

Häufigste Alterskrankheiten der Frau

## Urogynäkologische Probleme bei der Seniorin bis zur Hochbetagten

Die Inzidenz der Harninkontinenz, Blasenentzündungen und Intimbeschwerden steigen mit zunehmendem Alter und erreichen bei Hochbetagten in über 60% einen rezidivierenden bis chronischen Krankheitswert. In hohem Masse beeinflussen urogynäkologische Beschwerden das körperliche und psychische Wohlbefinden im Alter. Sie können ausschlaggebend sein für die soziale Integration bzw. für den Rückzug in die Isolation und Anlass geben für die Einweisung in ein Alters- oder Pflegeheim.

✚ **L'incidence de l'incontinence urinaire, les infections de la vessie et des symptômes génitaux augmentent avec l'âge et atteignent chez de plus de 60% des personnes âgées une signification clinique récurrente ou chronique. Les troubles urogynécologiques affectent dans une large mesure le bien-être physique et psychologique des personnes âgées. Ils peuvent être cruciales pour l'intégration sociale ou la retraite dans l'isolement et peuvent donner lieu pour l'admission à une maison de retraite ou de soins infirmiers**

**W**arum die starke Zunahme im Alter? Der postmenopausale Hormonabfall führt zur Atrophie aller urogenitalen Gewebestrukturen. Vaginal verschwindet die Döderleinflora und damit der Milchsäure-Abwehrmechanismus gegen aufsteigende Darm- und Hautbakterien.

Gefäße, Binde-, Muskel- und Nervengewebe bilden sich zurück, der Gewebeturgor sinkt, die natürliche Schutzbarriere der Haut (Fettsäuren) und der Schleimhäute (Glucosaminglycane) werden dünner und neurohumorale Steuerungsmechanismen träger, oft als Folge von Stoffwechselkrankheiten oder z.B. lumbovertebralen Nervenschädigungen. Solche vielfältigen Faktoren erhöhen die Infektanfälligkeit drastisch und beeinträchtigen die komplexen neuromuskulären Steuerungsmechanismen von Blase, Enddarm und Beckenboden und damit deren Kontinenz-, Reservoir-/Entleerungsfunktion und schwächen die Halte-/Stützstrukturen.

Nicht alle Frauen erleiden jedoch dieses Schicksal. Warum individuell grosse Unterschiede bestehen, lässt sich heute recht gut erkennen. Es sind Mechanismen, welche individuell solche Prozessabläufe beeinflussen können, wie z.B. genetische Faktoren,



Prof. Dr. med. Volker Viereck  
Frauenfeld

endokrine Kompensationsmechanismen wie z.B. DHEA für den Östrogenausfall, Lifestyle-Faktoren und vielerlei, sich gegenseitig beeinflussende Krankheits- und Alterungsprozesse.

### Überaktive Blase, Blasenschmerzen, Dranginkontinenz, rezidivierende Blasenentzündungen

Diese sich überschneidenden Symptome haben in der Geriatrie immer mehrere Ursachen. Häufig findet sich eine Blasenentzündung mit Leukozyturie und positiver Urinkultur. Wenn die Symptome auf Antibiotika nicht rasch bessern, ist nach Spontanmiktions Restharn (normal < 50ml) durch Einmalkatheterismus zu bestimmen und eine Urinkultur/Resistenzprobe anzusetzen. Es folgt eine gezielte antibiotische Therapie, kombiniert mit einem multimodalen Therapiekonzept [1, 2].

Bei Mikro- und Makrohämaturie, bei negativen Infektparametern und/oder chronischen therapieresistenten Beschwerden ist – lieber früher als spät – eine Zystoskopie durchzuführen. Besonders in der Geriatrie gibt uns die Zystoskopie als einfache, schnelle Diagnostik zahlreiche wichtige Informationen. Sie gibt Auskunft über den Restharn, die Urinkultur und Blasenwandentzündungen, wie Cystitis cystica, Tumore, Blasenwandschutzschichtdefekte, Interstitielle Zystitis, Balkenblasenzeichnungen, Divertikel, Blasenkapazität, Detrusorkontraktionen und Dranginkontinenz (OAB wet). Unmittelbar im Anschluss an die Zystoskopie wird bei noch gefüllter Blase der Hustentest durchgeführt. Spritzt Urin im Schwall – liegend und stehend – so liegt zusätzlich auch eine schwere Belastungsinkontinenz vor bzw. eine kombinierte Drang-Belastungs-Inkontinenz (Mischharninkontinenz).

