



Hämorrhoiden?

Empfehlen Sie Hametum®

- + Pflanzlicher Wirkstoff Hamamelis – hemmt Juckreiz und Entzündungen, stillt kleinere Blutungen, wirkt adstringierend
- + Sehr gute lokale Verträglichkeit

= Natürlich besser!



Auch als Zäpfchen erhältlich!

Hametum® Hemorrhoidensalbe 6,25 g / 100 g Salbe **Wirkstoff:** Hamamelisdestillat **Zusammensetzung:** 100 g Salbe enthalten: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 6,25 g Destillat aus frischen Hamamelisblättern und -zweigen (1 : 1,12 - 2,08), Destillationsmittel: Ethanol 6% (m/m). Sonstige Bestandteile: Cetylstearylalkohol (Ph. Eur.); Citronensäure-Glycerolmonooleat-Glycerolmonostearat-L-(+)-6-O-Palmitoylascorbinsäure-all-rac- α -Tocopherol-Lecithin (2,5:7,5:20:25:25); Natriumedetat (Ph. Eur.); Parfümöl Hamamelis; Glycerol(mono/di/tri)adipat/alkanoat(C6-C20)/isostearat; Dickflüssiges Paraffin; Mikrokristalline Kohlenwasserstoffe (C40-C60); Propylenglykol; Weißes Vaseline; Gereinigtes Wasser; Wollwachs (enthält Butylhydroxytoluol). **Anwendungsgebiete:** Zur Besserung der Beschwerden in den Anfangsstadien von Hämorrhoidalleiden. **Hinweis:** Blut im Stuhl bzw. Blutungen aus dem Darm-After-Bereich bedürfen grundsätzlich der Abklärung durch den Arzt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Hamamelis, Wollwachs oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Nebenwirkungen:** Sehr selten können bei örtlicher Anwendung allergische Reaktionen auf Hamamelis-haltige Arzneimittel auftreten. Auch bei Überempfindlichkeit gegenüber Wollwachsalkohol können allergische Reaktionen auftreten. **Hametum® Hemorrhoidenzäpfchen** 400 mg / Zäpfchen Für Erwachsene und Heranwachsende ab 12 Jahren **Wirkstoff:** Hamamelisblätter-Auszug. **Zusammensetzung:** 1 Zäpfchen enthält: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 400 mg Auszug aus Hamamelisblättern (1:2), Auszugsmittel Ethanol 60 % (V/V). Sonstige Bestandteile: Glycerolmonooleate; Hartfett; mikrokristalline Kohlenwasserstoffe (C40-C60); Polyglycerolpoly(12-hydroxystearat); hochdisperses Siliciumdioxid, methyliert; alpha-Tocopherol (Ph. Eur.). **Anwendungsgebiete:** Juckreiz, Nässen und Brennen im Afterbereich bei Hämorrhoidalleiden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Häufig kurz anhaltende Reizerscheinungen wie leichtes Brennen. Sehr selten örtlich begrenzte Überempfindlichkeitsreaktionen im Anwendungsbereich. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Karlsruhe. Vertrieb: Spitzner Arzneimittel – Ettlingen.

Zystitis

Infektion im Keim ersticken

Selten dürften Theorie und Praxis einer Therapie so weit auseinanderliegen wie bei der von Harnwegsinfektionen. So setzen die meisten Betroffenen auf Pflanzenauszüge in Form von Tees oder als Fertigarzneimittel, um den Beschwerden Herr zu werden. Doch das sieht die Leitlinie ganz anders. Sie empfiehlt in jedem Falle den sofortigen Einsatz von Antibiotika.

Die bisherigen Empfehlungen der verschiedenen Fachgruppen zur Therapie der unkomplizierten Zystitis wichen zum Teil erheblich voneinander ab. Ganz anders die neue Leitlinie: Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie haben sich sechs weitere Fachgesellschaften 2010 zusammengetan und die Empfehlungen der aktuellen Resistenzsituation angepasst und vereinheitlicht. Danach sind unkomplizierte Harnwegsinfektionen sofort antibiotisch anzugehen. Denn im Vergleich zu Placebo klingen dann klinische Symptome signifikant schneller ab, und empfindliche Erreger werden effektiv eliminiert. Nicht unerheblich bei einer Erkrankung, die so stark zu Rezidiven neigt wie die Harnwegsinfektion.

Bedeutsam für das Beratungsgespräch: Phytopharmaka nehmen in der Leitlinie nur den Platz einer Randnotiz ein. Der Zusatz »Bei der akuten unkomplizierten Zystitis stellt die alleinige symptomatische Therapie eine vertretbare Alternative zur sofortigen antibiotischen Behandlung dar« ist eigens markiert und kam nur durch ein Minderheitenvotum der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin in die Leitlinie hinein. Dieser war der Zusatz im Gegensatz zu den sechs anderen Fachgesellschaften jedoch sehr wichtig, weil der Verzicht auf eine antibiotische Therapie nicht mit einer Gefährdung einherginge und die Spontanheilungsraten mit 30 bis 50 Prozent nach einer Woche sehr hoch lägen.

