

# Phytotherapie bei Harnwegsinfekten und urogynäkologischen Beschwerden

Jakob Eberhard

## Einleitung

Urogenitale Infektionen zählen zu den häufigsten Frauenleiden. An einem Harnwegsinfekt erkranken innerhalb eines Jahres 10 Prozent der jungen Frauen, im Pensionsalter sind es 20 Prozent und im Pflegeheim über 60 Prozent. Immer häufiger klagen auch junge Frauen über *Entzündungen im Intimbereich* mit Brennen, Juckreiz und Schmerzen an der Vulva, in der Vagina, Urethra und Blase.

Da Harnwegsinfekte und entzündliche Intimbeschwerden gehäuft nach körperlichen und psychischen Belastungen und nach Intimverkehr auftreten, können sie die Lebensqualität erheblich einschränken, zu Verunsicherung, zur sozialen Isolation und zu Beziehungsproblemen führen.

Das Erscheinungsbild urogenitaler Entzündungen hat sich in den letzten Jahrzehnten spürbar verändert. Dies führt zur Erkenntnis (1), dass nicht jede Entzündung im Urogenitalbereich die Folge einer Infektion ist und langfristig auch nicht mit Antinfektiva allein geheilt werden kann. Hier schliessen *Phytotherapeutika* eine therapeutische Lücke. Ihre plurivalenten Wirkungsspektren mit vielseitigen antiinfektösen und antiphlogistischen Effekten macht sie zum unentbehrlichen Baustein moderner Therapie- und Prophylaxekonzepte (2, 3) bei urogenitalen Infektionen und Reizzuständen.

## Pathophysiologie urogenitaler Entzündungen

Überwiegend entstehen urogenitale Infekte aufsteigend entlang der Infektkette Anus, Haut, Vulva, Vagina, Urethra und Blase mit Erregern, meist Bakterien, aber auch Viren, Pilzen und Protozoen. Oft werden aber bei der Diagnostik die im Urogenitalbereich nachweisbaren Keime überbewertet, was unnötige Therapien und Kosten auslöst. Denn – nicht jede Entzündung ist auch eine Infektion.

Infektionen, mit denen heute die Patientinnen zu uns kommen, zeigen nur

noch selten wirklich pathogene Erreger. Meist sind es Mikroorganismen, die uns lebenslang besiedeln. Dank unserem Immunsystem und anderen Schutzmechanismen (Haut- und Vaginalflora) führen sie im Normalfall nicht zu Infektionen. Kommt es dennoch zur Krankheit, so ist es nicht so sehr der Erreger, sondern der Zustand des Wirtes und seine Reaktion, die eine Infektion und Entzündung zulassen und Beschwerden verursachen (1).

Ursachen chronischer Entzündungen können auch Dermatosen, Neoplasien, Allergien, mechanische Hautbeschädigungen, falsche Hautpflege oder systemische Krankheiten wie Immunschwächen und Infektionen (Borreliose, Lues, HIV) sein.

Bei Frauen in der Postmenopause oder bei jungen Frauen – besonders unter gestagenbetonten Ovulationshemmern – führt der relative Estrogenmangel zur Atrophie des Vaginal-epithels mit fehlender Döderlein-Flora und pathologischer vaginaler Keimbesiedelung, was lokale und aufsteigende Infektionen und Schleimhautirritationen begünstigt.

## Diagnostik

Bei *akuten urogynäkologischen Infekten* ermöglicht meist eine einfache klinische Diagnostik – Entzündungszeichen im Intimbereich, trüber Urin mit Infektgeruch, StixTest aus dem Urin, Fluorbeurteilung und Nativpräparat des Vaginalsekretes – die Diagnosestellung Harnwegsinfekt, Kolpitis und Vulvitis.

*Rezidivierende und chronische Infekte* bedürfen einer genaueren Abklärung – Kulturen aus Vagina und Katheterurin, zelluläre Abstriche auf Chlamydien, Ureaplasmen und Mykoplasmen aus dem Zervikalkanal oder der Urethra, eventuell auch Zystoskopie (Blasenwandinfekte, endotheliale Schutzschichtdefekte, interstitielle Zystitis).

Bei *chronischen Hautveränderungen im Intimbereich* ist auch an systemische Infektionen (Borreliose, Lues), an Dermatosen und Neoplasien zu denken, bei rezidivierenden Infektionen an Immunschwäche (HIV, Hepatitis). Entsprechend sind serologische Untersuchungen oder lokale Stanzbiopsien durch-

zuführen. Weitere Ursachen für chronische Hautreizungen und Entzündungen im Intimbereich sind Lifestylefaktoren wie ungenügendes Trinken, falsche Intimpflege, mechanische Hautschädigung und ungeeignete Kleidung.

