

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe Oktober 2002 Nr. 3

Inhalt

Einleitung	3
Beschwerden im Bereich von Vagina und Vulva -Juckreiz, Brennen und Ausfluss	3
Hormonersatztherapie – Die Diskussion um die WHI- Studie	11
IPPF- Nachrichten	
- Kombinierte orale Kontrazeptiva, Humanes Papillomvirus (HPV) und Zervixkarzinome	16
- Medical Advisory Panel (IMAP)- Treffen Mai 2002	17
Hinweise	
-Kryokonservierung und Langzeitlagerung von Nabelschnurblut Neugeborener	18
-Patientencharta im Auftrag des Justiz- und Gesundheitsministeriums entwickelt	19
I-PPF- Datenbank zu hormonellen Kontrazeptiva online	19
-Tochtergesellschaft der IPPF European Network nimmt Nonoxynol-9 beschichtete Kondome aus ihrem Sortiment	19
- Mutter- Kind- Kuren/ Vater- Kind- Kuren	20
- Vaginalring zur Verhütung	20
- Off-label-use-Urteil, Konsequenzen für Misoprostol?	21
Neuerscheinungen	21
Veranstaltungskalender	22

Impressum: © 2002

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Der Familienplanungs- Rundbrief widmet sich mit seinem Schwerpunkt den vaginalen Beschwerden, die nicht durch sexuell übertragene Krankheiten verursacht werden. Diese Beschwerden werden sehr unterschiedlich empfunden. Da nicht selten kein eindeutiges Erregerkorrelat vorliegt, kann die Beratung, Diagnostik und Behandlung einen aufwendigen und langwierigen Prozess bedeuten. Es ist ein Beschwerdebild, das in der frauenärztlichen Sprechstunde häufig geschildert wird. Der Übersichtsartikel hat hoffentlich einen hohen Gebrauchswert für die Praxis.

Ein weiteres Thema, bei dem wir uns um Übersicht und Klarheit bemühen, ist die Diskussion um die Wechseljahrsbehandlung mit Hormonen. Durch die vielfältigen, sehr kontroversen Interpretationen der Ergebnisse der amerikanischen WHI- Studie finden sich Verunsicherungen bei Patientinnen und bei ÄrztInnen. Klare Stellungnahmen erfolgten nur zögerlich und werden häufig von einzelnen ÄrztInnen umgehend relativiert. Eine Patientinneninformation der Fachgesellschaften wäre wünschenswert, aber ein Bedarf wurde bisher nicht gesehen. Eines hat die Veröffentlichung auf jeden Fall gezeigt: Die Datenlage zu durchschnittlicher Therapiedauer der Hormonersatztherapie und zu der Nutzen-Risiko Abschätzung der auf dem deutschen Markt befindlichen Hormonpräparate zur Linderung der Wechseljahrsbeschwerden ist mangelhaft. Ca. 4,5 Millionen Frauen nehmen derartige Arzneimittel ein. Warum der Ruf nach unabhängigen Studien für Europa kaum vernommen wird, ist nur schwer nach zu vollziehen. Patientinnen, aber auch ÄrztInnen müssten höchstes Interesse daran haben.

Der weitere Rundbrief folgt dem üblichen Aufbau: Neuigkeiten aus der IPPF, Kurzinformationen unter Hinweise, Neuerscheinungen auf dem Buchmarkt sowie der Veranstaltungskalender. Es wird noch einmal darauf hingewiesen, dass der Rundbrief gerne Projekte einzelner Landesverbände, Ortsverbände bzw. Beratungsstellen vorstellt.

Beschwerden im Bereich von Vagina und Vulva - Juckreiz, Brennen und Ausfluss

Helga Seyler,

Alltagsbeschwerden von Frauen

Juckreiz, Brennen und Ausfluss sind sehr häufige Beschwerden von Frauen. Ca 20% der Patientinnen, die die gynäkologische Sprechstunde aufsuchen, kommen deswegen. Diese Beschwerden gehören also zu den Alltagsbeschwerden von Frauen (wie Rückenschmerzen, Erkältungen, Allergien), nur dass Frauen darüber selten mit anderen sprechen und sich deswegen damit sehr allein vorkommen. Sie glauben oft, sie seien die einzigen mit diesen Beschwerden.

Diese Beschwerden sind oft schwierig zu behandeln, insbesondere oft nicht auf Dauer zu beseitigen, was immer (verständlicherweise) der dringende Wunsch der Frauen ist, und meist auch ihre Erwartung an die Schulmedizin. Dementsprechend ist die Enttäuschung groß, wenn die ÄrztIn diesen Erwartungen nicht entsprechen kann.

Aufgrund der Häufigkeit der Beschwerden und des Drucks, mit dem Frauen kommen (oft haben sie schon mehrere andere ÄrztInnen aufgesucht), sind die Beschwerden ein wichtiges Thema in der gynäkologischen Praxis.

Die Pharmaindustrie nimmt sich des Themas an, indem gerade in den letzten Jahren eine Vielzahl von alten und neuen Mitteln zu ihrer Behandlung auf den Markt gebracht wurden. Ich habe versucht, die vorhandenen Daten über den Nutzen dieser Mittel zu sichten. Über viele gibt es wenige bis keine Untersuchungen. Soweit dies möglich ist, werde ich trotzdem den Versuch einer Bewertung machen.

Juckreiz, Brennen oder Ausfluss sind nicht immer mit Infektionen verbunden, und in den meisten Fällen auch nicht Anzeichen für sexuell übertragene Infektionen wie Chlamydien- Infektion oder

Gonorrhoe. In diesem Beitrag stehen die Beschwerden der Frauen im Mittelpunkt. Sexuell übertragene Infektionen, die sehr viel mehr im Blickpunkt des allgemeinen Interesses stehen als die „banalen“ Beschwerden von Frauen, sind nicht Thema dieses Beitrags. Sie müssen selbstverständlich immer ausgeschlossen bzw. behandelt werden.

Ausfluss

Physiologie der Vaginalflora

In der Vagina und dem Gebärmutterhals werden normalerweise Schleim und Flüssigkeit abgesondert, die mit abgeschilferten Zellen aus der Vagina vermischt sind. Dieser „Weißfluss“ kann in der Menge variieren

- in Abhängigkeit von der Zyklusphase (vor dem Eisprung kommt der glasige, spinnbare Zervixschleim dazu, vor der Regel ist die Vagina oft trockener)
- anderen hormonellen Einflüssen (Veränderung in der Pubertät, bei Schwangerschaft, Wechseljahren, Hormonbehandlungen)
- auch Gefühle (Stress, Aufregung, aber auch Freude, sexuelle Erregung) haben Einfluss auf den Weißfluss

Die Farbe ist weiß, beim Eintrocknen im Slip aber auch gelblich, der Geruch leicht säuerlich. Viele Frauen wissen nicht, dass es normal ist, dass sie täglich eine kleine Menge dieses Ausflusses im Slip finden, und gehen deswegen zur Frauenärztin. Aber auch nach Aufklärung darüber empfinden viele diesen Ausfluss als eklig (eklig ist der Begriff, den die Frauen meist benutzen) und unhygienisch und wünschen eine Behandlung zu seiner Beseitigung. Der Markt an Slipeinlagen bedient diese Gefühle.

Die Vagina ist mit einer Bakterienflora besiedelt, die überwiegend aus Milchsäurebakterien (Laktobazillen) besteht und zum kleineren Teil aus unterschiedlichsten anderen Bakterien der Darm- und Hautflora. Auch Pilzsporen kommen in der Vagina von gesunden Frauen vor. Die Milchsäurebakterien bilden Wasserstoffperoxid und Milchsäure und sorgen damit für den leicht sauren pH-Wert in der Vagina von etwa 4,5. In diesem Milieu haben andere Bakterien schlechtere Lebensbedingungen. Sehr häufig verändert sich aber die vaginale Flora, indem sich andere Bakterien stärker vermehren und nur noch wenige oder gar keine Milchsäurebakterien mehr zu finden sind.

Vermehrter Ausfluss, Veränderung des Geruchs und der Farbe sind meistens durch solche Ver-

änderungen der Bakterienflora bedingt, können aber auch ein Anzeichen für eine Infektion sein.

Bakterielle Vaginose

Die häufigste Veränderung der Bakterienflora wird Bakterielle Vaginose genannt. Der Begriff Aminkolpitis, der auch oft benutzt wird, ist falsch, weil damit keine Entzündung der Vagina verbunden ist, wie der Begriff „Kolpitis“ sagt. Auch der Begriff Gardnerella- Infektion ist falsch, weil der Keim „Gardnerella“ zwar bei dieser Veränderung in der Vagina vermehrt gefunden wird, es sich aber um keine Infektion handelt, da Gardnerella zu den Keimen der physiologischen Vaginalflora gehört.

Oft wird durch die Vermehrung von Keimen aus der Darmflora der Ausfluss flüssiger und riecht schärfer und etwas fischig, was einige Frauen als unangenehm empfinden. Viele Frauen haben aber trotz veränderter Bakterienflora keine Beschwerden.

Die Vaginalflora kann sehr gut bei der mikroskopischen Untersuchung des Vaginalsekrets beurteilt werden. Eine Bestimmung des pH-Wertes kann ergänzend erfolgen. Eine Bakterienkultur (Anzüchtung von Bakterien) ist nicht hilfreich und notwendig, da es sich nicht um eine Infektion mit bestimmten Krankheitserregern handelt.

Veränderungen der Vaginalflora treten oft nur zeitweise auf, zum Beispiel nach der Menstruation, und die Vaginalflora normalisiert sich oft nach einigen Tagen wieder.

Die Ursachen und Bedingungen für diese Veränderungen und die Bakterielle Vaginose sind Gegenstand aktueller Forschung. Es ist letztendlich nicht geklärt, welche Faktoren zur Aufrechterhaltung oder Störung der Milchsäureflora beitragen. Derzeit wird der Fähigkeit der Milchsäurebakterien, Wasserstoffperoxyd zu bilden, große Bedeutung beigemessen. Wasserstoffperoxyd hemmt insbesondere das Wachstum von anaeroben¹ Bakterien, die bei der Bakteriellen Vaginose zahlreich vorhanden sind. Es gibt Laktobazillen, die diese Fähigkeit nicht (mehr?) haben. Ihnen wird eine Bedeutung bei der Entstehung von Veränderungen der Vaginalflora und von Vaginalinfektionen zugeschrieben, aber der genaue Mechanismus ist unklar. (Pybus 1999, Taylor-Robinson 1999)

Bekannt ist, dass Nonoxinol-haltige Spermizide die Vaginalflora verändern können, da sie Laktobazillen stärker im Wachstum hemmen, als E.

¹ Bakterien, die nur in Abwesenheit von Sauerstoff wachsen

coli, einen Keim aus der Darmflora (Gupta 2000) Der Einfluss von Geschlechtsverkehr wird diskutiert, da Spermia den Säuregrad in der Vagina verändert. Mehr als kurzfristige Veränderungen der Vaginalflora werden jedoch nur in neuen Partnerschaften vermehrt beobachtet. Auch Oralsex kann die vaginale Flora beeinflussen. (Schwebke 1999) Vaginalspülungen und – duschen beeinträchtigen ebenfalls die Vaginalflora, sind aber in unserer Kultur nicht sehr verbreitet.

Die Bakterielle Vaginose wird mit einem höheren Risiko für Eileiter- und Eierstocksinfektionen in Zusammenhang gebracht, - besonders nach Eingriffen in der Gebärmutter wie Schwangerschaftsabbruch, Einlegen einer Spirale-, aber auch mit Wundinfektionen nach anderen Unterleibsoperationen. In der Schwangerschaft kommt es bei Frauen mit Bakterieller Vaginose häufiger zu vorzeitigen Wehen, vorzeitigem Blasensprung und Frühgeburten.

Deshalb soll die Bakterielle Vaginose vor operativen Eingriffen und in der Schwangerschaft behandelt werden. Umstritten ist, ob darüber hinaus beschwerdefreie Frauen mit Bakterieller Vaginose behandelt werden sollen. Da eine dauerhafte Normalisierung der Flora oft schwer zu erreichen ist, halte ich zumindest eine Behandlung mit Antibiotika in diesen Fällen nicht für gerechtfertigt. Eine Reduktion von postoperativen Infektionen nach Behandlung der Bakteriellen Vaginose mit Antibiotika ist nachgewiesen. Die Untersuchung von Schwangeren auf Bakterielle Vaginose und Art und Zeitpunkt der Behandlung sind derzeit Gegenstand von zahlreichen Studien. In wie weit und durch welche Behandlung sich Komplikationen reduzieren lassen, ist noch nicht abschließend geklärt.

Behandlung

Es werden verschiedene Mittel für die Behandlung vorgeschlagen, die aber alle nicht zuverlässig zu einer dauerhaften Normalisierung der Vaginalflora führen.

Antibiotika

In erster Linie wird die Behandlung mit Antibiotika durchgeführt, am häufigsten mit Metronidazol (viele verschiedene Präparate) als Tabletten oder Vaginalzäpfchen. Metronidazol hemmt die Laktobazillen nicht und wirkt vorwiegend gegen anaerobe Bakterien aus der Darmflora. Durch deren Reduktion soll die Laktobazillenflora die Möglichkeit haben, sich wieder herzustellen. Ein weiteres Antibiotikum ist Clindamycin, das meist als Vagi-

nalcreme (Sobelin Vaginalcreme ®) angewandt wird. Es hat das gleiche Wirkspektrum wie Metronidazol, hemmt aber auch Lactobazillen. Die kurzfristigen Heilungsraten liegen bei oraler und vaginaler Anwendung (in ausreichender Dosierung von mindestens 500 mg pro Tag) von Metronidazol und Clindamycin vergleichbar bei etwa 80%. Die Rückfallquote beträgt aber ebenfalls bis zu 80%. Aus diesem Grund erscheint diese Behandlung nur vor gynäkologischen Eingriffen gerechtfertigt, wo es darum geht, zum Zeitpunkt des Eingriffs eine möglichst zuverlässige Reduktion von Bakterien der Haut- und Darmflora zu erzielen.

Nebenwirkungen sind bei oraler Anwendung von Metronidazol metallischer Geschmack, Übelkeit, bitteres Aufstoßen, Alkohol-Unverträglichkeit, bei länger dauernder Anwendung Nervenschäden; im Tierversuch hat es eine krebserregende Wirkung, deshalb soll es nicht wiederholt und nicht länger als 10 Tage angewendet werden. Bei vaginaler Anwendung sind die Nebenwirkungen geringer. Metronidazol darf in der Schwangerschaft oral nicht im ersten Trimenon angewendet werden. Clindamycin hat bei der vaginalen Anwendung wenig Nebenwirkungen. Es soll ebenfalls bei Schwangeren im ersten Trimenon nicht angewendet werden. Häufige Nebenwirkung beider Antibiotika ist die Entwicklung von Pilzinfektionen.

Nifuratel ist ein seltener benutztes Antibiotikum, das ebenfalls oral und vaginal angewendet werden kann. (Inimur ® Vaginalstäbchen, Salbe, Dragees). Es hat eine dem Metronidazol vergleichbare Wirkung, hemmt zusätzlich auch einige aerob² wachsende Bakterienarten. Es schont die Laktobazillenflora. Außerdem hat es eine leicht hemmende Wirkung auf das Wachstum von Hefepilzen, so dass Pilzinfektionen bei der Anwendung weniger begünstigt werden als durch Metronidazol und Clindamycin. Die Nebenwirkungen sind bei lokaler oder systemischer Anwendung gering, es gibt keine Beschränkung der Anwendung in der Schwangerschaft. (Mendling 2002 Arzneimittelforschung) Die Wirkung bei der Behandlung der Bakteriellen Vaginose (insbesondere Reduktion von postoperativen Infektionen oder Schwangerschaftskomplikationen) ist jedoch weniger gut untersucht, als die beiden anderen Antibiotika.

² Bakterien, die nur in Anwesenheit von Sauerstoff wachsen

Antiseptika

Zur Behandlung werden auch verschiedene Desinfektionsmittel empfohlen und sind zur vaginalen Anwendung auf dem Markt. Alle Antiseptika hemmen das Wachstum verschiedener Bakterien, zum Teil auch der Milchsäurebakterien. In geringerem Maße hemmen sie auch das Wachstum von Pilzen. Sie reduzieren die Zahl der Bakterien in der Vagina wirksam und zunächst auch den Ausfluss.

Es gibt Studien, die die Wirksamkeit von Antiseptika miteinander vergleichen und eine Studie die ein Antiseptikum mit Clindamycin vergleicht. Es gibt nur wenige Daten über die dauerhafte Heilungsrate der Bakteriellen Vaginose und die Häufigkeit der Rückfälle (sie scheinen aber mit Antibiotika vergleichbar zu sein). Wegen der geringeren Nebenwirkungen können diese Mittel bei häufig wiederkehrenden Floraveränderungen eher wiederholt angewendet werden als Antibiotika.