Wenn es beim Wasserlassen brennt und drängt, empfehlen die Experten, erst mal auf eine mikrobiologische Diagnostik mit Keimzahlbestimmung und Erregeridentifikation sowie Resistenztestung zu verzichten. Denn das Erregerspektrum ist in weiten Teilen vorhersagbar. So ist mit rund 80 Prozent *Escherichia coli*, der aus der Darmflora in die Harnwege gelangt, der Erreger der unkomplizierten Zystitis. Etwa 10 Prozent der Infektionen gehen auf das Konto von *Staphylococcus saprophyticus*. Seltener sind andere Enterobakterien wie *Klebsiella pneumoniae* und *Proteus mirabilis*.

Durch die Leitlinie ergeben sich praxisrelevante Änderungen, was die Therapie betrifft. So sind Fluorchinolone und Cephalosporine nicht mehr Antibiotika der ersten Wahl. Gleiches gilt unter bestimmten Bedingungen auch für Trimethoprim und Cotrimoxazol. Interessant: Die derzeit am häufigsten verordneten Antibiotika bei dieser Indikation sind Cotrimoxazol und Ciprofloxacin. Nach der Leitlinie sollen nun vielmehr Fosfomycin und Nitrofurantoin sowie Pivmecillinam, das allerdings nicht in Deutschland erhältlich ist, bei der Verordnung an erster Stelle stehen (siehe auch Tabelle, Seite 4). Fluorchinolone und Cephalosporine rücken an die zweite Stelle.

Resistenz bestimmt Antibiotikum

Grund für das veränderte Ranking: Die Resistenzsituation bei den urologisch relevanten Bakterien wie den gramnegativen *E. coli* hat sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. So zeigen neuere Daten zu Cotrimoxazol, also die Kombination von Trimethoprim und Sulfamethoxazol (wie Cotrim®, Kepinol®, Eusaprim®), sowie Trimethoprim solo (wie Infectotrimet®), dass mit einem häufigeren Therapieversagen zu rechnen ist, liegen doch deren Resistenzraten in Deutschland über 20 Prozent für *E. coli* und das Gesamtspektrum. Beide sind nur noch dann Mittel der ersten Wahl, wenn die Resistenzraten deutlich niedriger als 20 Prozent liegen. Anders sieht das die Gesellschaft für Allgemein-

VERTRAULICH

Es gibt Erkrankungen, über die Betroffene nicht gerne sprechen. Doch Beratung ist so wichtig. Welche Informationen den Patienten dann weiterhelfen, hat die Redaktion der Pharmazeutischen Zeitung für Sie in diesem Supplement zusammengetragen.

Foto: Fotolia/berdoulat jerome



Foto: Fotolia/ArTo

und Familienmedizin: Für sie ist die Anwendung von Trimethoprim unabhängig von der verschlechterten Resistenzlage eine praktikable Alternative. Der Zusatz »Trotz gestiegener Resistenzraten kann die überwiegende Mehrheit der Patienten erfolgreich mit Trimethoprim behandelt werden« wurde per Minderheitenvotum erwirkt.

Einig sind sich die Fachgesellschaften bei der Wahl von Fosfomycin-Trometamol (wie Monuril®) und Nitrofurantoin (wie Uro-Tablinen®) als Erstlinien-Therapie. Beide können es bezüglich der Wirksamkeit mit Cotrimoxazol oder Trimethoprim aufnehmen, ihre Resistenzraten sind sehr niedrig, sie sind gut verträglich, und die körpereigene Bakterienflora wird nur wenig beeinträchtigt. Anders sieht es da bei den Cephalosporinen wie Cefixim (wie Suprax®), Cefaclor (wie Infectocef®) oder Cefpodoxim (wie Orelox®) und den Fluorchinolonen wie Ciprofloxacin (wie Ciprobay®), Levofloxacin (wie Tavanic®), Norfloxacin (wie Barazan®) oder Ofloxacin (wie Tarivid®) aus. Beide Arzneistoffgruppen sind Breitspektrumantibiotika, die auch der physiologischen vaginal- und Darmflora zusetzen und somit einer Kolonisation durch Enterobakterien oder *Candida albicans* Vorschub leisten. So sind beide mit einem erhöhten Risiko einer Colitis durch *Clostridium difficile* verbunden. Klinische Konsequenz sind vermehrte Resistenzen.