### Multimodales Therapie-Prophylaxe-Konzept

Wenn obige Beschwerden eine Rezidivanamnese haben oder bereits chronisch sind, ist eine Langzeitbesserung nur dann zu erwarten, wenn die Patientin so lange engmaschig begleitet und beraten

wird, bis Prophylaxemassnahmen greifen und eine längere Rezidivfreiheit erreicht ist [1, 2]. Sonst ist meistens nach wenigen Wochen bis Monaten ein Zustand wie vor Beginn der Behandlung zu erwarten.

Zur Basis unserer multimodalen Therapie und zu Prophylaxemassnahmen zählen:

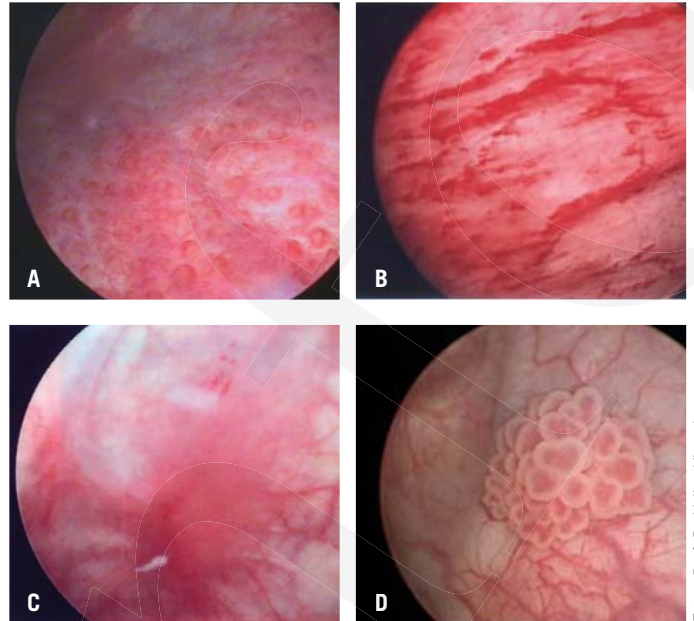
- Infekte sanieren vulvovaginal, urethral, vesikal.
- Nachhaltig kontrolliertes, besseres Trink- und Miktionsverhalten durch Führen eines Miktionskalenders einmal pro Monat über 24 Stunden.  
Ziel: Urinmenge >1500ml /24 Stunden, individuell adaptierte Blasenentleerung, d.h. bei kleiner Blasenkapazität zu Hause auf grösseres Volumen trainieren, bei grosser Kapazität durch frühere Blasenentleerungen Blasenüberdehnungen mit Gefahr der erhöhten Restharnbildung und Infektneigung vermeiden.
- Optimale Intimpflege suchen: Waschlotionen, Fettcremen evtl. mit ätherischen Ölen, vulvovaginal Östriolcremen, Ovula oder Tabletten (Ovestin / Oestro-Gynaedron / Ortho-Gynest), evtl. Steroidcremen.
- Phytotherapeutika, Blasentee, Preiselbeersaft, Phytoextrakte als Tropfen oder Tabletten.
- In adäquaten Intervallen interdisziplinär (Arzt/Ärztin, Inkontinenzfachfrau, evtl. Angehörige und Spitex-Fachleute) kontrollieren und beraten. Reinfekte o.a. Probleme frühzeitig erkennen und sanieren.

