

Urologische Erkrankungen im Alter

Urogeriatisches Denken

Stephan Madersbacher

*Abteilung für Urologie, Klinik Favoriten
Sigmund Freud Privatuniversität*

Interessenkonflikt: keine

Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- Allgemeine Überlegungen
- Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden?
- Makrohämaturie
- BPH
- Blasenkarzinom
- Prostatakarzinom
- Harninkontinenz

Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- **Allgemeine Überlegungen**
- **Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden**
- **Makrohämaturie**
- **BPH**
- **Blasenkarzinom**
- **Prostatakarzinom**
- **Harninkontinenz**

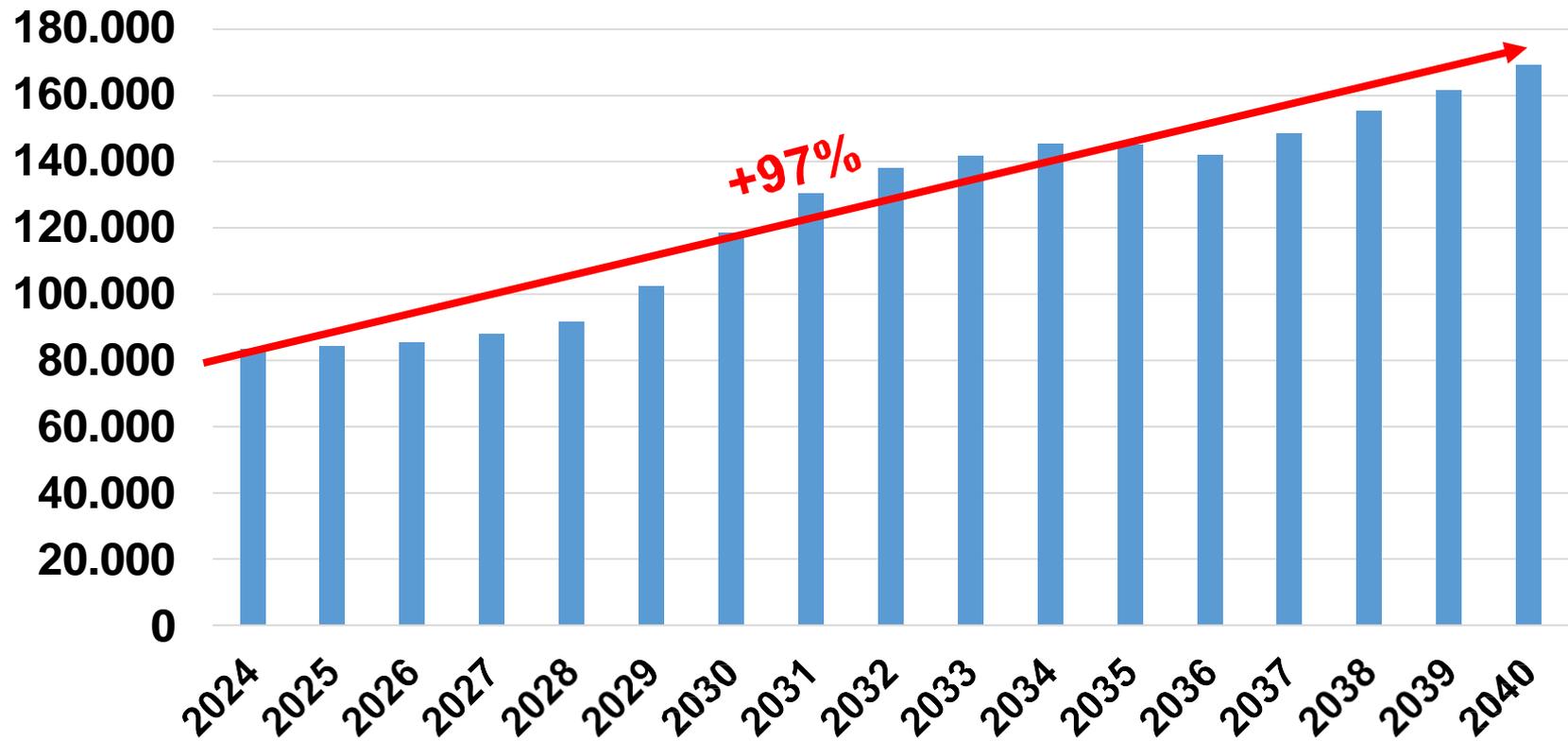
Demographische Entwicklung Österreich

	2020	2025	2030	2040
Gesamt	8.916.845	9.113.898	9.250.615	9.469.943
65-79	1.216.557	1.327.861	1.522.731	1.704.148
80+	491.216	563.094	620.226	793.113

+41%

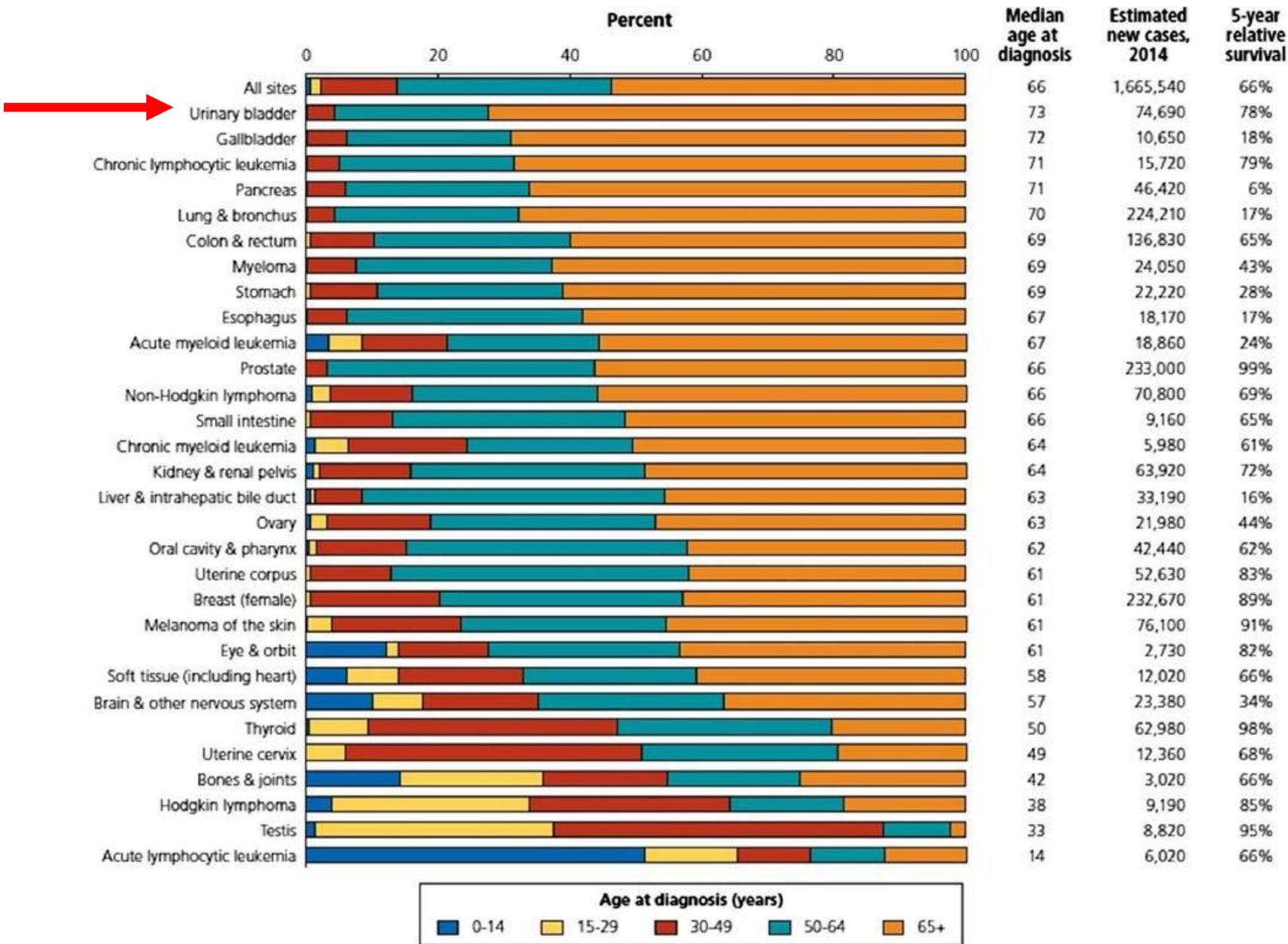


90+ Österreich



Die geriatrischen Giganten

- **Immobilität**
- **Inkontinenz**
- **Instabilität**
- **Intellektueller Abbau**
- **Insomnie**
- **Iatrogene Probleme**





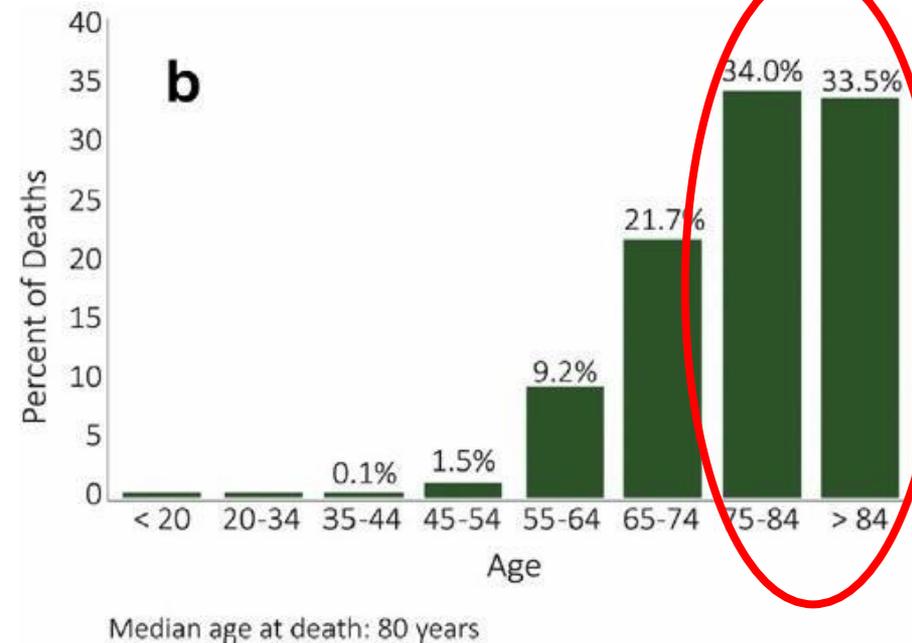
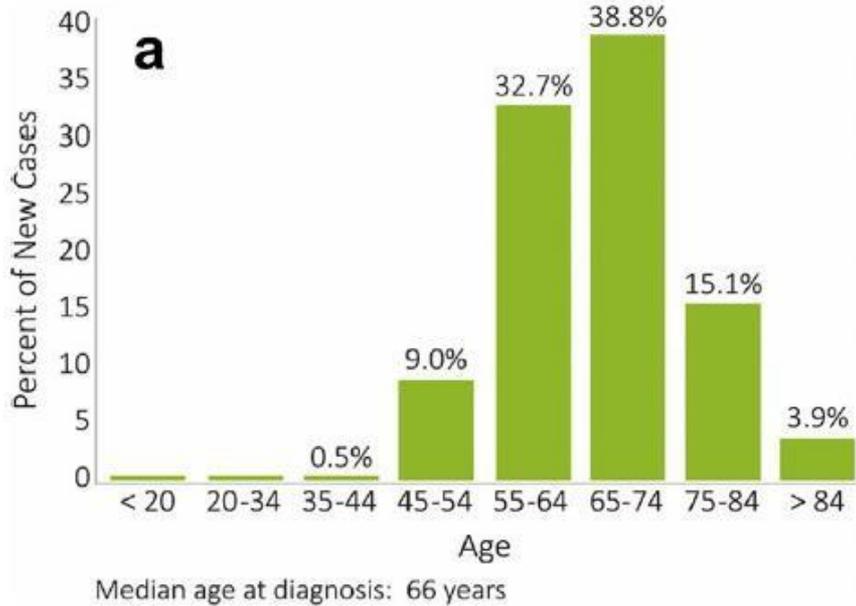
Review

Updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients



H.J. Boyle^{a,*}, S. Alibhai^b, L. Decoster^c, E. Efstathiou^d, K. Fizazi^e,
N. Mottet^f, S. Oudard^g, H. Payne^h, M. Prentice^h, M. Putsⁱ, M. Aapro^j,
J.-P. Droz^k

SEER Datenbank Prostatakarzinom



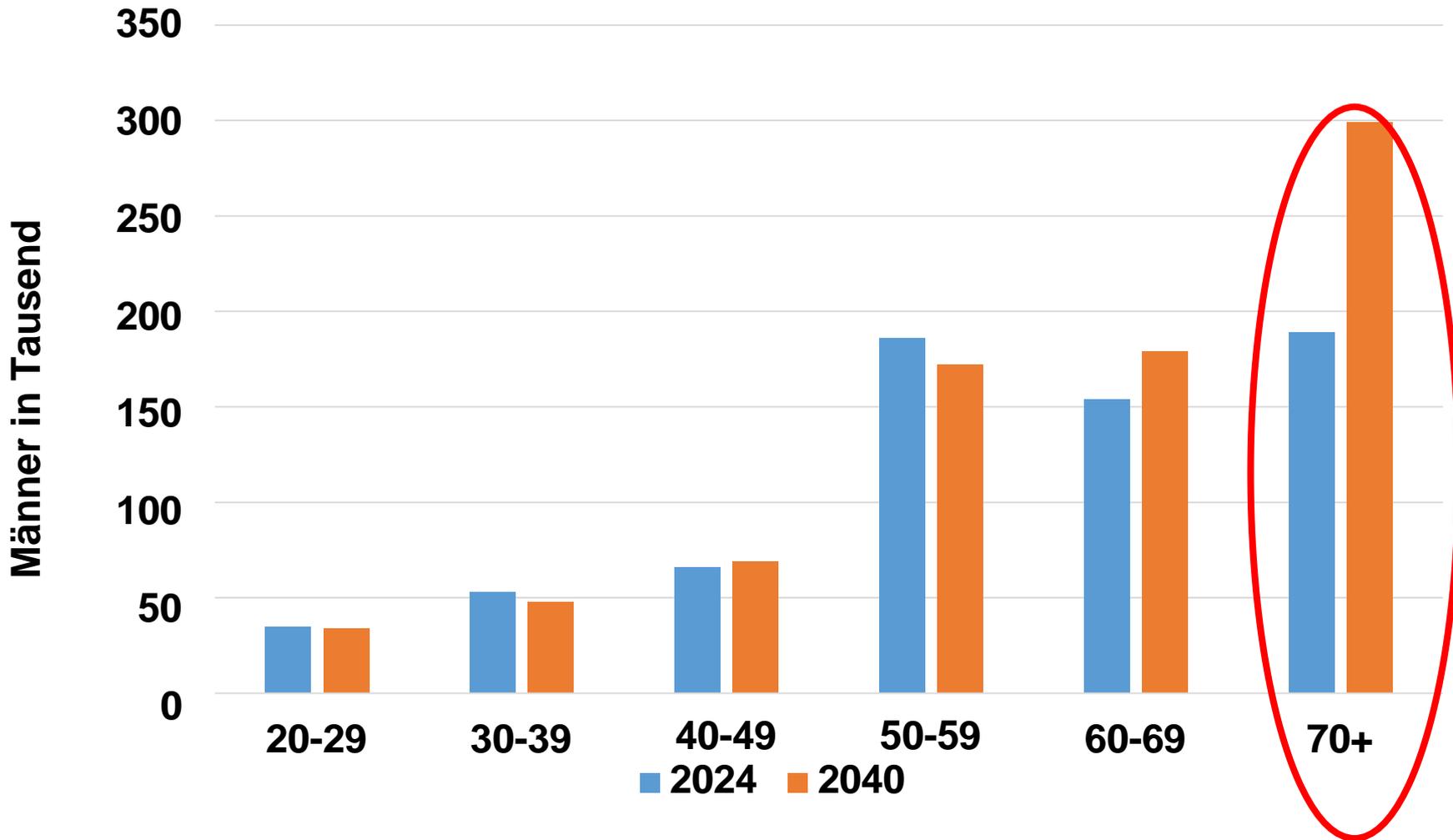
Urologische Erkrankungen Österreich 2024 - 2040

Erkrankung	2024	2040
Prostatakarzinom¹		
Inzidenz	7.000	9.100
Mortalität	1.400	1.820
Prävalenz	78.000	101.400
Blasenkarzinom¹		
Inzidenz	1.200	1.560
Mortalität	590	770
Prävalenz	15.400	20.000
Harninkontinenz²	1.108.778	1.230.866
Überaktive Harnblase³	1.057.000	1.149.000
BPH/LUTS⁴	683.000	801.000

¹Statistik Austria, ²Temml et al, Neurourol Urodyn 2000;19:259-71; ³Temml et al, Eur Urol 2005;48:622-7;

⁴Madersbacher et al, Eur Urol 1998;34:136-41.

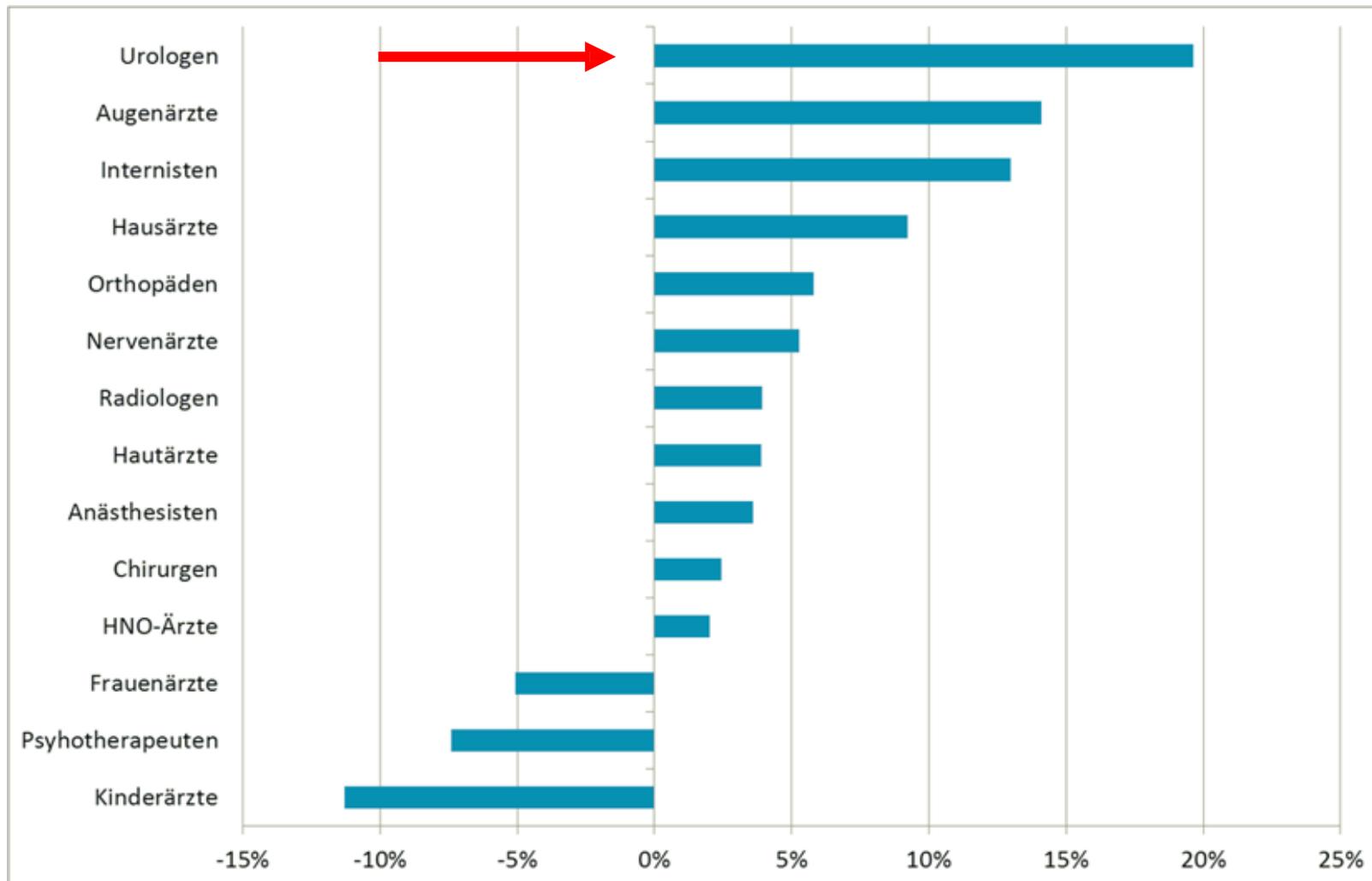
Männer mit IPSS >7 Österreich



Der Anstieg vor allem durch betagte/hochbetagte Patienten verursacht

Urologie – demographischer Wandel

Zunahme von Fällen in den nächsten 20 Jahren



Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- Allgemeine Überlegungen
- **Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden**
- Makrohämaturie
- BPH
- Blasenkarzinom
- Prostatakarzinom
- Harninkontinenz



The future of urology: nonagenarians admitted to a urological ward

Klaus Eredics¹ · Theresa Luef² · Stephan Madersbacher^{2,3}

Received: 14 October 2020 / Accepted: 24 December 2020

© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH, DE part of Springer Nature 2021



- Multimorbidität
- Polypharmazie
- Harninkontinenz
- Demenz
- Retention
- **Harnblasenkarzinom**