Seit rund zwanzig Jahren ist die Kurzzeit-Antibiose über meist drei Tage Stan-



Foto: JKK

Mittel der 1. Wahl

Fosfomycin	1 x 3000 mg	1 Tag
Nitrofurantoin retardiert	2 x 100 mg	5 Tage
Nitrofurantoin	4 x 50 mg	7 Tage

Mittel der 2. Wahl

Ciprofloxacin	2 x 250 mg	3 Tage
Levofloxacin	1 x 250 mg	3 Tage
Norfloxacin	2 x 400 mg	3 Tage
Ofloxacin	2 x 200 mg	3 Tage
Cefpodoximproxetil	2 x 100 mg	3 Tage

Bei Kenntnis der lokalen Resistenzsituation (Resistenz gegen E. coli < 20 %)

Cotrimoxazol	2 x 160/800 mg	3 Tage
Trimethoprim	2 x 200 mg	5 Tage

Empfohlene Kurzzeittherapie bei unkomplizierter Zystitis bei ansonsten gesunden Frauen

dard. Lediglich bei der Therapie mit Nitrofurantoin waren die Ergebnisse eines Drei-Tages-Regimes in den damaligen Studien schlechter und erst bei siebentägiger Behandlungsdauer mit denen von Cotrimoxazol oder Fluorchinolonen vergleichbar. Da Nitrofurantoin heute nun Mittel der Wahl ist, ist bei der Prüfung des Rezepts auf eine ausreichende Therapiedauer, also mindestens fünf Tage bei retardiertem (makrokristallinem) Nitrofurantoin, zu achten. Fosfomycin wird dagegen nur einmal eingenommen, denn im Urin finden sich

über drei Tage therapeutisch relevante Wirkspiegel.

Der Frage, ob es die Kurzzeittherapie tatsächlich mit der längeren Einnahme von Antibiotika aufnehmen kann, haben sich Wissenschaftler der Cochrane Collaboration gewidmet. Dazu haben sie 32 Studien mit insgesamt 9605 Frauen ausgewertet. Danach hat eine dreitägige Behandlung genügt, um die Beschwerden effektiv zu lindern. Eine längere Antibiotika-Einnahme war in dieser Hinsicht nicht besser, führte jedoch häufiger zu Nebenwirkungen. Aller-

dings erfolgte die Eradikation der Bakterien nach der fünftägigen Therapie gründlicher. Aber ob solche Restinfektionen wirklich eine gesundheitliche Bedeutung haben und es nach einer Kurzzeit-Antibiose häufiger zu Rückfällen kommt, konnte anhand der Studie nicht nachgewiesen werden.

Dauerbrenner Harnwegsinfektion

Rund 20 Prozent der Patienten haben vor den Bakterien einfach keine Ruhe. Mindestens zwei- bis dreimal im Jahr manifestiert sich bei ihnen ein Infekt. Dabei schreibt man Beschwerden innerhalb von zwei Wochen einer Persistenz der Erreger zu, auch wenn die Therapie zunächst erfolgreich war. Rezidive, die später als 14 Tage nach der Primärtherapie auftreten, gehen auf eine erneute Keimassenzension zurück und machen etwa 90 Prozent der rezidivierenden Zystitiden aus. Darm- und Vaginalflora bilden hierfür das Erregerreservoir.

Die Primärbehandlung des Rezidivs erfolgt ebenfalls empirisch; die Therapie wird also begonnen, bevor das Ergebnis der Urinkultur vorliegt. Geht der Arzt von einer Resistenz gegenüber der Primärtherapie aus, muss er auf ein passendes Antibiotikum gemäß Antibiotogramm wechseln. Das sollte dann zehn Tage eingenommen werden. Ist eine Neuinfektion wahrscheinlich, kann das Antibiotikum in Kurzzeittherapie beibehalten werden, da sich meist ein identischer Keim mit unveränderter Resistenzlage findet.

Bei mehr als drei Blasenentzündungen im Jahr sollte der Urologe abklären, ob Anomalien der Harnwege die Beschwerden begünstigen könnten. Sind Fehlbildungen, Fremdkörper oder Fisteln ausgeschlossen, hat sich die Langzeit-Chemoprophylaxe



Identifiziert: Escherichia coli auf der Agarplatte und unter dem Rasterelektronenmikroskop. E. coli ist in rund 80 Prozent der Fälle der Auslöser unkomplizierter Harnwegsinfektionen.

Foto links: Dr. Gero Beckmann, Institut Romeis Bad Kissingen GmbH; Foto rechts: Jürgen Berger, MPI für Entwicklungsbiologie

Hämorrhiden?

Posterisan® akut mit Lidocain

Schnelle Schmerzlinderung
mit dem Wirkstoff Lidocain.



Posterisan® protect mit Hautschutzkomplex

Die Haut schützen.

Neu!



DR. KADE Proktologie – Experten seit über 100 Jahren

www.posterisan.de

DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin

Posterisan® akut mit Lidocain, Zäpfchen. **Zusammensetzung:** 1 Zäpfchen enthält 60 mg Lidocain. Sonstiger Bestandteil: Hartfett. **Anwendungsgebiete:** Juckreiz und Schmerzen im Analbereich bei Hämorrhidenleiden, Analfissuren, Analfisteln, Abszessen und Proktitis; zur symptomatischen Behandlung vor und nach anorektalen Untersuchungen und Operationen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Lidocain oder einen anderen Bestandteil des Arzneimittels. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig lokale Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Jucken, leichtes Brennen). Stand: 06/2011

125 Jahre

DR. KADE PHARMA 



mit Antibiotika als Option herauskristallisiert. Dabei nehmen die Patienten täglich für drei Monate bis zu einem Jahr ein niedrig dosiertes Antibiotikum ein. Tipp: Die abendliche Einnahme empfehlen. Dadurch wird die lange nächtliche Urinspeicherphase durch wirksame Antibiotikaspiegel im Urin überbrückt. Beginnen sollte man die Prophylaxe unmittelbar nach der Akuttherapie.