Povidon-Iod wird als Desinfektionsmittel bei verschiedensten Infektionen von Haut und Schleimhaut eingesetzt, und ist als Vaginal-Gel oder Zäpfchen (Betaisodona Vaginalge®, Braunovidon N Zäpfchen®, Traumasept Vaginal-Ovula®) auf dem Markt. Es hemmt auch das Wachstum von Laktobazillen, 10 Tage nach der Anwendung hatte sich in einer Studie mit 70 Frauen die Laktobazillenflora aber weitgehend wieder erholt. (Wewalka 2002). Povidon-Iod soll nicht von Schwangeren und Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen angewendet werden, weil die Iod-Aufnahme in den Körper die Schilddrüsenfunktion hemmen kann. Nachteil ist auch die braune Farbe mit möglicher Verfärbung der Wäsche.

Dequaliniumchlorid (Fluomycin N®) hat die gleiche Wirkung wie Povidon-Iod, aber keine unerwünschten Auswirkungen auf den Schilddrüsenfunktion, und es bewirkt keine Verfärbung der Wäsche. (Petersen 2002, Della Casa 2002). In einer Vergleichsstudie mit Clindamycin waren die Heilungsraten gleich (Battaglia 1998)

Hexetidin wird seit vielen Jahren als Rachenreparaturmittel angewendet, seit einigen Jahren gibt es auch Vaginaltabletten (Vagi-Hex®). Es hat eine vergleichbare Wirksamkeit wie die übrigen Desinfektionsmittel, die Bakterienzahl wird aber erst nach mehr als 24 Stunden deutlich reduziert. Es hemmt Laktobazillen weniger im Wachstum als andere Bakterien und erscheint deshalb zur Behandlung der Bakteriellen Vaginose besser geeignet (Weidinger 1991).

Octenidin hemmt in einer Studie die Laktobazillen ebenfalls weniger als Povidon-Iod bei ansonsten gleicher Wirkung. (Friese 2000) Es wird angewendet, indem mittels eines speziellen Sprühapplikators Octenisept® in die Vagina gesprüht wird.

Lactobazillenpräparate

Es gibt Präparate zur Anwendung in der Vagina, die Laktobazillen enthalten um die Flora aufzubauen. Joghurt enthält ebenfalls Laktobazillen und es wird empfohlen, ihn zur Normalisierung der Vaginalflora in die Vagina einzuführen. Die Anwendung muss über eine bis mehrere Wochen erfolgen und bei Rückfällen gegebenenfalls wiederholt werden (zum Beispiel nach der Regel). Die meisten Frauen können eine Veränderung der Bakterienflora leicht am Geruch feststellen, und selbst entscheiden, wann die Behandlung wiederholt werden muss. Da sie keine Nebenwirkungen hat, kann sie am ehesten langfristig angewandt werden. Da die Heilungsraten geringer sind als bei Behandlung mit Antibiotika oder Antiseptika, ist es möglicherweise sinnvoller, Milchsäurebakterien zum Aufbau der Flora nach der Behandlung mit anderen Mitteln oder zur Verhinderung von Rückfällen zu benutzen.

Döderlein med® besteht aus kleinen Kapseln mit Bakterien, es verursacht keinen Ausfluss. Vagiflor® enthält neben den Laktobazillen eine Fettsubstanz, die bei trockenen Schleimhäuten angenehm sein kann. Gynoflor® enthält zusätzlich zu den Laktobazillen eine geringe Dosis von Estriol, das bei Östrogenmangel den Aufbau der Milchsäureflora unterstützen kann. Ob es bei normalen Östrogenspiegeln gegenüber reinen Laktobazillenpräparaten Vorteile hat, ist nicht untersucht. Joghurt soll nicht, wie häufig empfohlen, auf einem Tampon in die Vagina eingeführt werden, weil der Tampon die Schleimhäute austrocknet. Er kann entweder mit einem Applikator, wie er auch für Vaginalcremes benutzt wird, oder mit dem Finger eingeführt werden.

Andere Behandlungsmethoden

Zum Ansäuern des Vaginalmilieus gibt es Milchsäurezäpfchen (Eubiolac®, Tampovagan®) oder Vitamin C zur vaginalen Anwendung (Vagi-C®). Bei einigen Frauen verursachen diese Mittel Brennen.

Als alternative Heilmittel gegen bakterielle Infektionen, aber auch gegen Pilze und Trichomonaden werden Knoblauch (eine Zehe in die Vagina einführen und alle 12 Stunden erneuern) oder Teebaumöl empfohlen. Beide reizen die

Schleimhäute. Teebaumöl sollte nicht unverdünnt angewendet werden. Über die Heilungsraten ist mir nichts bekannt. Ein Aufbau der Milchsäureflora wird anschliessend empfohlen. (Anmerkung: Viele Frauen kennen diese Mittel, deshalb werden sie an dieser Stelle genannt)

Ein anderer Behandlungsansatz ist Gynatren®, eine immunologische Behandlung. Dabei wird eine „Impfung“ mit inaktivierten Laktobazillen, die kein Wasserstoffperoxyd bilden, intramuskulär gespritzt. Die Injektion wird dreimal im Abstand von 2 Wochen wiederholt und nach 6-12 Monaten aufgefrischt. Als Wirkungsweise wird angegeben, dass sich Antikörper gegen nicht Wasserstoffperoxyd bildende Laktobazillen bilden, die diese aus der Vagina beseitigen, und dass sich dadurch die Laktobazillenflora normalisieren kann. Gleichzeitig wird über andere Mechanismen die Immunabwehr der Vagina gestärkt. Da die Ursachen der Bakteriellen Vaginose noch nicht voll verstanden sind, kann auch die Wirkung von Gynatren nicht vollständig erklärt werden. Vor 20 Jahren wurde die Wirkung dieser Behandlung bei rezidivierenden Trichomonaden-Infektionen belegt und das Mittel war unter dem Namen Tricho-Solcovac auf dem Markt. Inzwischen wurde auch die Wirkung bei Bakterieller Vaginose untersucht. Einige Studien belegen, dass sich bei etwa zwei Drittel der geimpften Frauen die Vaginalflora dauerhaft normalisiert. Der Beobachtungszeitraum betrug ein Jahr. (Rüttgers 1988 Siboulet 1991). Auch für rezidivierende Pilzinfektionen konnte in einer nicht Placebo-kontrollierten Studie eine geringere Rückfallrate gezeigt werden (Ramm 1995). An Nebenwirkungen können Rötung und Schmerzen an der Injektionsstelle, selten allgemeine Reaktionen wie Fieber und Abgeschlagenheit und sehr selten ein allergischer Schock auftreten. Autoimmunreaktionen, die grundsätzlich bei Eingriffen in das Immunsystem ausgelöst werden können, wurden in den bisherigen Untersuchungen nicht beobachtet. Die Behandlung ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Andere Ursachen von Ausfluss

Außer den bekannten sexuell übertragenen Infektionen wie Gonorrhoe, Chlamydien- oder Trichomonaden-Infektionen können selten Infektionen mit Streptokokken der Gruppe A die Ursache von Ausfluss sein. Sie verursachen neben eitrigem Ausfluss auch starkes Brennen der Vulva und müssen immer behandelt werden. Streptokokken A sind auch die Erreger des Toxischen Schock-Syndroms.

Trichomonaden waren in den 70er und 80er Jahren eine häufige Infektion. Sie sind danach sehr selten geworden und werden erst in den letzten Jahren wieder häufiger festgestellt. Sie werden am häufigsten mit Metronidazol oder Tinidazol (Simplotan®) oral behandelt, aber auch Nifuratel ist gegen Trichomonaden wirksam. Die vaginale Behandlung reicht meist nicht aus, weil Trichomonaden auch in der Harnröhre nachweisbar sind. Inzwischen werden häufiger Metronidazol-resistente Arten beobachtet. Außer der höher dosierten und längerfristigen Therapie mit Metronidazol könnte dann auch Nifuratel wirksam sein, ich habe dazu aber keine Untersuchungen gefunden.

Eine Krankheit, die ebenfalls mit eitrigem Ausfluss und zum Teil mit Brennen der Vulva verbunden ist, ist die Kolpitis Plasmazellularis. Die Vagina und manchmal auch die Vulva ist dabei stark entzündet, es werden aber keine bakteriellen Erreger gefunden und Metronidazol und Antiseptika führen zu keiner Besserung. Zum Teil findet man eine Laktobazillenflora, oft auch eine Mischflora aus Milchsäure- und anderen Bakterien. Die Ursache ist unbekannt. Da eine orale längerdauernde Behandlung mit Clindamycin zur Heilung führt, wird eine bakterielle Ursache vermutet. Wenn die Beschwerden nicht ausgeprägt sind, ist aber auch eine längerfristige Behandlung mit Laktobazillenpräparaten ausreichend.

Juckreiz und Brennen

Viele Frauen leiden auch unter immer wieder auftretendem Wundgefühl, Brennen oder Juckreiz im Bereich der Vulva und des Scheideneingangs, die manchmal mit, häufiger aber auch ohne störenden Ausfluss vorkommen.

Pilzinfektionen

Die häufigste Ursache dafür ist eine Infektion mit Hefepilzen (in 90 % *Candida albicans*, seltener andere *Candida*-Arten), die fast jede Frau kennt. Der Ausfluss bei Hefepilzinfektionen riecht nicht unangenehm, eher leicht nach Hefe. Im Vordergrund stehen die zum Teil sehr unangenehmen Beschwerden Jucken und Brennen. Pilzinfektionen breiten sich nicht auf die Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcke aus, sie sind deswegen zwar sehr unangenehm und lästig, aber nicht gefährlich.

Akute, gelegentlich auftretende Pilzinfektionen sind unkompliziert zu behandeln. Zur Anwendung kommt am häufigsten Clotrimazol als Zäpfchen oder Creme (viele verschiedene Präparate), sel-

tener andere Imidazole (siehe Behandlung von wiederkehrenden Pilzinfektionen) oder Nystatin. Eine Behandlung über drei Tage reicht in der Regel aus. Da viele Frauen die Symptome kennen, können sie die Infektion mit rezeptfrei erhältlichen Clotrimazol- Präparaten selbst behandeln. Eine Partnerbehandlung ist nicht erforderlich.

Häufig wiederkehrende Pilzinfektionen

Ein Problem sind dagegen die immer wieder auftretenden Pilzinfektionen, die Frauen dauerhaft belästigen und beeinträchtigen können. Die Ursachen dafür sind nicht eindeutig geklärt, es wird von einer gestörten Immunabwehr ausgegangen.

Auslösend ist nicht die wiederholte Ansteckung mit Pilzen von außen, sondern die Infektionen werden durch Pilze ausgelöst, die am und im Körper sind. Auch bei einem Teil der gesunden Frauen ohne Infektion ist die Vagina mit Pilzen besiedelt. Durch die Antimykotika werden die Pilze auch nicht vollständig und dauerhaft aus dem Körper beseitigt. Die Frage ist, warum und unter welchen Bedingungen diese Pilze zu (wiederholten) Infektionen führen.

Mangelnde Hygiene ist deshalb keine Ursache von Pilzinfektionen, genauso wenig wie die Benutzung von fremden Toiletten oder Schwimmbäder, wie viele Frauen glauben. Auch das Auskochen oder Desinfizieren der Wäsche verhindert erneute Infektionen nicht. Eher kann zu häufiges Waschen der Schleimhäute und die Benutzung von Seife und Intimwaschlotionen zum Austrocknen der Haut und einer Schädigung der Bakterienflora, und damit zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen führen. Auch Slipeinlagen können die Schleimhaut austrocknen. Die in manchen Produkten enthaltenen Deos können Hautreizung oder Kontaktallergien verursachen. In Schwimmbädern ist wahrscheinlich die Reizung der Schleimhäute durch gechlortes Wasser die Ursache für anschließende Infektionen.

Als Einflussfaktoren werden diskutiert: Zuckerhaltige Ernährung, hormonelle Faktoren (Schwangerschaft, hochdosierte Ovulationshemmer), aber auch psychosomatische Faktoren.

Es gibt keine Behandlung mit sicherem dauerhaften Erfolg.

Außer einer wiederholten lokalen Behandlung mit clotrimazolhaltigen Mitteln können andere Mittel wie Nystatin (viele verschiedene Präparate), Miconazol (Gyno-Daktar®, Gyno-Mykotral®), Feniconazol (Fenizolam®) oder Ciclopyroxolamin (Inimur myko®, Batrafen®) lokal versucht werden.

Es gibt auch Tabletten zur oralen Pilzbehandlung, Fluconazol (Fungata®) oder Itraconazol (Siros®, Sempera®), die aber auch nicht zu einer längeren Beschwerdefreiheit führen. Manche Frauen ziehen diese Behandlung vor, da sie Zäpfchen und Cremes als unangenehm empfinden. Dem stehen Nebenwirkungen (hauptsächlich Übelkeit, Durchfall, Blähungen) und Leberbelastung gegenüber.

Bei häufig wiederkehrenden Infektionen wird eine Langzeittherapie mit Fluconazol über 6 Monate empfohlen, die aber auch nur in der Hälfte der Fälle zur Besserung der Beschwerden führt. (Mendling 2002, Frauenarzt). Da die chronischen Pilzinfektionen sehr selten schwere gesundheitliche Störungen verursachen, muss die Belastung des Stoffwechsels durch die Medikamente gegen die Beeinträchtigung, die viele Frauen empfinden, sorgfältig abgewogen werden.

Manchmal ist eine Infektion mit *Candida glabrata* die Ursache der wiederkehrenden (oder nicht ausheilenden) Infektionen. Diese *Candida*-Art, die bei etwa 5 Prozent aller Pilzinfektionen gefunden wird, verursacht zwar sehr viel geringere Beschwerden und meist nur eine leichtere Entzündung der Schleimhäute als *Candida albicans*, ist aber gegen viele Pilzmittel (insbesondere das oral angewandte Fluconazol) wenig empfindlich. Wenn *Candida glabrata* in der Pilzkultur nachgewiesen wurde, kann eine längerfristige 7-14 tägige Behandlung mit Clotrimazol oder eine 14-tägige hochdosierte orale Behandlung mit Fluconazol Erfolg bringen (Sobel JD 1998). Derzeit wird eine Studie zur Wirksamkeit von Ciclopyroxolamin (vaginale Anwendung) bei Infektionen mit *Candida glabrata* durchgeführt (Mendling 2002, Frauenarzt).

Eine Partnerbehandlung kann versucht werden, verringert aber meist auch nicht die Häufigkeit der Infektionen.

Da Pilzinfektionen häufig auch bei normaler bakterieller Flora auftreten, ist ein Aufbau der Milchsäureflora meist nicht nötig, aber auch nicht erfolgreich.

Gerade im Bereich der alternativen Heilmethoden wird oft eine Darmsanierung empfohlen. Eine Besiedelung des Darms mit Hefepilzen ist aber normal, sie können ebenfalls nicht dauerhaft beseitigt werden. Eine starke Vermehrung von Hefepilzen im Darm sehe ich nicht als die Ursache wiederholter vaginaler Infektionen an, sondern als weitere Begleiterscheinung der gemeinsamen Ursache der gestörten Immunabwehr. Die meisten Studien erbrachten keine geringere Rückfallquote nach Darmsanierung mit Pilzmedi-

kamenten, die meist begleitend durchgeführte Ernährungsumstellung auf Vollwertkost und unspezifische Stärkung der Immunabwehr können sich aber positiv auswirken.

Die weiter oben beschriebene Behandlung mit Gynatren scheint sich nach einer Studie bei einem Teil der behandelten Frauen auch positiv auf häufig wiederkehrende Pilzinfektionen auszuwirken. (Ramm 1995)

Andere Ursachen von Jucken und Brennen

Wichtig bei chronischen Beschwerden im Bereich der Vulva ist die Klärung, ob Pilze wirklich die Ursache der Beschwerden sind. Da auch die Vagina und Vulva gesunder Frauen von Hefepilzen besiedelt ist, ist der Nachweis von Pilzen kein Beweis dafür, dass sie auch die Ursache der Beschwerden sind. Pilzinfektionen können außerdem auch auf durch andere Hauterkrankungen vorgeschädigter Haut sekundär auftreten. Solche Hauterkrankungen können sein: Lichen sklerosus, allergisches Kontaktekzem, atrophische Vulvitis und andere seltenere Erkrankungen. Diese sollten diagnostiziert und behandelt werden.

Auch eine Infektion mit HPV (Human Papilloma Virus) im Bereich der Vulva wird als Ursache für Missempfindungen und Brennen diskutiert. Einer dieser Virustypen sind bei der Entstehung von Muttermuskrebs beteiligt und deswegen bekannt geworden, andere verursachen Feigwarzen. Papillomaviren können aber auch unauffälligere Hautveränderungen verursachen, die zum Teil mit Brennen und Missempfindungen verbunden sein können. Diese Hautveränderungen kann man nach Betupfen mit verdünnter Essigsäure mit dem Kolposkop (einem lupenähnlichen Gerät) sehen. Ähnliche Hautveränderungen können aber auch bei anderen Hautreizungen beobachtet werden.