Robotische RPE

2025  **2040**

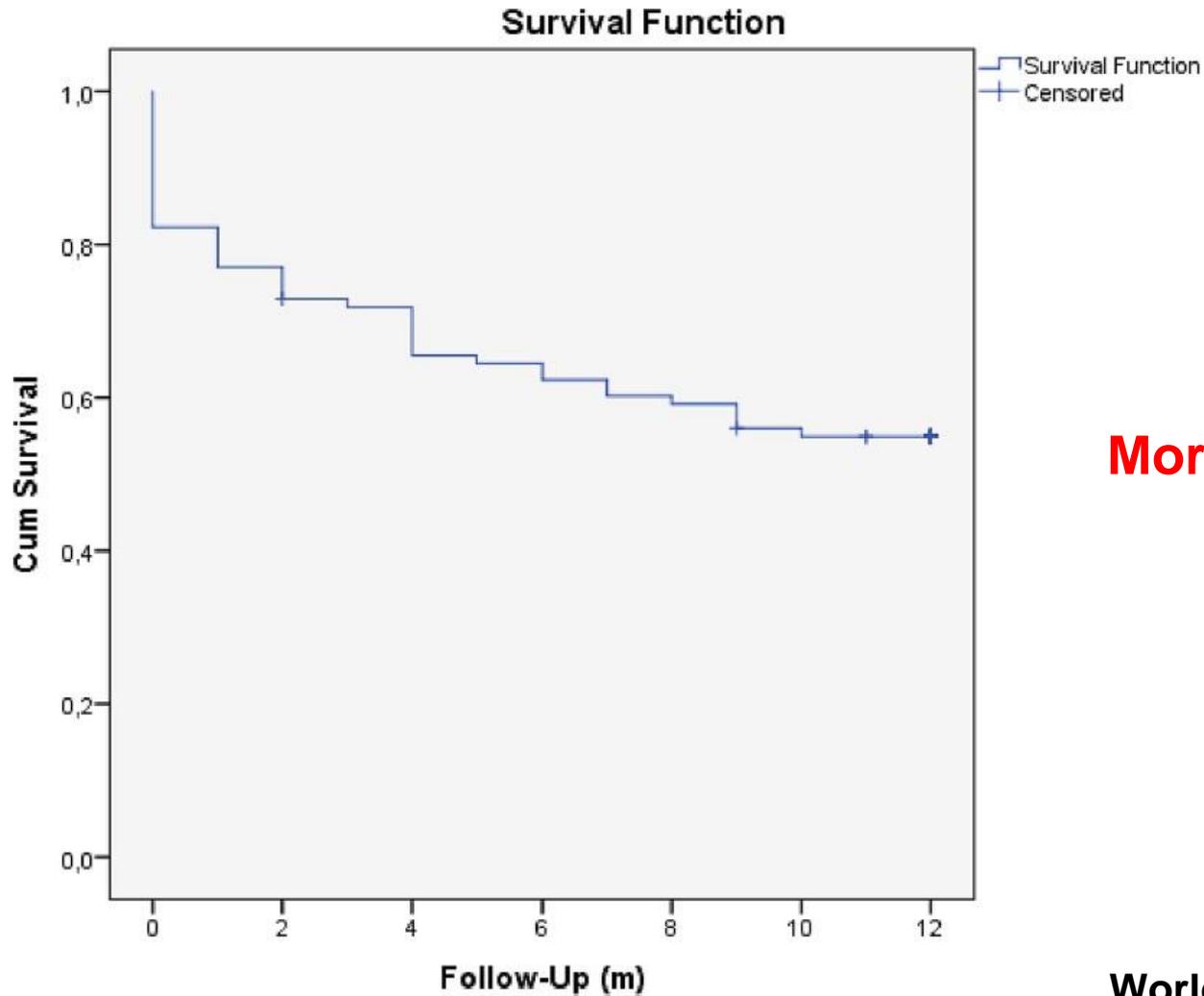


The future of urology: nonagenarians admitted to a urological ward

Klaus Eredics¹ · Theresa Luef² · Stephan Madersbacher^{2,3}

Received: 14 October 2020 / Accepted: 24 December 2020

© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH, DE part of Springer Nature 2021



**Mortality 12 Monate
50%**



“Primum non nocere”
First, do no harm!
- Hippocrates

Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- Allgemeine Überlegungen
- Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden
- **Makrohämaturie**
- BPH
- Blasenkarzinom
- Prostatakarzinom
- Harninkontinenz

Aufnahmediagnosen 90+ Patienten - KFN

AUFNAHMEDIAGNOSEN (mehrfach Nennung)	Gesamt	Männlich	Weiblich
Makrohämaturie	87	56 (46%)	31 (44%)
HWI	85	42 (35%)	43 (61%)
Blasenentleerstörung	75	49 (41%)	26 (37%)
Hydronephrose	41	26 (22%)	15 (21%)
Retention	25	18 (15%)	7 (10%)
Urolithiasis	23	10 (8%)	13 (11%)
Phimose	10	10 (8%)	0

Hämaturie bei 90+ Patienten auf der urologischen Station

2014	Characteristics	No Haematuria, N = 183 (57.7%)	Haematuria, N = 134 (42.3%)
90+	Sex		
n=31	m	111 (60.7%)	89 (66.4%)
unize	w	72 (39.3%)	45 (33.6%)
keine	Age at diagnosis (years)	92.0 (90.0-94.0)	92.0 (91.0-94.0)
	CSHA-CFS	6.0 (5.0-6.0)	6.0 (5.0-7.0)
	CSHA ≤ 6	139 (76.0%)	96 (71.6%)
	CSHA >6	44 (24.0%)	38 (28.4%)
	Therapies		
	Number of medications	7.0 (5.0-9.0)	7.0 (5.0-9.0)
	Antithrombotic therapy	112 (62.2%)	99 (74.4%)
	Comorbidities		
	Hypertension	149 (81.4%)	101 (75.4%)
	Stroke	34 (18.6%)	27 (20.1%)
	COPD	13 (7.1%)	14 (10.4%)
	CVD	130 (71.0%)	111 (82.8%)

Therapie/Entlassungssituation

Characteristics	No Haematuria (n = 183)	Haematuria (n = 134)
Drainage catheter	19 (10.4%)	85 (63.4%)
Suprapubic catheter	5 (2.7%)	2 (1.5%)
Cystoscopy	11 (6.0%)	26 (19.4%)
Bladder evacuation	2 (1.1%)	13 (9.7%)
Bladder-TUR	21 (11.5%)	10 (7.5%)
Prostate-TUR	3 (1.6%)	4 (3.0%)
Insertion of ureteral stent	20 (10.9%)	4 (3.0%)
Percutaneous nephrostomy	4 (2.2%)	1 (0.7%)
Ureterorenoscopy	8 (4.4%)	2 (1.5%)
Circumcision	7 (3.8%)	6 (4.5%)
Discharge status		
Catheter in situ	66 (36.1%)	52 (38.8%)
Nursing home	55 (30.1%)	46 (34.3%)
Home	128 (69.9%)	88 (65.7%)
24/7 community nursing	16 (8.7%)	12 (9.0%)
Scheduled community nursing	34 (18.6%)	31 (23.1%)
Duration of admission (d)		
All admissions	5.0 (3.0-8.0)	5.0 (3.0-7.0)
Emergency	5.0 (3.0-8.0)	5.0 (3.0-7.0)
Planned	4.0 (3.0-6.0)	5.0 (1.0-5.0)

All data are presented as n (%) or median (IQR). Percentages may exceed 100% due to rounding

Follow-Up

- **medianes Follow-Up 20 Monate (95% CI: 16-27 Monate)**
- **Wiederaufnahmerate**
53.7% MHU vs. 53.6% ohne MHU
- **30-Tages-Mortalität**
9.7% MHU vs. 5.4% ohne MHU
- **90-Tages-Mortalität**
19.4% MHU vs. 10.4% ohne MHU

Makrohämaturie

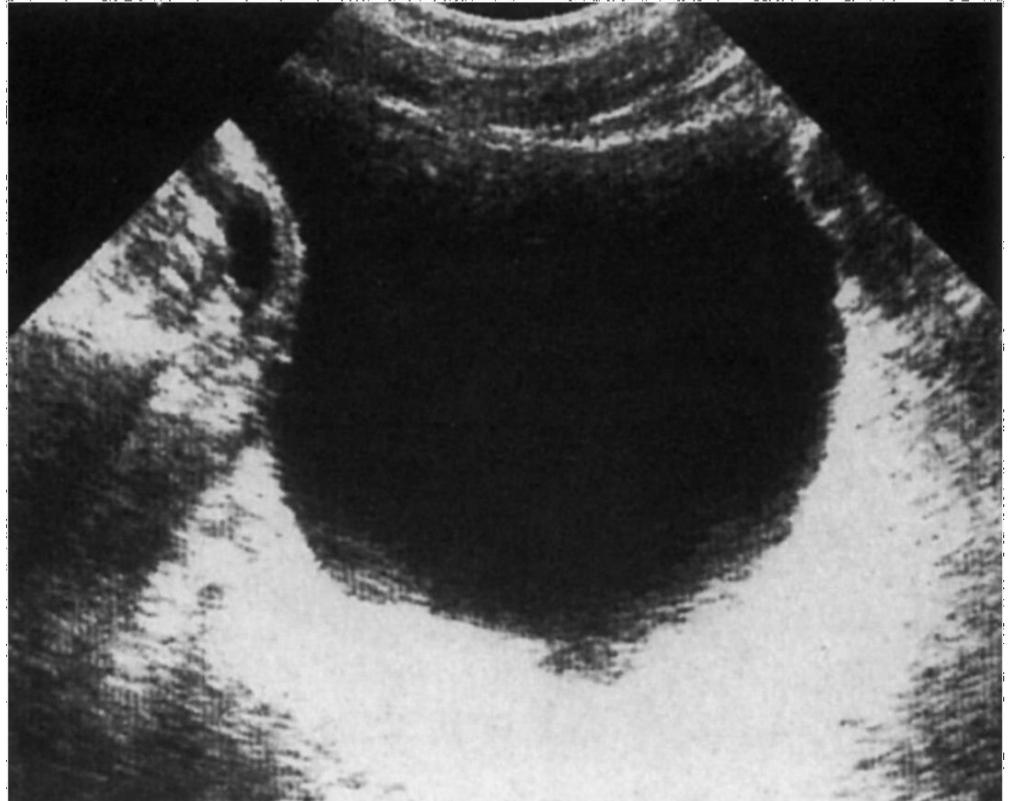
- **MHU häufiger Aufnahmegrund bei Pat. 90+**
- **Risikofaktoren: antikoagulative Therapie → Kosten-Nutzen-Risiko**
- **Pat. mit MHU haben erhöhte Mortalität**
- **weitere Forschung notwendig**
 - Versorgung optimieren**
 - gezielte Behandlungsstrategien**
 - Pflegebedarf verbessern**

Urogeriatrisches Denken

Übersicht

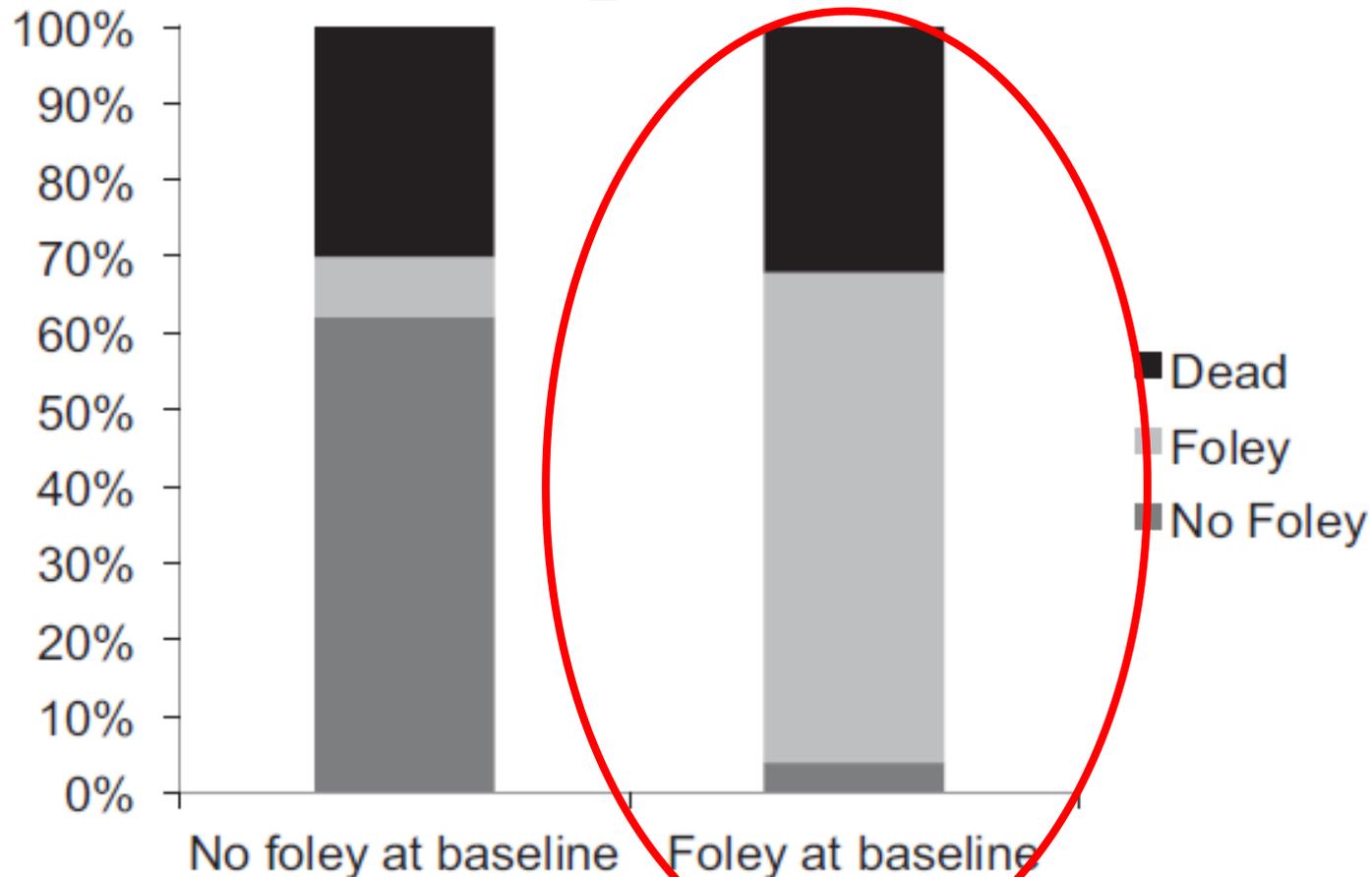
- Allgemeine Überlegungen
- Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden
- Makrohämaturie
- **BPH**
- Blasenkarzinom
- Prostatakarzinom
- Harninkontinenz

