

Genitale Candidose

Gabriele Ginter-Hanselmayer

Lokaltherapie:

Bei Erstmanifestation

Empfohlene Therapie:

Lokal wirksame Imidazolderivate:

Clotrimazol: 200mg Vaginaltabletten 1 x täglich/ 3 Tage
oder 500mg Vaginaltablette einmalig

Econazol: 150mg Vaginalzäpfchen 2 x täglich im Abstand von 12 Stunden
oder 150mg Vaginalzäpfchen 1 x täglich/ 3 Tage

Fenticonazol: 600mg Vaginalkapsel 1 x täglich (bei Bedarf Wiederholung)

Isoconazol: 150mg Vaginalzäpfchen 2 x täglich im Abstand von 12 Stunden
oder 150mg Vaginalzäpfchen 1 x täglich/ 3 Tage
oder 600mg Vaginalzäpfchen als Einzelgabe

Vaginale Formulierungen von Isoconazol (TRAVOGEN TM) sind laut Apotheke nicht mehr erhältlich, d.h., außer Verkehr gezogen!

Alternativtherapie:

Bei massiver Erstinfektion:

Fluconazol 150mg p.o. als Einzeldosis
oder
50mg p.o./ 1 x täglich/ 7-14 Tage
(bei immunsupprimierten Patienten: 100mg p.o./ 1 x täglich/ 14 Tage)

oder

Itraconazol: 100mg p.o./ 2 x 2 Kapseln täglich/ 1 Tag (postprandial)
oder
100mg p.o./ 1 x 2 Kapseln täglich/ 3 Tage

Bei chronisch rezidivierender *Candida albicans*-Vaginitis:

Keine Lokaltherapie, da die Möglichkeit des Vorliegens einer Vestibulodynie bei häufiger Lokaltherapie nicht differenzierbar wäre!

Vor Einleiten der intermittierenden systemischen Langzeit-Therapie immer Bestätigung der Diagnose durch Klinik, Nativpräparat und Pilzkultur mit Artbestimmung.

*Abgestuftes Therapieschema nach Donders et al. 2008 und 2012**

1. Woche: Je 200mg Fluconazol an 3 Tagen (z.B. Mo-Mi-Fr)

14 Tage später: Pilzkultur: wenn negativ, dann

2 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal pro Woche

14 Tage später: Pilzkultur: wenn negativ, dann

4 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal alle 2 Wochen

14 Tage später: Pilzkultur: wenn negativ, dann

6 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal pro Monat

Bei Rückfall neue Initialtherapie wie 1. Woche und Wiederholung des letzten Zykluslevels; bei 2

Rückfällen im Therapiezyklus Wiederholung des vorigen Levels:

(Erfolgsquote: 85% nach 6 Monaten der im Initialzyklus symptom- und pilzfreien Patientinnen; die Erfolgsquote ist abhängig von anamnestischer Belastung)

*LIT: Donders G, Bellen G, Byttebier G. et al. Individualized decreasing dose maintenance fluconazole regimen for recurrent vulvovaginal candidiasis (ReCiDiF trial). Am J Obstet Gynecol 2008; 199 (6): 613. E 1-9

*LIT: Donders G, Bellen G, Mendling W. Management of recurrent vulvovaginal candidosis as a chronic illness. Gynecol Obstet Invest 2010; 70: 306-21

Anmerkung: Die „2018 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge“ (Jackie Sherrard, Janet Wilson, Gilbert Donders, Werner Mendling, Lead Editor Jörgen Skov Jensen) empfiehlt 100-150-200mg Fluconazol wöchentlich für 6 Monate nach einer Initialtherapie.

Ev. Lokaltherapie mit Nystatin; neuer Therapieansatz Gestagen-Gabe; Entfernung von Intrauterinpressaren rekommenndiert!

Vaginalbeschwerden durch „non Candida albicans-Arten“ (keine gesicherte Literatur; Empfehlung Mendling):

Candida glabrata - Vaginitis:

Vorsicht: meist nur Kolonisation!

2 Wochen lang intravaginal Ciclopiroxolamin (in Österreich nur über die internationale Apotheke erhältlich) oder Amphotericin B (gynäkologische Formulierung in Österreich nicht erhältlich, alternativ Lutschtabletten oder Suspension) oder Nystatin vaginal;

bei Versagen nach kompetenter mykologischer Resistenztestung täglich oral 750-800mg Fluconazol für 2-3 Wochen oder (off label! Extrem teuer!) Micafungin* 150mg/d über 2 Wochen intravenös oder Posaconazol oral zusammen mit einer Lokaltherapie mit Ciclopiroxolamin und/ oder Nystatin für 2 Wochen

*LIT: Tietz JH. Gezieltes Vorgehen gegen Problemkeime. Gyn Geburtsh 2009; 7-8: 41-44

*LIT: Tietz HJ. Candida glabrata: Pathogenität und Stand der Dinge. Hautarzt 2012; 63: 868-71

(Flucytosin intravaginal oder Borsäure intravaginal in Österreich nicht erlaubt bzw. verfügbar)

Candida krusei – Vaginitis:

Keine oralen Triazole! 2 Wochen lang intravaginal Clotrimazol 100mg oder Ciclopiroxolamin (über internationale Apotheke)(bei Versagen ev. Posaconazol*)

*LIT: Tietz JH. Gezieltes Vorgehen gegen Problemkeime. Gyn Geburtsh 2009; 7-8: 41-44

Candida tropicalis-, *C. guilliermondii*-, *C. kefyr*-Vaginitis oder andere:

Therapie wie bei *Candida albicans*-Vaginitis

Vaginaler Juckreiz durch *Saccharomyces cerevisiae* (Rarität):

Intravaginal Clotrimazol 100mg für mindestens 2 Wochen

Gravidität:

Nur Lokalthherapie (s.o.) – laut CDC sind inzwischen alle vaginalen Azolantimykotika auch im 1. Trimenon gestattet.

- Anlegen einer Pilzkultur aus der Vagina ab der 34. Schwangerschaftswoche
- Intravaginale Therapie auch der asymptomatischen vaginalen Kolonisation spätestens 1 Woche vor Wehenbeginn mit vorzugsweise Azolantimykotika, am besten Eindsistherapie (laut CDC Appl. über 7 Tage) zur Prophylaxe von „neonatalem Mundsoor“ und „Windeldermatitis“ nach vaginaler Geburt.

Partnertherapie

Bei akuter Vaginalkandidose nicht notwendig!

Bei chronischen Rezidiven: Mykologische Untersuchung von Penis und Sperma – bei Nachweis von Hefepilzen Lokalbehandlung oder einmalige orale Fluconazoltherapie (150mg).

Darmbehandlung

Normalerweise nicht erforderlich!

Bei chronischen Rezidiven kann ein Therapieversuch durchgeführt werden (Amphotericin-Lutschtabletten oder Nystatin).

Sog. „Antipilz-Diät“ (wissenschaftlich erwiesen) wertlos!

Gummiaphragma oder Latex-Kondome:

Die Funktionsfähigkeit von Gummiaphragmen oder Latex-Kondomen kann unter der gleichzeitigen topischen Anwendung von Azolantimykotika beeinträchtigt werden!