### Medikamentöse Therapie bei Drangsymptomatik

Unterstützend zur bereits erwähnten multimodalen Therapie/ Prophylaxe bei Drangsymptomatik helfen blasenrelaxierende, anticholinergische Medikamente (Vesicare, Toviaz, Emsalex, Spasmo-Urgenin Neo) [1–3]. Mit steigendem Alter und zunehmender Multimorbidität und Polymedikation ist sorgfältig auf Arzneimittelinteraktionen, Nebenwirkungen von Anticholinergika zu achten und deren Nutzen/Therapieeffekt sorgfältig abzuwägen.

### Belastungsinkontinenz und Mischformen

Obwohl mit steigendem Alter die körperlichen Aktivitäten, welche bei Belastungsinkontinenz den Urinverlust provozieren (wie Springen und leider oft auch das Lachen), seltener werden, gibt es auch bis ins hohe Alter schwerste Formen von Belastungsinkontinenz. Oft ist das Erscheinungsbild der Alters-Belastungs-Inkontinenz aber atypisch. Der Urinverlust stört eher im Liegen und beim Aufstehen und weniger im Stehen. Dies erklärt sich durch einen physiolo-



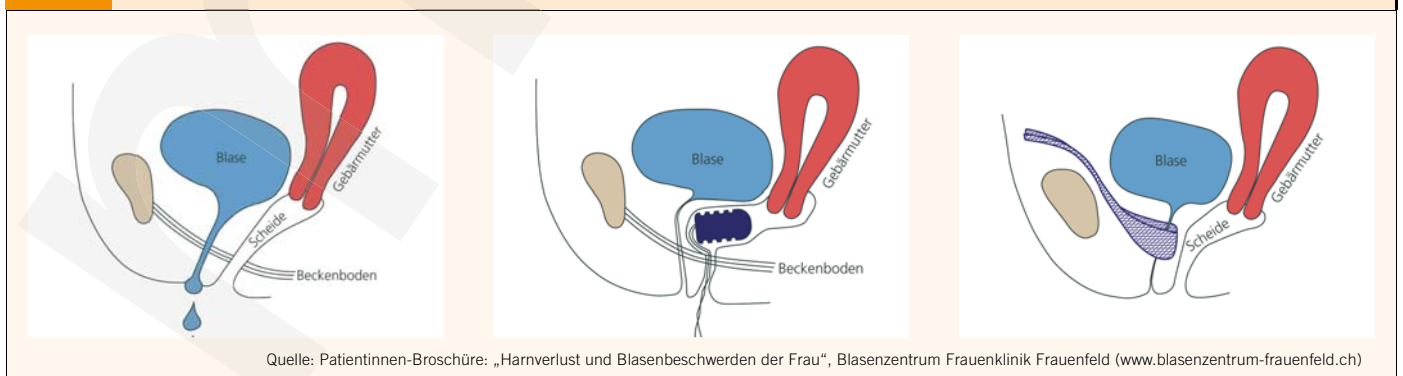
Fotos: Prof. Dr. Volker Viereck

**Abb. 1:** Cystitis cystica (A), hämorrhagische (B) und ulzeröse Interstitielle Cystitis (C), Blasentumor (D)

gischen Altersdeszensus im Stehen mit Abknicken der Harnröhre, was den Harnröhrenverschluss verbessert (Quetschhahnmechanismus), bzw. im Liegen durch eine Deszensusreposition mit konsekutiver Streckung der Harnröhre, was den Harnröhrenverschluss wieder verschlechtert.