- **87a Patient**
- **Rezidivierende Harnverhaltungen, Dauerkatheter**
- **Deutlich reduziertes AZ, 6 Begleiterkrankungen, 7 Dauermedikamente**
- **lebt im Pflegeheim**



TURP Pflegeheimpatienten: 12 Monate

- n=2.869
- 80.9±7.0 Jahre





Transurethral resection of the prostate in 85+ patients: a retrospective, multicentre study

Michael Lotterstätter¹ · Stephan Seklehner^{2,3} · Florian Wimpissinger^{4,5} · Jozsef Gombos⁶ · Jasmin Bektic⁷ · Philipp Stolzlechner⁷ · Sarah Laimer⁸ · Thomas R. W. Herrmann^{9,10,11} · Stephan Madersbacher¹ · Lukas Lusuardi³ · Manuela Sieberer³ · Christian Ramesmayer³

	Total		Total
<i>N</i>	168	<i>N</i>	168
Age, median (years)	87 (86–89)	Age, median (years)	87 (86–89)
Comorbidities		Discharge without catheter	144 (85.7%)
Medication (count), median	5 (3–8)	Discharge with catheter or PVR > 100 ml	27 (17.5%)
Anticoagulation (Total)	107 (63.7%)	12 months post-OP: catheter free	78 (85.7%)
LMWH/coumarin	16 (15%)	12 months post-OP incontinence	5 (6%)
NOAC	23 (21.5%)	12 months post-OP Re-Intervention	3 (3.2%)
PAI	68 (63.6%)		
Charlson Comorbidity Index	5.5 (5–9)		
Perioperative			
Indwelling catheter preoperatively	110 (66.3%)		
Bipolar resection	125 (74.4%)		
OP time (min), median	55 (36–75)		
Resected volume, median (g)	20.5 (10–35.5)		
Blood transfusion (Clavien Dindo 2)	13 (7.8%)		
Major complications (Clavien- Dindo ≥ 3b)	5 (3%)		
Hospitalisation (<i>d</i>), median	6 (5–8)		

ARTICLE

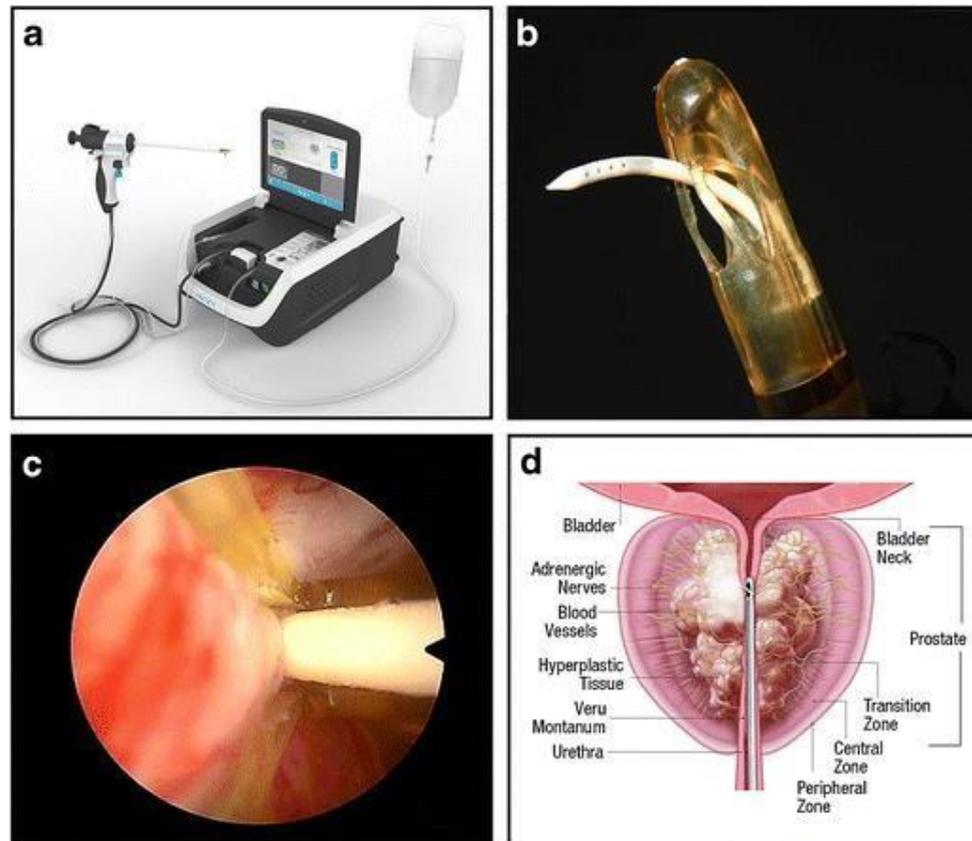
Clinical Research



Rezūm water vapor therapy in multimorbid patients with urinary retention and catheter dependency

K. Eredics¹ , C. Wehrberger¹, A. Henning¹, S. Sevcenco^{1,2}, M. Marszalek¹, M. Rauchenwald¹, C. Falkensammer³, U. Stoces³, S. Madersbacher^{3,4}, M. Horetzky², T. Kunit² and L. Lusuardi²

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Nature Limited 2021



Ca 75% Katheter-frei

Can a Simple Geriatric Assessment Predict the Outcome of TURP?

Klaus Eredics^a Christine Meyer^b Tanja Gschliesser^c Branimir Lodeta^c
Ortwin Heissler^d Thomas Kunitz^e Stephan Madersbacher^{b,f}

CSHA* Klinische Frailty-Skala [18]

Kategorie	Piktogramme**	Einstufung	Beschreibung
1		sehr fit	robust, aktiv, energisch, gut motiviert und fit: Diese Menschen trainieren regelmäßig und zählen zur fittesten Gruppe in ihrem Alter.
2		gut	ohne aktive Erkrankungen, aber weniger fit als Menschen der Kategorie 1
3		gut mit behandelten Komorbiditäten	Krankheitssymptome sind im Vergleich zur Kategorie 4 gut kontrolliert
4		scheinbar vulnerabel	obwohl nicht offensichtlich abhängig von anderen Menschen, beklagen sie doch, langsam geworden zu sein und Krankheitssymptome aufzuweisen
5		leicht gebrechlich (frail)	mit begrenzter Abhängigkeit von anderen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
6		mittelgradig gebrechlich	Hilfe ist in den instrumentellen und nicht-instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nötig
7		sehr gebrechlich	komplett abhängig von anderen Menschen in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder im Endstadium krank

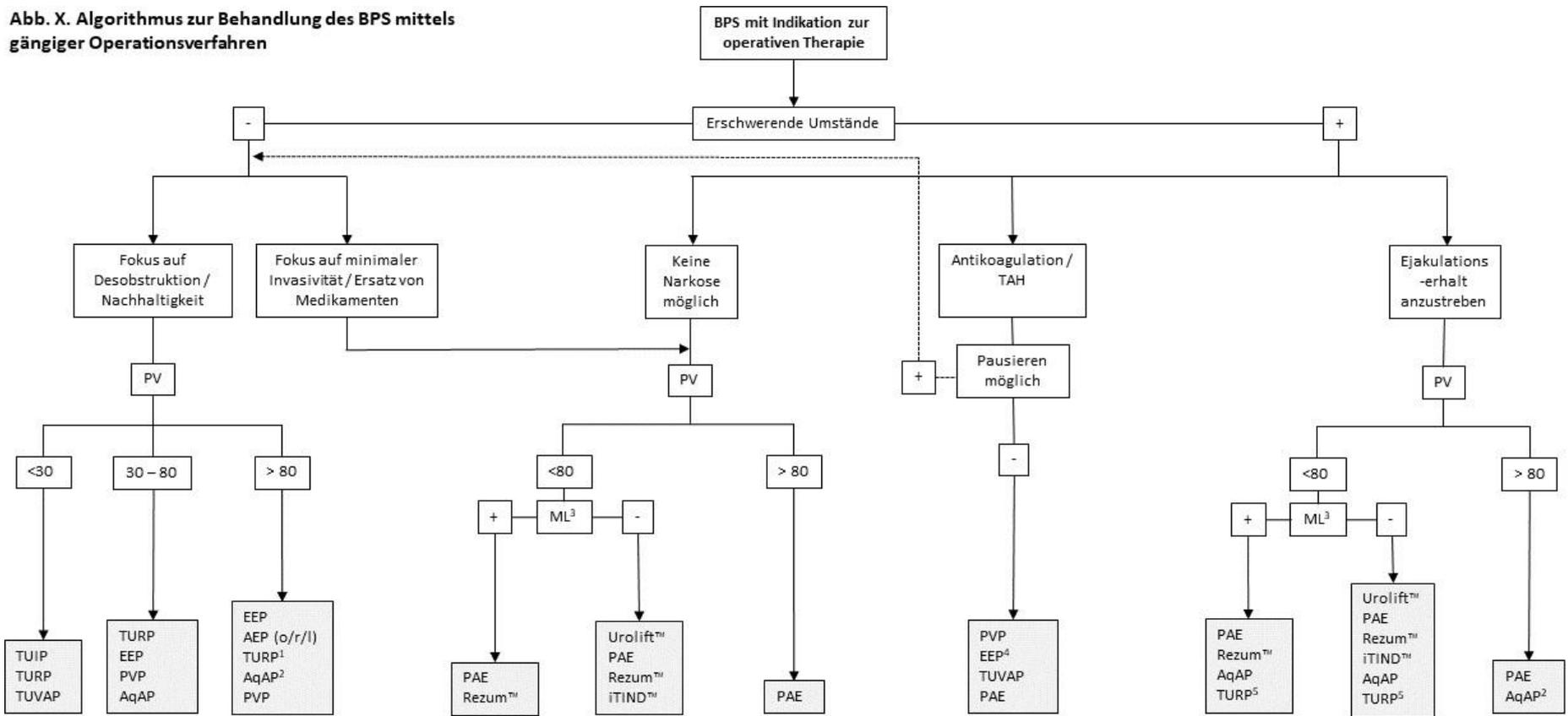
* CSHA: Canadian Study on Health and Aging
** <http://geriatricresearch.medicine.utoronto.ca/pdf/Clinical%20Frailty%20Scale.pdf>

Table 3. In-house complications and outcome at 3 months

	Total cohort (n = 54)	CSHA 1–3 (n = 42)	CSHA 4–7 (n = 12)	p value
Complications				
Blood transfusion ^a	3 (5.6)	3 (7.1)	0	0.6
Re-intervention w/o anaesthesia ^b	2 (3.7)	2 (4.8)	0	0.6
Re-intervention with anaesthesia ^c	1 (1.9)	1 (2.4)	0	0.7
Febrile UTI	1 (1.9)	1 (2.4)	0	0.8
Outcome				
Catheter free at discharge	43 (79.6)	34 (80.6)	9 (75.0)	0.34
Catheter free at 3 months	50 (92.6)	40 (95.2)	10 (83.3)	0.21
Post-void residual volume, mL	28±38	26±40	32±33	0.4

S2e Leitlinie BPS der dt Urologen

Abb. X. Algorithmus zur Behandlung des BPS mittels gängiger Operationsverfahren



Abkürzungen: AEP (o/r/l): Adenomenukleation der Prostata (offen/ robotisch/ laparoskopisch); AqAP: Aqua-Ablation der Prostata; EEP: Endoskopische Enukleation der Prostata (verschiedene Energiequellen); ML: Mittellappen; PAE: Prostata Arterienembolisation; PV: Prostatavolumen (in ml); PVP: Photoselektive Vaporisation der Prostata; TAH: Thrombozyten-Aggregationshemmung (andere als ASS); TUIP: Transurethrale Inzision der Prostata; TUVAP: Transurethrale Elektrovaporisierung;

Bemerkungen: Selten verwendete Techniken oder technische Modifikationen wurden im Schema nicht berücksichtigt, hierzu sei auf den Text verwiesen.