Da es keine spezifische Behandlung des Virus gibt, werden die veränderten Hautbezirke zur Zeit mit Laser abgetragen – eine recht eingreifende Behandlung, die erst mal große Hautwunden hinterlässt. Nach der Abheilung sind bei einem Teil der Frauen die Beschwerden gebessert. Betupfen der veränderten Hautareale mit Podophyllin oder Podophyllotoxin, die zur Behandlung von Feigwarzen benutzt werden, ist kein untersuchtes und anerkanntes Behandlungsverfahren. Podophyllin kann bei häufiger Anwendung das Risiko für Hautkrebs erhöhen und soll deshalb nicht mehr benutzt werden.

Der ursächliche Zusammenhang von HPV mit Brennen und Wundsein erscheint mir fraglich, da

bei vielen gesunden Menschen ohne Beschwerden HPV nachgewiesen werden können, und die Hautveränderungen, die die Diagnose stützen, auch bei anderen Hautreizungen gesehen werden. Für einige Frauen bietet die Diagnose aber eine Erklärung für ihre Beschwerden, die mit Hoffnung auf eine Beseitigung verbunden ist.

Beschwerden ohne körperliche Veränderungen

Häufig treten chronische Missempfindungen ohne nachweisbare organische Veränderungen auf. Psychosomatische Zusammenhänge sind wahrscheinlich. Sie spielen sicher auch bei wiederholt auftretenden Pilzinfektionen oder Beschwerden mit Ausfluss eine Rolle. Die möglichen Konfliktbereiche (Sexualität, Partnerschaft, sexuelle und andere Gewalterfahrungen, aber auch Stress in anderen Lebensbereichen) sind ein eigenes weites Thema, auf das ich hier nicht eingehen will. Im Zusammenhang mit Ausflussbeschwerden habe ich schon das Verhältnis vieler Frauen zu ihren Genitalorganen erwähnt, das mehr mit Gefühlen wie Scham, Ekel und Unwohlsein verbunden ist als mit Gefühlen von Lust, Wohlgefühl und Schönheit. Zusammenhänge zwischen diesen Gefühlen und Missempfindungen im Bereich von Vulva und Vagina sind naheliegend.

Es gibt einige Möglichkeiten zur Linderung der Beschwerden (der Begriff Linderung ist in diesem Zusammenhang wichtig, um deutlich zu machen, dass die Beschwerden dadurch nicht verschwinden) mit verschiedenen Cremes, Lotionen und Präparaten für Sitzbäder. Die Frauen können selbst ausprobieren, mit welchen Mitteln sie die Beschwerden am besten lindern können. Neben der direkten Wirkung der Mittel finde ich dabei auch den Effekt wichtig, dass Frauen sich positiv und pflegend mit dem Genitalbereich beschäftigen.

Sitzbäder mit Tannolakt® und Tannosynth® enthalten Gerbstoffe, die juckreizlindernd wirken. Leicht kühlende Wassertemperatur der Sitzbäder lindert ebenfalls den Juckreiz. Auch Molke und Kamillenextrakt als Badezusätze reduzieren Reizungen und Wundsein, Verschiedene Cremes mit Inhaltsstoffen wie Kamille, Ringelblume, Panthenol, aber auch einfache Vaseline können das Wundsein und Brennen lindern, insbesondere bei trockenen Schleimhäuten.

Vaginaltabletten oder Zäpfchen auf Kräuterbasis (Majorana/Melissa®, Rosenzäpfchen) wirken desinfizierend und durchwärmend.

Luna-Yoga, ein spezielles Yoga für den Unterleib, kann den Stoffwechsel im kleinen Becken anregen und das Körpergefühl für diesen Bereich fördern. Auch Bauchtanz oder Beckenbodengymnastik können ähnlich wirken.

Intimwaschlotionen

Die meisten Intim-Waschlotionen und –Sprays enthalten Deodorants und zum Teil Desinfektionsmittel, die die Schleimhäute reizen bzw. schädigen und die Bakterienflora beeinträchtigen können. Dieses Wissen hat sich inzwischen bei vielen Frauen verbreitet. Auch die meisten FrauenärztInnen beraten Frauen mit wiederholten Infektionen im Genitalbereich über die Hygiene und erklären ihnen, dass der Genitalbereich möglichst nur mit Wasser ohne Seife oder andere Reinigungsmittel gewaschen werden soll. (Siehe auch Physiologie der Vaginalflora in diesem Rundbrief).

Viele Frauen empfinden diesen Bereich jedoch als schmutzig und eklig, und haben große Angst davor, dass andere einen unangenehmen Geruch bemerken könnten. Sie fühlen sich mit einer Pflege nur mit Wasser nicht ausreichend sauber. Diese Bedürfnisse werden jetzt mit neuen Produkten bedient (Veladerm Waschcreme intim, Dercome Femme). Sie enthalten Milchsäure, mit der „das natürliche Scheidenmilieu stabilisiert“ werden soll, und Harnstoff oder Molke als nicht austrocknende Reinigungsmittel. Die Produktinformationen suggerieren Natürlichkeit, unterstützen aber auch mit dem Versprechen „ein sauberes Gefühl“ die Vorstellung vieler Frauen, dass der Genitalbereich eigentlich schmutzig ist. Es gibt außer Befragungen von Anwenderinnen zu ihrer Zufriedenheit keine Untersuchung über die Auswirkungen dieser Mittel auf die Scheidenflora oder auf Beschwerden im Genitalbereich. Wahrscheinlich ist die Reinigung nur mit Wasser besser, die Benutzung dieser neuen Intimwaschlotionen aber weniger schädlich als die der alten Produkte.

Literatur

Battaglia F, Scambia G, et al. Therapy of bacterial vaginosis. Prospective clinical study of the efficacy and tolerability of quaternary ammonium salts vs. Clindamycin. *Minerva ginecologica* 50 (1998): 109-19

Della Casa V, Noll H et al. Antimicrobial Activity of Dequalinium Chloride against leading germs of vaginal infections. *Arzneimittelforschung/Drug Research*. In press

Friese K, Neumann G, et al. Vergleich zweier lokaler Antiseptika in der klinischen Anwendung bei bakteriell bedingten Vaginalinfektionen. *Geburtsh Frauenheilkunde* 60 (2000): 308-13

Mending W, Mailland F. Microbiological and pharmaco-toxicological profile of Nifuratel and ist favourable risk/benefit ratio for the treatment of vulvo-vaginal infections. *Arzneimittelforschung/Drug research* 52 (2002): 8-13

Mending W. Neues aus der gynäkologischen Mykologie. *Frauenarzt* 43 (2002): 412-16

Pybus V, Onderdonk AB. Microbial interactions in the vaginal ecosystem, with emphasis on the pathogenesis of bacterial vaginosis. *Microbes and Infection* 1 (1999): 285-92

Petersen EE, Weissenbacher ER, et al.. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with Dequalinium Chloride or Povidone Iodine. *Arzneimittelforschung/Drug Research*. In press

Rüttgers H. Bacterial vaginitis: protection against infection and secretory immunoglobulin levels in the vagina after immunisation therapy with Gynatren. *Gynecol Obstet Invest* 26 (1988): 240-9

Ramm S, Bauleke A. Rezidivschutz bei vaginaler Candidiasis. Sinnvolle therapeutische Alternative. *Therapiewoche* 31 (1995): 1838-41

Siboulet A. Impfung gegen nichtspezifische bakterielle Vaginose. Doppelblinduntersuchung von Gynatren. *Gynäkol Rundschau* 31 (1991):153-160

Sobel JD. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*. An emerging problem. *Mycoses* 41(Suppl. 2) (1998): 18-22

Taylor-Robinson D. The future of bacterial vaginosis-related research. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 67 (1999): S35-S38

Weidinger H, Passloer HJ, et al. Nutzen der prophylaktischen Vaginalantiseptik mit Hexetidin in Geburtshilfe und Gynäkologie. *Geburtsh Frauenheilk* 51 (1991): 929-35

Wewalka G, Starby A, et al. Efficacy of Povidone-Iodine vaginal suppositories in the treatment of bacterial vaginosis. *Dermatology* 204 Suppl 1 (2002):79-85

Beschwerden im Bereich von Vagina und Vulva - Jucken, Brennen und Ausfluß

Helga Seyler, Entwurf für den Familienplanungs-Rundbrief, Stand 17. 9. 02

Alltagsbeschwerden von Frauen

Jucken, Brennen und Ausfluss sind sehr häufige Beschwerden von Frauen. Ca 20% der Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde kommen deswegen. Diese Beschwerden gehören also zu den Alltagsbeschwerden von Frauen (wie Rückenschmerzen, Erkältungen, Allergien), nur dass Frauen darüber selten mit anderen sprechen und sich deswegen damit sehr allein vornehmen. Sie glauben oft, sie seien die einzigen mit diesen Beschwerden.

Diese Beschwerden sind oft schwierig zu behandeln, insbesondere oft nicht auf Dauer zu beseitigen, was immer (verständlicherweise) der dringende Wunsch der Frauen ist, und oft auch ihre Erwartung an die Schulmedizin. Dementsprechend ist die Enttäuschung oft groß, wenn die ÄrztIn diesen Erwartungen nicht entsprechen kann.

In der Gynäkologie sind die Beschwerden ein Thema wegen der Häufigkeit und des Drucks, mit dem Frauen in die Sprechstunde kommen, oft, nachdem sie schon bei mehreren anderen ÄrztInnen waren, die ihnen aber nicht helfen konnten. Die Pharmaindustrie nimmt sich des Themas an, indem gerade in den letzten Jahren eine Vielzahl von alten und neuen Mitteln zu ihrer Behandlung auf den Markt gebracht wurden. Ich habe versucht, die vorhandenen Daten über den Nutzen dieser Mitteln zu sichten. Über viele gibt es wenige bis keine Untersuchungen. Soweit dies möglich ist, werde ich trotzdem den Versuch einer Bewertung machen.

Jucken, Brennen oder Ausfluss sind nicht immer mit Infektionen verbunden, und in den meisten Fällen auch nicht Anzeichen für sexuell übertragene Infektionen wie Chlamydieninfektion oder

Gonorrhoe. In diesem Beitrag gehe ich von den Beschwerden der Frauen aus. Sexuell übertragene Infektionen, die sehr viel mehr im Blickpunkt des allgemeinen Interesses stehen, als die banalen Beschwerden von Frauen, sind nicht Thema dieses Beitrags. Sie müssen selbstverständlich immer ausgeschlossen bzw. behandelt werden.

Ausfluss

Physiologie der Vaginalflora

In der Vagina und dem Gebärmutterhals werden normalerweise Schleim und Flüssigkeit abgesondert, die mit abgeschilferten Zellen aus der Vagina vermischt sind. Dieser „Weißfluss“ kann in der Menge variieren, in Abhängigkeit von der Zyklusphase (vor dem Eisprung kommt der glasige, spinnbare Zervixschleim dazu, vor der Regel ist die Vagina oft trockener), anderen hormonellen Einflüssen (Veränderung in der Pubertät, bei Schwangerschaft, Wechseljahren, Hormonbehandlungen), aber auch abhängig von Gefühlen (Stress, Aufregung, aber auch Freude, Erregung). Die Farbe ist weiß, beim Eintrocknen im Slip aber auch gelblich, der Geruch leicht säuerlich. Viele Frauen wissen nicht, dass es normal ist, dass sie täglich eine kleine Menge dieses Ausflusses im Slip finden, und gehen deswegen zur FrauenärztIn. Aber auch nach Aufklärung darüber empfinden viele diesen Ausfluss als eklig und unhygienisch und wünschen eine Behandlung zu seiner Beseitigung. Der Markt an Slipeinlagen bedient diese Gefühle.

Die Vagina ist mit einer Bakterienflora besiedelt, die überwiegend aus Milchsäurebakterien (Laktobazillen) besteht und zum kleineren Teil aus unterschiedlichsten anderen Bakterien aus der Darm- und Hautflora. Auch Pilzsporen kommen in der Vagina von gesunden Frauen vor. Die Milchsäurebakterien bilden Wasserstoffperoxid und Milchsäure und sorgen damit für einen leicht sauren pH-Wert in der Vagina von etwa 4,5. In diesem Milieu haben andere Bakterien schlechtere Lebensbedingungen. Sehr häufig verändert sich aber die vaginale Flora, indem sich andere Bakterien stärker vermehren und nur noch wenige oder gar keine Milchsäurebakterien mehr zu finden sind.

Vermehrter Ausfluss, Veränderung des Geruchs und der Farbe sind meistens durch solche Veränderungen der Bakterienflora bedingt, können aber auch ein Anzeichen für eine Infektion sein.

Bakterielle Vaginose

Die häufigste Veränderung der Bakterienflora wird Bakterielle Vaginose genannt. Der Begriff Aminkolpitis, der auch oft benutzt wird, ist falsch, weil damit keine Entzündung der Vagina verbunden ist, wie der Begriff „Kolpitis“ sagt. Auch der Begriff Gardnerellainfektion ist falsch, weil der Keim „Gardnerella“ zwar bei dieser Veränderung in der Vagina vermehrt gefunden wird, es sich aber um keine Infektion handelt, da Gardnerella zu den Keimen der physiologischen Vaginalflora gehört.

Oft wird durch die Vermehrung von Keimen aus der Darmflora der Ausfluss flüssiger und riecht schärfer und etwas fischig, was einige Frauen als unangenehm empfinden. Viele Frauen haben aber keine Beschwerden trotz veränderter Bakterienflora.

Die Vaginalflora kann sehr gut bei der mikroskopischen Untersuchung des Vaginalsekrets beurteilt werden. Eine Bestimmung des pH-Wertes kann ergänzend durchgeführt werden. Eine Bakterienkultur (Anzüchtung von Bakterien) ist nicht hilfreich und notwendig, da es sich nicht um eine Infektion mit bestimmten Krankheitserregern handelt.

Veränderungen der Vaginalflora treten oft nur zeitweise auf, zum Beispiel nach der Menstruation, und die Vaginalflora normalisiert sich oft nach einigen Tagen wieder.

Die Ursachen und Bedingungen für diese Veränderungen und die Bakterielle Vaginose sind Gegenstand aktueller Forschung. Es ist letztendlich nicht geklärt, welche Faktoren zur Aufrechterhaltung oder Störung der Milchsäureflora beitragen. Derzeit wird der Fähigkeit der Milchsäurebakterien, Wasserstoffperoxyd zu bilden, große Bedeutung beigemessen. Wasserstoffperoxyd hemmt insbesondere das Wachstum von anaeroben³ Bakterien, die bei der Bakteriellen Vaginose zahlreich vorhanden sind. Es gibt Laktobazillen, die diese Fähigkeit nicht (mehr?) haben. Ihnen wird eine Bedeutung bei der Entstehung von Veränderungen der Vaginalflora und von Vaginalinfektionen zugeschrieben, aber der genaue Mechanismus ist unklar. (Pybus 1999, Taylor-Robinson 1999)

Bekannt ist, dass Nonoxinol-haltige Spermizide die Vaginalflora verändern können, da sie Laktobazillen stärker im Wachstum hemmen, als *E. coli*, einen Keim aus der Darmflora (Gupta 2000) Der Einfluss von Geschlechtsverkehr wird diskutiert, da Sperma den Säuregrad in der Vagina

verändert. Mehr als kurzfristige Veränderungen der Vaginalflora werden jedoch nur in neuen Partnerschaften vermehrt beobachtet. Auch Oralsex kann die vaginale Flora beeinflussen. (Schwebke 1999) Vaginospülungen und – duschen beeinträchtigen ebenfalls die Vaginalflora, sind aber in unserer Kultur nicht sehr verbreitet.

Die Bakterielle Vaginose wird mit einem höheren Risiko für Eileiter- und Eierstocksinfektionen in Zusammenhang gebracht, besonders nach Eingriffen in der Gebärmutter wie Schwangerschaftsabbruch, Einlegen einer Spirale und Wundinfektionen nach andere Unterleibsoperationen. In der Schwangerschaft sollen vermehrt vorzeitige Wehen, vorzeitiger Blasensprung und Frühgeburten bei dieser Veränderung auftreten. Deshalb soll die Bakterielle Vaginose vor operativen Eingriffen und in der Schwangerschaft behandelt werden. Ob darüberhinaus beschwerdefreie Frauen mit bakterieller Vaginose behandelt werden sollen, ist umstritten. Da eine dauerhafte Normalisierung der Flora oft schwer zu erreichen ist, halte ich zumindest eine Behandlung mit Antibiotika in diesen Fällen nicht für gerechtfertigt. Eine Reduktion von postoperativen Infektionen nach Behandlung der Bakteriellen Vaginose mit Antibiotika ist nachgewiesen. Die Untersuchung von Schwangeren auf Bakterielle Vaginose und Art und Zeitpunkt der Behandlung sind derzeit Gegenstand von zahlreichen Studien. In wie weit und durch welche Behandlung sich Komplikationen reduzieren lassen, ist noch nicht abschließend geklärt.