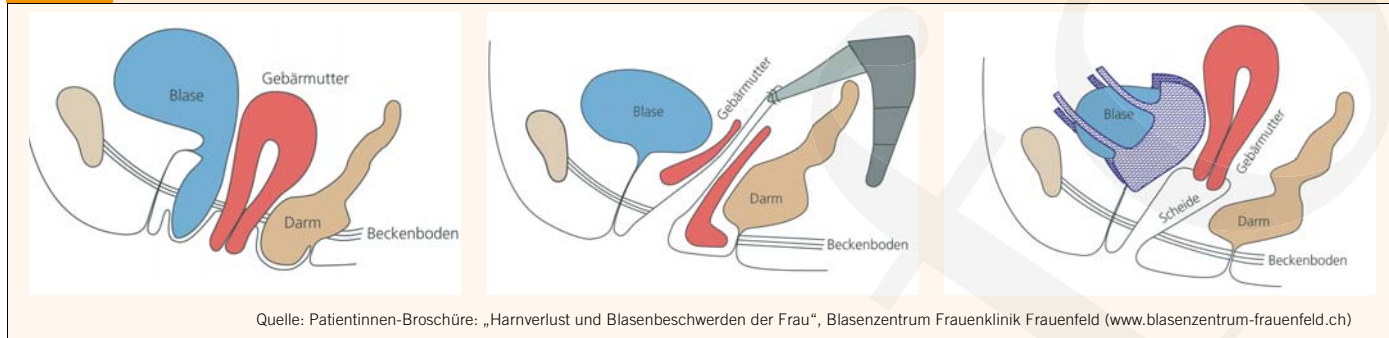
Die Differentialdiagnose zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz ist mit höherem Alter der Patientin nicht immer einfach. Daher sollte analog einer Mischharninkontinenz behandelt werden, d.h. konservativ wie bei Drangsymptomen und zusätzlich – sofern dies körperlich noch möglich ist – ergänzt durch Beckenbodentraining. Die Physiotherapie wird in der Regel in den ersten Monaten durch die Einlage von Pessaren (Urethrakeulen-/Urethraschalen-/Recafem-Pessare) unterstützt. Pessaranwendungen sind Selbsttherapien. Je nach Beschwerden und Behandlungsziel [1, 2] werden sie entweder nur am Tag oder Tag und Nacht getragen. Mindestens einmal über 24 Stunden werden sie herausgenommen und gewaschen. Bei der Einlage wird meist eine Östriolcreme, teils eine Fettcreme appliziert. Oft bessert sich im Senium eine Belastungsinkontinenzkomponente rasch auf konservative Massnahmen und schon nach wenigen Monaten kann auf Pessareinlagen verzichtet werden. Persistiert aber eine störende Belastungsinkontinenz, so

**Abb. 2** Inkontinent, Pessareinlage,TVT-Einlage



Quelle: Patientinnen-Broschüre: „Harnverlust und Blasenbeschwerden der Frau“, Blasenzentrum Frauenklinik Frauenfeld ([www.blasenzentrum-frauenfeld.ch](http://www.blasenzentrum-frauenfeld.ch))

Abb. 3 Senkung, Senkungsoperation ohne und mit Netzeinlage



empfehlen wir nach drei Monaten konservativer Therapie eine urodynamische Abklärung. Wenn sich dabei eine gute operative Heilungschance zeigt, ist eine individuell adaptierte, minimal invasive Inkontinenzoperation – entweder eine TVT oder TVT-O Band-Einlage in Lokalanästhesie/Analgesedation – indiziert [4–6].

### Senkungszustände

Eine gewisse Senkung des inneren Genitale ist altersphysiologisch. Sie verbessert durch die Zystocele (Urethra kinking = Krümmung der Harnröhre) den Urethraverschluss und durch die Rectocele auch die anale Kontinenz. Treten aber Blasenentleerungsprobleme mit erhöhtem Restharn und rezidivierenden Blasenentzündungen oder Defäkationsprobleme mit Stuhlschmierer auf oder relevante Senkungsbeschwerden, so ist eine Therapie indiziert. Diese beginnt konservativ: Gewebeaufbau durch lokale und evtl. auch systemische Östrogenisierung, sofern die Anamnese / Compliance dies möglich macht, kombiniert mit Beckenbodentraining und einer Deszensusreposition mittels Einlage eines gut gewählten Pessars mit Applikation von Östriolcreme (Würfel-, Tandem-, Recafem-Pessar). Wenn nach etwa drei Monaten die Deszensussymptomatik bei Verzicht auf eine Pessareinlage noch stört, empfehlen wir - unabhängig vom Alter - die operative Therapie. Fast immer empfiehlt sich dabei ein vaginales Vorgehen, bei gutem Gewebe eine Diaphragmaplastik, Kolpoperineoplastik und sacrospinale Pexie, bei sehr schwachem Eigengewebe evtl. kombiniert mit einer Netzeinlage [7].