¹ gemäss Erfahrung Operateur; ² bis 150ml, erhöhtes Blutungsrisiko; ³ vergrößerter Mittellappen; ⁴ bei Energiequelle Laser; ⁵ bei ejakulations-protectivem Resektionstemplate

Indikation für invasiven Eingriff Geriatrischer Patienten

Geriatrisches Assessment (CSHA)

FIT
CSHA 1-3

FRAIL
CSHA 4-7

**Identische Tx wie
Jüngere**

**Cave
Lebenserwartung**

TURP

Rezum

DK-frei >95%

DK-frei 60-70%

Kategorie	Piktogramme**	Einstufung	Beschreibung
1		sehr fit	robust, aktiv, energiegeland, gut motiviert und fit. Diese Menschen trainieren regelmäÙig und zählen zur fittesten Gruppe in ihrem Alter.
2		gut	ohne aktive Erkrankungen, aber weniger fit als Menschen der Kategorie 1
3		gut mit behandelten Komorbiditäten	Krankheitssymptome sind im Vergleich zur Kategorie 4 gut kontrolliert
4		scheinbar vulnerabel	obwohl nicht offensichtlich abhängig von anderen Menschen, beklagen sie doch, langsam geworden zu sein und Krankheitssymptome aufzuweisen
5		leicht gebrechlich (frail)	mit begrenzter Abhängigkeit von anderen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
6		mittelgradig gebrechlich	Hilfe ist in den instrumentellen und nicht-instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens nötig
7		sehr gebrechlich	komplett abhängig von anderen Menschen in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder im Endstadium krank

* CSHA: Canadian Study on Health and Aging
** <http://geriatricresearch.medicino.dal.ca/pdf/Clinical%20Frailty%20Scale.pdf>

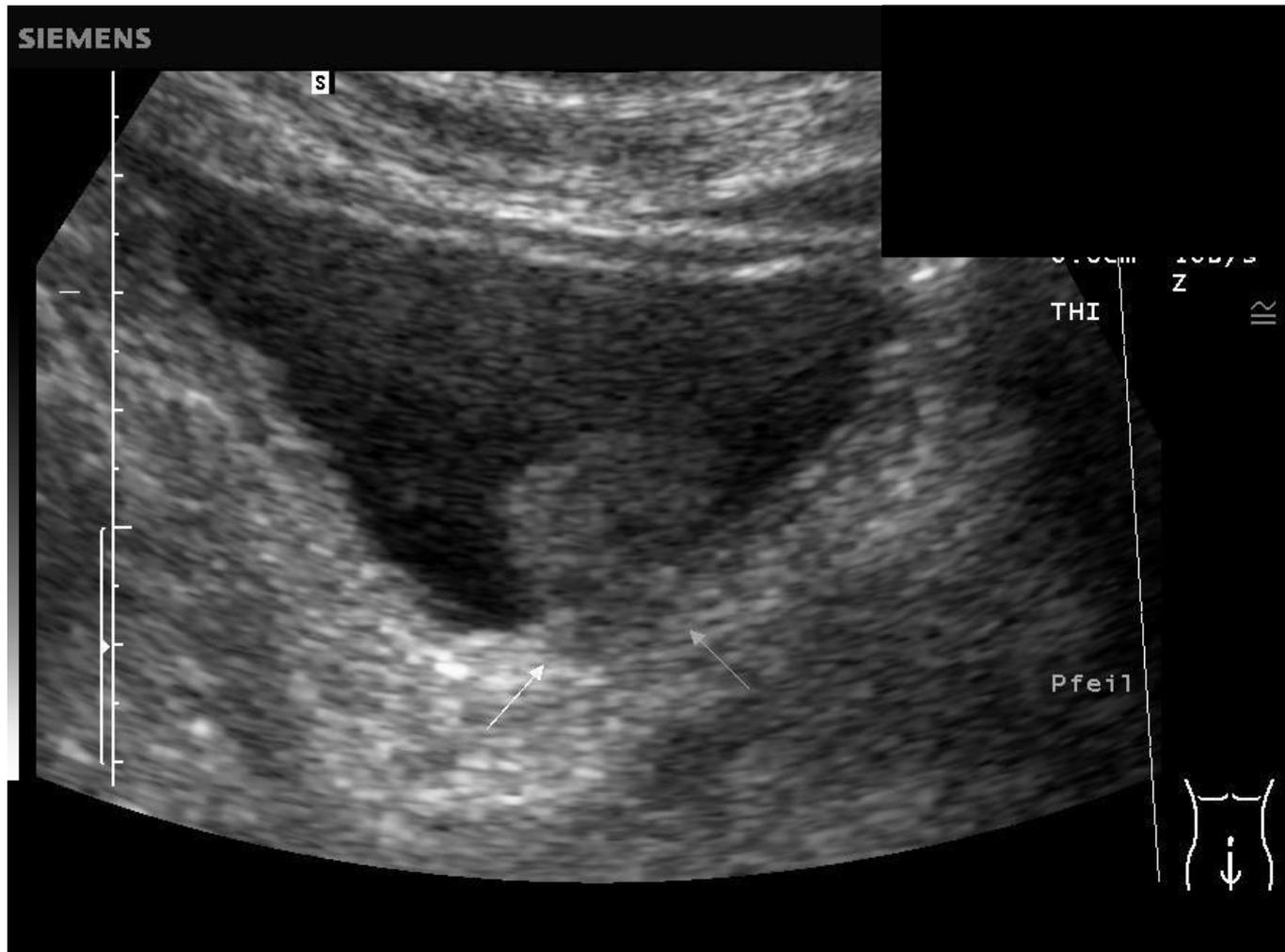
Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- Allgemeine Überlegungen
- Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden
- Makrohämaturie
- BPH
- **Blasenkarzinom**
- Prostatakarzinom
- Harninkontinenz

91a Mann

- Lebt zu Hause, 3x Heimhilfe/die, ECOG 2, ASA 2/3
- Hatte 1x eine Makrohämaturie



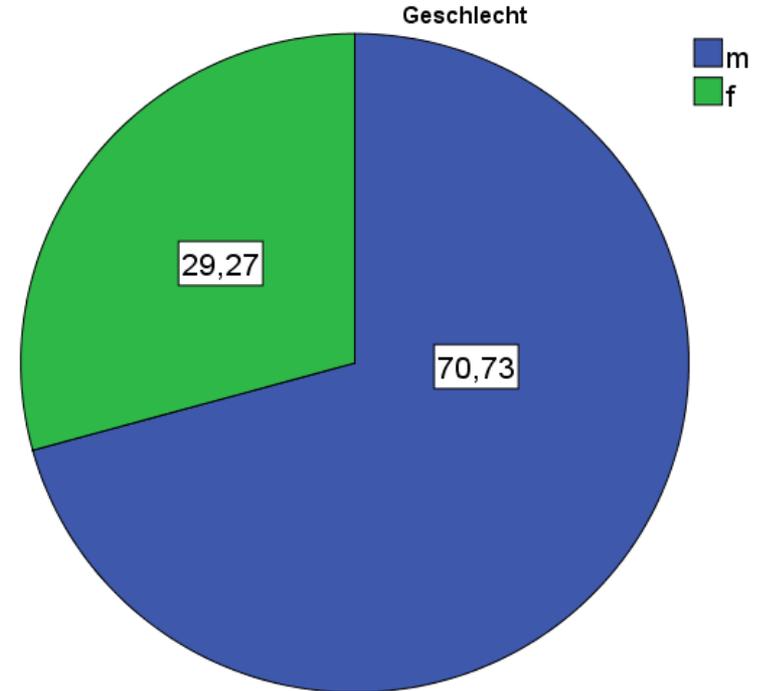
Bladder cancer in nonagenarians: a multicentre study of 123 patients

Klaus Eredics* , Katharina M. Bretterbauer[†], Evi Comploj^{‡***}, Alexander Friedl[§],
Tanja Gschliesser[¶], Sebastian Lenart*^{‡‡‡}, Stephan Seklehner^{††‡‡}, Florian Wimpissinger^{§§}
and Stephan Madersbacher*^{¶¶}

*Departments of Urology *Kaiser-Franz-Josef-Spital, §Barmherzige Schwestern Krankenhaus, **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, §§Rudolfstiftung Hospital, ¶¶Sigmund Freud Private University, Vienna, †Landeskrankenhaus Mistelbach, Mistelbach, ¶Krankenhaus Wiener Neustadt, Wiener Neustadt, ††Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Baden, ‡‡Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria, ‡‡‡Department of Urology, Hospital of Bolzano/Bozen, and ***Department of Research, College of Health Care Professions Claudiana, Bozen, Italy*

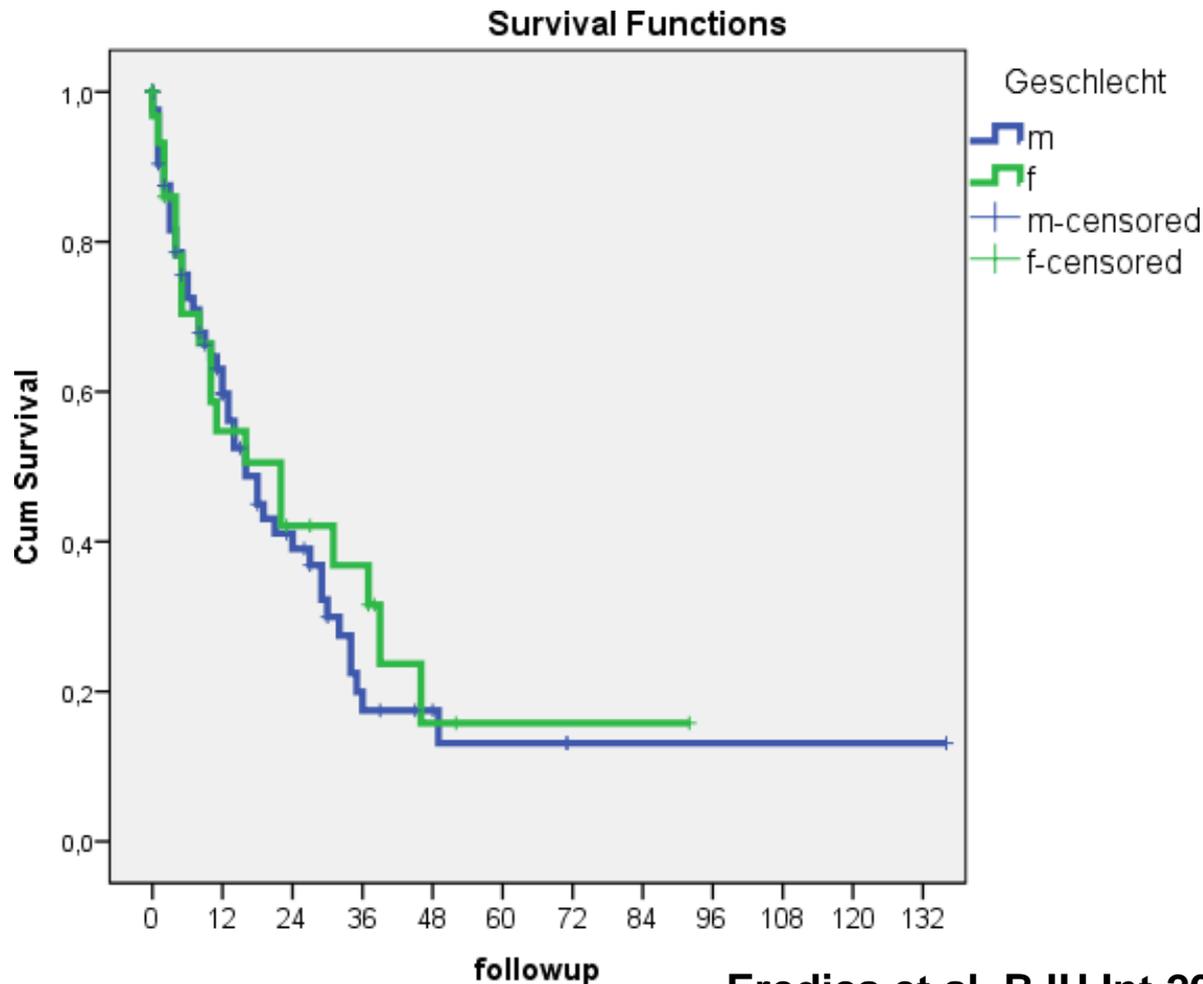
Ergebnisse

- **Insgesamt 123 Patienten**
- **M/F Ratio 2,4:1**
- **Beobachtungszeitraum 2006 bis 2017**
- **Mittleres Alter 91a (90-99a)**
- **Mittlerer Follow-up: 16 Monate**

