

Dr. Florian Ch. Beikert
 Prof. H. Peter Scheidel
 Frauenklinik
 Marienkrankenhaus Hamburg

Chronische rezidivierende genitale Candidainfektionen (RVVC: recurrent vulvovaginal candidiasis)

Unter Patientinnen mit entzündlichen Vulvabeschwerden nehmen genitale Pilzinfektionen mit *Candida albicans* mit ca 1/3 der Fälle zu und stellen die häufigste Ursache dar. Differentialdiagnostisch gilt es, infektiöse Ursachen mit diversen anderen Erkrankungen (lokaler Östrogenmangel, Dysplasie, Hauterkrankungen, Allergien) abzugrenzen. Entzündliche Vulvabeschwerden sind – glaubt man den Patientinnen – in der Sprechstunde für viele Frauenärzte „mühsam“ „trivial“ und „langweilig“, die Patientinnen „nerven“ häufig. Für Patientinnen handelt es sich jedoch um eine extrem belastende Symptomatik, vor allem wenn sie eine lange Leidenszeit hinter sich haben. Hinzu kommt die Verunsicherung der betroffenen Frauen, weil das Bedürfnis nach einer plausiblen Erklärung von den behandelnden Ärzten meist nicht befriedigt werden kann.

Unkomplizierte genitale Candidainfektionen (engl. vulvovaginal candidiasis, VVC)

Die Lebenszeitprävalenz für genitale Pilzinfektionen beträgt 75 %, wobei die meisten Infektionen im 3. und 4. Lebensjahrzehnt auftreten. In bis zu 95 % der Fälle werden diese durch *Candida albicans* hervorgerufen, einem fakultativ pathogenen, sporenbildenden Hefepilz, der häufig physiologisch im Intestinal-, Oropharyngeal- und Vaginalbereich vorkommt. Genitale Pilzinfektionen treten häufig kurz nach einer Antibiotikaeinnahme auf. Gehäuft finden sie sich bei Patientinnen mit Diabetes mellitus, immunsupprimierten Patientinnen und Patientinnen, die Intrauterinpressare oder Kondome zur Kontrazeption benutzen. Umstritten sind dagegen der Einfluss hormonaler Kontrazeption, des Sexualverhaltens sowie der Körperhygiene auf die Entstehung von genitalen Pilzinfektionen. Die Diagnostik (Anamnese, Inspektion, Kolposkopie, Mikroskopie) wie auch die Therapie der unkomplizierten genitalen Pilzinfektion ist unproblematisch, da alle verfügbaren systemisch und topisch appli-

zierten Antimykotika eine hohe Heilungsrate (80–90 %) haben. Bisher besteht kein Hinweis auf einen Unterschied in der Effektivität zwischen den verschiedenen topischen Antimykotika und der gewählten Applikationsart. Genitale Pilzinfektionen werden nicht zu den sexuell übertragbaren Krankheiten gezählt (STD), eine Partnertherapie ist somit nicht indiziert.

Chronische genitale Candidainfektionen (RVVC, engl recurrent vulvovaginal candidiasis)

Je nach Studie leiden zwischen 5 % und 8 % aller Frauen im gebärfähigen Alter an chronischen genitalen Pilzinfektionen (RVVC). Darunter versteht man definitionsgemäß vier oder mehr nachgewiesene Pilzinfektionen in einem Zeitraum von 12 Monaten.

Pathogenese

Eine symptomatische Infektion mit *C. albicans* kann als Komplikation von der Vagina (unverhornt) auf die äußere Vulva (verhornt) übergehen und in den oberen Hautschichten der äußeren Vulva Blastosporen bilden. Im Gegensatz zur Vagina können das Immunsystem oder antimykotische Standardtherapien *C. albicans* aus den oberen, verhornten Hautschichten der äußeren Vulva, nur schwer eliminieren. Durch mechanische Belastungen, wie z.B. Fahrradfahren, Geschlechtsverkehr oder enge Kleidung, werden infizierte Hautzellen von der äußeren Vulva abgeschilfert und in die Vagina eingetragen. Auf diese Weise kommt es zum Wiederauftreten der typischen Vulvitisbeschwerden.