Mittel der ersten Wahl sind Nitrofurantoin (50 mg) und Trimethoprim (50 mg). Damit sinkt die Häufigkeit der Rezidive um bis zu 95 Prozent, nämlich von durchschnittlich zwei bis drei auf 0,1 bis 0,2 Ereignisse pro Jahr. Die langfristige Compliance lässt jedoch zu wünschen übrig: Mehr als die Hälfte der Patienten bricht die Prophylaxe ab. Und dann erreicht die Frequenz der Infekte bei rund 60 Prozent der Patienten wieder das ursprüngliche Maß. Valide Daten über Effekt und unerwünschte Wirkungen einer mehr als einjährigen Chemoprophylaxe liegen nicht vor.

Rezidivprophylaxe ohne Resistenz

Die schlechte Compliance zeigt es überdeutlich: Die Betroffenen suchen nach Alternativen. Diese könnte zum Beispiel in der regelmäßigen vorbeugenden Einnahme einer Fixkombination aus Kapuzinerkressenkraut und Meerrettichwurzel (Angocin® Anti-Infekt N) liegen. Die enthaltenden Senföle sind in der Lage, die Zahl der Rezidive im Vergleich zu Placebo signifikant herunterzufahren, wie eine multizentrische, placebokontrollierte Doppelblindstudie aus dem Jahr 2008 zeigt. Gemäß verschiedener In-vitro-Studien zeigen Senföle ein breites antibakterielles Wirkspektrum sowohl im grampositiven und gramnegativen Bereich, sogar gegen resistente Formen von E. coli und Problemkeime wie MRSA. Dabei gibt es keine wesentlichen Wirkunterschiede zwischen den multiresistenten und den korrespondierenden nichtresistenten Phänotypen. Die Senföle bieten sich also auch beim Nachweis von resistenten Erregern als Behandlungsoption an.

Auch den Inhaltsstoffen von Cranberries (wie TUIM® urofemin) wird eine pro-

aktive Wirkung vor immer wiederkehrenden Harnwegsinfekten nachgesagt. Diverse Studien legen nahe, dass die im Saft und Extrakt enthaltenen Tannine (Pro- und Anthocyanidine) die Adhäsionsfähigkeit der E.-coli-Bakterien am Uroepithel zu hemmen vermögen und damit deren Vermehrung im Harntrakt eindämmen. Insgesamt gesehen, ist die Wirksamkeit jedoch nicht ausreichend belegt.

Ob der Extrakt ebenso wirksam ist wie der Saft, ist derzeit nicht geklärt. Auch die Frage der optimalen Dosierung steht noch im Raum. Und: Die positiven Effekte der in Nordamerika und Kanada verbreiteten Cranberry (*Vaccinium maroccanum*) werden gemeinhin auf die in Europa vorkommende verwandte Preiselbeere (*Vaccinium vitis-idaea*) und die Moosbeere (*Vaccinium oxycoccus*) übertragen, ohne dass hierzu valide Daten verfügbar wären. Tatsache ist, dass derzeit alle in Deutschland verfügbaren Cranberry-Präparate nicht als Arzneimittel zugelassen sind, sondern als Nahrungsergänzungsmittel vermarktet werden. Für die Beratung relevant: Besonders bei längerfristigem Gebrauch könnte der hohe Gehalt an Oxalsäure das Risiko für die Bildung von Nierensteinen erhöhen. Und durch die Interaktion mit Vitamin-K-Antagonisten wie Warfarin könnten gar Blutungen resultieren.

Auch die Immunstimulation beziehungsweise Impfungen könnten eine sinnvolle Maßnahme darstellen, um die Zahl der Rezidive einzuschränken. So haben etwa Impfungen mit oral applizierten E.-coli-Zellwandfraktionen (wie Uro-Vaxom®) in einigen Studien eine gute Effektivität gezeigt. Allerdings gibt es derzeit keine Daten, die zu einer evidenzbasierten Empfehlung führen.

Keime ausschwemmen

Auch wenn die Leitlinie auf den sofortigen Einsatz von Antibiotika drängt: Gängige Praxis dürfte es sein, dass die Betroffenen in der Offizin zunächst nach Maßnahmen zur Selbstbehandlung fragen. Die meisten sind froh, wenn sie bei einer beginnenden Blaseninfektion um die Einnahme eines Antibiotikums herumkommen. Doch wann ist die Grenze der Selbstmedikation erreicht?