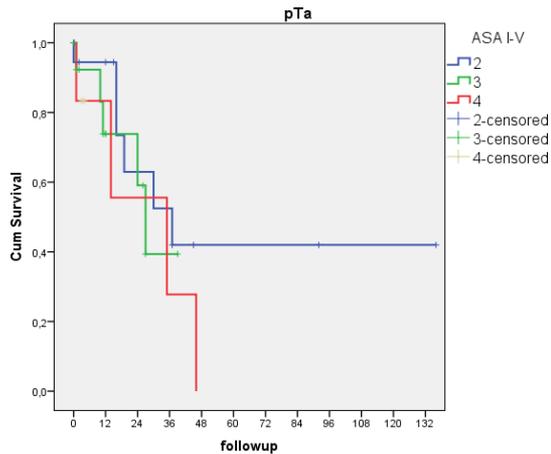


Gesamtüberleben

- **Mittlere Überlebenszeit 34 Monate**
- **Keine signifikanten Geschlechtsunterschiede**

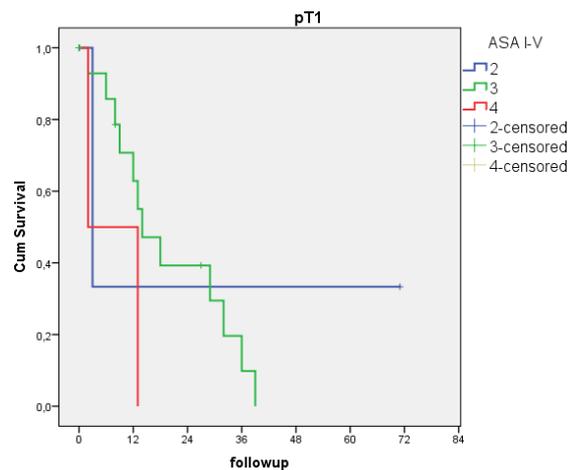


Signifikanter Einfluss von Komorbiditäten auf *Gesamtüberleben*



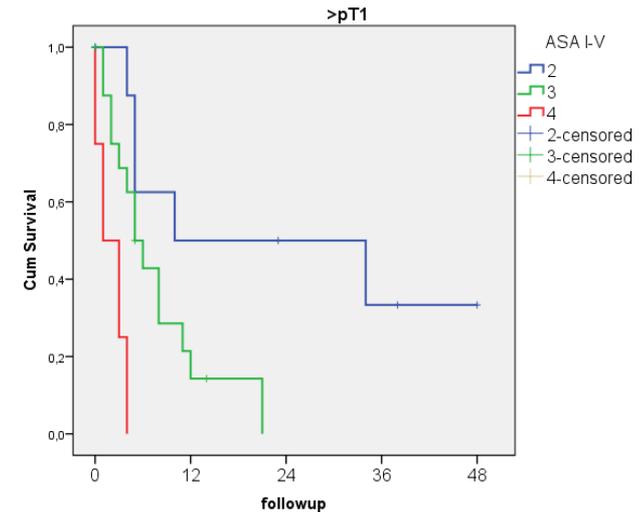
pTa

ASA II: 69 Monate
ASA III: 26 Monate
ASA IV: 26 Monate



pT1

ASA II: 25 Monate
ASA III: 19 Monate
ASA IV: 8 Monate



>pT1

ASA II: 24 Monate
ASA III: 7 Monate
ASA IV: 2 Monate

Comparison of Complications from Radical Cystectomy between Old-Old versus Oldest-Old Patients

	<i>n=251</i>	<i>>74-84yrs n=199</i>	<i>>84 n=52</i>	
	Entire cohort	Group 1	Group 2	p value
Cumulative hospital stay, median (range)	17 (2–91)	18 (2–91)	17 (4–51)	0.194
30-day mortality, n (%)	7/142 (4.9)	5/111 (4.5)	2/31 (6.5)	0.658
90-day mortality, n (%)	25/142 (17.6)	15/111 (13.5)	10/31 (32.3)	0.015
Without complications, n (%)	112 (44.6)	95 (47.7)	17 (32.7)	0.052
CDC, n (%)	139 (55.4)			0.045
I	17 (6.8)	13 (6.5)	4 (7.7)	
II	64 (25.6)	43 (21.6)	21 (52)	
III	38 (15.1)	34 (17)	4 (7.7)	
IV	13 (5.2)	9 (4.5)	4 (7.7)	
V	7 (2.3)	5 (2.5)	2 (3.8)	
3-year overall survival, %		40	34	0.097
3-year cancer-specific survival, %		52	50	0.537

- **Bessere Patientenselektion**
- **Rolle der postoperativen Rehabilitation**

Invasives Harnblasenkarzinom

Verschwindet die radikale Zystektomie?

VOLUME 36 · NUMBER 34 · DECEMBER 1, 2018

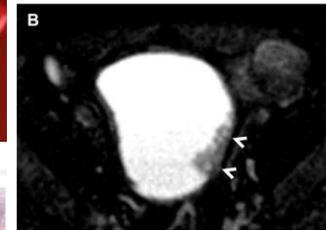
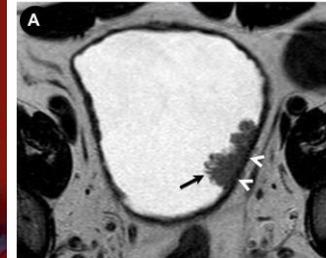
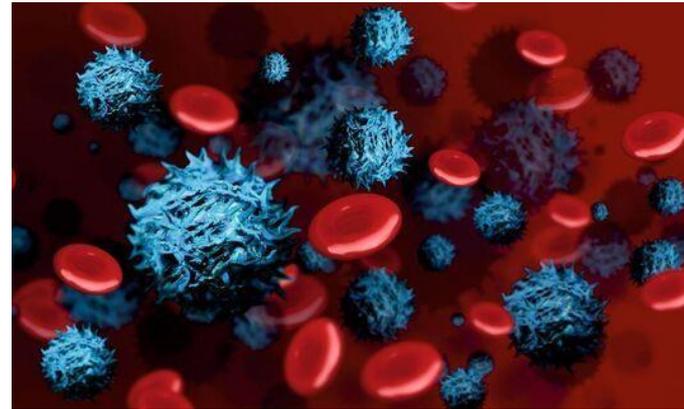
JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

RAPID COMMUNICATION

Pembrolizumab as Neoadjuvant Therapy Before Radical Cystectomy in Patients With Muscle-Invasive Urothelial Bladder Carcinoma (PURE-01): An Open-Label, Single-Arm, Phase II Study

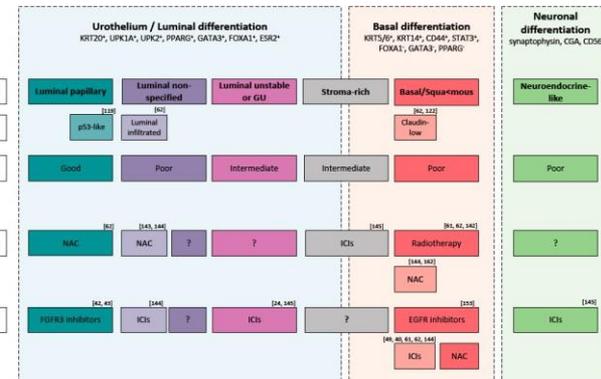
Andrea Necchi, Andrea Anichini, Daniele Raggi, Alberto Briganti, Simona Massa, Roberta Lucianò, Maurizio Colechia, Patrizia Giannatempo, Roberta Mortarini, Marco Bianchi, Elena Farè, Francesco Monopoli, Renzo Colombo, Andrea Gallina, Andrea Salonia, Antonella Messina, Siraj M. Ali, Russell Madison, Jeffrey S. Ross, Jon H. Chung, Roberto Salvioni, Luigi Mariani, and Francesco Montorsi

Response	All Treated Patients (N = 50)	PD-L1 CPS $\geq 10\%$ (n = 35)	PD-L1 CPS $< 10\%$ (n = 15)
Primary end point			
Pathologic complete response, No. (%)	21 (42)	19 (54.3)	2 (13.3)
95% CI	28.2 to 56.8		
Secondary end point			
Pathologic downstaging to pT<2, No. (%)	27 (54)	23 (65.7)	4 (26.7)
95% CI*	39.3 to 68.2		



Full length video showing TAR-200 insertion is available via the QR code

Optionen auch für betagte Patienten?



Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- Allgemeine Überlegungen
- Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden
- Makrohämaturie
- BPH
- Blasenkarzinom
- **Prostatakarzinom**
- Harninkontinenz

S3-Leitlinie Prostatakarzinom

3.5	Evidenzbasierte Empfehlung	geprüft 2018
Empfehlungsgrad B	<p>Für Männer, die weiterhin eine PSA-Früherkennungsuntersuchung wünschen, sollte sich das Intervall der Nachfolgeuntersuchung am aktuellen PSA-Wert und am Alter der Patienten orientieren, sofern keine Indikation zur Biopsie gegeben ist.</p> <p>Altersgruppe ab 45 Jahren und einer Lebenserwartung > 10 Jahre</p> <ul style="list-style-type: none">• PSA < 1 ng/ml: Intervall alle 4 Jahre• PSA 1-2 ng/ml: Intervall alle 2 Jahre• PSA > 2 ng/ml: Intervall jedes Jahr <p>Für Männer über 70 Jahre und einem PSA-Wert < 1 ng/ml wird eine weitere PSA-gestützte Früherkennung nicht empfohlen.</p>	
Level of Evidence 4	Expertenkonsens basierend auf [56]	
	Gesamtabstimmung: 92 %	

KEINE PSA-Bestimmung jenseits des 75. Lebensjahr beim asymptomatischen Patienten

Aber, an das Prostatakarzinom denken!!

