

Vulvovaginalkandidose

Wie man sie erkennt und behandelt

FRAUENARZT

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die kürzlich auf den derzeitigen Stand gebracht wurden, fassen das Wesentliche zu dieser manchmal nur lästigen, oft aber auch sehr belastenden Pilzinfektion zusammen.

Zunächst empfiehlt die Guideline, für die durch Hefepilze der Gattung *Candida* verursachte Entzündung von Vulva und/oder Vagina den Begriff «Kandidose» gegenüber dem aus dem Englischen stammenden «Candidiasis» zu bevorzugen, da es sich ja nicht um eine parasitäre Erkrankung handle.

Häufigkeit

Die Kolonisierung der Vagina durch Hefepilze ist vom lokalen Glukoseangebot abhängig, und dieses schwankt unter den wechselnden Sexualhormonspiegeln der fertilen Lebensphase zyklisch. Deshalb leiden Mädchen vor der Menarche und ältere postmenopausale Frauen nur selten an einer Vaginalkandidose. Gesunde prämenopausale Frauen zeigen in 10 bis 20 Prozent, unbehandelte Schwangere am Termin in bis zu 30 Prozent, gesunde post-

menopausale Frauen in 5 bis 10 Prozent eine vaginale Kolonisation. In der überwiegenden Mehrzahl (80%) handelt es sich um *Candida albicans*, bei 5 bis 10 Prozent um *C. glabrata*, der Rest entfällt auf weitere *Candida*-Spezies. Die symptomatische *Candida*-Erkrankung ist als opportunistische Infektion anzusehen, dies gilt auch für die vulvovaginale Kandidose.

Diagnose

Prämenopausale Frauen zeigen meistens eine Vaginalmykose mit Beteiligung des Introitus und der Vulva, postmenopausal ist primär eine *Vulvakandidose* anzutreffen, die vesikulös, pustulös, diffus-ekzematös oder follikulär sein kann. Leichte Formen der *Vaginalkandidose* verlaufen mit Juckreiz, Brennen und geringem Fluor, bei mittelschweren Formen treten noch die Entzündungszeichen einer Kolpitis hinzu. Bei der schweren Vaginalkandidose klagt die Patientin oft auch über brennende Schmerzen, und die Untersuchung zeigt eine schwere Kolpitis. Bei *Vaginitis durch Candida glabrata* erwähnen die Patientinnen nur ein gelegentliches Jucken prämenstruell oder postkoital. Die Vagina ist weniger stark gerötet, manchmal liegt eher cremiger Fluor ohne besonderen Geruch vor.

Differenzialdiagnostisch sind immer andere gynäkologische Infektionen in Betracht zu ziehen, daneben auch «dermatologische» Vulvaerkrankungen (Lichen, Psoriasis, Ekzeme etc.).

Die notwendige Diagnostik umfasst die klinische und kolposkopische Inspektion sowie ein Nativpräparat aus Scheidensekret, dessen Sensitivität bei blosser Hefepilzkolonisation bei 5 bis 40 Prozent, bei Vaginalmykose bei 40 bis 90 Prozent liegt. Die Zugabe von Kalilauge (KOH) erhöht

Merk-sätze

- Prämenopausale Frauen zeigen meistens eine Vaginalmykose mit Beteiligung des Introitus und der Vulva, postmenopausal ist primär eine *Vulvakandidose* anzutreffen.
- Die akute Vaginalkandidose kann sowohl lokal als auch systemisch behandelt werden.
- Die chronisch-rezidivierende *Candida-albicans*-Vaginitis ist die Domäne der Triazole (Fluconazol oder Itraconazol) per os.
- Bei akuter Vaginalkandidose bringt die Partnertherapie keine signifikante Verbesserung.

die Sensitivität nicht. Pilzkulturen, die erst die Diagnose definitiv sichern können, sind nur im Zweifel oder bei Problemfällen nötig, halten die deutschen Leitlinien fest.

Therapie

Die blosse *Kolonisation mit Hefepilzen* benötigt normalerweise bei gynäkologischen Patientinnen keine Therapie, betonen die Leitlinien ausdrücklich.

Die *akute Vaginalkandidose* kann sowohl lokal als auch systemisch behandelt werden. Für die topische Behandlung kommen Polyene, Imidazole und Ciclopirox in verschiedenen Darreichungsformen in Frage (*Tabelle 1*). Die Behandlungsergebnisse seien bei allen Präparaten «nahezu gleich». Bei akuter Kandidose können

Vulvovaginalkandidose

Tabelle 1:
**Therapie bei
Vulvovaginalkandidose**

akut

lokale Therapie: Polyene, Imidazole, Ciclopirox; bei Ausdehnung auf den Inguinalbereich: Nystatin oder Azol als Paste besser verträglich als Salben; mykologische Heilungsraten: 75–80%
orale Therapie: Triazole (u.U. bessere Compliance als bei Lokaltherapie)

chronisch/chronisch-rezidivierend

orale Therapie: Triazole; Infektionen mit *Candida glabrata*: mind. 750 mg/Tag Fluconazol für mind. 2 Wochen; Infektion mit *Candida krusei*: übliche Lokaltherapie; chronisch-rezidivierende Vulvovaginalkandidose: intermittierende Erhaltungstherapie mit Fluconazol per os (z.B. 1–2x150 mg/Woche für 4–6 Wochen, anschliessend 1x150 mg alle 2 Wochen für 4–6 Wochen, danach 1x150 mg alle 4 Wochen für 4–6 Wochen)