### Die grosse Herausforderung im Senium

Betroffene nehmen urogynäkologische Beschwerden oft schicksalhaft an. Eher ziehen sie sich zurück, als über ihr peinliches Leiden zu reden. Auch dem Arzt verschweigen sie häufig die Beschwerden und den grossen sozialen Leidensdruck, oft auch weil wiederholt

vorangehende Behandlungen keine nachhaltige Besserung brachten und sie den Glauben an einen Behandlungserfolg verloren haben.

Nicht selten werden Betagte durch Angehörige erst dann wieder zum Arzt gebracht, wenn der stechende Uringeruch das Umfeld stört.

Solche leidvollen Entwicklungen sollten früher erkannt werden, weil heute mit multimodalen Therapie- und Prophylaxekonzepten geholfen werden kann.

#### Einfache Tricks führen zur sozialen Reintegration

- ▶ Bei schwerer Drangsymptomatik, Pollakisurie, Nykturie oder Dranginkontinenz bringt situativ eine Ausscheidungsregulation rasche Hilfe: Ein schnell wirkendes Diuretikum am Morgen (Furosemid 20 bis 40mg), am Abend vor dem Konzertbesuch oder auf die Nacht vor dem Schlafengehen eine Tablette Minirin 0,1mg (Demopressin) zur Ausscheidungshemmung.
- ▶ Bei therapieresistenter schwerer Blasenwandentzündung eine stationäre Intensivtherapie mit gezielter Antibiose, intensiver Blasenpflüfung, unterbrochen durch spezifische Blaseninstillationen. Nach 4 Tagen Neubeurteilung, Zystoskopie, evtl. Botox-Injektion 50 bis 150 E, Anleitung zur besseren Intimpflege und für ein gutes Trink- und Miktionsverhalten. Nach einer Woche Entlassung in ein engmaschig begleitetes Therapie-/Prophylaxeprogramm bis zur nachhaltigen Besserung.
- ▶ Bei chronischem, invalidisierendem, nachtruheraubendem Juckreiz und Brennen: Engmaschige Begleitung und Suche einer optimalen Pflegelinie: Fettcremen mit ätherischen Ölen, Steroidcreme, Östriolpräparate, Infektsanierung, Trink- und Blasenreposition, zudem Schlafregulation.
- ▶ Bei therapieresistenter Dranginkontinenz mit Infekten und stark unangenehmem Uringeruch (z.B. bei postaktinischer Schrumpfbalase) erfolgt die Einlage und der regelmässige Wechsel einer suprapubischen Harnableitung. Durch viel Trinken und gute Intimpflege verschwindet auch der Uringeruch, obwohl obligat bei liegendem Katheter eine Blasenentzündung besteht, die nur bei starkem Uringeruch, Blasenschmerzen oder Fieber kurzfristig antibiotisch behandelt werden sollte.
- ▶ Soziale Reintegration durch Beratung, wie durch optimale Inkontinenzhilfen / Kontinenzhilfen ein Urinabgang in die Kleider und ein Uringeruch vermieden werden können.

#### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Urogynäkologie bei Seniorinnen bis hin zu Hochbetagten ist medizinisch und menschlich sehr anspruchsvoll und dennoch sehr dankbar. Mit multimodalen Behandlungskonzepten und in enger

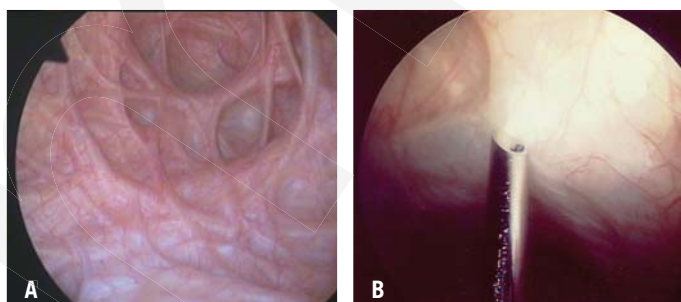


Abb. 4: Balkenblase: Hypertrabekulierung und Pseudodivertikelbildung bei OAB wet (A), Botox-Injektion in einen Trabekel (B)