82a Mann, seit 2 Monaten deutliche
Beschwerden im Bereich der
Wirbelsäule, therapierefraktär

PSA: 1200ng/ml

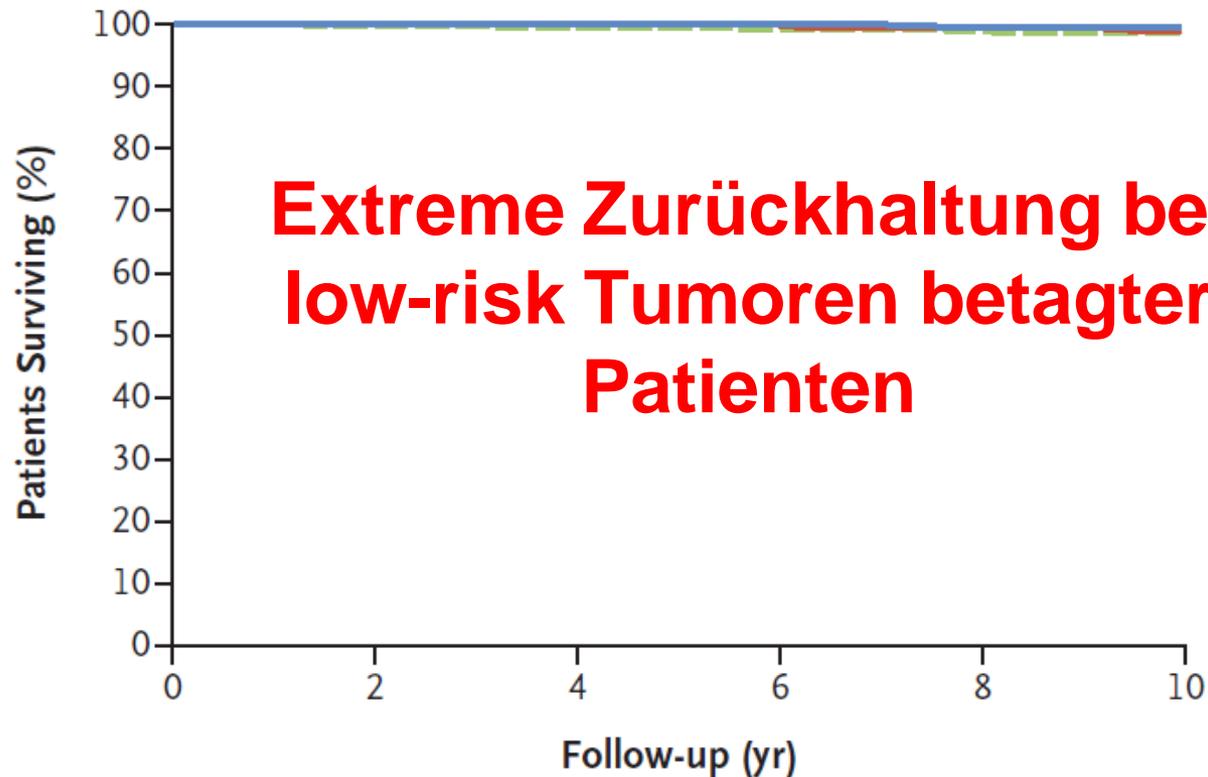
- Bei Schmerzen
- Bei Makrohämaturie
- Bei LUTS/Hydronephrose



Primum non nocere *PROTECT*

— Surgery — Radiotherapy — Active monitoring

A Prostate-Cancer-Specific Survival



No. at Risk 1643 1628 1605 1575 1286 746

Urologie 2024 · 63:867–877
<https://doi.org/10.1007/s00120-024-02397-1>
 Angenommen: 26. Juni 2024
 Online publiziert: 7. August 2024
 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



Urogeriatrisches Denken am Beispiel der antiandrogenen Therapie des Prostatakarzinoms

A. Wiedemann¹ · A. Manseck² · J. Stein³ · M. Fröhner⁴ · C. Fiebig⁵ · A. Piotrowski⁶ · R. Kirschner-Hermanns⁷

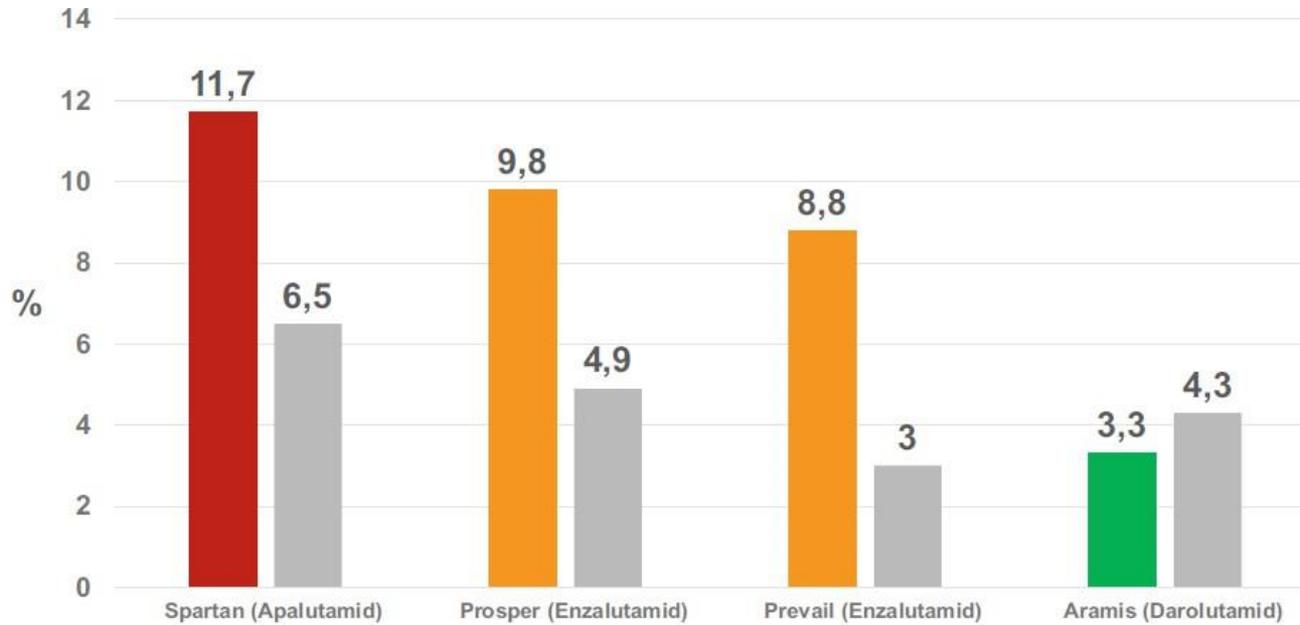


Abb. 2 ◀ Häufigkeit von osteoporotischen Frakturen in den einzelnen Zulassungsstudien SPARTAN [17], PROSPER [18], PREVAIL [19] und ARAMIS ([20]; *Hinweis:* Daten aus unterschiedlichen Studien, die nicht zum Vergleich bestimmt sind [17–19])



RESEARCH

Open Access



Impact of comprehensive geriatric assessment on treatment decisions in older prostate cancer patients

- **140 Patienten wurden inkludiert**
- **Geriatrisches Assessment**
- **Veränderung der Behandlungsstrategie bei 40.7%**
- **Veränderungen ALLE zu Gunsten einer weniger aggressiven Therapie**

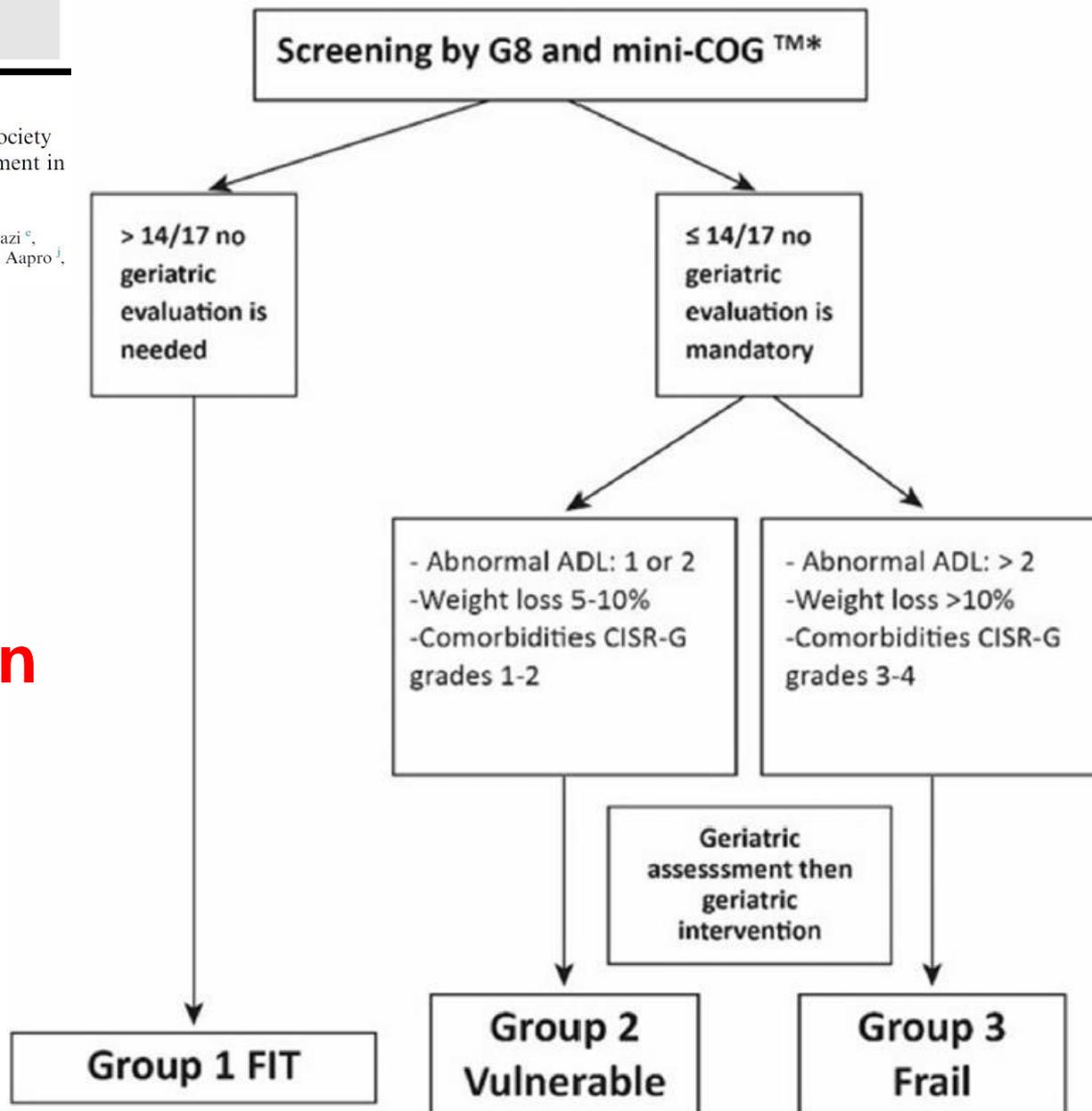


Review

Updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients

H.J. Boyle ^{a,*}, S. Alibhai ^b, L. Decoster ^c, E. Efstathiou ^d, K. Fizazi ^e, N. Mottet ^f, S. Oudard ^g, H. Payne ^h, M. Prentice ^h, M. Puts ⁱ, M. Aapro ^j, J.-P. Droz ^k

**Auch
De-Eskalation**



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Quality of life in men with metastatic prostate cancer in their final years before death – a retrospective analysis of prospective data

Maja Holm^{1*} , Sandra Doveson^{1,2}, Olav Lindqvist^{3,4}, Agneta Wennman-Larsen^{1,2} and Per Fransson^{4,5}

Results: Men with mPC generally rated their QoL poorly compared to established clinically significant threshold values. The group of men that were < 6 months before death rated their QoL, functioning and several symptoms significantly worse than the two other groups. Men that died after the year 2006 reported lower QoL and functioning and more pain and fatigue than those who died before 2006.

