

Vaginale Pilzinfektionen

Aktuelle Aspekte und neue Entwicklungen

Vaginale Pilzinfektionen sind häufig. Bei Frauen in der fertilen Lebensphase gehören sie zu den häufigsten Gründen für eine Vorstellung in der gynäkologischen Sprechstunde.

Eine vaginale Pilzinfektion haben 75% aller Frauen im Verlauf ihres Lebens, 5% davon erleben Rezidive, was zu besonderen Belastungen führen kann. Zumeist handelt es sich um Candidainfektionen. Resistenzen gegenüber Standardpräparaten nehmen zu und Rezidive werden häufiger.

Seit Publikation der S2k-Leitlinie zur Vulvovaginalcandidose (VVC) im Jahr 2020 gab es einige neue Erkenntnisse. Laut neueren Studien ist für die Entstehung einer Candidainfektion die Bildung eines Biofilms in der Vagina essenziell (Abb. 1). Der Biofilm hat zentrale Bedeutung für Erstmanifestation, Persistenz und Rezidive der VVC [1].

Systemische und lokale Therapien

Die akute VVC sollte, abhängig von individueller Situation und Präferenz der Patientin, lokal oder oral antimykotisch behandelt werden. Die Therapie mit lokal eingesetzten Nitroimidazolderivaten, Polyenen und Ciclopiroxolamin bewirkt bei den meisten Frauen gute Therapieerfolge. Der Partner muss ohne Symptome nicht simultan mitbehandelt werden.

Die chronisch-rezidivierende VVC sollte oral behandelt werden, im Sinne

einer Suppressionstherapie [2]. Unter den systemischen Therapien hat sich zunehmend Fluconazol etabliert (Abb. 2).

Probiotika

Probiotika können zur Prophylaxe eines VVC-Rezidivs eingesetzt werden. Die Wirksamkeit ist durch In-vitro- und In-vivo-Studien belegt. Klinische Daten hierzu stehen nur begrenzt zur Verfügung [3]. Es gibt Probiotika zur lokalen sowie zur oralen Behandlung.

In einer neueren prospektiven und placebokontrollierten Studie wurde die Wirksamkeit der oralen Applikation von Lactobazillen gegenüber Fluconazol bei 80 Frauen mit VVC verglichen [4]. Untersucht wurden pH-Wert, Mikrobiologie, Symptome und Befunde, jeweils vor und nach der Therapie sowie in der Nachbeobachtung. Gruppe 1 erhielt einmalig Fluconazol 150 mg per os und anschließend für 30 Tage eine Placebokapsel täglich. Gruppe 2 erhielt einmalig eine Placebokapsel und danach für 30 Tage je eine Kapsel mit Lactobazillen (1×10^9 CFU/g LA-5). Der infektionsbedingte vermehrte Ausfluss sowie die lokale Rötung bildeten sich in der Fluconazolgruppe besser zurück als in der

NATUM

Kooperierende wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft für Naturheilkunde, Komplementärmedizin, Akupunktur und Umweltmedizin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

www.natum.de
Informationen und Kongressankündigungen

Geschäftsstelle:
Karl Heinz Uthof
Weinbergstraße 10
34117 Kassel

Tel.: 0561 5104-8144

E-Mail:
info@natum.de

Die Veröffentlichung der Beiträge dieser Rubrik erfolgt in Verantwortung der NATUM.

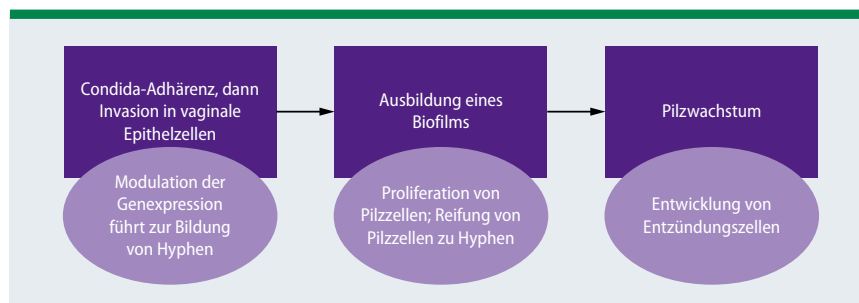


Abb. 1: Entstehung der vulvovaginalen Candidose: Nach Zelladhäsionen an der Vaginalwand entsteht ein für den weiteren Verlauf essenzieller Biofilm (mod. n. [9]).