Behandlung

Es werden verschiedene Mittel für die Behandlung vorgeschlagen, die aber alle nicht zuverlässig zu einer dauerhaften Normalisierung der Vaginalflora führen.

Antibiotika

In erster Linie wird die Behandlung mit Antibiotikadurchgeführt, am häufigsten mit Metronidazol (viele verschiedene Präparate) als Tabletten oder Vaginalzäpfchen. Metronidazol hemmt die Laktobazillen und wirkt vorwiegend gegen anaerobe Bakterien aus der Darmflora. Durch deren Reduktion soll die Laktobazillenflora die Möglichkeit haben, sich wieder herzustellen. Ein weiteres Antibiotikum ist Clindamycin, das meist als Vaginalcreme (Sobelin Vaginalcreme®) angewandt

wird. Die kurzfristigen Heilungsraten sind bei oraler und vaginaler (in ausreichender Dosierung von mindestens 500 mg pro Tag) Anwendung von Metronidazol und Clindamycin vergleichbar mit etwa 80%. Die Rückfallquote beträgt aber ebenfalls bis zu 80%. Deshalb erscheint mir diese Behandlung nur vor gynäkologischen Eingriffen gerechtfertigt, wo es darum geht, zum Zeitpunkt des Eingriffs eine möglichst zuverlässige Reduktion von Bakterien der Haut- und Darmflora zu erzielen.

Nebenwirkungen sind bei oraler Anwendung von Metronidazol metallischer Geschmack, Übelkeit, bitteres Aufstossen, Alkoholunverträglichkeit, bei längerdauernder Anwendung Nervenschäden; im Tierversuch hat es eine krebserregende Wirkung, deshalb soll es nicht wiederholt und nicht länger als 10 Tage angewendet werden. Bei vaginaler Anwendung sind die Nebenwirkungen geringer. Metronidazol darf in der Schwangerschaft oral nicht im ersten Trimenon angewendet werden. Clindamycin hat bei der vaginalen Anwendung wenig Nebenwirkungen, es hemmt aber auch das Wachstum von Laktobazillen. Es soll ebenfalls bei Schwangeren im ersten Trimenon nicht angewendet werden. Häufige Nebenwirkung beider Antibiotika ist die Entwicklung von Pilzinfektionen. Nifuratel ist ein seltener benutztes Antibiotikum, das ebenfalls oral und vaginal angewendet wird (Inimur® Vaginalstäbchen, Salbe, Dragees). Es soll eine dem Metronidazol vergleichbare Wirkung haben, hemmt auch einige aerob⁴ wachsende Bakterienarten. Es schont die Laktobazillenflora. Außerdem hat es eine leicht hemmende Wirkung auf das Wachstum von Hefepilzen, so dass Pilzinfektionen bei der Anwendung weniger begünstigt werden, als durch Metronidazol und Clindamycin. Die Nebenwirkungen sind bei lokaler oder systemischer Anwendung gering. (Mendling 2002 Arzneimittelforschung) Die Wirkung bei der Behandlung der Bakteriellen Vaginose (insbesondere Reduktion von postoperativen Infektionen oder Schwangerschaftskomplikationen) ist jedoch weniger gut untersucht, als die beiden anderen Antibiotika.

Antiseptika

Zur Behandlung werden auch verschiedene Desinfektionsmittel empfohlen und sind zur vaginalen Anwendung auf dem Markt. Es gibt vergleichende Untersuchungen der Wirkung der Antiseptika, Studien zum Vergleich der Wirkung von Antiseptika und Antibiotika habe ich nicht gefunden.

Antiseptika hemmen alle das Wachstum verschiedener Bakterien, zum Teil auch der Milchsäurebakterien, in geringerer Masse auch das Wachstum von Pilzen. Sie reduzieren die Zahl der Bakterien in der Vagina wirksam, und zunächst auch den Ausfluss. Es gibt nur wenige Daten über die dauerhafte Heilungsrate der Bakteriellen Vaginose und Häufigkeit der Rückfälle. Wegen der geringeren Nebenwirkungen können diese Mittel bei häufig wiederkehrenden Floraänderungen aber eher wiederholt angewendet werden, als Antibiotika.

Povidon-Iod wird als Desinfektionsmittel bei verschiedensten Infektionen von Haut und Schleimhaut eingesetzt, und ist als Vaginalgel oder Zäpfchen (Betaisodona Vaginalgel®), Braunovidon N Zäpfchen®, Traumasept Vaginal-Ovula®) auf dem Markt. Es hemmt auch das Wachstum von Laktobazillen, 10 Tage nach der Anwendung hatte sich in einer Studie mit 70 Frauen die Laktobazillenflora aber weitgehend wieder erholt. (Wewalka 2002). Povidon-Iod soll nicht bei Schwangeren und Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen benutzt werden, weil die Iod-Aufnahme in den Körper die Schilddrüsenfunktion hemmen kann. Nachteil ist auch die braune Farbe mit möglicher Verfärbung der Wäsche.

Dequaliniumchlorid (Fluomycin N®) hat die gleiche Wirkung wie Povidon-Iod, aber keine unerwünschten Auswirkungen auf den Schilddrüsenfunktion, und es bewirkt keine Verfärbung der Wäsche. (Petersen 2002, Della Casa 2002)

Hexetidin (Vagi-Hex®) hat eine vergleichbare Wirksamkeit wie die übrigen Desinfektionsmittel, die Bakterienzahl wird aber erst nach mehr als 24 Stunden deutlich reduziert. Es hemmt Laktobazillen weniger im Wachstum, als andere Bakterien und erscheint deshalb zur Behandlung der Bakteriellen Vaginose besser (Weidinger 1991).

Octenidin ist noch nicht zur vaginalen Anwendung auf dem Markt, hemmt aber in einer Studie die Laktobazillen ebenfalls weniger als Povidon-Iod. (Friese 2000)

Laktobazillenpräparate

Es gibt Präparate zur Anwendung in der Vagina, die Laktobazillen enthalten, um die Flora aufzubauen. Joghurt enthält ebenfalls Laktobazillen

und es wird empfohlen, ihn zur Normalisierung der Vaginalflora in die Vagina einzuführen. Die Anwendung muss über eine bis mehrere Wochen erfolgen und bei Rückfällen gegebenenfalls wiederholt werden (zum Beispiel nach der Regel). Die meisten Frauen können eine Veränderung der Bakterienflora leicht am Geruch feststellen, und selbst entscheiden, wann die Behandlung wiederholt werden muss. Da sie keine Nebenwirkungen hat, kann sie am ehesten langfristig angewandt werden.

Döderlein med ® besteht aus kleinen Kapseln mit Bakterien, es verursacht keinen Ausfluss. Vagiflor ® enthält neben den Laktobazillen eine Fettsubstanz, die bei trockenen Schleimhäuten angenehm sein kann. Gynoflor ® enthält zusätzlich zu den Lactobazillen eine geringe Dosis von Estriol, es kann bei aufgrund von Östrogenmangel empfindlichen Schleimhäuten den Aufbau der Milchsäureflora unterstützen. Ob es bei normalen Östrogenspiegeln gegenüber reinen Laktobazillenpräparaten Vorteile hat, ist nicht untersucht. Joghurt soll nicht, wie häufig empfohlen, auf einem Tampon in die Vagina eingeführt werden, weil der Tampon die Schleimhäute austrocknet. Er kann entweder mit einem Applikator, wie er auch für Vaginalcremes benutzt wird, oder mit dem Finger eingeführt werden. Die Behandlung mit Milchsäurebakterien kann auch im Anschluss an eine Behandlung mit Antibiotika oder Antiseptika durchgeführt werden.

Andere Behandlungsmethoden

Zum Ansäuern des Vaginalmilieus gibt es Milchsäurezäpfchen (Eubiolac ®, Tampovagan®) oder Vitamin C zur vaginalen Anwendung (Vagi-C ®). Diese Mittel können bei einigen Frauen Brennen verursachen.

Als alternative Heilmittel gegen bakterielle Infektionen, aber auch gegen Pilze und Trichomonaden werden Knoblauch (eine Zehe in die Vagina einführen und alle 12 Stunden erneuern) oder Teebaumöl empfohlen. Beide reizen die Schleimhäute. Teebaumöl sollte nicht unverdünnt angewendet werden. Über die Heilungsraten ist mir nichts bekannt. Ein Aufbau der Milchsäureflora wird anschließend empfohlen.

Ein anderer Behandlungsansatz ist Gynatren ®, eine immunologische Behandlung. Dabei wird eine „Impfung“ mit inaktivierten Laktobazillen, die kein Wasserstoffperoxyd bilden, intramuskulär gespritzt. Die Impfung wird dreimal im Abstand von 2 Wochen gegeben und nach 6-12 Monaten

aufgefrischt. Als Wirkungsweise wird angegeben, dass sich Antikörper gegen nicht Wasserstoffperoxyd bildende Laktobazillen bilden, die diese aus der Vagina beseitigen, und sich dadurch die Laktobazillenflora normalisieren kann. Gleichzeitig wird über andere Mechanismen die Immunabwehr der Vagina gestärkt. Da die Ursachen der Bakteriellen Vaginose noch nicht voll verstanden sind, bleibt auch die Wirkung von Gynatren unklar.

Vor 20 Jahren wurde die Wirkung dieser Behandlung bei rezidivierenden Trichomonadeninfektionen belegt und das Mittel war unter dem Namen Tricho-Solcovac auf dem Markt. Inzwischen wurde auch die Wirkung bei Bakterieller Vaginose untersucht. Einige Studien belegen, dass sich bei etwa 2/3 der geimpften Frauen die Vaginalflora dauerhaft normalisiert (Beobachtungszeitraum 1 Jahr)(Rüttgers 1988 Siboulet 1991). Auch für rezidivierende Pilzinfektionen konnte in einer nicht Placebo-kontrollierten Studie eine geringere Rückfallrate gezeigt werden (Ramm 1995).

An Nebenwirkungen können Rötung und Schmerzen an der Injektionsstelle auftreten, selten allgemeine Reaktionen wie Fieber und Abgeschlagenheit. Autoimmunreaktionen, die grundsätzlich bei Eingriffen in das Immunsystem ausgelöst werden können, wurden in den bisherigen Untersuchungen nicht beobachtet.

Die Behandlung ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Andere Ursachen von Ausfluss

Außer den bekannten sexuell übertragenen Infektionen wie Gonorrhoe, Chlamydien- oder Trichomonadeninfektionen können selten Infektionen mit Streptokokken der Gruppe A die Ursache von Ausfluss sein. Sie verursachen neben eitrigem Ausfluss auch starkes Brennen der Vulva und müssen immer behandelt werden. Streptokokken A sind auch die Erreger des Toxischen Schock-Syndrom.

Trichomonaden waren in den 70er und 80er Jahren eine häufige Infektion, danach sehr selten geworden und werden erst in den letzten Jahren wieder häufiger festgestellt. Sie werden am häufigsten mit Metronidazol oder Tinidazol (Simplotan ®) oral behandelt, aber auch Nifuratel ist gegen Trichomonaden wirksam. Inzwischen werden häufiger gegen Metronidazol resistente Arten beobachtet. Außer der höherdosierten und längerfristigen Therapie mit Metronidazol könnte dann auch Nifuratel wirksam sein, ich habe dazu aber keine Untersuchungen gefunden.

Eine Krankheit, die ebenfalls mit eitrigem Ausfluss und zum Teil mit Brennen der Vulva verbunden ist, ist die Kolpitis Plasmazellularis. Die Vagina und manchmal auch die Vulva ist dabei stark entzündet, es werden aber keine bakteriellen Erreger gefunden und Metronidazol und Antiseptika führen zu keiner Besserung. Zum Teil findet man eine Laktobazillenflora, oft auch eine Mischflora aus Milchsäure- und anderen Bakterien. Die Ursache ist unbekannt. Da eine orale länger dauernde Behandlung mit Clindamycin zur Heilung führt, wird eine bakterielle Ursache vermutet. Wenn die Beschwerden nicht ausgeprägt sind, ist aber auch eine langfristige Behandlung mit Laktobazillenpräparaten ausreichend.

Vermehrter Ausfluss tritt oft auch bei Pilzinfektionen auf, dabei steht aber an Beschwerden der Juckreiz im Vordergrund, auf diese Beschwerden wird im Folgenden eingegangen.

Jucken und Brennen

Viele Frauen leiden auch unter immer wieder auftretendem Wundgefühl, Brennen oder Jucken im Bereich der Vulva und des Scheideneingangs, die manchmal mit, häufiger aber auch ohne störenden Ausfluss vorkommen.

Pilzinfektionen

Die häufigste Ursache dafür sind Infektionen mit Hefepilzen (in 80-90 % *Candida albicans*, seltener andere *Candida*-Arten), die fast jede Frau kennt. Der Ausfluss bei Hefepilzinfektionen riecht nicht unangenehm, eher leicht nach Hefe. Im Vordergrund stehen die zum Teil sehr unangenehmen Beschwerden Jucken und Brennen. Pilzinfektionen breiten sich nicht auf die Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcke aus, sie sind deswegen zwar sehr unangenehm und lästig, aber nicht gefährlich.

Akute, gelegentlich auftretende Pilzinfektionen sind unkompliziert mit Pilzmitteln zu behandeln. Am häufigsten wird Clotrimazol als Zäpfchen oder Creme (viele verschiedene Präparate) benutzt, seltener andere Imidazole (siehe Behandlung von wiederkehrenden Pilzinfektionen) oder Nystatin. Eine Behandlung über drei Tage reicht in der Regel aus. Da viele Frauen die Symptome kennen, können sie die Infektion mit rezeptfrei erhältlichen Clotrimazol-Präparaten selbst behandeln. Eine Partnerbehandlung ist nicht erforderlich.

Häufig wiederkehrende Pilzinfektionen

Ein unangenehmes Problem sind dagegen die immer wieder auftretenden Pilzinfektionen, die Frauen dauerhaft belästigen und beeinträchtigen können. Die Ursachen dafür sind nicht eindeutig geklärt, es wird von einer gestörten Immunabwehr ausgegangen.

Auslösend ist nicht die wiederholte Ansteckung mit Pilzen von außen, sondern die Infektionen werden durch Pilze ausgelöst, die am und im Körper sind. Auch bei einem Teil der gesunden Frauen ohne Infektion ist die Vagina mit Pilzen besiedelt. Durch die Antimykotika werden die Pilze auch nicht vollständig und dauerhaft aus dem Körper beseitigt. Die Frage ist, warum und unter welchen Bedingungen diese Pilze zu (wiederholten) Infektionen führen.

Mangelnde Hygiene ist deshalb keine Ursache von Pilzinfektionen, genauso wenig wie die Benutzung von fremden Toiletten oder Schwimmbäder, wie viele Frauen glauben. Auch das Auskochen oder Desinfizieren der Wäsche verhindert erneute Infektionen nicht. Eher kann zu häufiges Waschen der Schleimhäute und die Benutzung von Seife und Intimwaschlotionen zum Austrocknen der Haut und einer Schädigung der Bakterienflora führen und damit zu einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen. Auch Slipenlagen können die Schleimhaut austrocknen und die in manchen Produkten enthaltenen Deos zu Hautreizung oder Kontaktallergien führen. In Schwimmbädern ist wahrscheinlich eher die Reizung der Schleimhäute durch gechlortes Wasser die Ursache für anschließende Infektionen.

Als Einflussfaktoren werden diskutiert: zuckerhaltige Ernährung, hormonelle Faktoren (Schwangerschaft, hochdosierte Ovulationshemmer), aber auch psychosomatische Faktoren.

Es gibt keine Behandlung mit sicherem dauerhaften Erfolg.

Außer einer wiederholten lokalen Behandlung mit clotrimazolhaltigen Mitteln können andere Mittel wie Nystatin (viele verschiedene Präparate), Miconazol (Gyno-Daktar®, Gyno-Mykotral®), Fenticonazol (Fenizolam®) oder Ciclopyroxolamin (Inimur myko®, Batrafen®) lokal versucht werden.

Es gibt auch Tabletten zur oralen Pilzbehandlung, Fluconazol (Fungata®) oder Itraconazol (Siros®, Sempira®), die aber auch nicht zu einer längeren Beschwerdefreiheit führen. Manche Frauen ziehen diese Behandlung vor und empfinden Zäpfchen und Cremes als unangenehm. Dem stehen Nebenwirkungen (hauptsäch-

lich Übelkeit, Durchfall, Blähungen) und Leberbelastung gegenüber.

Bei häufig wiederkehrenden Infektionen wird eine Langzeittherapie mit Fluconazol über 6 Monate empfohlen, die aber auch nur in der Hälfte der Fälle zur Besserung der Beschwerden führt (Mendling 2002 Frauenarzt). Da die chronischen Pilzinfektionen sehr selten schwere gesundheitliche Störungen verursachen, muss die Belastung des Stoffwechsels durch die Medikamente sorgfältig abgewogen werden, gegen die Belästigung, die viele Frauen empfinden.