Bestehen nach drei Tagen einer unspezifischen Behandlung die Beschwerden fort, ist meist ein Antibiotikum nötig. Weitere Anzeichen, bei denen zu einem Arztbesuch geraten werden sollte, sind Schmerzen in der Nierengegend, allgemeines Krankheitsgefühl und Fieber, verfärbter oder blutiger Urin, extreme Schmerzen und Krämpfe beim Wasserlassen. Auch bei

Harnwegsdesinfizienzen, die in der Therapie von Blasenentzündungen ihren Platz gefunden haben (von oben): Bärentraubenblätter, Kapuzinerkresse und Meerrettichwurzel.

Kindern, Männern, Schwangeren, Diabetikern, Immunsupprimierten oder Patienten mit Niereninsuffizienz ist von einer komplizierten Zystitis auszugehen.

Doch auch diese Patienten sind über Hinweise dankbar, was sie zusätzlich zu einer vom Arzt verordneten Antibiotikatherapie tun können. Neben Wärme (feuchte Wickel oder Wärmflasche), Schonung und Spasmolytika wie Butylscopolamin (wie Buscopan®) ist es die Durchspülungstherapie, die nach ein paar Tagen Linderung bringt. Geeignet sind fertige Teezubereitungen (wie Harntee 400 TAD® N, Hevert® Blasen-Nieren-Tee N) und andere Darreichungsformen (wie Cystinol long®, Canephron®, Urorenal®, Cysto Hevert®) mit Extrakten aus verschiedenen Arzneipflanzen. Nicht zu vergessen: Parallel zu Kapseln, Dragees oder Tropfen ist reichlich Flüssigkeit aufzunehmen.



Foto: Fotolia/pia

Auch lose Teedrogen haben sich bei Harnwegsinfekten bewährt, wie Birkenblätter, Orthosiphonblätter, Hauhechelwurzel, Brennnesselkraut, Schachtelhalmkraut oder Goldrutenkraut. Letzteres soll über den aquaretischen Effekt hinaus noch eine entkrampfende und antiphlogistische Wirkkomponente haben. Beratungstipp: Auch wenn die Antibiotika-Einnahme beendet ist und die Beschwerden abgeklungen sind, sollten Blase und Harnleiter noch eine Weile gut durchspült werden. Umso gründlicher können die pflanzlichen Aquaretika ihre Arbeit verrichten und eventuell verbliebenen pathogenen Keimen ein Anheften schwer machen. Valide In-vivo-Daten zur Wirksamkeit der Aquaretika existieren freilich nicht, auch wenn die Kommission E des ehemaligen Bundesgesundheitsamtes die genannten Drogen positiv bewertet hat. Kritiker reduzieren deren Effekt auch auf die zugeführte Flüssigkeitsmenge.

Von den gebräuchlichen Heilpflanzen stechen nur drei Vertreter mit deutlich antimikrobiellem Potenzial heraus: die Blätter der Bärentraube (wie Cystinol akut®, Arctuvan®) und die Fixkombination aus Meerrettichwurzel und Kapuzinerkressen-

kraut. Die In-vitro-Daten für beide Harnwegsdesinfizienzen überzeugen, und zumindest die Senfö-Fixkombination hat auch respektable In-vivo-Studien vorzuweisen.

Harnalkalisierung überflüssig

Schon gewusst? Was Generationen von Pharmaziestudenten gelernt und im Beratungsgespräch angebracht haben, gilt seit ein paar Jahren nicht mehr: Die Alkalisierung des Harns ist nicht mehr nötig, um eine ausreichende Wirksamkeit von Bärentraubenblätterextrakt zu erzielen. Jüngere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Wirksamkeit unabhängig vom pH-Wert des Harns ist. Denn die Art und Weise, wie Hydrochinon zur Wirkung kommt, ist eine andere, als Jahrzehnte angenommen.

Der Hauptwirkstoff mit Prodrug-Charakter, das Arbutin, wird nach oraler Zu-

fuhr in den unteren Darmabschnitten durch Beta-Glukosidasen in Hydrochinon und Glucose gespalten. Nach der Resorption von Hydrochinon erfolgt sofort die Konjugation an körpereigene Glucuron- und Schwefelsäure. Deshalb entsteht kaum freies Hydrochinon im Organismus und wenn, dann nur in den harnableitenden Organen, über die die Elimination der Hydrochinonkonjugate erfolgt. Um die Menge an freiem Hydrochinon in den Harnwegen zu erhöhen, wurde bislang immer eine Harnalkalisierung durch gleichzeitige Einnahme von Natriumhydrogencarbonat oder reichlich basische Kost empfohlen.