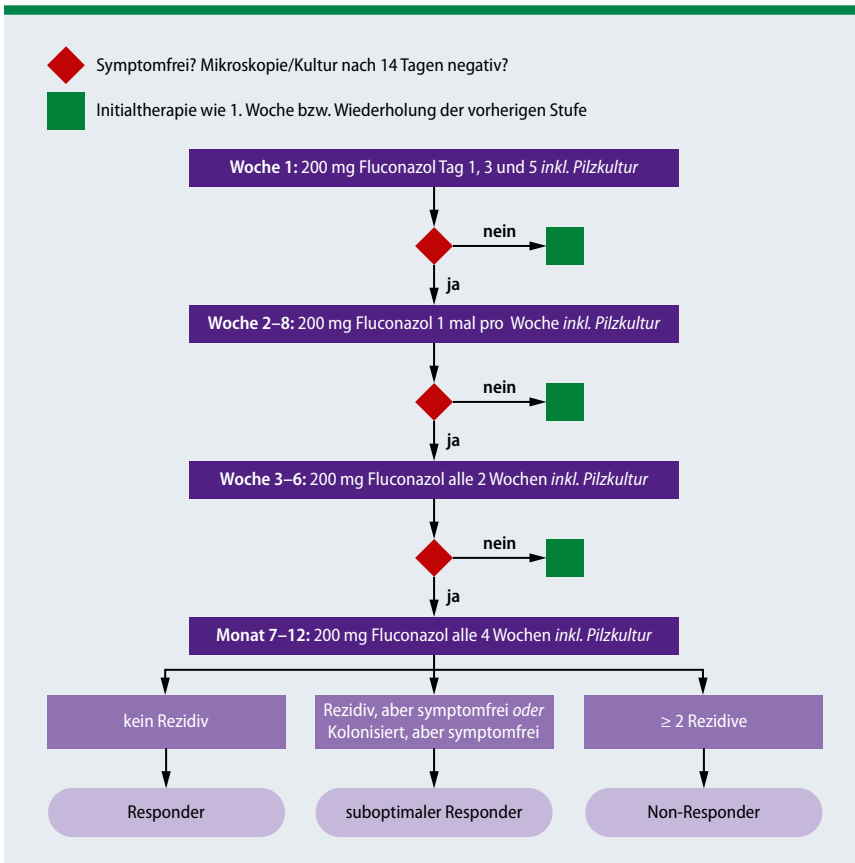


Abb. 2: Suppressionstherapie mit Fluconazol bei chronisch-rezidivierender Vulvovaginalcandidose (mod. n. [2])

Lactobacillusgruppe. Keine statistisch signifikanten Unterschiede gab es bei Dyspareunie, vaginalem Brennen, häufigem Harndrang und Dysurie.

Die Behandlung mit *Lactobacillus acidophilus* hatte im Vergleich zu Fluconazol eine ähnliche Wirkung in der Behandlung der meisten Symptome der VVC, war jedoch weniger wirksam in der Prävention von Rezidiven.

Lokale Phytotherapie und Zink

Hinsichtlich pflanzlich basierter Lokalthérapien gibt es einen interessanten Ansatz mit Curcumin, das antimikrobiell, antioxidativ und antiinflammatorisch wirkt. Die amerikanische Food and Drugs Administration (FDA) hat es mit Blick auf ein gutes Sicherheitsprofil zugelassen [5].

Curcumin reduziert das Überleben von Pilzzellen durch Zerstörung der Zellmembran [6]. In einer prospektiven klinischen Studie wurde die Wirksamkeit

von Curcumin bei 94 Frauen mit VVC geprüft: 1%ige Clotrimazolcreme vaginal versus 10%ige Curcumincreme vaginal [7]. In beiden Gruppen konnte so der vaginale Pruritus reduziert werden, mit Clotrimazol von 87,2 % auf 19,1 % und mit Curcumin von 85,1 % auf 12,8 %.

Ein weiterer neuer Ansatz, zu dem es erste Studien gibt, ist die vaginale Anwendung eines Zinkgels [8].

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15013-024-5828-7> in der Online-Version dieses Beitrags



Prof. Dr. med. Harald Meden
Swiss Institute for New Concepts and Treatments
Dorfbachstraße 22
8805 Richterswil/Zürich
Schweiz
hmeden@sinct.ch

Die Natum-Sprechstunde „Schwangerschaft“

Termin: 11. September 2024, 20:00–21:00 Uhr (online)

Information/Anmeldung: www.natum-veranstaltungen.de

Ganzheitliche Gynäkologische Onkologie

Modul B (Endometrium-, Ovarialkarzinom)

Termin: 31. August 2024 (online)

Modul C (Maligne Erkrankungen der Zervix uteri, Vulva, Vagina und Vorstufen)

Termin: 28. September 2024 (online)

Information/Anmeldung: www.natum-veranstaltungen.de

Fortbildung „Jede Frau ist anders“

Praktische naturheilkundliche Konzepte zur Frauengesundheit für Ärzte und Therapeuten

Termin: 11.–12. Oktober 2024

Ort: Karlsruhe

Information/Anmeldung: <https://go.sn.pub/fQhK3N>

Intensivkurs Komplementärmedizin

Benigne gynäkologische Erkrankungen

Termin: 16. November 2024 (online)

Information/Anmeldung: www.natum-veranstaltungen.de

In all diesen Kursen werden Punkte für das Zertifikat „Ganzheitliche Frauenheilkunde“ vergeben. In den Modul-Kursen und beim NATUM-Tag werden zusätzlich CME-Punkte vergeben.