

Fortbildung des Stadtspitals Triemli, Zürich

Frauenheilkunde bei der Seniorin

Mit strahlendem Sonnenschein zeigte sich der Frühling von seiner besten Seite und doch fand man sich zahlreich zur Fortbildungsveranstaltung «Frauenheilkunde bei der Seniorin» unter der Leitung von KDDr. med. Stephanie von Orelli ein. Der erste Teil widmete sich altersspezifischen gynäkologischen Erkrankungen.

Multimorbidität und Blase – Hinweise zu Abklärung und Therapie

Im Zentrum der Ausführungen von Dr. med. Elisabeth Angst, Gesundheitszentrum Dielsdorf stand die überaktive Blase (OAB) und die Urininkontinenz bei der multimorbiden älteren Frau. Diese Patientengruppe weist häufig Erkrankungen auf, welche zu einer Beeinträchtigung der Blasenfunktion führen können. Dabei können ganz unterschiedliche Aspekte eine Rolle spielen. Eine Pollakisurie oder Nykturie kann beispielsweise bei einer Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus auftreten. Eine negative Beeinflussung der Blasenfunktion kann auch bei neurologischen Erkrankungen oder psychiatrischen Diagnosen (Antriebsstörung, Medikamente!) auftreten. Auch die Obstipation beeinflusst die Blasenfunktion negativ, kann aber gut behandelt werden. Muskuloskeletale Defizite und Schmerzen, aber auch lokale Veränderungen wie Harnwegsinfekte, Östrogenmangel, verminderte Detrusorkontraktilität oder eine Sphinkterschwäche spielen eine Rolle bei einer Urininkontinenz (1).

Eine gründliche Medikamentenanalyse ist gerade bei älteren Patientinnen wichtig. Zu den bei geriatrischen Patientinnen häufig angewandten Medikamenten, welche die Blasenfunktion auf unterschiedliche Weise beeinträchtigen, gehören systemische Östrogene, trizyklische Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, α -Agonisten und α -Antagonisten. Diese können die Blasenkontraktilität erhöhen oder erniedrigen, sedieren, zu einer Obstipation führen, den Abflusswiderstand erniedrigen oder durch eine Erhöhung desselben zu Restharnbildung führen. Auch Diuretika können Symptome einer OAB hervorrufen, um eine ausgeglichene Wirkung zu erzielen, können diese durch ein langwirksames Diuretikum (z. B. Torasemid) ersetzt werden.

Für die Therapie der überaktiven Blase kommen vor allem Antimuskarinika infrage, die alle eine ähnliche Wirksamkeit zeigen, sich jedoch in ihren Nebenwirkungen unterscheiden. Von besonderer Bedeutung bei geriatrischen Patientinnen sind die unerwünschten Nebenwirkungen auf das ZNS mit negativen Auswirkungen auf die Kognition. Diese Nebenwirkungen sind von verschiedenen Faktoren abhängig und unterscheiden sich bei den zur Verfügung stehenden Präparaten deutlich. Sie sind bedingt von der Selektivität des Muskarinrezeptors (Darifenacin ist wegen seiner hohen Selektivität für den M3-Rezeptor der Blase günstig), der passiven Permeabilität der Blut-Hirnschranke (als günstig hat sich wegen der geringen Lipophilie, der Grösse des Moleküls und der hohen Polarität Trosipium Chlorid erwiesen) und ob sie Substrate



Dr. med. E. Angst

des Permeability-glycoprotein (P-gp)-Systems darstellen (günstig sind Trosipium, Darifenacin und Fesoterodin).

Bei der neuen Substanz Mirabegron (Betmiga®) handelt es sich um einen β_3 -Agonisten, der eine Detrusor-Relaxation bewirkt, eine mit den Antimuskarinika vergleichbare Wirksamkeit besitzt, jedoch keine anticholinergen Nebenwirkungen aufweist. Aufgrund des Wirkungsmechanismus ist bei dieser Substanz mit kardiovaskulären Nebenwirkungen zu rechnen. Sollten diese sich auch bei hochbetagten Patientinnen in zu erwartenden Studien als nicht gravierend erweisen, stellt Mirabegron eine gute Alternative zu den vorhandenen Antimuskarinika dar.