Doch diese Maßnahme ist überflüssig, denn die im Urin befindlichen Hydrochinonderivate werden in den Harnwegen von den Bakterien aufgenommen. Erst hier spalten Beta-Glucuronidasen die Hydrochinonderivate, und es entsteht freies Hydrochinon, das jetzt seine antibakteriellen Eigenschaften entwickelt. Dieser Prozess ist unabhängig vom pH-Wert. Denn der pH-Wert in den Bakterien lässt sich nicht durch Natriumhydrogencarbonat beeinflussen. /



Natürlich gepflegt und sanft geschützt

Deumavan®-Intimpflege unterstützt die natürlichen Hautfunktionen. Es bildet eine wasserfreie Schutzschicht analog der natürlichen Fettung und verhindert dadurch mögliche Infektionen. Auch Beschwerden werden effektiv gelindert. So fühlen sie sich wohl und sicher in Ihrer Haut!

- Schonende Pflege bei trockener Haut im Intimbereich, z. B. in den Wechseljahren
- Zur Pflege während der Schwangerschaft und im Wochenbett
- Bei Hautbeschädigungen im Genital- und Analbereich
- Für die beim Sport beanspruchte Haut (etwa beim Schwimmen, Radfahren, Reiten)
- Ideal zur Vorbereitung auf die Intimirasur (Waschlotion) bzw. zur Nachbehandlung (Bodylotion)

Deumavan®-Intimpflegeprodukte werden aus hochwertigen und gut verträglichen Inhaltsstoffen entwickelt. Sie sind frei von Zusätzen, wie etwa Konservierungsstoffen und Stabilisatoren. Als optimale Ergänzung zur Deumavan®-Intimpflege Salbe eignen sich die Deumavan®-Waschlotion sowie die Deumavan®-Bodylotion. Mit Deumavan®-Intimpflege Natur steht darüber hinaus auch ein Produkt ohne allergenes Potenzial zur Verfügung. Als hochwertiges Kosmetikum ist Deumavan® ausschließlich in der Apotheke erhältlich.

Weitere Informationen finden Sie unter www.deumavan.com oder schreiben Sie uns unter info@deumavan.com.

Deumavan®
Intimpflege auf neuem Niveau



Die gelben Blüten von *Hamamelis virginiana* sind zwar sehr dekorativ, doch medizinisch werden die Blätter und die Rinde der Zaubernuss verwendet.

Foto: Thomas Schöpke

Hämorrhoidalleiden

Problemzone Po

Die Betroffenen klagen über so unterschiedliche Symptome wie Blut- und Schleimabsonderungen, Juckreiz, Brennen, Nässen, Wundsein und Schwierigkeiten bei der Defäkation. Neben den Hämorrhoidalleiden kommen noch eine ganze Reihe anderer proktologischer Auffälligkeiten infrage, die für diese Missempfindungen verantwortlich sein können.

Der medizinische Laie bezeichnet fast jede Missempfindung am Anus als Hämorrhoidalproblem und kommt mit der vermeintlichen Diagnose »Hämorrhoiden« in die Apotheke. Das zeigen Untersuchungen immer wieder aufs Neue. Doch nur bei einem Bruchteil der Patienten, die in der Offizin Rat zum Thema suchen, liegt eine ärztliche Diagnose vor. Umso wichtiger ist es deshalb, sich im Beratungsgespräch nach den genauen Beschwerden zu erkundigen und die Eighendiagnose des Patienten zu hinterfragen, bevor ein Arzneimittel abgegeben wird.

Die am häufigsten genannten Beschwerden – Jucken und Brennen – sind zum Beispiel auch für eine Pilzinfektion oder ein Analekzem typisch. Ebenso könnten Feigwarzen, Analfisteln, also entzündete Verbindungsgänge zwischen der äußeren Afterregion und dem Afterkanal, oder Marisken (harmlose schlaflappe Hautlappchen am Anus) die Auslöser sein. Analfisteln entstehen in den meisten Fällen durch die spontane Eröffnung eines Analabszesses. Und auch Analthrombosen und -fissuren, also Einrisse, die sich mit der Zeit entzünden

können, bringen entsprechende Beschwerden mit sich.

Berichtet der Patient erstmalig von seinen analen Qualen, muss die Empfehlung des Apothekers lauten, die vermeintlichen Hämorrhoiden ärztlich abklären zu lassen. Vielleicht besteht die Möglichkeit, dass das Apothekenteam bei einer proktologischen Praxis einen baldigen Termin für den Betroffenen vermittelt. Erst wenn die Diagnose gesichert ist, können die Beschwerden mit rezeptfreien Präparaten behandelt werden. Wenn die Po-Probleme immer wiederkehren oder der Patient keine ausreichende Linderung erfährt, ist erneut an den Proktologen zu verweisen. Das ist sofort zu tun, wenn der Patient über Blut auf oder im Stuhl oder Blutungen im Analbereich berichtet.

Apropos Blut: Hämorrhoiden hinterlassen hellrote Blutspuren auf der Stuhloberfläche oder am Toilettenpapier. Da die Blutungsquelle im Analkanal liegt, ist das Blut noch nicht geronnen. Hellrote Blutungen können auch von schmerzhaften Analfissuren herrühren. Ist das Blut allerdings dunkelrot, also bereits geronnen – wenn es überhaupt wahrgenommen werden kann –, entstammt es höheren Darmabschnitten.

