

Bakterielle Vaginose

Claudia Heller-Vitouch

Synonyma:

Aminkolpitis, unspezifische Vaginitis, anaerobe Vaginose, Gardnerella vaginalis-Vaginitis

Allgemeines:

Bakterielle Vaginose (BV) ist die häufigste Ursache für Fluor vaginalis bei Frauen im gebärfähigen Alter.

Obwohl die Definition der BV als STI immer noch kontroversiell diskutiert wird, gelten sexuelle Aktivität und häufig wechselnde Sexualpartner als Risikofaktoren.

Frauen, die Sex mit Frauen haben (WSW) weisen meist eine ähnliche vaginale Bakterienflora auf und haben ein erhöhtes Risiko für Bakterielle Vaginose.

Das Vorliegen einer BV birgt ein erhöhtes Risiko der Acquisition anderer STIs.

Die Erkrankung wurde assoziiert mit dem Auftreten von Endometritis und Salpingitis nach medizinischen Eingriffen wie Endometriumbiopsie, Hysterektomie, Hysterosalpingographie, Einsetzen von IUD (Intrauterin Device), Kaiserschnitt und Cürettage.

BV ist eine Dysbiose des vaginalen Mikrobioms. Ein Überwuchern von hauptsächlich anaeroben Erregern (z.B. *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Atopobium vaginae*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp*) bei gleichzeitiger Verminderung der normalen Vaginalflora (Lactobacilli) wird heute als wesentlich für die Entstehung der Bakteriellen Vaginose angenommen. Mittels PCR konnten zahlreiche bisher nicht kultivierte Bakterien im Vaginalsekret von Frauen mit BV nachgewiesen werden.

Der Nachweis von *Gardnerella vaginalis* in der Bakterienkultur allein darf nicht als diagnostisch für BV angesehen werden, da das Bakterium auch bei mehr als 50% der gesunden Frauen isoliert werden kann.

Symptome:

Fischig riechender Fluor vaginalis, gelegentlich Dyspareunie und Dysurie.

In etwa 50% der Fälle, welche die Diagnosekriterien für BV erfüllen, liegen keine Beschwerden vor.

Diagnose:

Die klinische Diagnose Bakterielle Vaginose kann gestellt werden, wenn drei der folgenden Kriterien erfüllt sind (Amsel Kriterien):

1. charakteristischer, homogener, grau-weißer, an der Vaginalwand haftender Fluor;
2. pH-Wert der Vaginalflüssigkeit > 4,5;
3. fischiger Amingeruch bei Zugabe von 10% Kalilauge zu einem Tropfen Vaginalsekret;
4. „clue cells“ im Nativpräparat; „salt and pepper-cells“ in der Gram-Färbung.

Als Gold-Standard für Studien wird der Nugent score angewendet, der die Relation der verschiedenen Bakterienarten in der Gramfärbung abschätzt und in einem Score von 0-10 bewertet.

Die Hay-Ison-Criteria basieren auf dem Nachweis von aeroben und anaeroben Bakterien in der Gramfärbung und werden in einem Score von 0-4 dargestellt.

Indikationen für eine Behandlung der Bakteriellen Vaginose:

- Beschwerden
- Nachweis einer BV in der Schwangerschaft mit oder ohne Beschwerden, wenn eine Vorgeschichte mit Frühgeburt oder Spätabort besteht
- Nachweis einer BV vor geplanten gynäkologisch-chirurgischen Eingriffen oder invasiver Diagnostik

Empfohlene Therapie:

Metronidazol

500 mg p.o./2 x täglich/5-7 Tage

Clindamycin Vaginalcreme 2% 5 g intravaginal/1x täglich/7 Tage

Clindamycin

300 mg p.o./2 x täglich/7 Tage

Alternativtherapie:

Metronidazol

1 x 2 g als ED

Tinidazol 1 x 2 g als ED (CAVE: Tinidazol nur über die internationale Apotheke erhältlich)

Tinidazole 1g/1x täglich für 5 Tage (CAVE: Tinidazol nur über die internationale Apotheke erhältlich)

Dequalinium chlorid 10mg vaginal Tabletten/1x täglich/6 Tage

Gravidität:

Bei Vorliegen einer Bakteriellen Vaginose können signifikant häufiger Schwangerschaftskomplikationen wie vorzeitiger Blasensprung, vorzeitige Wehen und Frühgeburt beobachtet werden. Erreger, welche in erhöhter Konzentration bei BV gefunden werden, sind auch häufig bei postpartaler Endometritis nachweisbar.

Symptomatische Schwangere sowie Frauen mit erhöhtem Risiko (Frühgeburt oder Spätabort in vorangegangenen Schwangerschaften) sollten entsprechend therapiert werden. Studien weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Behandlung nur dann effektiv ist, wenn sie systemisch erfolgt.

Die Empfehlung eines allgemeinen BV-Screenings bei asymptomatischen Schwangeren wird kontroversiell beurteilt. Ein rezenter Cochrane Review konnte keine Reduktion von Schwangerschaftskomplikationen durch die Behandlung nachweisen.

Empfohlene Therapie:

Metronidazol

500 mg p.o./2 x täglich/7 Tage

(CAVE: Metronidazol ist in Österreich nur unter strenger Indikationsstellung zugelassen)

Clindamycin

300 mg p.o./2 x täglich/7 Tage

Die ÖGSTD empfiehlt neben der Diskussion mit den beteiligten Fachgruppen (FÄ f. Geburtshilfe) stets die Durchsicht der aktuellen Empfehlungen von „Embryotox“. LINK:

<https://www.embryotox.de/einfuehrung.html>

Hinweise:

- Aufgrund der möglichen Disulfiram-artigen Wirkung von Metronidazol darf während der Behandlungsdauer kein Alkohol getrunken werden.
- Clindamycin-Creme enthält mineralische Öle, die die Wirksamkeit von Kondomen herabsetzen können.
- Bis zu 80% der Frauen entwickeln innerhalb von 9 Monaten nach erfolgter Therapie ein Rezidiv.
- Die Therapie des männlichen Sexualpartners bringt nach derzeitigem Wissensstand keinen Vorteil hinsichtlich des Rezidivgeschehens für die Patientin.
- Für die Wirksamkeit alternativer Therapieregimes wie Döderlein-Lyophilisat-Anwendung oder Milchsäureapplikation (in der Prävention tendenziell wirksam) gibt es keinen zweifelsfreien wissenschaftlichen Beleg und somit derzeit keine entsprechende Empfehlung.