Unter den für ältere Frauen potenziell ungeeigneten Medikamenten werden in der Priscus-Liste urologische Spasmolytika wie Oxybutynin, Tolterodin und Solifenacin aufgeführt (2). Die FORTA-Liste (3) weist Trosipium Chlorid eine ungünstige Nutzen-Risiko-Relation zu, vermerkt jedoch, dass die Blut-Hirnschranke (vermeintlich) nicht passiert werden kann, was einen gewissen Vorteil darstellt. Abschliessend äusserte sich Frau Dr. Angst zu ihren eigenen praktischen Erfahrungen bei der Behandlung der OAB. Eine Behandlung mit Fesoterodin (Toviaz®) beginnt sie zunächst niedrig dosiert, für Patientinnen mit Hirnleistungsstörungen wählt sie unter Beachtung der spezifischen Kontraindikationen eher Trosipium Chlorid (Spasmo-Urgenin Neo®, Spasmex®) oder Darifenacin (Emselex®).

Genital Prolaps: Welche OP ist die richtige?

«Ziel einer Descensus Operation ist die Beseitigung der Symptome und der Darm- und Blasenstörungen, indem anatomische Defekte behoben werden. Dabei soll die vaginale Funktion möglichst erhalten werden», führte Dr. med. Daniel Passweg, Frauenklinik Triemli seine Ausführungen ein. Es werden unterschiedliche Operationstechniken angewandt.

Beim Descensus besteht eine Symptomatik, die eine Entsprechung in den drei Segmenten findet: dem vorderen, dem apikalen und dem hinteren. Die Zystozele ist ein Defekt im vorderen Segment, kommt am häufigsten vor und ist oft mit einem apikalen Defekt assoziiert. Die apikale Fixierung ist entscheidend. Die Rektozele kommt seltener vor.

Bei der sarkospinalen Fixation nach Amreich/Richter wird der Uterus oder der Scheidenstumpf am Ligamentum sacrospinale fixiert. Dieser Eingriff ist wenig invasiv, mit vielen randomisierten Studien gut dokumentiert, besitzt eine hohe objektive und subjektive Heilungsrate, tiefe Reoperationsrate und eine hohe Patientenzufriedenheit. Diese Operationstechnik ist für die betagte Patientin, die sich für die vaginale Operation qualifiziert gut geeignet. Eine Hysterektomie ist nicht zwingend notwendig.

Eine weitere Korrekturmöglichkeit ist die sacrouterine Fixation, die häufiger in den USA praktiziert wird. Die Heilungsrate ist gut und die Rezidivrate tief. Die Kritik an dieser Methode bezieht sich



Dr. med. D. Passweg

auf den am Ligament nahe verlaufenden Ureter, der mit erfasst werden kann. Eine Zystoskopie ist daher obligat.

Vaginale Netze wurden eingesetzt, um das hintere und das vordere Kompartiment, aber auch den Apex zu korrigieren. Hier traten bei 10-15% Komplikationen (Schrumpfungen und Erosionen) auf. Daher wurde ein Teil der Netze aus Angst vor juristischen Konsequenzen wieder vom Markt genommen.

Der totale Verschluss der Vagina kommt gerade für die betagte Frau (schlecht operable Patientinnen, keine vaginale Penetration mehr) infrage, auch weil die Operation wenig invasiv ist. Hierfür liegt ebenfalls eine gute Dokumentation vor.

Bei der Sakrokolpopexie wird die Vagina mit einem Y-förmigen Netz eingefasst und am Promontorium fixiert. Zunächst wird eine Hysterektomie durchgeführt, wobei der Gebärmutterhals zur Fixation erhalten bleibt. Die Operation dauert 2 Stunden und wird in der Frauenklinik Triemli mit 3-D-Endoskopie durchgeführt. Diese Art der Korrektur ist gut dokumentiert, hat eine hohe objektive und subjektive Patientenzufriedenheit und tiefe Reoperationsraten. Im Gegensatz zur vaginalen Mesh-Einlage treten hier wenig Mesherosionen auf.

Die Diaphragmaplastik ist wenig invasiv. Der Nachteil liegt darin, dass mit überdehntem Gewebe korrigiert wird, Rezidive und Persistenzen können darum relativ häufig vorkommen.

Defekte im hinteren Segment führen zu einer Rektozele und werden mit der hinteren Raffung behoben (nach der Koitopause mit Levatorplastik und Bulbospongiosusplastik). Bei dieser Operation ist die Dyspareunieinzidenz relativ hoch.