Stadium	Beschreibung	Symptome	Pharmakotherapie
Grad I	Leicht vergrößerte Schwellkörper, von außen noch nicht sichtbar. Der Arzt kann sie mit dem Proktoskop erkennen.	Juckreiz, Blutungsneigung,	Adstringenzien, Lokalanästhetika
Grad II	Während der Defäkation fallen die Hämorrhoiden bis vor den Analkanal, ziehen sich jedoch spontan wieder zurück.	Juckreiz, Brennen, Blutungsneigung, Schwierigkeiten bei der Defäkation, Fremdkörpergefühl	Adstringenzien, Lokalanästhetika
Grad III	Hämorrhoiden fallen beim Stuhlgang bis vor den Analkanal und ziehen sich danach nicht mehr von selbst zurück (Analprolaps). Sie lassen sich manuell zurückschieben.	Juckreiz, Brennen, Blutungen, Fremdkörpergefühl, Schmerzen bei der Defäkation, Stuhlinkontinenz, Nässen und Schmierer	postoperativ: Adstringenzien, Lokalanästhetika, Glucocorticoide
Grad IV	Die Hämorrhoiden prolabieren beim Stuhlgang bis vor den Analkanal, sie können nicht mehr zurückgeschoben werden.	wie bei Grad III	wie bei Grad III

Einteilung von Hämorrhoidalleiden nach Schweregrad

Dann ist es dringend Zeit, zum Arzt zu gehen, denn dunkelrotes Blut ist meist ein Indiz für ernsthafte Erkrankungen wie Karzinome oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen.

Schnelle Hilfe für die Po-Ebene

Proktologika kommen in allen Stadien von Hämorrhoidalleiden zum Einsatz, wobei nur leichte Beschwerden ein Fall für die Selbstmedikation sind. Bei den fortgeschrittenen Stadien III und IV begleiten sie operative Maßnahmen. Wichtig: Proktologika wirken rein symptomatisch; sie sind nicht in der Lage, vergrößerte Hämorrhoidalknoten zu verkleinern oder zu beseitigen. Die medikamentöse Therapie sollte begleitet werden von einer Umstellung des Speisezettels hin zu mehr Ballaststoffen, mehr Bewegung und richtigen Stuhlgewohnheiten ohne starkes Pressen.

Blutstillende Eigenschaften haben dagegen Adstringenzen. Sie eignen sich deshalb, wenn die Analschleimhaut nässt und schmerzt. Zu den Adstringenzen gehören Metallsalze wie basisches Bismutgallat (wie Eulatin®) und gerbstoffhaltige Drogenauszüge, allen voran Extrakte aus Hamamelisblättern und -rinde (wie Faktulin®; Hametum®). Sie wirken durch eine oberflächliche Eiweißfällung adstringierend und damit entzündungshemmend. Es bildet sich ein dünner Schorf, das Schleimhautepithel schrumpft leicht, die Blutung wird gestillt. Die Gerbstoffe aus der Zaubernuss sind deshalb auch bei juckenden Ekzemen und Fissuren, lokalen Entzündungen und oberflächlichen Wunden eine gute Wahl. Sensibilisierungen treten seltener auf als bei Lokalanästhetika.

Eine pflanzliche Alternative ist ein Wirkstoffkomplex aus dem Saft von Aloe

fen (wie Tannolact®, Tannosynt® flüssig, Delagil®; Achtung: Nur Tannolact enthält keine Duftstoffe) hemmen Entzündungen, lindern den Juckreiz und fördern die Wundheilung. Dazu zweimal täglich rund 10 bis 15 Minuten einplanen. Für ein Sitzbad mischt man einen Esslöffel des Pulvers oder 5 ml flüssige Zubereitung mit 25 Litern Wasser. Die Badetemperatur wählt man am besten zwischen 32 und 35 °C.