Manchmal ist eine Infektion mit *Candida glabrata* die Ursache der wiederkehrenden (oder nicht ausheilenden) Infektionen. Diese *Candida*-Art, die bei 5-10% aller Pilzinfektionen gefunden wird, verursacht zwar sehr viel geringere Beschwerden und meist nur eine leichte Entzündung der Schleimhäute als *Candida albicans*, ist aber gegen viele Pilzmittel (insbesondere das oral angewandte Fluconazol) wenig empfindlich. Wenn *Candida glabrata* in der Pilzkultur nachgewiesen wurde, kann eine längerfristige 7 bis 14 tägige Behandlung mit Clotrimazol oder eine 14-tägige hochdosierte orale Behandlung mit Fluconazol Erfolg bringen (Sobel JD 1998). Derzeit wird eine Studie zur Wirksamkeit von Ciclopyroxolamin (vaginale Anwendung) bei Infektionen mit *Candida glabrata* durchgeführt (Mendling 2002 Frauenarzt).

Eine Partnerbehandlung kann versucht werden, verringert aber meist auch nicht die Häufigkeit der Infektionen.

Da Pilzinfektionen häufig auch bei normaler bakterieller Flora auftreten, ist ein Aufbau der Milchsäureflora meist nicht nötig, aber auch nicht erfolgreich.

Gerade im Bereich der alternativen Heilmethoden wird eine Darmsanierung oft empfohlen. Eine Besiedelung des Darms mit Hefepilzen ist aber normal, sie können ebenfalls nicht dauerhaft beseitigt werden. Eine starke Vermehrung von Hefepilzen im Darm sehe ich nicht als die Ursache wiederholter vaginaler Infektionen an, sondern als weitere Begleiterscheinung der gemeinsamen Ursache, der gestörten Immunabwehr. Die meisten Studien erbrachten keine geringere Rückfallquote nach Darmsanierung mit Pilzmedikamenten, die meist begleitend durchgeführte Ernährungsumstellung auf Vollwertkost und unspezifische Stärkung der Immunabwehr können sich aber positiv auswirken.

Die weiter oben beschriebene Behandlung mit Gynatren scheint sich nach einer Studie bei einem Teil der behandelten Frauen auch positiv auf

häufig wiederkehrende Pilzinfektionen auszuwirken. (Ramm 1995)

Andere Ursachen von Jucken und Brennen

Wichtig bei chronischen Beschwerden im Bereich der Vulva ist die Klärung, ob Pilze wirklich die Ursache der Beschwerden sind. Da auch die Vagina und Vulva gesunder Frauen von Hefepilzen besiedelt ist, ist der Nachweis von Pilzen kein Beweis dafür, dass sie auch die Ursache der Beschwerden sind. Pilzinfektionen können außerdem auch auf durch andere Hauterkrankungen vorgeschädigter Haut sekundär auftreten. Solche Hauterkrankungen können sein: Lichen sclerosus, allergisches Kontaktekzem, atrophische Vulvitis und andere seltenere Erkrankungen. Diese sollten diagnostiziert und behandelt werden.

Auch eine Infektion mit HPV (Human Papilloma Virus) im Bereich der Vulva wird als Ursache für Missempfindungen und Brennen diskutiert. Einige dieser Virustypen sind bei der Entstehung von Muttermuskrebs beteiligt und deswegen bekannt geworden, andere verursachen Feigwarzen. Papillomaviren können aber auch unauffälligere Hautveränderungen verursachen, die zum Teil mit Brennen und Missempfindungen verbunden sein können. Diese Hautveränderungen kann man nach Betupfen mit verdünnter Essigsäure mit dem Kolposkop (einem Lupenähnlichen Gerät) sehen. Ähnliche Hautveränderungen können aber auch bei anderen Hautreizungen beobachtet werden.

Da es keine spezifische Behandlung des Virus gibt, werden die veränderten Hautbezirke zur Zeit mit Laser abgetragen – eine recht eingreifende Behandlung, die erstmal große Hautwunden hinterlässt. Nach der Abheilung sind bei einem Teil der Frauen die Beschwerden gebessert. Betupfen der veränderten Hautareale mit Podophyllin oder Podophyllotoxin, die zur Behandlung von Feigwarzen benutzt werden, ist kein untersuchtes und anerkanntes Behandlungsverfahren. Podophyllen kann bei häufiger Anwendung das Risiko für Hautkrebs erhöhen und soll deshalb nicht mehr benutzt werden.

Der Ursächliche Zusammenhang von HPV mit Brennen und Wundsein erscheint mir fraglich, da bei vielen gesunden Menschen ohne Beschwerden HPV nachgewiesen werden können, und die Hautveränderungen, die die Diagnose stützen, auch bei anderen Hautreizungen gesehen werden. Für einige Frauen bietet die Diagnose aber eine Erklärung für ihre Beschwerden, die mit Hoffnung auf eine Beseitigung verbunden ist.

Beschwerden ohne körperliche Veränderungen

Häufig treten chronische Missempfindungen ohne nachweisbare organische Veränderungen auf. Psychosomatische Zusammenhänge sind wahrscheinlich. Sie spielen sicher auch bei wiederholt auftretenden Pilzinfektionen oder Beschwerden mit Ausfluss eine Rolle. Die möglichen Konfliktbereiche (Sexualität, Partnerschaft, sexuelle und andere Gewalterfahrungen, aber auch Stress in anderen Lebensbereichen) sind ein eigenes weites Thema, auf das ich hier nicht eingehen will. Im Zusammenhang mit Ausflussbeschwerden habe ich schon das Verhältnis vieler Frauen zu ihren Genitalorganen erwähnt, das mehr mit Gefühlen wie Scham, Ekel und Unwohlsein verbunden ist, als mit Gefühlen von Lust, Wohlgefühl und Schönheit. Zusammenhänge zwischen diesen Gefühlen und Missempfindungen im Bereich von Vulva und Vagina sind naheliegend.

Es gibt einige Möglichkeiten zur Beschwerdenlinderung wie verschiedene Cremes, Lotionen und Präparate für Sitzbäder. Die Frauen können selbst ausprobieren, mit welchen Mitteln sie die Beschwerden am besten lindern können. Neben der direkten Wirkung der Mittel finde ich dabei auch den Effekt wichtig, dass Frauen sich positiv und pflegend mit dem Genitalbereich beschäftigen.

Sitzbäder mit Tannolakt® und Tannosynth® enthalten Gerbstoffe, die juckreizlindernd wirken. Leicht kühlende Wassertemperatur der Sitzbäder lindert ebenfalls den Juckreiz. Molke und Kamillenextrakt lindern ebenfalls Reizungen und Wundsein,

Verschiedene Cremes, mit Kamille, Ringelblume, Panthenol oder einfache Vaseline können das Wundsein und Brennen lindern, insbesondere bei trockenen Schleimhäuten.

Vaginaltabletten oder Zäpfchen auf Kräuterbasis (Majorana/Melissa®, Rosenzäpfchen) wirken desinfizierend und durchwärmend.

Luna-Yoga, ein spezielles Yoga für den Unterleib, kann den Stoffwechsel im kleinen Becken anregen und das Körpergefühl für diesen Bereich fördern. Auch Bauchtanz oder Beckenbodengymnastik können ähnlich wirken.

Literatur

Della Casa V, Noll H et al. Antimicrobial Activity of Dequalinium Chloride against leading germs of vaginal infections. *Arzneimittelforschung/Drug Research*. In press

Friese K, Neumann G, et al. Vergleich zweier lokaler Antiseptika in der klinischen Anwendung bei bakteriell bedingten Vaginalinfektionen. *Geburtsh Frauenheilkunde* 60 (2000): 308-13

Mending W, Mailland F. Microbiological and pharmaco-toxicological profile of Nifuratel and its favourable risk/benefit ratio for the treatment of vulvo-vaginal infections. *Arzneimittelforschung/Drug research* 52 (2002): 8-13

Mending W. Neues aus der gynäkologischen Mykologie. *Frauenarzt* 43 (2002): 412-16

Pybus V, Onderdonk AB. Microbial interactions in the vaginal ecosystem, with emphasis on the pathogenesis of bacterial vaginosis. *Microbes and Infection* 1 (1999); 285-92

Petersen EE, Weissenbacher ER, et al.. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with Dequalinium Chloride or Povidone Iodine. *Arzneimittelforschung/Drug Research*. In press

Rüttgers H. Bacterial vaginitis: protection against infection and secretory immunoglobulin levels in the vagina after immunisation therapy with Gynatren. *Gynecol Obstet Invest* 26 (1988): 240-9

Ramm S, Bauleke A. Rezidivschutz bei vaginaler Candidiasis. Sinnvolle therapeutische Alternative. *Therapiewoche* 31 (1995): 1838-41

Siboulet A. Impfung gegen nichtspezifische bakterielle Vaginose. Doppelblinduntersuchung von Gynatren. *Gynäkol Rundschau* 31 (1991):153-160

Sobel JD. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*. An emerging problem. *Mycoses* 41(Suppl. 2) (1998): 18-22

Taylor-Robinson D. The future of bacterial vaginosis-related research. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 67 (1999) S35-S38

Weidinger H, Passloer HJ, et al. Nutzen der prophylaktischen vaginalantiseptik mit Hexetidin in Geburtshilfe und Gynäkologie. *Geburtsh Frauenheilk* 51 (1991): 929-35

Wewalka G, Starby A, et al. Efficacy of Povidone-Iodine vaginal suppositories in the treatment of bacterial vaginosis. *Dermatology* 204 Suppl 1 (2002):79-85

Intimwaschlotionen

Die meisten Intim-Waschlotionen und -Sprays enthalten Deodorants und zum Teil Desinfektionsmittel, die die Schleimhäute schädigen und die Bakterienflora beeinträchtigen können. Dieses Wissen hat sich inzwischen bei vielen Frauen verbreitet. Auch die meisten FrauenärztInnen beraten Frauen mit wiederholten Infektionen im Genitalbereich über die Hygiene und erklären ihnen, dass der Genitalbereich möglichst nur mit Wasser gewaschen werden soll. (Siehe auch Physiologie der Vaginalflora, in diesem Rundbrief).

Trotzdem empfinden viele Frauen diesen Bereich als schmutzig und eklig, haben große Angst davor, dass andere einen unangenehmen Geruch bemerken könnten. Sie fühlen sich mit einer Pflege nur mit Wasser nicht ausreichend sauber. Dieses Bedürfnisse werden jetzt mit neuen Produkten bedient (Veladerm Waschcreme intim, Dercome Femme). Sie enthalten Milchsäure mit der „das natürliche Scheidenmilieu stabilisiert“ werden soll, und Harnstoff oder Molke als nicht austrocknende Reinigungsmittel. Die Produktinformationen suggerieren Natürlichkeit, unterstützen aber auch mit dem Versprechen „ein sauberes Gefühl“ die Vorstellung vieler Frauen, dass der Genitalbereich eigentlich schmutzig ist. Es gibt außer Befragungen von Anwenderinnen zu ihrer Zufriedenheit keine Untersuchung über die Auswirkungen dieser Mittel auf die Scheidenflora oder auf Beschwerden im Genitalbereich. Wahrscheinlich ist die Reinigung nur mit Wasser besser, die Benutzung dieser neuen Intimwaschlotionen aber auch weniger schädlich als die der alten Produkte.

Hormonersatz- therapie

Die Diskussion um die WHI- Studie

Ines Thonke

Seit Veröffentlichung der WHI (Women's Health Initiative)-Studie im Frühsommer 2002 wird der Nutzen der Hormonersatztherapie (HET) in der Postmenopause kontrovers diskutiert. Für Aufsehen sorgte die Studie deshalb, weil sie nach durchschnittlich 5,2 Jahren abgebrochen wurde, obwohl eine Studiendauer von 8,5 Jahren vorgesehen war. Grund für den vorzeitigen Abbruch war eine negative Nutzen- Schaden-Bilanz.

Worum ging es in der Fragestellung?

Ziel der WHI- Studie war, möglichen den Nutzen und die Risiken der Hormonersatztherapie besser abschätzen zu können, insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen, Brustkrebs und Osteoporose.

Wer wurde untersucht?

In der randomisierten Doppelblind-Studie nahmen insgesamt 16608 Frauen im Alter zwischen 50 und 79 Jahren teil. 8506 Frauen erhielten eine kombinierte Therapie mit 0,625mg konjugierten equinen Östrogenen (CEE) und 2,5mg Medroxyprogesteronacetat (MPA). Eine Gruppe von 8102 Frauen erhielten ein Placebo- Präparat.

Was führte zur vorzeitigen Beendigung der Studie?

Eine negative Nutzen- Schaden-Bilanz bedeutet, die Risiken durch Einnahme des Kombinationspräparats waren größer als der Nutzen.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie

angegeben in absolutem Zusatzrisiko pro 10 000 Behandlungsjahre (oder wenn 10 000 Frauen das Präparat ein Jahr einnehmen), sind:

- plus 18 Thrombosen
- plus 7 kardiovaskuläre Erkrankungen
- plus 8 Schlaganfälle
- plus 8 Lungenembolien
- plus 8 invasive Mamma- Karzinome
- minus 6 Kolonkarzinome
- minus 5 Hüftfrakturen

Anders ausgedrückt erkrankten in der Gruppe der Frauen, die das Kombinationspräparat einnahm im Vergleich mit der Placebo-Gruppe in dem angegebenen Zeitraum

41 Prozent mehr an Schlaganfällen

26 Prozent mehr an Brustkrebs

29 Prozent mehr an kardiovaskulären Erkrankungen

50 Prozent mehr an thromboembolischen Ereignissen

37 Prozent seltener kommt es zu kolorektalen Karzinomen

34 Prozent seltener kommt es zu Hüftfrakturen

Die Rückschlüsse, die die American Heart Association (AHA) aus den Ergebnissen zieht sind, dass die gegebene Kombination von CEE 0,625mg/d und MPA 2,5mg/d nicht für eine Primärprophylaxe kardiovaskulärer Erkrankungen geeignet scheint. Die kardiovaskulären Risiken und die Zunahme von Brustkrebs machen bei der Frage nach Osteoporoseprävention eine sorgfältige Nutzen/Risikoabwägung notwendig. Weiterhin kommt die AHA zu dem Schluss, dass HET auch für die Sekundärprophylaxe von kardiovaskulären Erkrankungen nicht geeignet ist. Für die Kurzzeit-Behandlung postmenopausaler Symptome wurde diese Aussage nicht getroffen.

Die Reaktionen in Deutschland auf die Ergebnisse der Studie waren sehr uneinheitlich. Für Verwirrung und Empörung sorgte die schnelle Reaktion von Prof. Dr. Alexander Teichmann, Vorsitzender des Arbeitskreises „Steroide in Kontrazeption und Substitution“ (SIKUS) des Berufsverbands der Frauenärzte am 12. Juli 2002, der per Fax eine Patienteninformation an alle 11000 Mitglieder des Berufsverbands verschickte. Zitat aus dieser Information: „Die US-Studieverändere in keiner Weise die zurzeit gültige Bewertung der HET als einer wirksamen Behandlung von Beschwerden, die durch Hormonmangel ausgelöst werden und deren Nutzen oft unter-, deren Risiko gemeinhin jedoch überschätzt wird“. Die Ergebnisse der Studie, was davon zu bezeichnen ist, sind die Ergebnisse dieser Studie?

- Eine leichte Erhöhung der Anzahl diagnostizierter Brustkrebskrankungen. Dies war jedoch nur bei den Frauen zu beobachten, die sowohl konjugierte equine Estrogene als auch Medroxyprogesteronacetat erhalten hatten. Frauen, die lediglich mit Estrogenen behandelt wurden, hatten kein erhöhtes Risiko und diese Untersuchung wurde daher auch nicht abgebrochen, sondern läuft weiter.

- Eine Senkung der Knochenbruchrate
- Eine Senkung der Anzahl von Dickdarmkrebskrankungen
- Keine Senkung der Herz-Kreislaufkrankungen“

Eine logische und längst überfällige Konsequenz aus den Ergebnissen, nämlich den Nachweis der Sicherheit der auf dem deutschen Markt befindlichen Hormonpräparate von der hormonherstellenden Pharmaindustrie bzw. unabhängige vergleichbare Studien für in Deutschland verordnete Präparate wurde nicht gefordert.

Teichmann wurde daraufhin unlautere Darstellung und Manipulation der Frauen vorgeworfen. Auch konnte sich Industrienähe nicht leugnen lassen, da die Unternehmen Schering und Jenapharm den Versand und die Belieferung mit weiteren Patienten-Informationsblättern übernahmen. Der Berufsverband der Frauenärzte hat sich von dieser Patientinneninformation distanziert und formuliert in einer Pressemitteilung im August 2002 an seine Mitglieder folgendes in Auszügen:

Zitat: „Der kurzfristige Einsatz von Hormonen ist wissenschaftlich abgesichert

Fast fünf Millionen Frauen in Deutschland nehmen derzeit Hormone gegen die Beschwerden der Wechseljahre und – wie man bisher annahm – auch mit dem Ziel ein, typischen Alterserkrankungen vorzubeugen. Trotz der verständlichen Bedenken, die mit dem Abbruch des Studienarms verbunden sind, bleibt unverändert gesichert, dass eine individuelle Hormonersatz-Therapie bei kurzfristiger Anwendung als ein wirkungsvolles Mittel gegen Hitzewallungen, Schlaflosigkeit und Depressionen anzusehen ist. Dies gilt selbstverständlich bei regelmäßiger Kontrolle und individuell angepasster Medikation durch den behandelnden Gynäkologen. Deshalb spricht auch beim derzeitigen Stand der Dinge nichts dafür, die Hormonersatz-Therapie kurzerhand zu ver-teufeln und ängstlich abubrechen.“ (Zitat Eende) Und weiter

„Was bedeuten die Ergebnisse der WHI-Studie für deutsche Frauen?

