female Pelvic Med Re*. 2013;19(4):219-224.
12. Barba M, Cola A, De Vicari D, Costa C, Volonte S, Frigerio M.: How old is too old? Outcomes of prolapse Native-tissue repair through uterosacral suspension in octogenarians. *Life (Basel)*. 2024;14(4).
13. Betschart C, Cervigni M, Contreras Ortiz O, Doumouchtsis SK, Koyama M, Medina C, et al.: Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(2):507-513.