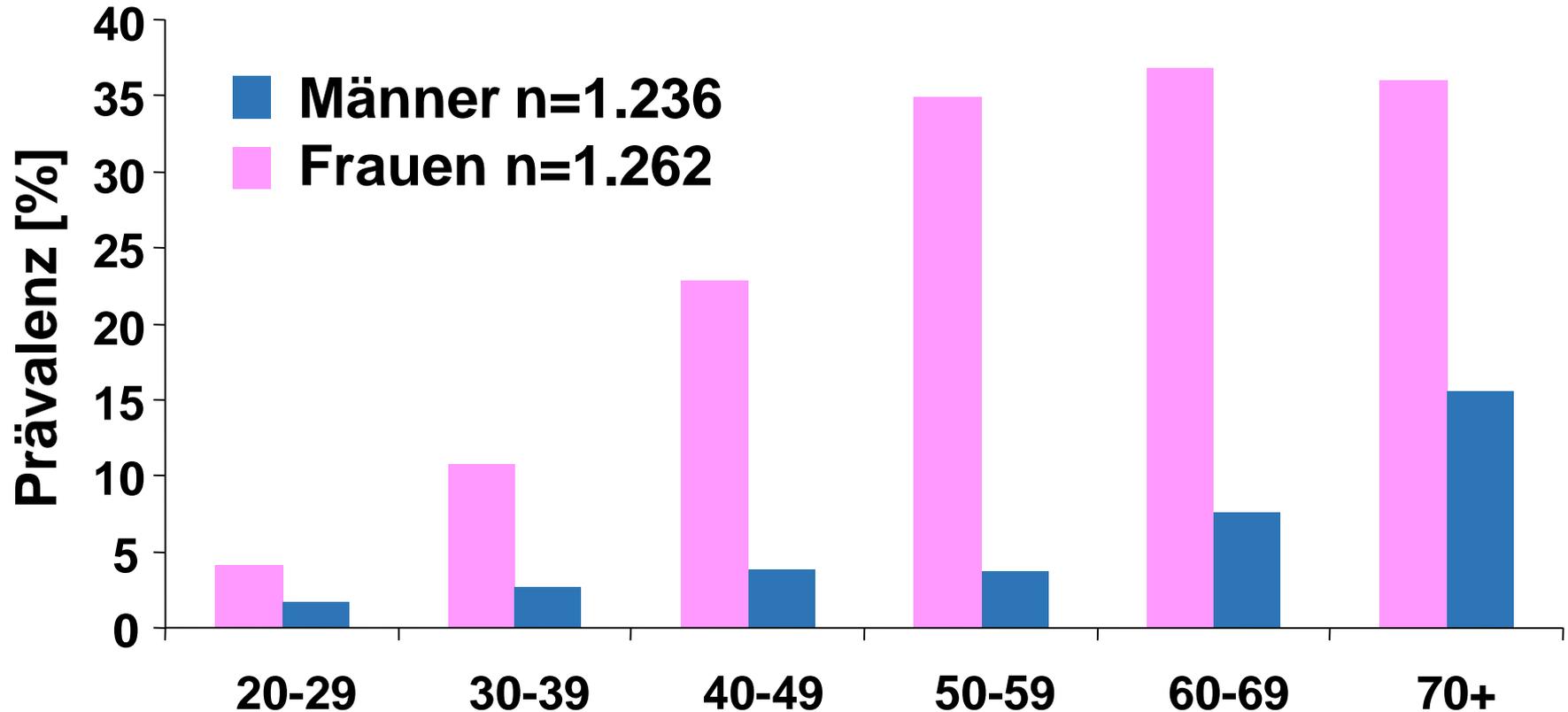
Warum keine Verbesserung?

Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- Allgemeine Überlegungen
- Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden
- Makrohämaturie
- BPH
- Blasenkarzinom
- Prostatakarzinom
- **Harninkontinenz**

Prävalenz der Harninkontinenz* Österreich



* Harnverlust während der letzten 4 Wochen

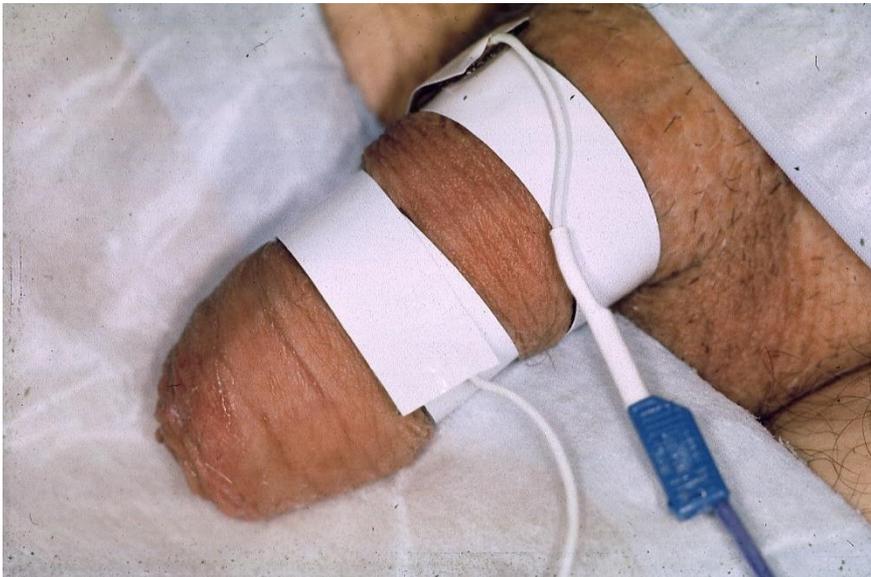
Absolut 2015: 182.000 Männer und 807.000 Frauen

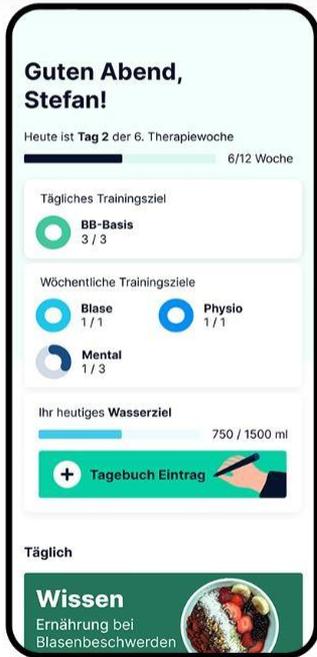
Geriatric urinary incontinence

Cause:-

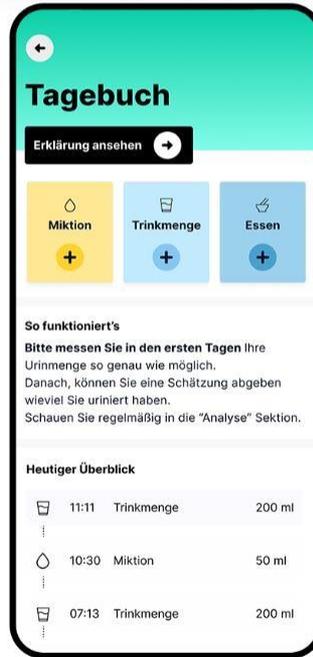
- D** - Delirium
- I** - Infection
- A** - Atrophic vaginitis or urethritis
- P** - Pharmaceuticals
- P** - Psychological disorders
- E** - Endocrine disorders
- R** - Restricted mobility
- S** - Stool impaction

Nicht-invasive Neuromodulation





Personalisiertes Training



Miktionstagebuch



Drang Stopp

Urologie 2024 · 63:850–859
<https://doi.org/10.1007/s00120-024-02398-0>
Angenommen: 26. Juni 2024
Online publiziert: 12. August 2024
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



Digitale Gesundheitsanwendungen in der Urologie

Sandra Schönburg^{1,2} · Christian Gratzke³ · Kurt Miller⁴ · Laura Wiemer⁴ · Sabine Kliesch⁵

¹Urologische Universitätsklinik Halle, Martin Luther University, Halle (Saale), Deutschland

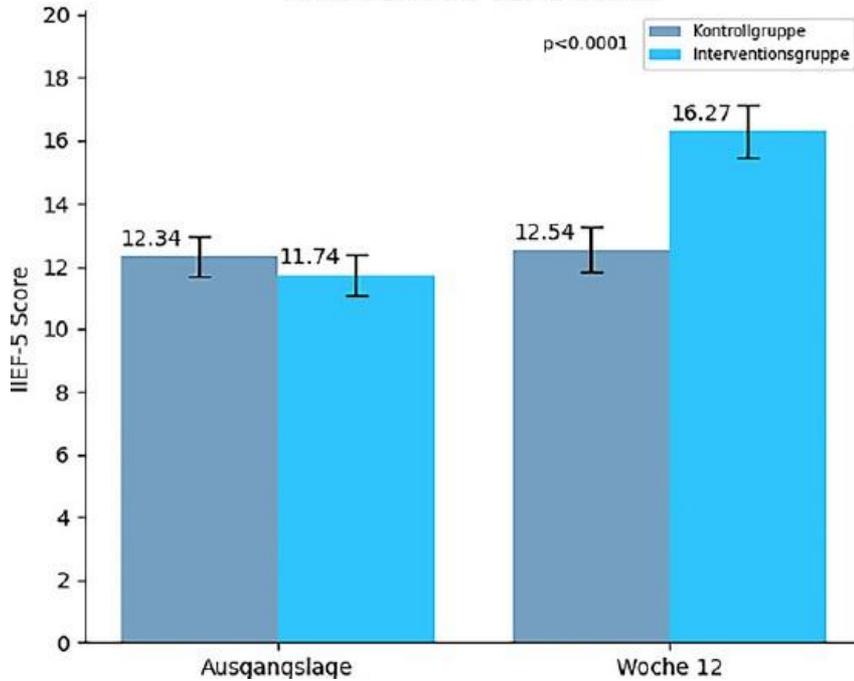
²Neuro-Urologie, BG Klinikum Bergmannstrost, Halle (Saale), Deutschland

³Urologische Universitätsklinik Freiburg, Freiburg, Deutschland

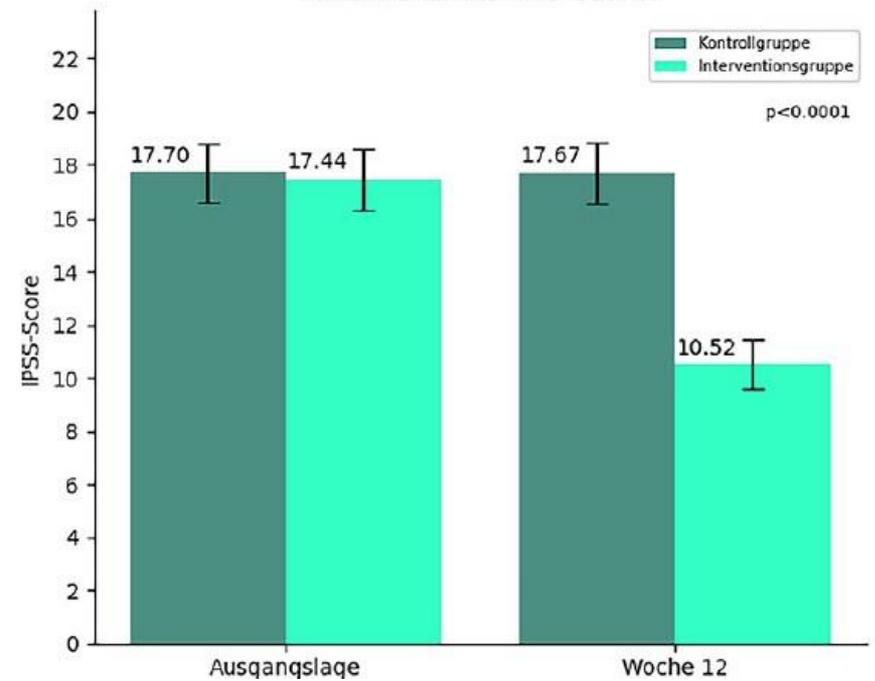
⁴Kranus Health GmbH, Urologische Universitätsklinik Charité, Berlin, Deutschland

⁵Andrologische Universitätsklinik Münster, Münster, Deutschland

Mittelwerte der IIEF-5 Scores



Mittelwerte der IPSS-Scores



A digital health program for treatment of urinary incontinence: retrospective review of real-world user data

Laura E. Keyser^{1,2}  · Jessica L. McKinney^{1,2} · Samantha J. Pulliam^{2,3} · Milena M. Weinstein⁴



- **Hohe Adhärenz**
- **Deutliche Verbesserung der HI**

Urogeriatrisches Denken

Übersicht

- **Allgemeine Überlegungen**
- **Wie lange leben geriatrische Patienten, die auf einer Urologie stationär aufgenommen wurden**
- **Makrohämaturie**
- **BPH**
- **Blasenkarzinom**
- **Prostatakarzinom**
- **Harninkontinenz**