Die Studienteilnehmerinnen waren zu Beginn der Untersuchung durchschnittlich 63 Jahre alt und viele hatten vermutlich bereits Gefäßerkrankungen. Außerdem ist heute bekannt, dass die vermeintlich positiven Effekte der Östrogene auf das Gefäßsystem durch Gestagen abgeschwächt werden. Dieser Umstand könnte die Zunahme der kardiovaskulären Ereignisse sowie den Anstieg der Schlaganfälle erklären. Vermutlich bringt eine Hormonersatz-Therapie in der Prä-

vention lediglich dann positive Ergebnisse, wenn zum Zeitpunkt der ersten Anwendung die Frauen deutlich jünger sind; dies trifft auf Deutschland zu. Das in den USA weit verbreitete Kombinationspräparat bietet hierzulande kaum Vergleichsmöglichkeiten. In Deutschland sind andere Varianten und Verordnungen üblich. Für dieses Präparate-Spektrum sind entsprechende Studien unerlässlich, denn es kann künftig nur darum gehen, individuelle Risiken bei der Vorbeugung zu berücksichtigen. Hier sind die wissenschaftlichen Grundlagen leider bisher nur unvollständig.“ (Zitat Eende, Berufsverband der Frauenärzte)

Welche Einwände gibt es gegen die Studie

Gegenargument 1

Insbesondere von Mitgliedern des Berufsverbands der Frauenärzte und der Menopausengesellschaft wird angeführt, dass die Ergebnisse der US-Studie nicht auf Deutschland übertragbar sind. Die in der Studie verwendete Hormonkombination macht in Deutschland nur etwa 6,5 Prozent der Verordnungen aus. (Als Östrogenkomponente werden in Deutschland auch Östriolzubereitungen, - als Gestagenkomponente an Stelle des MPA häufiger Testosteronderivate wie z.B. Norethisteron verordnet. Weiterhin sind transdermale HERT-Regimes als auch Verordnungen mit zyklischer Östrogengabe und sequenzieller Gestagengabe gebräuchlich.) Allerdings: Über Risiken und Nutzen der übrigen Präparate fehlen breit angelegte Studien. Das gibt insbesondere für die Langzeitanwendung von HET. Die Kommission „Hormontoxikologie“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie schreibt hierzu in ihrer Stellungnahme: „Die Studienergebnisse gelten für die verwendete Hormonkombination und können nicht unmittelbar auf andere Hormonkombinationen übertragen werden. Es ist aber leider zu befürchten, dass auch die in Deutschland verbreiteten Östrogen- und Gestagen-Kombinationspräparate ein ähnliches Risikoprofil aufweisen.“

Die Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) äußert sich in ähnlicher Weise: „Für die verschiedenen von der WHI-Studie abweichenden HRT-Varianten (Hormon Replacement Therapy) liegen keine Studien von vergleichbarer Aussagekraft vor, die geringere Risiken bzw. ein günstigeres Nutzen-Schaden-Verhältnis belegen. Solange solche Daten nicht verfügbar sind, ist der Verdacht nicht von der Hand zu weisen, dass auch andere Östrogen-Gestagen-Kombinationen mit einem Risiko von Brustkrebs, venösen Thromboembolien, Herzinfarkt und Schlaganfall einhergehen, das den Nut-

zen übersteigt. Davon können zunächst auch nicht-orale Applikationsarten und andere Therapieregimes nicht ohne weiteres ausgeschlossen werden.“

Gegenargument 2

Das Durchschnittsalter der Frauen in der WHI-Studie betrug 63 Jahre und ist demnach deutlich höher als in Deutschland. Zudem bestanden bei vielen Frauen bereits Vorerkrankungen z.B. der Gefäße.

Hierzu schreibt die BfArM, dass ca. 5.500 Frauen in der WHI-Studie zu der Altersklasse 50 bis 59 Jahre gehören, in der in Deutschland auch oft eine HRT zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden durchgeführt wird. Zudem wurde in der WHI-Studie kein Einfluss des Alters auf die erhöhten Risiken beschrieben.

Von unterschiedlichem Vorerkrankungsstatus (bzw. von uneinheitlichem HRT-Einnahmestatus) vor Beginn der Studie kann nicht ausgegangen werden. In der Studie selbst werden diesbezüglich keine Unterschiede zwischen der HRT- und der Placebogruppe beschrieben (Adjustierung der zu vergleichenden Gruppen).

Erste deutsche epidemiologische Studie zu HET und Mammakarzinom geplant

Als erste Konsequenz der Ergebnisse soll in einer multizentrischen Fall-Kontroll-Studie der Zusammenhang zwischen postmenopausaler Hormonsubstitution und Brustkrebs-Risiko untersucht werden. In dem auf 4 Jahre angelegten Projekt sollen 3500 Patientinnen mit Brustkrebs und 7000 gesunde Frauen zu unterschiedlichen Faktoren wie Art, Dauer, Dosis und Form der Hormonsubstitution befragt werden. Auch Vorerkrankungen, Lebensweise, Beginn der Wechseljahre, Body Mass Index und Ernährungsgewohnheiten sowie Alkohol- und Nikotinkonsum werden erfasst. Das Alter der Frauen liegt zwischen 50 und 74 Jahren. Projektleiter ist Prof. Dr. Wilhelm Braendle, Direktor der Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Klinik für Frauenheilkunde am Universitätsklinikum Hamburg. Seine Stellvertreterin ist Dr. Jenny Chang Claude von der Abteilung klinische Epidemiologie des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg. Die Studie wird in den ersten zwei ein halb Jahren von der Deutschen Krebshilfe mit 1,5 Million Euro gefördert. Anhand der Zwischenergebnisse wird über die weitere Förderung entschieden werden. Studienregionen sind Hamburg und die Region Rhein-Neckar-Ortenau. Die Teilnehmerinnen in Hamburg werden entweder über das dortige Krebsregister ermittelt oder direkt von ihrem behandelnden Arzt

angesprochen. In Heidelberg werden sie über die kooperierenden Kliniken eingebunden.

Das Ziel ist populationsbezogen den Einfluss der Hormonersatztherapie an der Brustkrebshäufigkeit (Inzidenz) in Deutschland zu ermitteln.

Reaktionen

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) hat in einer gemeinsamen Presseerklärung mit dem Deutschen Ärztinnenbund (DÄB) und dem Bundesverband Frauengesundheitszentren ein Umdenken bei der Hormonbehandlung gefordert. In der Presseerklärung wird auf das Milliardengeschäft der Hormonersatztherapie bei ca. 5 Millionen Frauen in Deutschland aufmerksam gemacht, und dies, ohne dass ausreichende wissenschaftliche Belege für die propagierten Vorteile vorliegen.

Der AKF fordert, Hormone ausschließlich zur Linderung starker Wechseljahrsbeschwerden zu verordnen. Weiterhin werden pharmaindependente Informationskampagnen für Frauen, Veröffentlichung von Richtlinien zur Verschreibungspraxis von Hormonen und unabhängige Forschungsprojekte gefordert. Kritisch äußert sich auch der Vorsitzende Winfried Beck, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte zu dem Geschäft mit Hormonen und Osteoporose. „*Wer (nach Veröffentlichung der Studienergebnisse) mit einem Paradigmenwechsel in dem Umgang mit Wechseljahren gerechnet hätte, sieht sich getäuscht. Die Pharmaindustrie und die von deren Werbung abhängigen Fachzeitschriften eröffneten sofort nach Bekanntwerden ein publizistisches Feuerwerk, um an der Östrogen/Gestagen-Therapie zu retten, was zu retten ist. Schließlich nehmen täglich elf Millionen Frauen diese Medikamente ein und allein das Unternehmen Wyeth machte mit diesen Präparaten letztes Jahr einen Umsatz von zwei Milliarden Dollar.*“

An anderer Stelle schreibt er: „*Grundsätzlich sind in der Medizin nicht notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen kein Luxus, sondern potentiell gefährlich. Das nicht notwendige Medikament, die nicht notwendige Röntgenaufnahme, die nicht notwendige Operation sind mit Risiken verbunden. Aber auch eine nicht notwendige Diagnostik ist nicht risikofrei, da es keine Methode ohne sogenannte falsch positive Befunde gibt....*“

Obwohl Dr. Manfred Steiner, Präsident des Berufsverbands der Frauenärzte, formuliert, dass die Indikationsstellung für HET ohnehin eng gestellt wird und es deswegen auch keinen zusätzlichen Informationsbedarf für Patientinnen gibt, ist

die Verunsicherung bei ÄrztInnen und Patientinnen weiterhin groß. Zu wünschen wären klar ausgesprochene (vorläufige) Leitlinien der Anwendung und eine detaillierte Datenaufbereitung für Patientinnen, die den gegenwärtigen wissenschaftlichen Informationsstand wiedergibt.

Frühere Verlautbarungen der Berufsgruppe über den Wert der Hormonersatztherapie für jugendliches Aussehen, als Möglichkeit Alterungsprozesse zu verzögern, als Präventivmedikation z.B. gegen kognitiven Leistungsabfall bzw. Demenz oder als Gefäßschutz, aber auch aktuelle Äußerungen über die Chancen der Prävention (wenn schon ab dem 50. Lebensjahr mit einer Hormonersatz-Therapie begonnen wird) sowie die Relativierung der US-Ergebnisse könnten zu der Annahme führen, dass Konsequenzen hinsichtlich des Verschreibungsverhaltens bei einigen GynäkologInnen bisher unterblieben sind. Auch die Forderung nach weiteren unabhängigen Studien (die ja möglicherweise zu einer relativen Entwarnung führen könnten) für die in Deutschland gängigen HET- Präparate ist bisher unterblieben. Verlässliche Daten zur durchschnittlichen Anwendungsdauer der HET in Deutschland existieren nicht. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat in einer Befragung von 2600 Frauen zwischen 40 und 75 Jahren festgestellt, dass jede dritte Hormon - Anwenderin die Hormone bereits länger als 5 Jahre einnahm. Zwei Drittel der Frauen hatten keine Erinnerung an eine Aufklärung zu Risiken.

Auszug aus der BfArM Arzneimittel-Schnellinformation 2-04 (Sept. 2002)

Das BfArM strebt eine Neubewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Östrogen-Gestagen-Kombinationen in den (unten genannten) zugelassenen Anwendungsgebieten an. Auf nationaler Ebene wird das BfArM diesbezüglich ein Stufenplanverfahren starten. Weiterhin wird von den zuständigen europäischen Gremien, in denen auch Deutschland vertreten ist, nach abgeschlossener Diskussion eine Position formuliert werden, die für die in europäischen Verfahren zugelassenen HRT- Produkte relevant ist. Vorbehaltlich der Ergebnisse der weiteren Analysen und Diskussionen, hält das BfArM zum gegenwärtigen Zeitpunkt folgendes Vorgehen als Konsequenz aus der WHI-Studie für vertretbar:

1. Klimakterische Beschwerden

Alle Östrogen-Gestagen-Kombinationen nur bei ausgeprägtem individuellen Leidensdruck, nach Ausschluss von Risikofaktoren (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, venöse thromboembolische Komplikationen, Krebs) sowie nach Aufklärung der

Patientinnen über die möglichen Risiken verordnen. Die Anwendungsdauer so kurz wie möglich (z.B. 1-2 Jahre; gegebenenfalls Auslassversuche), die Östrogendosis so niedrig wie möglich wählen. Besteht die HRT schon länger als ein Jahr, bedenken, dass einerseits das Brustkrebsrisiko mit zunehmender Therapiedauer ansteigt und das Schlaganfallrisiko in der WHI-Studie nach einer im zweiten Beobachtungsjahr einsetzenden Erhöhung über mehrere Jahre erhöht blieb, andererseits das Risiko für Herzinfarkt und venöse thromboembolische Komplikationen wahrscheinlich eher sinkt.

2. Osteoporoseprophylaxe

Bei postmenopausalen Frauen ohne erhöhtes Osteoporoserisiko Östrogen-Gestagen-Kombinationen zur Osteoporoseprophylaxe nicht mehr verordnen und bei Frauen mit erhöhtem Risiko osteoporotischer Frakturen das Spektrum der anderen für die Osteoporoseprophylaxe zur Verfügung stehenden Optionen eingehend als Alternative in Betracht ziehen. Die Indikation zur Fortführung einer bereits seit mehreren Jahren durchgeführten HRT zur Osteoporoseprophylaxe bei Frauen mit erhöhtem Risiko für eine osteoporotische Fraktur in Bezug auf die oben angeführten Aspekte überprüfen.

3. Rückbildungserscheinungen an den Harn- und Geschlechtsorganen

Zur Vorbeugung und Behandlung von durch Östrogenmangel bedingten Rückbildungserscheinungen an den Harn- und Geschlechtsorganen Präparate zur topischen (örtlichen) Applikation in Betracht ziehen.

Eine Behandlung mit Östrogen-Gestagen-Kombinationen zum Zweck der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist aufgrund der aktuellen Datenlage nicht gerechtfertigt. Eine solche Vorbeugung ist bei den in Deutschland sich im Verkehr befindlichen Präparaten aber auch nicht als Anwendungsgebiet zugelassen.

Östrogen-Monotherapie bei Frauen ohne Gebärmutter

Für die HRT mit Östrogen-Monopräparaten bei Frauen, denen die Gebärmutter entfernt wurde, liegen noch keine statistisch vergleichbaren Studien vor. Der WHI-Studienarm, der im Vergleich mit Placebo das Nutzen-Schaden-Verhältnis einer Östrogen-Monotherapie bei Frauen ohne Gebärmutter untersucht, läuft derzeit weiter. Allerdings weisen einige epidemiologische Studien auf ein erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs nach

langfristiger Anwendung von Östrogenen hin. Insgesamt ist die Datenlage nicht einheitlich. Die vorliegenden Daten werden vom BfArM einer detaillierten Bewertung unterzogen. Gegenwärtig wird im Einzelfall zu einer sorgfältigen Abwägung von Nutzen und Risiken unter Berücksichtigung der Risikofaktoren für einen Eierstockkrebs geraten.

Quellen:

Deutsches Ärzteblatt, Heft 31-32/5. August 2002

Hormonersatz-Therapie nach Abbruch der WHI-Studie in den USA, Pressemitteilung des Berufsverbands der Frauenärzte, August 2002, (abrufbar unter www.bvf.de)

Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women *Jama*, Vol. 288No.3, July 17,2002

Writing groups of the women's Health Initiative Investigators

NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) Stops Trial of Estrogen Plus Progestin Due to Increased Breast Cancer Risk, Lack of Overall Benefit

NIH (National Institute of Health) Pressemitteilung 9. Juli 2002

Winfried Beck, Weniger ist mehr- Das Geschäft mit Osteoporose und Östrogenen , DR.MED:MABUSE 139, Sept./Okt.2002

Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM)

Arzneimittel-Schnellinformation: Hormonersatz-Therapie bei Frauen in und nach den Wechseljahren mit Östrogen-Gestagen Kombination 4/02, (2. September 2002)

(Abrufbar unter: http://www.bfarm.de/de/ver/arzneimittel/amrisiken/asi/asi02_4.html)

Vorläufige Stellungnahme der Kommission Hormontoxikologie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie zu den Ergebnissen der „Womens Health Initiative“ Studie, 17.07.02

(Abrufbar unter:

<http://www.endokrinologie.net/presse/presse-info17.html>)

AKF-Presseerklärung 4.8.2002

:Milliardengeschäft mit der Hormonersatztherapie auf Kosten von Frauen (www.akf.info.de)

AKF-Infoblatt“Hormone?“ Eine Entscheidungshilfe

Presseinformation des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO). 12.07.2002

www.wido.de/Aktuelles/PI_Hormone072002.html

National Cancer Institut: News from the NCI
Questions and Answers: Use of Hormones after Menopause

<http://newscenter.cancer.gov/pressreleases/estrogenplus.html>

The Women's Health Initiative
New Facts About: Estrogen/Progestin Hormone therapy

www.uhlbi.nih.gov/whi/hrtupd/ep_facts.thm

Konsensus Leitlinien-Entwürfe des Dachverbands Deutschsprachiger Wissenschaftlicher Gesellschaften für Osteologie

DVO-Leitlinie, Postmenopausale Osteoporose (Prophylaxe Diagnose, Therapie)

(Abrufbar unter: www.bergmannsheil.de/leitlinien-dvo/)

Hormonsubstitution in Klimakterium und Postmenopause. Gegenwärtiger Erkenntnisstand, Nov. 2000, Stellungnahme der Deutschen Menopause Gesellschaft e.V.