Partnertherapie

akute Vulvovaginalkandidose: keine signifikante Verbesserung der Heilungsrate
chronische Rezidive: bei Nachweis der gleichen Hefeart an Penis oder im Sperma evtl. Lokalbehandlung und Fluconazol per os

Darmbehandlung

Normalerweise nicht notwendig. Bei chronisch-rezidivierender Erkrankung und Nachweis identischer Hefepilze in Vagina und Mund bzw. Stuhl: Amphotericin-Lutschtabletten, evtl. kurzfristig Nystatin per os.

auch Triazole per os verschrieben werden, was die Compliance verbessern kann. Beherrscht eine Entzündung der Vulva das Bild, sollte eine gegen Hefepilze wirksame Salbe oder Creme täglich ein- bis zweimal aufgetragen werden. Bei Ausbreitung auf den Inguinalbereich sind Pasten mit Nystatin oder einem Azol besser verträglich als Salben. Führt die Lokaltherapie

nicht zum Erfolg oder lassen sich wiederholt *Candida* im Scheidensekret nachweisen, wird eine systemische Therapie mit Triazolen empfohlen. Ketoconazol ist heute weit gehend durch Fluconazol und Itraconazol verdrängt worden. Die beiden neueren Triazole sind aber bei Infektionen mit *C. glabrata* oder *C. krusei* in der üblichen Dosierung nicht ausreichend wirksam. Die Leitlinien empfehlen daher, bei chronischen vaginalen Beschwerden durch *C. glabrata* mindestens 750 mg/Tag Fluconazol für mindestens zwei Wochen zu verschreiben. Bei *Candida-krusei*-Vaginitis soll eine übliche Lokaltherapie versucht werden, positive Daten liegen dazu auch für Ciclopirox vor.

Die *chronisch-rezidivierende Candida albicans-Vaginitis* ist die Domäne der Triazole (Fluconazol oder Itraconazol) per os. Nach einer Initialtherapie wird die intermittierende Erhaltungstherapie empfohlen. Hierfür gibt es verschiedene Schemata, wie in *Tabelle 1* angeführte. (Aber auch die kontinuierliche Einnahme von 150 mg Fluconazol während 6 Monaten, die in einer randomisierten Studie Placebo signifikant überlegen war, worüber wir in AM 20/2004, S. 1025f. berichtet haben.) Auch diese systemische Therapie hat aber nach Absetzen eine hohe Rückfallquote von etwa 50 Prozent. Dies kann an der Infektion mit einem gegenüber Triazolen weniger empfindlichen *C.-albicans*-Stamm liegen, was durch Resistenzbestimmung in einem qualifizierten Labor erfasst werden kann.

Für *immunologische Therapieansätze* bei chronisch-rezidivierender Vulvovaginalkandidose liegen keine gesicherten Daten vor. Bei akuter Vaginalkandidose bringt die *Partnertherapie* keine signifikante Verbesserung, bei chronischem Wiederaufflammen ist die Untersuchung von Penis und Sperma des Partners aber indiziert.

Auch eine *«Darmbehandlung»* ist normalerweise nicht erforderlich. Eine solche *«Sanierung»* ist laut Leitlinien weder möglich noch notwendig, da die Besiedlung der Fäzes beim immunkompetenten Menschen normal ist. Ein entsprechender Behandlungsversuch kann bei identischen Hefepilzen in Mund beziehungsweise Stuhl

Tabelle 2:
**Antimykotika bei
Vulvovaginalkandidose**

Imidazole (topisch):

Clotrimazol	Corisol® Fungotox® Gyno-Canesten®
Econazol	Gyno-Pevaryl®
Isoconazol	Gyno-Travogen®
Miconazol	Monistat®
Oxiconazol	Oceral®
Terconazol	Gyno-Terazol®
Tioconazol	Gyno-Trosyd®

Triazole (oral):

Fluconazol	Diflucan® Flucazol®
Itraconazol	Sporanox®

Polyene:

Nystatin	Mycostatin®
Amphotericin B	Ampho-Moronal®

andere:

Ciclopirox	Batrafen® Dafnegil Neo®
-------------------	----------------------------

und Vagina erwogen werden. Für die Mundhöhle kommen dann Amphotericin-Lutschtabletten in Frage. Bei in der Stuhluntersuchung nachgewiesener übermässiger *C.-albicans*-Besiedlung des Darms kann Nystatin, kurzzeitig per os, sinnvoll sein. Die Wirksamkeit einer so genannten *«Antipilzdiät»* ist laut den deutschen Leitlinien wissenschaftlich nicht belegt, von einer zuckerfreien Diät sei eine Wirkung auf *Candida* im Darm nicht wahrscheinlich.

Frauenarzt 2003; 44: 781ff.

Auch im Internet abrufbar unter:
www.dggg.delleitlinien/pdf/2-4-1.pdf
(Zugriff am 17.11.2004)

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren deklarieren keine Interessenkonflikte.