

## US-Multizenterstudie

# Vulvovaginalmykosen im Griff?

**SAN DIEGO – Als sichere und effektive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Vulvovaginal-Candidose hat sich die wöchentliche Einnahme von 150 mg Fluconazol erwiesen. Nach sechsmonatiger Behandlung betrug die Heilungsrate 91 %, so das Ergebnis einer US-Multizenterstudie, welche auf der 42. Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy Ende September 2002 vorgestellt wurde.**

Von rezidivierender Candidose im Vulvovaginalbereich werden in den USA fünf bis acht Prozent aller prämenopausalen Frauen heimgesucht.

Dabei treten innerhalb eines Jahres mindestens vier Krankheitsepisoden auf. Die vielfältigen Risikofaktoren reichen von Antibiotika- über Kon-

trazeptiva-einnahme bis zur inadäquaten Therapie akuter Vaginalmykosen.

Die randomisierte prospektive Doppelblindstudie begann mit einer Induktionsphase: 494 Frauen mit Vulvovaginalmykose nahmen dreimal Fluconazol im Abstand von drei Tagen ein. Von den 379 Respondern erhielten 189 Frauen sechs Monate lang wöchentlich 150 mg Fluconazol (oral als Einmaldosis) und 190 Patientinnen Placebo. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmerinnen lag bei 34 Jahren. In 94,4 % der Fälle wurde *Candida albicans* und in 3,1 % *Candida glabrata* als Verursacher festgestellt. Am Ende der Therapiephase waren in der Verumgruppe 90,8 % der Frauen geheilt, unter Placebo 35,9%, berichtete Dr. Jack D. Sobel von der Wayne State University in Detroit auf der 42. Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Die Pilzeradikation liess sich in 78,8 % versus 27,5 % der Fälle nachweisen.

### Fluconazol signifikant überlegen

Nach Ende des anschliessenden sechsmonatigen Follow-ups war die Heilungsrate in der Verumgruppe

fast doppelt so hoch wie unter Placebo: sie betrug 42,9 % versus 22,1 %.

Die Erhaltungstherapie mit Fluconazol erwies sich somit als

hocheffektiv und wurde meist gut vertragen. Hinweise auf eine Superinfektion mit *C. glabrata* oder Keimselektion fanden sich nicht.

### Fluor vaginalis

## Stecken Pilze dahinter?

**DÜSSELDORF – Bei jeder fünften Frau mit pathologischem Fluor genitalis findet sich als Ursache eine Candidose. Bei Symptomen ist die antimykotische Behandlung indiziert.**

Die zweithäufigste Ursache für Vaginalinfektionen mit Fluor genitalis ist nach der bakteriellen Vaginose eine Infektion mit *Candida*, erklärte Professor Dr. U. B. Hoyme vom HELIOS-Klinikum Erfurt beim 54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.



Professor Dr. U. B. Hoyme

Zur Diagnose gehört der Nachweis von Leukozyten und Hefepilzen im Nativpräparat.

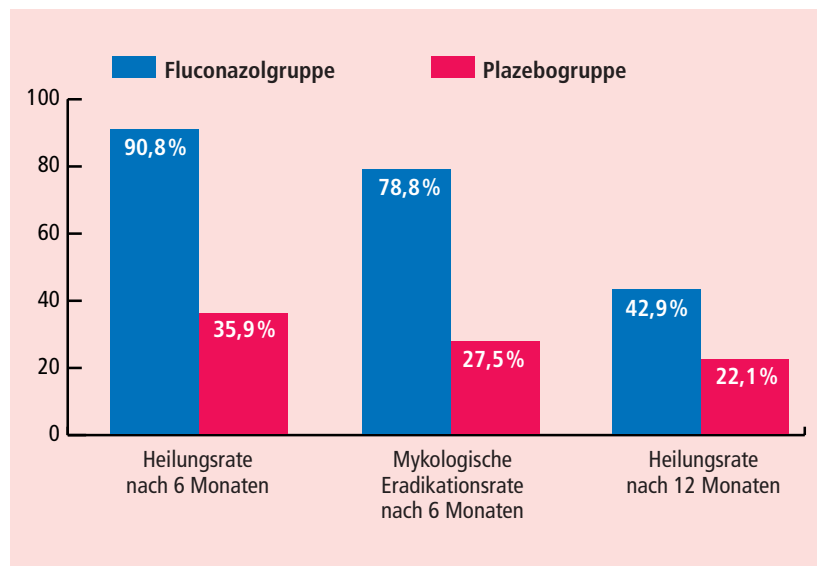
Klagt eine Frau, die von *Candida* besiedelt ist, über Juckreiz, so kann dies für einen Kausalzusammenhang sprechen.

