

Vulvovaginalkandidose

(außer chronisch mukokutane Kandidose)

Federführender Autor:

Prof. Dr. med. Werner Mendling (Wuppertal)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. med. Klaus Friese (München)

Prof. Dr. med. Ioannis Mylonas (München)

Prof. Dr. med. Ernst-Rainer Weissenbacher (München)

Prof. Dr. med. Jochen Brasch (Kiel)

Prof. Dr. med. Martin Schaller (Tübingen)

Prof. Dr. med. Peter Mayser (Giessen)

Prof. Dr. med. Isaak Effendy (Bielefeld)

Prof. Dr. med. Gabriele Ginter-Hanselmayer (Graz/Österreich)

Prof. Dr. med. Herbert Hof (Mannheim)

Prof. Dr. med. Oliver Cornely (Köln)

Prof. Dr. med. Markus Ruhnke (Berlin)

Beteiligte Fachgesellschaft/en:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie **in der Gynäkologie und Geburtshilfe** (AGII)

Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)

Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft (DMykG)

Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)

Kernaussagen:

- a) Die Vulvovaginalkandidose ist eine Infektion der östrogenisierten Vagina und des Vestibulums, die sich auch auf die Außenseite der kleinen Labien, die großen Labien und die Interkruralregion und die Perianalregion ausdehnen kann.
- b) Eine Kandidose der Zervix oder des Endometriums ist nicht bekannt.

Kernaussagen:

Es gilt die Leitformel: **Infektion gleich Kolonisation plus Disposition.**

- a) Die östrogenisierte Vagina ist in mindestens 20% durch Candidaarten (meist *Candida albicans*) kolonisiert.
- b) Non-albicans-Arten, besonders *Candida glabrata*, verursachen in weniger als 10 % aller Fälle eine Vulvovaginitis.
- c) Wirtsfaktoren/ Dispositionen sind besonders lokale Abwehrmechanismen, Genpolymorphismen, Allergien, Serumglukosespiegel, Antibiotika, psychosozialer Stress und Östrogene.

Kernaussage:

75 % der anscheinend ansonsten gesunden Frauen entwickeln wenigstens einmal im Leben eine **akute und von ihnen etwa 9 % eine chronisch rezidivierende** Vulvovaginalkandidose!

Kernaussage:

Typisch für die Vulvovaginalkandidose sind prämenstrueller Juckreiz (90%), Brennen, Rötung, Dyspareunie, Dysurie und nicht riechender Ausfluss.

Kernaussagen:

- a) Die Diagnose der Vulvovaginalkandidose beinhaltet:
 - a) die Anamnese
 - b) klinische Zeichen und Symptome
 - c) den Nachweis von Hefepilzen (mikroskopische Untersuchungen des Nativpräparates aus Vaginalflüssigkeit in 400-facher Vergrößerung)
- b) In Zweifelsfällen, bei rezidivierenden oder komplizierten Fällen ist eine Hefepilzkultur mit Artbestimmung notwendig.
- c) Serologische Antikörpertiterbestimmungen werden nicht empfohlen.

Kernaussage:

Eine asymptomatische Kolonisation muss nicht behandelt werden, falls keine Immunsuppression oder Begleiterkrankungen oder eine chronisch rezidivierende Vulvovaginalkandidose vorliegen.

Kernaussagen:

- a) In der Schwangerschaft gilt die Empfehlung, **auch die vaginale Kolonisation** während der letzten sechs Schwangerschaftswochen **zu behandeln**, um eine vertikale Transmission während der vaginalen Geburt auf das reife, gesunde Neugeborene zu verhindern.
- b) Die neonatale Kandidainfektion kann so signifikant reduziert werden.
- c) **Die** vaginale Behandlung mit Clotrimazol im 1. Trimester der Schwangerschaft **führt** zu einer Reduktion von Frühgeburten.

Therapie der akuten Candida albicans - Vulvovaginalkandidose

DGGG Leitlinienprogramm



Kernaussagen:

- a) Die topische Therapie erfolgt mit Polyenen, Imidazolen oder Ciclopiroxolamin für ein bis sieben Tage.
- b) Die Behandlung mit oralen Triazolen erfolgen als „1-Tag-Behandlung“.
- c) Alle Therapieregimes führen zu klinisch und mykologisch ähnlich guten Therapieergebnissen.
- d) Die Datenlage zur Therapie mit Antiseptika (z. B. Hexetidin, Octenidin, Dequaliniumchlorid) ist spärlich, wenn auch Hinweise für ihre Wirksamkeit vorliegen. Sie wirken aber naturgemäß auch gegen die physiologische Vaginalflora.
- e) Die „blinde“ Behandlung des asymptomatischen Sexualpartners ist für die Patientin ohne Nutzen.

Therapie der chronisch **rezidivierenden** **Candida albicans- Vulvovaginalkandidose**

DGGG Leitlinienprogramm



Kernaussagen:

- a) Die Therapie erfolgt mit einem oralen Triazol **intermittierend** über einen Zeitraum von Monaten.
- b) Kausale immunologische Therapiemöglichkeiten liegen **noch nicht** vor.
- c) Bei Frauen mit **chronisch** rezidivierender Vulvovaginalkandidose sollte es in Erwägung gezogen, werden ein liegendes Intrauterinpessar zu entfernen.

Kernaussage:

- a) Resistenztests werden üblicherweise im Rahmen einer Vulvovaginalkandidose nicht empfohlen.
- b) **seltene** Ausnahmen **können** Non-Candida albicans-Arten bilden.

Kernaussagen:

- a) Übliche vaginale oder orale Behandlungen sind weniger oder kaum wirksam.
- b) Im Ausland wird die Therapie mit vaginalen Borsäurezäpfchen 600 mg pro Tag für 14 Tage, Amphotericin B-Ovula, vaginalem 17%-igem Flucytosin empfohlen.
- c) In Deutschland wird **neuerdings** die Therapie mit Micafungin (**off label**) **diskutiert**.

Kernaussagen:

- a) Die Candida krusei-Vaginitis ist gegen Fluconazol oder Itraconazol resistent.
- b) Empfohlen ist die lokale Therapie mit Imidazolen oder Ciclopiroxolamin (oder z. B. Borsäure in den USA).

Kernaussagen:

- a) Die Selbsttherapie („over-the-counter“ = OTC) mit Clotrimazol oder Fluconazol wird in mehr als 80 % der Fälle betrieben.
- b) Es ist jedoch **wegen häufiger Fehleinschätzungen** empfehlenswert, nur nach einer korrekten medizinischen Diagnose zu behandeln.