Hinweise auf eine *urogenitale Atrophie* ergibt die Anamnese (Postmenopause ohne Estrogensubstitution, gestagenbetonte Ovulationshemmer). Die Diagnose wird gestellt mit der klinischen Untersuchung (dünne, lädierbare Vaginalschleimhaut), ergänzend helfen Nativpräparat (fehlende Döderlein-Flora, reichlich Parabasalzellen) und eventuell Hormonbestimmungen.

## Therapiekonzept bei urogenitalen Entzündungen/ Infektionen

Der *akute, einmalige urogenitale Infekt* ist meist auf einen oder mehrere spezifische Erreger zurückzuführen und bedarf einer erregerspezifischen, antiinfektösen Therapie (1, 2).

*Chronische urogenitale Entzündungen* haben dagegen meist mehrere Krankheitsursachen. Daher ist mit einer alleinigen antiinfektösen Therapie keine bleibende Heilung zu erwarten. Notwendig sind sinnvolle Therapiekombinationen, und unerlässlich sind nachfolgende Prophylaxemassnahmen (2).

Die *Therapiebausteine* bei chronischen urogenitalen Entzündungen sind: Trink- und Miktionsstraining, geeignete Intimpflege, Estrogene lokal (teilweise auf Pessare appliziert) und Phytotherapeutika.

## Trink- und Miktionsstraining

Grosse Trink- und Urinmengen senken die Osmolarität aggressiver Harnsubstanzen und schützen dadurch die urotheliale Schutzschicht (Glucosaminoglycanschicht) und das Urothel vor Defekten, welche zu erhöhter Bakterienadhärenz mit Infekten und zur Depolarisation des Detrusors mit Drangbeschwerden und Blasenschmerzen führen. Grosse Urinmengen haben deshalb eine Mehrfachwirkung. Sie reduzieren Reizblasenbeschwerden und unterstützen die Behandlung und Prophylaxe von Harnwegsinfekten durch Reduktion

Häufig verwendete Pflanzen bei Blasenbeschwerden

Bärentraubenblätter	D	R	
Birkenblätter		A	R
Brennnesselkraut		A	
Goldrutenkraut echtes u.a.		A	R
Hauhechelwurzel		A	R
Johannisbeerblätter schwarze		A	
Kürbissamen			R M
Meerrettichwurzel			R
Preiselbeeren, -blätter	D		
Wacholderbeeren		A	R

D = Desinfizienzien, A = Aquaretika, R = Reizblase, M = Miktionsfluss

Wirkungsmechanismen empfohlener Phytotherapeutika bei Blasenbeschwerden

der Bakterienadhärenz und rasches Ausspülen der Erreger. *Trainingsziel* soll sein: Über 2000 ml Urin/24 h, durchschnittlich 300 ml Miktionsvolumen und nachts nicht durch Harndrang geweckt zu werden. Zur Selbstkontrolle soll bis zur längeren Rezidivfreiheit ein Tag pro Monat ein Miktionskalender geführt werden. Unsere Erfahrungen zeigen, dass besonders bei jüngeren Frauen mit einer weiteren Steigerung der Trinkmenge bis über 4 Liter auch hartnäckige, therapieresistente Harnwegsinfekte langfristig geheilt werden können (2, 3). Als Getränke empfehlen wir Hahnenwasser, Mineralwasser, Blasenteearten und hochwertigen Preiselbeersaft (Biotta).

**Intimpflege**

Mit einer geeigneten Intimpflege kann viel zur Behandlung und Prophylaxe chronischer vulvovaginaler Beschwerden und urogenitaler Infekte beigetragen werden. Entscheidend für den Erfolg ist eine kundige Anleitung – wir meinen vorteilhaft durch eine erfahrene Pflegefachfrau, die so lange begleitet, bis eine wirkungsvolle Selbstbehandlung mit einer gut verträglichen, persönlich abgestimmten Pflegelinie gefunden wird.

Die Intimpflege basiert auf den Komponenten Waschen und Fetten mit oder ohne Zusätze (meist ätherische Öle), nach Bedarf ergänzt mit einer schleimhautaufbauenden lokalen Hormonapplikation.

Zum *Waschen* empfehlen wir Wasser, pH-neutrale bis saure Seifen und rückfettende Waschlotionen, bei Beschwerden als Waschzusätze meist ätherische Öle oder Gerbstoffe. Geeignete Waschlotionen sind zum Beispiel Dermed®, Pruri-med®, Lubex®-Flüssigseife, Aveno® fluid. Zum *Fetten* empfehlen wir

Eutra Melkfett, Excipial- oder Linola®-Fett- oder Halbfettcreme, Bepanthen®-Creme oder -Salbe, bei Beschwerden angereichert mit ätherischen Ölen (siehe unten «Phytotherapeutika»). Angewendet werden die Fettcremes im Gesässbereich, perianal, auf der Vulva und, wenn estrogenhaltige Cremes nicht gewünscht sind, auch vaginal.