Diagnostik

Wegen der erheblichen Konsequenzen für Diagnose und Therapie sollten neben den vaginalen Abstrichen, auch Abstriche vom Sulcus interlabialis, von periklitoridal sowie vom Perianalbereich zur Nativbeurteilung und Kultur (Sabourraud-Agar) entnommen werden.



Abb. 1. Ausgeprägte Vulvarötung und Mariske/Hämorrhoiden im Analbereich

Therapie

Zu diesem Thema kursieren in der Laienliteratur die wildesten Therapieempfehlungen: Diverse Pilzdiäten (z.B. zuckerfreie Diäten oder der Verzicht auf Weißmehlprodukte), Verwendung von Essigspülungen, Naturschwämmen sowie kurioserweise auch das Einführen einer Knoblauchzehe in die Vagina. Häufig wird auch eine lokale Therapie mit Joghurt empfohlen. Die antimykotische Therapie initial mit einer lokalen Kortisongabe zu kombinieren ist unserer Erfahrung nach



Abb. 2. Makroskopisch sichtbare Vulvarötung mit typischen weißlichen Belägen

nicht sinnvoll, da dies nur eine symptomatische Therapie darstellt und die Ursachen der Beschwerden nicht behebt. Außerdem resultiert eine prolongierte lokale Kortisonapplikation in einem dünneren Vaginalepithel, was die Beschwerden (z.B. Dyspareunie) noch verstärken würde.

Im Gegensatz zur unkomplizierten VVC sollte eine RVVC über 20 Tage kombiniert mit

- 1 × tgl. 100mg Fluconazol per os und
- einem lokal applizierten sporenabtötenden Antimykotikum (z.B. Ciclopirox®-Olamon, Ciclopirox Dermapharm)

therapiert werden.

Fallbeispiel 1: 35-jährige Patientin mit RVVC

Die Patientin klagt seit 9 Jahren über chronisch rezidivierendes Jucken/Brennen im Genitalbereich, sowie zeitweise leichte Dysurie und ausgeprägte Dyspareunie.

Die Patientin wurde über 20 Tage täglich mit 1×100mg Fluconazol in Kombination mit täglich auf Vulva/Vagina aufgetragener, sporozider Creme (Ciclopirox®-Olamon) therapiert. Direkt nach der Therapie wie auch im Follow-up war die Patientin völlig beschwerdefrei.

Fallbeispiel 2: Auch Hämorrhoiden können RVVC auslösen

Kolposkopisches Bild einer 52-jährigen Patientin, die seit 20 Jahren unter einer chronischen Candida Vulvovaginitis litt (Abb. 1). Etwa alle zwei Monate traten bei dieser Patientin Beschwerden mit Juckreiz, ohne Dysurie aber mit Dyspareunie auf.

Die Patientin wurde zum Proktologen überwiesen und war nach erfolgter chirurgischer Therapie beschwerdefrei.

Kommentar

Die vorliegende Arbeit fasst die aktuellen Ergebnisse einer Studie zur Diagnostik und Therapie der chronisch rezidivierenden Candidainfektionen zusammen. Hilfreich ist vor allem der Hinweis auf die Notwendigkeit einer intensiven Therapie dieser Patientinnen über 20 Tage.

Zwei Anmerkungen zu diesem Thema:

1. Für die Labor-Diagnostik bleiben Kultur und Mikroskopie weiterhin die Goldstandard-Methoden. Die Kultur erlaubt eine quantitative Beurteilung. Dies ist besonders wichtig bei Candida, da Besiedelungen der Haut und der Schleimhäute häufig sind (in der Vagina in bis zu 10 % Nachweis bei asymptomatischen Frauen). Die Quantifizierung bietet eine Entscheidungshilfe zwischen Kolonisation und Infektion. Aber Pilze können neuerdings auch molekularbiologisch nachgewiesen werden. Diese molekularbiologischen Verfahren (PCR) sind der konventionellen Labordiagnostik in einzelnen Teilbereichen überlegen. Der wesentliche Vorteil molekularer Methoden liegt in der Nachweismöglichkeit in jedem Material. Dadurch können Patientinnen selbst Material entnehmen (Tampons) und versenden. Diese Möglichkeit findet viel Akzeptanz bei Patientinnen mit chronisch rezidivierenden Infektionen oder bei Kontrolluntersuchungen. Bald werden auch diagnostische DNA-Microarrays für die schnelle Identifikation von Candida in der Routine zur Verfügung stehen. Eine gute Zusammenfassung zum Thema „Vaginal discharge“ findet sich im BMJ 2007; 335:1147–51.