Weibliche Hormone – Ein Leben lang. Mehr Schaden als Nutzen? W. Greiser, J. Günther, M. Niemeyer, N. Schmacke; Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BiPS), Wissenschaftliches Institut der AOK, Dez. 2000, ISBN 3-922093-23-X

IPPF- Nachrichten

Kombinierte orale Kontrazeptiva, Humanes Papillomvirus (HPV) und Zervixkarzinome

Die Beziehung zwischen KOK (kombinierte orale Kontrazeptiva; engl.: COC = combined oral contraceptives) und Zervixkarzinom wird schon seit langem untersucht. Durch die inzwischen allseits anerkannte Erkenntnis, dass an der Entstehung des Zervixkarzinoms praktisch immer onkogene (bösartige Tumoren erzeugende) HPV-Viren beteiligt sind, konnten die bestehende Studien und Analysen in ihrer Aussage zu dem Zusammenhang zwischen KOK und Zervixkarzinom präzisiert werden.

HPV-Infektionen

Über 120 HPV-Typen wurden bis heute identifiziert. Die Typen 16 und 18 sind für ungefähr 70 Prozent der auftretenden Zervixkarzinome verantwortlich. Onkogene HPV-Typen können auch mit weiteren epithelialen Krebsarten in Verbindung gebracht werden. Einige HPV-Typen verursachen Haut- und Genitalwarzen. Die meisten HPV-Infektionen sind vorübergehend, verantwortlich hierfür scheint die Immunantwort.

Ein kleiner Teil der Infektionen bleibt bestehen und einige führen zu bösartigen Veränderungen der Zervixzellen. Die frühen Stadien dieser Veränderung, die zervikalen intratransepithelialen Neoplasien (Neubildungen), können in Vorsorgeuntersuchungen erkannt und mit fast immer geheilt werden. Guter Prognose behandelt werden. Unklar bleibt weiterhin, warum manche HPV-Infektionen bestehen bleiben. Immunologische Faktoren sind zumindest mitverantwortlich. So besitzen Menschen mit HIV-Infektion oder Immunschwäche (immunsuppressiver) Behandlung ein erhöhtes Risiko.

Weitere Risikofaktoren sind Multiparität, Rauchen und KOK. Auch die genitale Herpes simplex- und Chlamydieninfektion werden als Risikofaktoren angesehen. Genetische Variationen innerhalb der onkogenen HPV-Gruppe scheinen ebenfalls einen Einfluss auf einen bösartigen Verlauf zu haben.

KOK und Zervix-Kkarzinom

Eine Reanalyse der Daten aus 10 Fall-Kontrollstudien zu KOK und Zervixkarzinom zeigte:

- Die Anwendung von KOK weniger als 5 Jahre bei HPV-positiven Frauen war nicht mit ei-

nem erhöhten Risiko für ein Zervixkarzinom verbunden.

- Bei einer Anwendung zwischen 5 und 9 Jahren erhöht sich das Risiko um das 2,8fache.
- Das höchste Risiko (4fach erhöht) findet sich bei Frauen mit Einnahme von KOK über eine Dauer von mehr als 10 Jahren.
- Das Alter bei Beginn der Einnahme scheint keinen Einfluss auf die Entwicklung eines Zervixkarzinoms zu haben.
- Bei Frauen, mit Anwendungsdauer über 5 Jahre bleibt das Risiko über 15 Jahre nach Anwendung erhöht.

Als Schwächen der Reanalyse wurden eine mangelhafte Unterscheidung der verschiedenen nKOK -Arten und die kleine Kontrollgruppe genannt. Trotzdem bestätigen sich früher gefundene Ergebnisse eines erhöhten Risikos bei KOK -Anwendung.

Abweichend von anderen Studien fällt in der Reanalyse das Risiko für ein Zervixkarzinom bei KOK- Einnahme insgesamt höher aus.. Auch das weiterbestehende Risiko nach Absetzen von KOK ist neu.

Kommentar: Neu in dieser Studie gegenüber früheren Studien ist, dass das Risiko für die Entstehung eines Zervixkarzinoms unter Einfluss der Einnahme von KOK bei Frauen mit bestehender HPV- Infektion untersucht wurde. Werden auch die Frauen der Kontrollgruppe ohne HPV- Infektion in die Berechnung einbezogen, wird eine geringere Risikoerhöhung berechnet. Dies könnte zwar auch eine Ungenauigkeit wegen der geringen Zahl der HPV- positiven Kontrollen sein. Es könnte aber auch bedeuten, dass das Risiko eher zu hoch berechnet wurde und dass das Risiko für die meisten Frauen mit Pilleneinnahme ohne HPV- Infektion geringer ist.

(Quelle: Moreno V, et al. Effect of oral contraceptives on Risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002; 359:1085-92
Comment page 1080)

Erstaunlich ist das ausbleibende Medieninteresse an diesen Forschungsergebnissen (im Vergleich zu den Studienergebnissen der Hormonersatztherapie). Es wird hier meist vermittelt, dass durch die gute Krebsfrüherkennung das Zervixkarzinom kein Problem sei, obwohl es weiterhin die dritthäufigste Krebserkrankung von Frauen ist. Zumindest bei Frauen mit Zervixdysplasien (Krebsvorstufen) ist aufgrund dieser Ergebnisse eine Information und Beratung über diese Problematik dringend erforderlich.

ie Empfehlung zu erwägen, KOK abzusetzen.

International Medical Advisory Panel (IMAP)- Treffen Mai 2002

Das International Medical Advisory Panel (IMAP) der IPPF ist zu der Beurteilung gekommen, dass die Ergebnisse der Reanalyse zu KOK und Zervixkarzinom- Risiko keine routinemäßige Anwendung von DNA-Tests zur Vorsorge rechtfertigen. (Gibt es eine Begründung dazu, die angefügt werden sollte?)

Yasmin® und Diane®

Yasmin® enthält das Gestagen Drospirenon, ein Spironolakton- Analogon. Bevor Yasmin® von der IPPF empfohlen werden kann, werden mehr Informationen zum Sicherheitsprofil, insbesondere zum Thromboembolie - Risiko (arterielle oder venöse Gefäßverschlusskrankheit) benötigt. .

Diane® wird hauptsächlich in der Akne- Therapie eingesetzt. Das Präparat ist teuer und stellt für die IMAP keine hormonelle Verhütungsmethode der ersten Wahl dar.

Die Pillen der dritten Generation und das Risiko von venöser oder arterieller Gefäßverschlusskrankheit bzw. Myokardinfarkt

Das Risiko einer venösen oder arteriellen Verschlusskrankheit (Thromboembolie) ist bei Einnahme von KOK um das 3- bis 6fache erhöht. Das absolute Risiko, daranaus diesem zu sterben wird noch immer als sehr gering eingeschätzt. Bei KOK, die die Gestagene Gestoden und Desogestrel enthalten, scheint das Risiko eines thromboembolischen Ereignisses etwas höher als bei KOK, die das Gestagen Levonorgestrel enthalten. Das absolute Risiko von Thromboembolien steigt mit zunehmendem Alter, kurz nach chirurgischen Eingriffen, bei Übergewicht und bestimmten Formen von Gerinnungsstörungen. In einer Untersuchung kaukasischer Frauen war das Basisrisiko für eine venöse Verschlusskrankheit 5 pro 100.000 Frauenjahre. In der Schwangerschaft erhöhte sich das Risiko auf 60 pro 100.000 Frauenjahre. Bei Frauen, die KOK mit dem Gestagen Levonorgestrel einnahmen, fand sich ein Risiko von 15 pro 100.000 und bei Frauen mit KOK, die Gestoden und Desogestrel enthielten (neuere Generation der Gestagene) auf 20 bis 30 pro 100.000. Vergleichbare Daten von anderen Bevölkerungsgruppen/Ländern („kaukasische Frauen“, wird, glaube ich, als Ethnie bezeichnet) liegen nicht vor. IMAP empfiehlt KOK mit dem

fehlt KOK mit dem Gestagen Levonorgestrel für junge gesunde Frauen als erste Wahl.

Public Health und der Zusammenhang zwischen KOK- Anwendung und Zervix- Kkarzinom

Das Zervix- Karzinom ist die dritthäufigste Krebsart bei Frauen weltweit. In entwickelten Ländern ist es die zweithäufigste Krebserkrankung. Insgesamt sind die Erkrankungszahlen rückläufig.

Als Ursache für die sinkende Zahl von Zervix-Kkarzinomen wird in den entwickelten Ländern die verbesserte Vorsorge und Früherkennung vermutet, in asiatischen und lateinamerikanischen Ländern könnte sie durch die sinkende Geburtenzahl verursacht werden.

Implikationen für die Familienplanung

Die WHO- Abteilung für Reproduktive Gesundheit und Forschung hält eine Änderung der Verschreibungspraxis von KOK nicht für notwendig. Die Experten schätzen das Risiko (die Risikohöherung? Oder: das zusätzliche Risiko ?) eines Zervix- Kkarzinoms durch KOK alles in allem als sehr gering ein. Zumal bestehen durch Screening- Methoden geeignete Maßnahmen zur Prävention.

In den Ländern, in denen Screening- Methoden nicht verfügbar sind, ist die Morbidität und Mortalität durch Schwangerschaft i.d.R. hoch. Durch KOK können die gesundheitlichen Risiken der hohen Geburtenzahl kann der Risikofaktor „hohe Geburtenzahl“ reduziert werden, die die Risiken der KOK- Einnahmeder den Risikofaktor KOK wahrscheinlich um ein vielfaches übertreffenn. Das erhöhte Risiko des Zervix- Kkarzinoms durch KOK ist begrenzt auf Frauen mit chronischer Infektion mit onkogenen HP-Viren und gilt für Frauen mit KOK- Anwendung über die Dauer von 5 und mehr Jahren. In Regionen ohne Screening- Möglichkeiten muss die bestmögliche klinische Praxis und Beratung bereitgestellt werden. Regierungen und Forschungsinstitutionen müssen alle Anstrengungen unternehmen, um Screening- Programme verfügbar zu machen und Impfprogramme für onkogene HPV- Infektionen zu entwickeln.

Bei Frauen ohne Risikofaktoren besteht kein erhöhtes Risiko für einen Mykocardinfarkt durch KOK- Anwendung.

Jedoch liegt es nahe, dass das Risiko für Frauen mit Risikofaktoren (Rauchen, Hochdruck, Diabetes) bei zunehmenden Alter steigt, insbesondere bei Frauen über 35 Jahren.

Die Datenlage scheint aktuell noch zu unklargeing, um hier die Auswirkungen der unterschiedlichen Gestagene differenziert zu beurteilen.

HINWEISE

Kryokonservierung und Langzeitlagerung von Nabelschnurblut Neugeborener

In Deutschland haben sich mehrere Unternehmen auf die Aufbewahrung von Nabelschnurblut von Neugeborenen spezialisiert. Die Firmen nehmen an Info-Abenden für Schwangere teil, Kliniken und niedergelassene Ärzte integrieren sie in Veranstaltungen für werdende Eltern. Thema ist das Potential der im Nabelschnurblut enthaltenen Stammzellen für mögliche Krankheiten des Kindes im späteren Alter, wie z.B. bei Leukämie- und die Möglichkeit, durch die Einlagerung des Nabelschnurblutes eine Art „biologische Lebensversicherung“ für das Kind abzuschließen.

Kryokonservierung: Lagerung von biologischem Material bei extrem tiefen Temperaturen (z.B. durch Verwendung von flüssigem Stickstoff bei 196°C)

Autologe (autogene) Transplantation: Empfänger und Spender sind identisch

Allogene (homogene) Transplantation: genetisch differente Individuen, die jedoch derselben Species angehören

Quelle: Pschyrembel

Die Lagerung ist kostenpflichtig: Zwischen ca. 1300 und 3000 € berechnen die Unternehmen je nach gewünschter Aufbewahrungsdauer. (so lagert z.B. die Firma Vita 34 das Nabelschnurblut für 20 Jahre für ca. 1.800€). Für werdende Eltern ist es schwierig, zwischen wissenschaftlich belegten Fakten, in der Zukunft wahrscheinlichen Optionen und eher spekulativen Annahmen zu unterscheiden. Möglicherweise wird hier die Bereitschaft von Eltern genutzt, alles vermeintlich Notwendige für ihre Kinder tun zu wollen.

Um in der für die Beratung adäquate Informationen und Fakten zur Verfügung zu stellen bereithalten zu können, bezieht sich dieser Bericht auf die über den Stand der wissenschaftlichen Einschätzung und die wesentlichen Punkte der Stellungnahme der DAG-KBT (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation e.V.) berichtet. Nach der Einschätzung der DAG-KBT ist eine spätere Eigenutzung für das Kind in Deutschland extrem unwahrscheinlich. Die Nutzung für einen Erwachsenen als alleinige und anderen Therapien eindeu-

tig überlegene Behandlungsform ist gegenwärtig spekulativ.

Zitat aus der Stellungnahme der DAG-KBT: „Zum heutigen Zeitpunkt ist eine flächendeckende vorbeugende Kryokonservierung von autologen Nabelschnurstammzellen aus ökologischen, logistischen und medizinischen Gesichtspunkten nicht sinnvoll und zur Versorgung von Kindern und Erwachsenen in fast allen Fällen unnötig.“ (so auch in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurgewinnung).

Als Ausnahmen gelten Familien mit besonderer Krankheitsbelastung oder bereits erkrankten Geschwistern. In diesen Fällen sollte eine Beratung durch spezialisierte Ärzte/innen erfolgen.

Nabelschnurstammzellen für die allogene (Übertragung auf anderen Menschen) und autologe (Eigennutzung) Transplantation

Die allogene Transplantation aus Nabelschnurstammzellen stellt ein etabliertes Therapieverfahren bei Kindern und seltener auch bei Erwachsenen dar, die unter hämatologischen Erkrankungen leiden. Für diesen Anwendungsbereich existieren internationale öffentliche Nabelschnurstammzellbanken.

Die diskutierten Vorteile der autologen Transplantation

- niedrigere immunologische Prägung
- seltenere Übertragung von chronischen Infektionserregern

Die diskutierten Nachteile der autologen Transplantation:

- die Stammzellzahl ist begrenzt und reicht in der Regel nur für Kinder mit einem Körpergewicht unter 40 kg
- die begrenzte Zellzahl führt außerdem zu verzögertem Anwachsen des Transplantats
- schwächerer „Transplantat gegen Leukämie-Effekt“
- höhere Abstoßungsreaktionen

Die Ergebnisse der allogenen Nabelschnurbluttransfusion sind derzeit Knochenmark- bzw. – Blutstammzelltransplantationen unterlegen. Für die autologe Transplantation zur Behandlung von Bluterkrankungen im späteren Alter liegen keine Daten vor. Die Wahrscheinlichkeit der Verwendung zur Behandlung von Tumor- oder sonstigen Erkrankungen ist extrem gering. Schon jetzt stehen sinnvolle und hochwirksame Behandlungsoptionen wie z. B. Stammzelltransplantation

von unverwandtem Spender oder Sammlung von Blutstammzellen des Patienten/der Patientin selber zur Verfügung. Bei Behandlung mit eigenen Stammzellen liegt die Heilungschance 10-15 % niedriger als bei geeigneter Fremdspendertransplantation (Anthony Ho, Universität Heidelberg). Zudem wird davon ausgegangen, dass bei kindlichen Leukämieformen schon Vorläufer der späteren Tumorzellen im Blut zu finden sind und somit die autologe Stammzelltransplantation das Rückfallrisiko erhöht.

Es liegen bisher keine verlässliche Daten darüber vor, wie lange die Nabelschnurstammzellen ohne Qualitätseinbuße gelagert werden können.

Für die Anwendung des privat eingelagerten Nabelschnurbluts für Fremde oder Verwandte besitzen die anbietenden Firmen z.Zt. keine Zulassung

Der DAG-KBT kommt zu dem Schluss, dass die Perspektiven der Stammzelltherapie eine intensive Forschung rechtfertigen. Sie rechtfertigen nicht, dass die Aufbewahrung eigener Nabelschnurstammzellen als Grundlage eines Heilverfahrens dargestellt wird und empfehlen die Sicherstellung von

- Stammzellgewinnung nur nach den Richtlinien der Bundesärztekammer
- eine von kommerziellen Betreibern unabhängige Aufklärung für schwangere Frauen und deren Familien.

„Aus medizinischen Gründen und im Sinne des Verbraucherschutzes scheint es erforderlich, zu verhindern, dass Betreiber von Stammzellbanken durch Werbeinformationen unrealistische Erwartungen wecken und die Eltern in ungerechtfertigte Gewissenskonflikte bringen können“.

Zahlen zur aktuellen Anwendungspraxis:

Von 58.000 weltweit öffentlich gelagerten Nabelschnurpräparaten wurden mehr als 2000 transplantiert.