**Estrogene**

Estrogene fördern den Aufbau von Haut, Schleimhaut, Muskelzellen und Bindegewebe und verbessern die Infektabwehr (4). Meist verwenden wir estriolhaltige Cremes. Zu beachten sind die unterschiedlichen Konzentrationen der Estriolcremes (2, 3) – Ovestin® 0,5 mg E3 in 0,5 g Creme (Applikatorfüllung), Ortho-Gynest® 0,5 mg E3 in 5,0 g Creme (ebenfalls eine Applikatorfüllung). Meist genügt einmal wöchentlich ein Applikator vaginal oder mehrmals wöchentlich eine kleine Menge vulvovaginal appliziert. Wenn Cremes oder Ovula Juckreiz und Brennen auslösen – was recht häufig beobachtet werden kann –, empfehlen wir, einmal wöchentlich eine Ovestin-Tablette mit etwas Fettcreme tief vaginal einzuführen. Bei Harnröhrenbeschwerden (Urethralyndrom) wird die Wirkung verbessert, wenn die Creme auf ein Pessar aufgetragen wird, das jeweils in Selbsttherapie morgens eingelegt und abends entfernt wird (2, 5).

**Phytotherapeutika**

Phytotherapeutika werden bei urogenitalen Infektionen und Reizzuständen immer häufiger eingesetzt. Wie in der Einleitung dargelegt, können chronische und rezidivierende urogenitale Entzündungen mit Antibiotika allein nicht langfristig geheilt werden. Hier

schliessen *Phytotherapeutika als Vielstoffgemische mit multiplen, komplexen Wirkstoffmechanismen eine grosse therapeutische Lücke*. Sie haben antiinfektiöse, anti-phlogistische, aquaretische, spasmolytische und analgetische Wirkkomponenten, hemmen die Bakterienadhärenz an der Blasenwand und wirken – topisch angewendet – gerbend, juckreizstillend und widerstandsfördernd auf Haut und Schleimhaut (6–9).

Bei *Reizblasenbeschwerden und Harnwegsinfekten* bewährt haben sich Preiselbeere, Bärentraube, Birke, Brennnessel, Sägepalme, Goldrute, Hauhechel, Kürbis, Pestwurz, Schachtelhalm, Wacholder, Süssholz, Sandelholz und andere mehr. Sie finden in Form von Nahrungsmitteln, Tees, Fruchtsäften, ätherischen Ölen und als Arzneipflanzen, Arzneidrogen und Fertigarzneimittel breite Anwendung.

Bei *chronisch rezidivierenden vulvovaginalen Entzündungen* mit Juckreiz, Brennen, Haut- und Schleimhautläsionen und Dyspareunie werden Phytotherapeutika in Form von ätherischen Ölen und Pflanzenextrakten dem Wasch- und Badewasser und den Pflegemitteln (Bodylotion, Emulsionen, Fettcremes, Salben und teilweise auch Vaginalovula) zugegeben. Der individuelle Einsatz braucht viel therapeutische Erfahrung. Bewährt haben sich Teebaumöl, Hamamelis, Lavendel, Thuja, Kamille, Pestwurz, Ringelblume, Rosmarin, Melisse, Granatapfel und andere mehr. Siehe dazu auch den Beitrag von Frau Dr. med. Regina Widmer in diesem Heft. ■

Anschrift des Verfassers:  
**Prof. Dr. med. Jakob Eberhard**  
 Chefarzt Frauenklinik  
 Kantonsspital Frauenfeld  
 8501 Frauenfeld  
 E-Mail: jakob.eberhard@stgag.ch

Literatur:  
 1. Petersen E.E.: Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe, 2003; Georg Thieme Verlag, Stuttgart.  
 2. Eberhard J., Geissbühler V.: Konservative und operative Therapie bei Harninkontinenz, Deszensus und Urogenitalbeschwerden, J Urol Urogynäk 2000; 3: 22–35.  
 3. Geissbühler V., Eberhard J.: Konservative Therapie von Inkontinenzbeschwerden, tägl prax 2003; 44: 537–552.  
 4. Eberhard J., Geissbühler V.: Urogenitalproblematik und Harninkontinenz im Alter – Wirkungen von Östrogenen, J Menopause 2000; 7 (Sonderheft): 27–31.  
 5. Eberhard J., Geissbühler V.: Pessarbehandlung in der Urogynäkologie und Geburtshilfe, gynäkol prax 2002; 26: 119–139.  
 6. Wiesenauer M., Keckhoff A.: PhytoPraxis, 2003; Springer Verlag, Berlin.  
 7. Fintelmann V., Weiss R.F.: Lehrbuch der Phytotherapie, 2002; Hippokrates Verlag, Stuttgart.  
 8. Bühring U.: Praxis-Lehrbuch der modernen Heilpflanzenkunde, 2005; Sonntag Verlag, Stuttgart.  
 9. Grünwald J., Jänicke Ch.: Grüne Apotheke, 2004; Gräfe und Unzer Verlag, München.