„Die Therapieindikation ist bei vorhandener Entzündung und bei einem Nachweis von Hefezellen im Nativpräparat, nicht aber bei alleiniger positiver Kultur in der beschwerdefreien Situation gegeben“, stellte Prof. Hoyme klar.

Denn auch gesunde Frauen können Pilze beherbergen. Die Pilzkultur in der asymptomatischen Situation ergibt keinen Erkenntnisgewinn, ebenso nicht nach adäquater Therapie. Bei Juckreiz rät Prof. Hoyme zu häufigem Wäschewechsel und zur Verwendung von Babyöltüchern statt der Reinigung mit Wasser.

### Trend zur oralen Therapie

Wegen der guten Compliance erfolgt die Behandlung der genitalen Candidose ausserhalb der Schwangerschaft zunehmend oral, z.B. mit Fluconazol. Obsolet ist die routinemässige Mitbehandlung des Partners, erst bei Rezidiven ist sie in Erwägung zu ziehen.



## Chronische Vaginalmykosen

# Treiben Frauen zur Verzweiflung

**BOCHUM – Chronisch-rezidivierende Vaginalmykosen können Frauen zur Verzweiflung treiben. Oft scheint jede Therapie vergeblich zu sein! Die Crux sind Problempilze, die einer üblichen Therapie trotzen.**

Unkompliziert sind nur die akuten Vaginalmykosen, von denen jede zweite Frau irgendwann betroffen ist. Neben der rein topischen Therapie lassen sich diese Infektionen auch mit Hilfe einer systemischen Einzeltherapie mit z.B. 150 mg Fluconazol einfach behandeln. „Meine grosse Bitte: bestimmen Sie vor einer systemischen Therapie den auslösenden Erreger“, mahnte Professor Dr. Hans-Jürgen Tietz von der Charité in Berlin bei der 7. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infektiologie.

Während akute Vaginalmykosen in 98 % der Fälle durch *Candida albicans* ausgelöst werden, ist dieser Keim bei chronisch-rezidivierenden Infektionen seiner Erfahrung nach nur in knapp der Hälfte im Spiel. In 29 bzw. 11 % der Fälle sind die Problempilze *Candida glabrata* und *Candida krusei* ursächlich beteiligt, in 3 % *Candida tropicalis*. Die Patientinnen erleiden vier oder mehr



Professor Dr. Hans-Jürgen Tietz

Rezidive pro Jahr im Abstand von etwa acht Wochen. Typische Symptome sind Juckreiz und Rötung im Vaginal- und Analbereich, aber kaum Fluor vaginalis. Oft sind die

Frauen verzweifelt und die Partnerschaft leidet. Viele Patientinnen sind infolge fanatischer Antipilzdiät oder strengem Zuckerentzug abgemagert. Professor Tietz lässt sich von den Frauen aufschreiben, welche Antimykotika sie in letzter Zeit angewendet haben. Häufig kommen lange Listen zustande, „und das begünstigt Resistenzen“.

### Candida glabrata – eine Crux

Dem Pilz *C. glabrata* ist mit üblichen Dosierungen heute nicht mehr beizukommen. Man braucht 800 mg Fluconazol/die über 14 Tage! Bei chronischen Infektionen mit *Candida albicans* oder *C. tropicalis* reichen 100 bis 200 mg/die Fluconazol für zwei Wochen. *C. krusei* spricht auf systemische Therapiemassnahmen nicht an, wohl aber auf eine zweiwöchige topische Applikation von Ciclopiroxolamin.

### Zähne als Reinfektionsquelle

Als entscheidene Reinfektionsquelle haben sich pilzbesiedelte kariöse Zähne und Prothesen entpuppt. Die teure Hochdosistherapie verschreibt Prof. Tietz nur Patientinnen, die bereit sind, ihre Mundhöhle gründlich sanieren zu lassen. Neben dem Vaginalabstrich plädiert er für einen Zungenabstrich und eine Stuhlprobe. Auch stellt man immer wieder fest, dass der Penisabstrich vom Sexualpartner Keime enthält, die mit dem Vaginalstamm identisch sind. „Es ist aber schwer, die Herren zu überreden, mit in die Ambulanz zu kommen“, so die Erfahrung des Referenten.