Fotos: Prof. Dr. Volker Vierbeck

interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen, Inkontinenzfachfrauen, Angehörigen, Spitex-Fachleuten gelingt es fast immer, grosse Erfolge zu erzielen und nachhaltig die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und so das soziale Umfeld zu entlasten. Voraussetzung für den Erfolg sind gute, individuell adaptierte Behandlungskonzepte, die durch ein erfahrenes Team von Urogynäkologen/-innen und Inkontinenzfachfrauen aufgestellt und gemeinsam mit den Patientinnen und allen involvierten Medizinal- und Begleitpersonen angepasst werden.

**Prof. Dr. med. Volker Viereck**

Chefarzt Urogynäkologie / Co-Chefarzt Frauenklinik  
Leiter Blasenzentrum, Kantonsspital Frauenfeld, 8501 Frauenfeld  
volker.viereck@stgag.ch

**Literatur:**

1. Eberhard J, Viereck V 2008 Einfache Diagnostik – multimodale konservative Therapie. Hausarzt Praxis 7:9-14.
2. Patientinnen-Broschüre: „Harnverlust und Blasenbeschwerden der Frau“, Blasenzentrum Frauenklinik Frauenfeld (www.blasenzentrum-frauenfeld.ch).
3. Perucchini D (Hrsg.) 2008 Overactive Bladder – Fragen und Antworten. Uni-Med Verlag Bremen.
4. Viereck V, Petri E, Eberhard J 2008 Operative Therapiekonzepte kritisch abwägen. Hausarzt Praxis 7:16-19.
5. Viereck V, Eberhard J 2008 Inkontinenzoperationen: Indikationen, Auswahl der Operationsmethode, Operationstechnik, Umgang mit Früh- und Spätkomplikationen. J Urol Urogynäkol 3:28-33.
6. Kociszewski J, Viereck V 2010 Belastungsinkontinenz – Individuell behandeln dank optimaler Diagnose. J Urol Urogynäkol 12:50-52.
7. Viereck V, Kociszewski J, Eberhard J 2010 Präoperative urogynäkologische Diagnostik. J Urol Urogynäkol 12:28-35.

**Take-Home Message**

- ◆ Harninkontinenz, Blasen- und Intimbeschwerden sind die häufigsten Frauenkrankheiten im Senium. Sie haben immer mehrere Ursachen
- ◆ Bei über 60% der Betagten sind sie chronisch oder rezidivierend und haben einen hohen Krankheitswert mit sozialer Beeinträchtigung
- ◆ Antibiotikagaben können rezidivierende Blasenentzündungen im Senium nicht heilen
- ◆ Erfolgreiche Therapien urogynäkologischer Krankheiten im Senium bauen auf multimodalen Konzepten auf, die individuell adaptiert, aufgestellt und engmaschig so lange patientenbegleitend angepasst und instruiert werden, bis eine gute Langzeitprophylaxe etabliert ist

**Messages à retenir**

- ◆ L'incontinence urinaire, les troubles de la vessie et des organes génitaux sont les maladies gynécologiques les plus courantes dans la sénilité. Elles ont toujours des causes multiples
- ◆ Chez plus de 60% des personnes âgées elles sont chroniques ou récurrentes et ont une grande signification clinique avec diminution du fonctionnement social
- ◆ Les antibiotiques ne peuvent pas guérir les cystites récidivantes dans la sénilité
- ◆ Les traitements réussis des maladies urogynécologiques dans la sénilité sont basés sur des concepts multimodaux adaptés individuellement, étroitement appariés et instruits jusqu'à ce qu'une bonne prophylaxie à long terme est bien établi