Von weltweit geschätzten 180 000 kommerziell gelagerten Präparaten wurden insgesamt 4 zur Behandlung des Spenderkindes eingesetzt. Bei Vita 34 lagern in Deutschland nach Quellenangaben 11000 Präparate. Zur Anwendung ist noch keines gekommen.

Quellen:

-Stellungnahme der DAG-KBT (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantationen e.V.): Kryokonservierung und Langzeitlagerung von Nabelschnurstammzellen bei Neugeborenen zur späteren Eigennutzung. Juli 2002

-Richtlinien der Bundesärztekammer zur Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurblut-

Gewinnung, Lagerung und Anwendung von CB als Stammzellquelle

Deutsches Ärzteblatt 1999; 96:1297-1304

- Marina Keller: Ein Geschäft mit Liebe, Angst und Hoffnung. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Wissenschaft S.55, 8. September 2002

- Klaus Koch: Autologes Nabelschnurblut: Luxusvorsorge für Utopisten

Deutsches Ärzteblatt 2002; 99:1276

Patientencharta im Auftrag des Justiz- und Gesundheitsministeriums entwickelt

Die Charta, an deren Erarbeitung Organisationen der Gesundheitsberufe, Krankenkassen, Patienten- und Verbraucherverbände beteiligt waren, ist als verständliche Orientierungshilfe über Rechte und Pflichten für Ärzte und Patienten gedacht.

Die Charta soll dazu beitragen, das geltende Recht bezüglich ärztlicher Versorgung, Information und Aufklärung für Patienten und Ärzte transparenter zu machen und damit Patienten zu befähigen, sich aktiv an Behandlungsprozessen zu beteiligen.

Einige Kernaussagen betreffen das Recht auf freie Arztwahl und auf ärztliche Zweitmeinung sowie den Anspruch von Patienten auf qualifizierte medizinische Behandlung nach den anerkannten Regeln ärztlicher Kunst. Ferner geht es um Selbstbestimmung am Ende des Lebens, um ärztliche Aufklärungspflicht, Persönlichkeits- und Datenschutz und Rechte im Schadensfall.

Der Originaltext ist im Internet unter www.bmj.bund.de abrufbar.

IPPF-Datenbank zu hormonellen Kontrazeptiva Online

IPPF stellt das „Directory of Hormonal Contraceptives“ online zur Verfügung. Diese Datenbank enthält Informationen über die verfügbaren hormonellen Kontrazeptiva aus weltweit mindestens 180 kooperierenden Familienplanungsorganisationen. Die Datenbank wird kontinuierlich aktualisiert.

<http://contraceptive.ippf.org>

IPPF- Webseite: www.ippf.org

Tochtergesellschaft der IPPF European Network nimmt Nonoxynol-9 beschichtete Kondome aus ihrem Sortiment

Auf Grund der am 28. Juni 2002 erschienenen Pressemitteilung der WHO, nach der das Spermizid Nonoxynol-9 nicht gegen HIV- Infektion schützt und bei Frauen, die diese Substanz häufig anwenden, das Risiko einer HIV- Infektion sogar erhöhen kann, hat die Tochtergesellschaft der IPPF European Network ENET Nonoxynol-9 beschichtete Kondome aus dem Sortiment genommen. Die Rücknahme erfolgte nach Absprachen mit Familienplanungsgesellschaften.

Quelle: IPPF online-news vom 2.10.02

Mutter-Kind-Kuren/ Vater-Kind-Kuren

Am 28.6.2002 hat der Bundestag beschlossen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Mutter-Kind-Kuren in vollem Umfang übernehmen müssen. Der Beschluss gilt ab dem 1. August 2002. Aufgehoben wird die bis dahin gängige Praxis, nach der Krankenkassen per Satzung die Höhe ihrer Zuschüsse bestimmt haben. Der gesetzliche Eigenanteil beträgt unverändert 9 € pro Tag. Eine Befreiung ist im Härtefall möglich. Die Regelungen gelten gleichermaßen für Vater-Kind-Kuren. Das Antragsverfahren bleibt unverändert.

Informationen über Internet:

www.muettergenesungswerk.de

www.parity.kur.org (Paritätischer Wohlfahrtsverband)

Schwangerschaftsabbruch in Russland- Ungefähr 60 Prozent aller Schwangerschaften in Russland werden durch Schwangerschaftsabbruch beendet. 10 Prozent davon von Frauen unter 18 Jahren. Weitere 10 Prozent der schwangeren Frauen verlieren ihr Kind in der Schwangerschaft auf Grund von Gesundheitsproblemen. (Auf Grund von Mangelernährung und chronischen Vitaminmangelzuständen wurden im Jahr 2001 58 Prozent der Kinder krank geboren.) Die Anwendung von Kontrazeptiva ist in Russland nicht weitverbreitet. Von 38 Millionen Frauen im gebärfähigen Alter leiden ca. 6 Millionen an Infertilität. Insbesondere vorausgegangene Schwangerschaftsabbrüche werden für die Infertilität verantwortlich gemacht. Die hohe Zahl der Schwangerschaftsabbrüche- Zahl wird laut Wissenschaftlichem Zentrum für Geburtshilfe und Gynäkologie nur von Rumänien übertroffen.

Quelle: IPPF, AP 18. Okt. 02 (worauf beruhen diese Daten? Ich habe eine Studie von 2001 über neuen weltweite Abbruchzahlen, nach der die Zahl in Russland seit der Wende stark rückläufig ist, und daß derzeit Vietnam und Kuba die weltweit höchste Abbruchrate haben)

Vaginalring zur Verhütung

Der erste Vaginalring (Nuvaring®) zur hormonellen Empfängnisverhütung wurde im Februar diesen Jahres für Deutschland zugelassen. Die Markteinführung ist für März 2003 geplant.

Nuvaring® ist ein flexibler Kunststoffring mit einem Außendurchmesser von 54 mm und 4 mm Dicke, der für die Dauer von 21 Tagen in die Scheide eingeführt wird.

Der Ring enthält 2,7 mg Ethinylestrodial (EE) und 11,7 mg Etonogestrel (ENG). Die tägliche Freisetzung beträgt 15µg EE und 120 µg ENG. Der Ring ist für einen Anwendungszyklus (21 Tage) vorgesehen. Anschließend folgt jeweils eine einwöchige ringfreie Phase mit Entzugsblutung. Nach 7 Tagen sollte der neue Ring eingesetzt werden.

Einlage:

Das Einsetzen und Entfernen des Vaginalrings wird durch die Frau selbst vorgenommen. Anders als beim Diaphragma muss der Ring den Gebärmutterhals nicht umschließen. Die Ausstoßung wird als sehr seltenes Ereignis angegeben. Im ersten Anwendungszyklus wird in einigen Fällen während der ersten 7 Tage die zusätzliche Benutzung eines mechanischen Verhütungsmittels empfohlen.

Wirkung:

Wie bei oralen kombinierten Kontrazeptiva kommt es bei der Anwendung des Vaginalrings zur Hemmung des Eisprungs und zur Zunahme der Viskosität des Zervixschleims.

Sicherheit:

Der Pearl-Index wird mit 0,65 angegeben. Spermizide und vaginale Therapeutika sowie als auch Mittel zur Behandlung von lokalen Pilzinfektionen beeinflussen nach Angaben der Hersteller nicht die Hormonaufnahme.

Nebenwirkungen:

Die am häufigsten beschriebenen Nebenwirkungen in den vorliegenden Studien sind Kopfschmerzen, Vaginitis und Leukorrhoe.

(Anmerkung: Leukorrhoe heißt entzündlich veränderter Ausfluss – was nicht von den Frauen

selbst berichtet werden kann. Nachfrage zu dieser Angabe beim Hersteller erfolgt). Diese wurden jeweils von 5-6% der Frauen beschrieben. Weitere unerwünschte Ereignisse waren ringspezifisch (in ca. 4 % Fremdkörpergefühl, Koitusprobleme und/oder Ausstoßung). Übelkeit trat in ca. 3% der Fälle auf.

Gegenanzeigen und Wechselwirkungen:

Die Gegenanzeigen und Wechselwirkungen entsprechen denen der oralen kombinierten hormonellen Kontrazeptiva.

Abweichen von der Anwendungsempfehlung:

Der Ring kann ohne Beeinträchtigung der kontrazeptiven Sicherheit aus der Vagina entfernt werden. Wenn der Ring weniger als 3 Stunden außerhalb der Vagina war, so bleibt die kontrazeptive Wirkung unbeeinträchtigt. Bei längeren ringfreien Intervallen (über 3 Stunden) ist zusätzlicher Schutz für die nächsten 7 Tage notwendig. Bei versehentlicher längeren Anwendung ist kontrazeptiver Schutz bis zu insgesamt 4 Wochen sicher gegeben. (Eine Studie zur verlängerten Anwendung über 2 weitere Wochen beschreibt auch für die zweite Woche zuverlässige Unterdrückung der Ovarialfunktion).

Voraussichtlicher Preis:

Einzelpackung: 16 €, Dreierpackung: 43 €

Quelle: Fachinformationen der Firma Organon
Die dort zitierte europäische Studie: Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Dieben TOM: Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol; Hum Reprod. 2002;16:469-75

Off-label-use- Urteil Konsequenzen für Misoprostol?

Eine Entscheidung des 1. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19.3.2002 zur Arzneimittelanwendung außerhalb der zugelassenen Indikationsgebiete (off-label-use) hat zu Verwirrung bei der Misoprostol-Anwendung (Cytotec®) im Rahmen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs geführt. Informationen, nach denen diese Entscheidung Auswirkungen auf Haftpflichtschutz und Produkthaftung des Arztes /der Ärztin haben, sind nicht zutreffend.

Im o.g. Urteil geht im wesentlichen um die Erstattungspflicht der Arzneimittel im off-label-Gebrauch durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV). Grundsätzlich gibt es laut BSG- Entscheidung keinen Leistungsanspruch des GKV- Patienten bei

des GKV- Patienten bei Verordnung außerhalb des Zulassungsbereichs. Das BSG erkennt aber Bedingungen an, in denen Medikamente auch zulassungsübergreifend angewendet (und damit auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet) werden können.

Bei der Anwendung von Cytotec® ist die Kosten-erstattung des Präparates von untergeordneter Bedeutung. (und dürfte auch kein Problem sein, da das für diese Anwendung zugelassene Cer- gem um ein vielfaches teurer ist). Die Absiche- rung des Arztes/der Ärztin hinsichtlich der Pro- dukthaftung erfolgt durch Aufklärung der Patientin und schriftliche Einverständiserklärung. Der Ein- satz des Prostaglandins Cytotec® gilt weltweit als Therapiestandard und ist millionenfach er- probt.

Quellen:

BSG- Grundsatzentscheidung vom 19.3.2002

Rechtliche Einschätzung der Anwendung / Ver- ordnung des Prostaglandins Cytotec® in Verbin- dung mit Mifepristone zur Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs 1999, Dr. jur. Rudolf Ratzel für pro familia

Telefonische Auskunft Dr. jur. Rudolf Ratzel, Okt.2002

Neuerscheinungen

Michael Kirschbaum et al.

Checkliste Gynäkologie und Geburtshilfe

Checklisten der aktuellen Medizin

ISBN 3-13-126291-5, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Christoph Keck (Hrsg.)

Qualitätsmanagement in der Frauenheilkunde

Christoph Keck (Hrsg.)

ISBN 3-13-130621-1

Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Annette Bopp

Eine un-verwechselbare Zeit

Wie Frauen ihren Weg durch die Wechseljahre finden

Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek 2002

ISBN 3 499 61 3301

Gut recherchierter Ratgeber, kompetente, umfas- sende und klare Darstellung des Themas (Red.)

Martin Siewak

Wie weit gehen wir für ein Kind?

Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin

Martin Siewak, ISBN 3-8218-3925-2

Das Kinderkriegen ist zum Problem geworden. Bis zu 15 Prozent aller Paare warten hierzulande vergeblich auf Nachwuchs. Und weil der Wunsch nach einem Kind umso stärker wird, je mehr die Natur seine Erfüllung verwehrt, bietet die moder- ne Fortpflanzungsmedizin für viele einen retten- den Ausweg.

In diesem Buch erklären betroffene Männer und Frauen, warum sie die verschiedenen Methoden der künstlichen Befruchtung in Anspruch nehmen – und was andere bei der Behandlung erwartet. Das Ergebnis ist ein ebenso spannender wie informativer Einblick in einen Boombereich der Medizin, der wie kaum ein anderer die Fantasie durch Glücksversprechen und Horrorvisionen beflügelt und die öffentliche Meinung spaltet.

Gerd Gigerenzer

Das Einmaleins der Skepsis

Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risi- ken

Berlin Verlag, ISBN 3-8270-0079-3

„Wenn man mündige Bürger haben will, muss man ihnen drei Dinge beibringen: Lesen, Schrei- ben und – statistisches Denken.“

So selbstverständlich die heutige Medien- und Wissenswelt mit statistischen Daten hantiert, so erschreckend wenig wissen nicht nur Laien, son- dern auch viele Experten mit all den Zzahlen

anzufangen. Der renommierte Psychologe Gerd Gigerenzer berichtet von verhängnisvollen Fehlentscheidungen in Medizin und Kriminalistik, die dieser „Zahlenblindheit“ geschuldet sind. Es entlarvt die zu Grunde liegenden Denkfehler, zeigt Lösungswege auf, wie sich Wahrscheinlichkeiten und Risiken besser vermitteln lassen, und ermutigt zu einer gesunden Skepsis gegenüber allen absoluten Sicherheiten.

Psychrembel Wörterbuch Therapie in Gynäkologie und Geburtshilfe

Th. Römer, P. Mallmann, W. Straube (Hrsg.)
Walter de Gruyter Verlag, Berlin
ISBN 3-11-016630-5

Sabine Hering, Gudrun Maierhof

Die unpässliche Frau. Sozialgeschichte der Menstruation und Hygiene

Mabuse-Verlag, Frankfurt 2002
ISBN 3-933050-99-5

In diesem reich illustrierten Buch beschreiben die Autorinnen die medizinischen Theorien, die Volksmeinungen und die hygienischen Vorschriften über die Menstruation von der Antike bis heute. Sie gehen von der These aus, dass es immer schon einen direkten Zusammenhang zwischen Menstruation und Hygiene und der gesellschaftlichen Stellung der Frauen gab. Dabei arbeiten sie heraus, welche Mythen und absonderlichen Theorien über den natürlichsten Vorgang der Welt bis heute vorherrschen. Immer noch beeinflussen Theorien über die Giftigkeit des Blutes die Frauen im Umgang mit der Regel. Und so ist das Buch eine anschauliche und spannende Geschichte nicht nur für Frauen.

Stefanie Ackermann

Selbstverletzung als Bewältigungshandlung junger Frauen

Mabuse-Verlag, Wissenschaft 64
ISBN 3-935964-04-8

Eine zunehmende Anzahl von Menschen verletzt sich selbst. Sie schneiden sich mit Rasierklingen, Messern oder Scherben, verbrennen sich mit Zigaretten. Stefanie Ackermann erläutert, warum dies hauptsächlich junge Frauen sind und welche Faktoren zur Zunahme dieses Verhaltens führen. Unter Berücksichtigung persönlicher und gesellschaftlicher Bedingungen werden Erklärungsmodelle entwickelt, die Selbstverletzung als Bewältigungshandlung verstehen. Die Autorin zeigt, dass in der Sozialen Arbeit zentrale Handlungsansätze zur Unterstützung dieser jungen Frauen liegen, und lässt Experten, Betroffene und Angehörige zu Wort kommen.

Veranstaltungskalender

14. Deutscher Kongress
Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.
6.-7. Dezember 2002, Mainz
Information: GIH Geschäftsstelle

Friedrich-Ebert-Str. 124
34119 Kassel
Tel.: 0561 78 06 04,
Fax: 0561 77 67 70

4. Lifestyle- und Anti- Aging- Kongress
11.-14. Dezember 2002, Heidelberg

Veranstalter: Universitätsfrauenklinik Heidelberg
in Zusammenarbeit mit: Deutsche Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin • Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe • Berufsverband der Frauenärzte • German Society of Anti- Aging- Medicine • Deutsche Gesellschaft für Urologie • Deutsche Gesellschaft für angewandte Endokrinologie • Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung • Arbeitsgruppe Dermatogynäkologie der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft • Selbsthilfegruppe Endometriose

23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

19.-21. Juni 2003, München

Information: Thomas Wiese GmbH
Goßlerstr. 30, 12161 Berlin
Tel.: 030 85 99 62 16
Fax: 030 85 07 98 26
E-mail: senologie@ctw-congress.de
Internet: www.ctw-congress.de/seno

Kongress: Wechseljahre multidisziplinär – Was wollen Frauen, was brauchen Frauen.

21.-23.2.2003 Universität Bremen

Veranstalter: BISP, Linzer Str. 8-10
28359 Bremen Tel 0421 5959645, Fax 0421 5959665
www.wechseljahre.uni-bremen.de