Im Zusammenhang mit der Frage, welche Operation bei der betagten Patientin die richtige ist, kann man zusammenfassend sagen, dass je älter die Patientin ist, desto eher sollte vaginal operiert werden. Die vaginalen Operationen sind extraperitoneal, einfacher, schneller und daher risikoärmer. Je jünger die Patientin ist, desto stabiler muss rekonstruiert werden desto weniger darf man die Vagina ändern und daher sollte die Operation laparoskopisch durchgeführt werden.

Was bietet die Stadt Zürich alten Menschen?

In der Stadt Zürich, das ist ein grosser Vorteil des Lebens in einer Agglomeration, besteht eine kaum überschaubare Vielzahl von Angeboten für ältere Menschen, angefangen von pflegerischen Leistungen bis zu Freizeitangeboten. «Das Problem liegt jedoch in der fehlenden Übersicht, der mangelnden Koordination und der uneinheitlichen Zugänglichkeit der Angebote», so **Dr. med. Daniel Grob**, Chefarzt Geriatrie, Stadtspital Waid. Aber auch der jeweilige Bedarf ist sehr unterschiedlich und hängt unter anderem von der individuellen Gesundheit und den Lebensumständen der Patientin ab.

In der Stadt Zürich überwiegen Einpersonenhaushalte, dies ist besonders in der Altersklasse der über 80 Jährigen ausgeprägt.



Dr. med. D. Grob

Unter den über 60 Jährigen, die in Einzelhaushalten leben, sind mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (4). Neben allein lebenden älteren Frauen sollte die Aufmerksamkeit auch auf hochaltrige Paare, die bei gegenseitiger Unterstützung in Zweipersonenhaushalten leben, gelenkt werden. Das Sozial- und auch das Gesundheitsdepartement der Stadt Zürich stellen zahlreiche

Angebote für ältere Menschen bereit, welche durch quartierbezogene Angebote ergänzt werden und im Internet leicht zu finden sind. Da aber gerade die über 80 Jährigen den Zugang zum Internet noch nicht gefunden haben, hat sich der Verein altaVita unter anderem darum bemüht, wichtige Adressen (von «Akutgeriatrie» über «Beratung im Alter» und «Tagesheime» bis «Zusatzleistungen») für die ältere Bevölkerung in einer alphabetischen Liste zusammenzustellen, welche älteren Personen mitgegeben werden kann (<http://www.altavita.ch/wichtige-adressen/>).

Eine besondere Situation für die ältere Patientin stellt die Entlassung aus dem Spital dar. Notwendige Hilfeleistungen müssen im Licht allfälliger medizinischer, psychischer, funktioneller und ökonomischer Defizite betrachtet werden. Die Wohnsituation spielt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle. Hierzu kann ein Insidertipp von Herrn Dr. Grob nützlich sein: «Machen Sie sich auf Google Street-View ein Bild von der Wohnsituation der Patientin.» So kann abgeschätzt werden, ob dort beispielsweise Barrieren vorzufinden werden. Im Kontakt mit dem Hausarzt, Spitex und Sozialdiensten und selbstverständlich in Absprache mit der Patientin und/oder deren Bezugsperson sollte ein Behandlungsplan erstellt und dokumentiert werden. Dieser stellt einen integralen Punkt unter den Behandlungszielen in der Altersmedizin dar (5).

▼ **Dr. Ines Böhm**

Quelle: Fortbildung «Frauenheilkunde bei der Seniorin», Frauenklinik Stadtspital Triemli, Zürich am 17.3.2016.

Literatur:

1. Ouslander JG. Geriatric considerations in the diagnosis and management of overactive bladder. *Urology* 2002;60:50-55
2. Ouslander JG. Management of Overactive Bladder. *N Engl J Med* 2004;350:786-799
3. Holt S et al. Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:543-551
4. FORTA Liste abrufbar unter: <http://www.umm.uni-heidelberg.de/ag/forta/>
5. Schwierz C. Analyse Zusammenleben in Zürich. Haushalte und Familien in der Stadt Zürich, 2014; https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/statistik/publikationen-angebote/publikationen/Analysen/A_002_2015.html
6. Grob D. Von einer «kurativ-palliativen Dichotomie» hin zur Priorisierung von Behandlungszielen. *Der Informierte Arzt* 2015;12:20-24