Für die orointestinale Sanierung verordnet Prof. Tietz Amphotericin B als Lutschtabletten viermal täglich über 20 Tage. Die häufig pilz-

besiedelten Zahnprothesen oder Zahnspangen lassen sich ganz einfach durch Kochen säubern. Und zusätzlich zur systemischen Behandlung z.B. mit Fluconazol schätzt er – wegen synergistischer Effekte – die topische Therapie mit Ciclopiroxolamin. Vor übertriebener „Hygiene“ mit Dauertampons warnt er die Frauen. Zugleich weist der Experte auf die Hauptrisikofaktoren Rauchen und Stress hin.

### Jede zweite Mykose war keine

Als Differenzialdiagnose sollte man auch an die Pseudo-Vaginalmykose denken. Jede zweite Frau, die mit dem klinischen Bild einer Mykose in die Spezialprechstunde von Prof. Tietz kam, hatte gar keinen Pilz, sondern eine bakterielle Besiedlung mit Chlamydien oder Mykoplasmen!

**Kurzfassung Fachinformation Diflucan® (Fluconazol): Indikationen und Dosierung:** Dermatomykosen: 1 x 150 mg/Woche oder 50 mg/Tag während 2–4 Wochen (Tinea pedis: 2–6 Wochen); Pityriasis versicolor: 1 x 300 mg/Woche während 2–3 Wochen oder 1 x 300–400 mg als Einmaldosis oder 50 mg/Tag während 2–4 Wochen. Oropharyngeale Candidose: 50–100 mg/Tag während 7–14 Tagen; Atrophische orale Candidose bei Gebissträgern: 50 mg/Tag während 14 Tagen mit gleichzeitigen Hygiene-Massnahmen für die Prothese; Oesophageale Candidose: 50 mg/Tag während 14–30 Tagen oder 1 x 400 mg als Einmaldosis. Akute oder rezidivierende Vaginalcandidose: 1 x 150 mg als Einmaldosis. Andere Candidainfektionen der Mukosa: 50 mg/Tag während 14–30 Tagen. Candidämie: 1. Tag 400 mg, ab 2. Tag 200–400 mg/Tag. Prophylaxe einer Candidainfektion bei neutropenischen Patienten nach zytotoxischer Chemo-/Radiotherapie: 50 mg/Tag während bestehendem Risiko oder bei nicht schwerer Neutropenie 400 mg/Woche. Kryptokokken einschliesslich Meningitis: 400 mg am 1. Tag und ab 2. Tag 200–400 mg/Tag während 6–8 Wochen; Rezidivprophylaxe der Kryptokokken-Meningitis bei AIDS-Patienten: 200 mg/Tag unbefristet. Kinder: Schleimhautcandidosen: 2–3 mg/kg/Tag (evtl. 1. Tag 4–6 mg/kg/Tag). Candidämie und systemische Kryptokokkeninfektionen: 6–12 mg/kg/Tag. Prophylaxe einer Candidainfektion bei neutropenischen Patienten nach zytotoxischer Chemo-/Radiotherapie: 3 mg/kg/Tag. Kinder unter 4 Wochen: Empfohlene Kinder-Dosierung (mg/kg) während 1. u. 2. Lebenswoche alle 72 h, während 3. u. 4. Lebenswoche alle 48 h. **Kontraindikationen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe von Diflucan oder verwandte Azol-Derivate. Cisaprid. **Vorsichtsmassnahmen:** Schwangerschaft, Stillzeit, Niereninsuffizienz (evtl. Dosisanpassung), Hepatotoxizität, exfoliative Hautreaktionen. **Häufigste unerwünschte Wirkungen:** Gastrointestinale und allergische Nebenwirkungen. **Interaktionen:** Antikoagulantien, Ciclosporin, orale Sulfonylharnstoffe, Phenytoin, Theophyllin, Rifampicin, Rifabutin, Tacrolimus, Zidovudin (AZT). **Handelsformen:** Kapseln zu 50 mg: 7 und 28, 150 mg: 1 und 4, 200 mg: 2 und 7; Suspension/Suspension forte zu 35 mL (10 mg/mL und 40 mg/mL); Ampullenflaschen zu 100 mL und 200 mL (2 mg/mL). Verkaufskategorie B. **Alle Formen kennzeichnungspflichtig.** Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Literatur auf Anfrage. (LPD13JAN00)

**Idee und Konzeption:** INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8, Postfach 368, 4020 Basel  
Information: Pfizer AG  
Redaktion: Marie-Luise Krauss, Winfried Powollik  
Layout: Patrik Brunner  
Produktion: Patricia Stachniss  
© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.