2. Vorbeugen ist besser als Heilen.

Es gehört zur Behandlung der chronischen genitalen Candidainfektionen, Patientinnen über die Möglichkeiten der Prävention zu informieren. Dies ist mühsam, zeitaufwendig und setzt eine sorgfältige Erhebung der Allgemein- und Sexualanamnese voraus. Berücksichtigt man die im obigen Artikel dargestellte Pathogenese dann machen allgemeine Empfehlungen, wie Baumwollunterwäsche und weite Hosen, bzw. Röcke aus atmungsaktiven Materialien wie Seide, Baumwolle, Viskose oder Hanf zu tragen, auf Nylonstrumpfhosen zu verzichten und stattdessen besser Strümpfe zu verwenden, möglicherweise einen gewissen Sinn. Bewiesen ist dies bislang nicht. Ebenfalls wissenschaftlich unge-

sichert ist der Einfluss von Wärme und Feuchtigkeit im Genitalbereich. Ob es wirklich sinnvoll ist die Sitzheizung im Auto nicht zu benutzen, da zu große Wärme angeblich die Vaginalflora beeinträchtigen kann, bleibt fraglich. Die meisten allgemeinen Empfehlungen (z.B. während der Menstruation auf möglichst luftdurchlässige Produkte zu achten, die keine chemischen Zusätze oder Duftstoffe enthalten oder keine Slipelagen zu tragen um Wärme und Feuchtigkeit im Genitalbereich zu reduzieren) sind nicht unumstritten. Dennoch sind Patientinnen meist dankbar für solche allgemeine Hinweise, weil sie ihnen das Gefühl vermitteln selbst etwas tun zu können. Andererseits können solche Empfehlungen die Patientinnen verunsichern und ohne Grund ein „schlechtes Gewissen“ erzeugen. Man findet solche Vorschläge jedoch in vielen Ratgebern und Broschüren und sollte dies deshalb im Patientengespräch erwähnen.

Gesicherter ist der Einfluss der Scheidenflora. Es gibt einige Studien, welche einen präventiven Effekt durch spezielle Döderlein-Präparate belegen. Lokale Maßnahmen zum Erhalt des sauren Milieus können versucht werden, wenn Pilzinfekte häufig nach dem Geschlechtsverkehr oder anderen spezifischen Vorkommnissen wie Schwimmbad- oder Saunabesuchen auftreten. Wichtig erscheint der Hinweis darauf, dass man sich vaginale Pilzinfektionen nicht auf Toiletten, in Schwimmbädern oder Saunen „einfangen“ kann. Der Grund für den zeitlichen Zusammenhang mit den Beschwerden ist – wenn überhaupt – in der vorübergehenden Normalisierung des vaginal-pH-Wertes durch chloriertes Wasser und Ähnlichem zu suchen.

Der als Hausmittelchen häufig genannte, in die Scheide eingeführte Naturjoghurt kann die Symptome allenfalls kurz lindern. Die Einführung von Joghurttampons in die Scheide ist medizinisch umstritten, weil Tampons die Scheide austrocknen können. Außerdem müsste für jede Anwendung ein neuer Becher Joghurt geöffnet

werden, da bei bereits offenen Bechern die Kontamination durch Bakterien möglich ist. Da der pH-Wert jedoch nicht in den für das Wachstum der Döderlein-Bakterien erforderlichen sauren Bereich gebracht wird, bleibt die Infektion meist weiterhin bestehen. Es gibt keine klinischen Studien, die eine Wirksamkeit alternativer Behandlungsmethoden bestätigen.

Hilfreich sind Hinweise für eine sachgerechte Intim-Hygiene:

Da sich Frauen mit rezidivierenden Scheidenpilzinfektionen häufig als „unsauber“ empfinden, neigen sie eher zu übertriebener Hygiene. Man sollte diesen Patientinnen den Verzicht auf die Verwendung von Seife, Ölen (z.B. Massageöl), Duschgel, Bodylotion, Badezusätzen, Intimsprays und vor allem Schleimhautdesinfektionsmitteln im Intimbereich empfehlen, insbesondere im direkten Kontakt mit der vaginalen Schleimhaut. Jedes chemische Produkt, auch die zur Empfängnisverhütung verwendeten Schaumzäpfchen oder spermienabtötende Crèmes und auch Gleitmittel können das mikrobiologische Gleichgewicht der Scheide negativ beeinflussen. Zum Waschen des Genitalbereichs ist klares Wasser zu empfehlen. Der Waschlappen sollte jedes Mal gewechselt werden oder noch besser Einmaltücher verwendet werden. Es gibt auch spezielle Reinigungslotionen für den Genitalbereich. Sie helfen der Flora zwar nicht, schaden aber im Gegensatz zu Duschgels nicht. Baden gilt als unbedenklich.

Eine wichtige prophylaktische Maßnahme ist eine gründliche und sachgerechte Reinigung nach dem Stuhlgang, da *Candida* häufig als Darmkeim in der Perianalregion vorliegt. Man sollte Patientinnen (falls nicht schon bekannt) dazu anhalten den Analbereich von vorne nach hinten zu wischen und gegebenenfalls zusätzlich mit Feuchttüchern in derselben Richtung zu reinigen.

Trotz aller Professionalität scheuen sich auch GynäkologInnen häufig über das Thema Sexualverhalten zu sprechen. Aber beim Sex sollten ebenfalls einige Regeln

beachtet werden. Es empfiehlt sich nach jedem Geschlechtsverkehr zu urinieren und mit einem feuchten Tuch den Genitalbereich von vorne nach hinten zu reinigen. Analverkehr mit anschließendem Vaginalverkehr ist ein möglicher Übertragungsweg. Oralverkehr dagegen spielt nur eine Rolle wenn beim Partner Pilze im Oropharynx nachgewiesen werden. In diesen Fällen sollte Oralverkehr mit einem Lecktuch begangen werden. Als Lecktuch wird eine Folie bezeichnet, die mit wasserlöslichem Gleitmittel benetzt und über die Intimregion der Frau ausgebreitet wird, ursprünglich um sich beim Oralverkehr vor der Übertragung von HIV zu schützen. Beim Cunnilingus wird so eine Übertragung, bzw. eine Aufnahme von Scheidenflüssigkeit durch den Sexualpartner verhindert. Eine Übertragung über die Hände bei Masturbation spielt primär wohl keine Rolle. Eine starke mechanische Reizung der Schleimhaut bei der Masturbation möglicherweise schon.

Fazit

obwohl es wenig gesichertes Wissen zur Prophylaxe gibt, ist ein natürliches saures Scheidenmilieu ohne physikalische (thermische, mechanische und chemische) Irritation anzustreben.

Literatur

1. Ein ausführliches Literaturverzeichnis können Sie anfordern per E-mail: florian.beikert@gmx.de

Vaginalprobleme?

Gynofit befreit – von Jucken, Brennen, Ausfluss und Trockenheit!

NEU



- Ohne Konservierungs- und Duftstoffe.
- Einfache, hygienische Anwendung im Applikator.

Gynofit Milchsäure Vaginalgel

- Bringt die Scheidenflora ins Gleichgewicht
- Natürlich, schonend, auf Milchsäure-Basis

Gynofit Befeuchtungs Vaginalgel

- Bei vaginaler Trockenheit
- Natürlich und hormonfrei



Gynofit Waschlotionen mit und ohne Parfum

- Extra mild: ohne Seife, ohne Konservierungsmittel
- Unterstützt die pH-Balance
- Für die tägliche Intimpflege

Gynofit®

endlich etwas,
das wirklich hilft!

Rezeptfrei in Drogerien
und Apotheken

www.gynofit.ch



Tentan AG