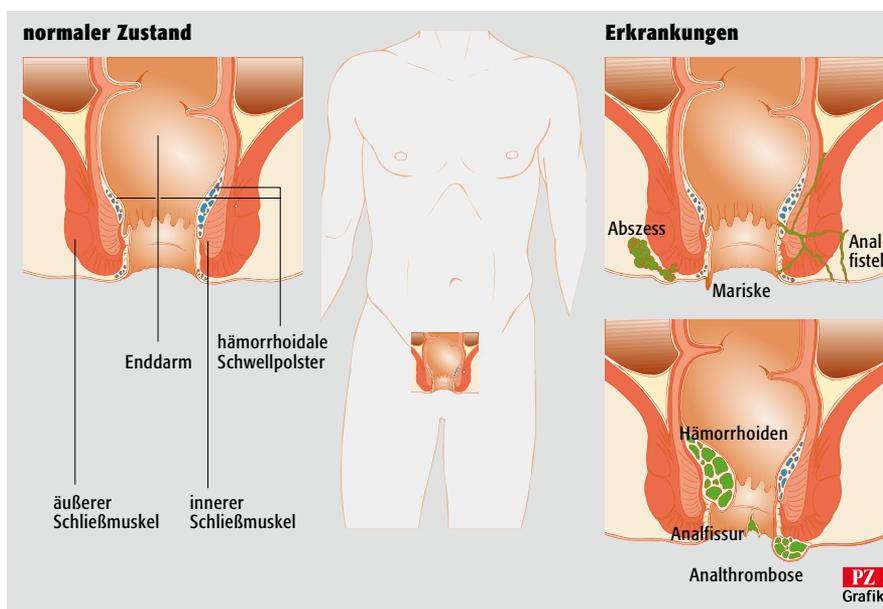
Darreicherung bestimmt die Wirkung

Für die Wirkung der Arzneistoffe ist die Darreichungsform von ausschlaggebender Bedeutung. Zur Auswahl stehen Salben, Einmaltuben, Suppositorien und Hämotamps. Gegen Zäpfchen spricht, dass die applizierten Substanzen nicht in den gewünschten Konzentrationen an den Ort des eigentlichen Geschehens gelangen. Denn wird ein Zäpfchen in den After eingeführt, so wird es durch den Reflex der Ringmuskeln sehr schnell an den Hämorrhoiden vorbei durch den Analkanal gedrückt und bleibt im unteren Rektum liegen.

Viel besser geeignet sind Tamponadezäpfchen, auch Hämotamps genannt. Sie sind so gefertigt, dass sie im Analkanal liegen bleiben und den Arzneistoff kontinuierlich über mehrere Stunden am Wirkort abgeben können. Bei ihnen fixiert eine Mullleinlage oder ein Mullstreifen die Arzneiform im optimalen Bereich. Mithilfe des Mullstreifens kann der Anwender auch den korrekten Sitz prüfen und ihn gegebenenfalls korrigieren.

Neben den Hämotamps sind auch Salben, die am besten mithilfe von Applikatoren an die Hämorrhoiden gebracht werden, Zäpfchen vorzuziehen. Dazu das Präparat morgens und abends nach dem Stuhlgang rektal applizieren. Tipp: Ein wenig Salbe oder ein Hautpflegeöl auf dem Applikationsrohr verstreichen, das macht es gleitfähiger.

Die Applikatoren sind entweder mit nur einer einzigen Öffnung am Ende oder mit mehreren seitlichen Austrittsöffnungen für das Arzneimittel ausgestattet. Im letzteren Fall drückt der Patient nach dem Einführen auf die Tube und verteilt die austretende Salbe durch vorsichtiges Drehen der Tube. Bei dem Applikationsrohr mit nur einer Öffnung wird dagegen erst beim Herausziehen durch gleichmäßiges Zusammendrücken der Tube ein Salbenstrang im Analkanal platziert. Nach der Anwendung lässt man den Applikator am besten auf der Salbentube aufgeschraubt und reinigt ihn von außen. Ist der Betroffene viel unterwegs, profitiert er von Einmaltuben für unterwegs. Dann entfällt das Reinigen des Applikators. /



Nicht alles, was am Anus juckt und brennt, sind Hämorrhoiden. Die Grafik bietet eine Übersicht von Erkrankungen am Darmausgang, die der Patient häufig mit Hämorrhoidalleiden verwechselt.

Bei der Auswahl des geeigneten Wirkstoffes orientiert man sich am besten am Hauptsymptom des Patienten. Steht Juckreiz und Brennen im Vordergrund, bringen Topika mit Lokalanästhetika schnelle Hilfe. Am besten solche aus der Reihe der »Nicht-Para-Stoffe« wählen, wie Lidocain (wie Posterisan® akut) oder Quinisocain (wie Haenal® akut), da die Lokalanästhetika vom p-Aminobenzoessäuretyp mit einem erhöhten Allergierisiko belastet sind. Lidocain ist der Arzneistoff der ersten Wahl, da seine Sensibilisierungsrate am geringsten ist. Polidocanol-haltige Arzneimittel sind zu diesem Zweck nicht mehr im Handel.

barbadensis (Hemoclin®). Der in einem kühlenden Gel aufbereitete Polysaccharid-Komplex soll sich als Schutzschicht auf die gereizte Schleimhaut des Analbereichs legen und damit verhindern, dass Erreger der austretenden Faezes die Haut angreifen. Der Wirkmechanismus erfolgt auf physikalischem Wege: Die negativ geladenen Polysaccharidmoleküle umhüllen die pathogenen Bakterien und unterbinden somit die Adhäsion an die Zelloberfläche der Schleimhaut. Die typischen Symptome wie Brennen und Jucken unterbleiben.

Ein Zusatztipp für die Beratung: Sitzbäder mit Kamillenextrakt (wie Kamillosan®), Eichenrinde oder synthetischen Gerbstoff-

Vaginalmykose

Erst therapieren, dann sanieren

Jucken und Brennen im Vaginaltrakt deuten die meisten Frauen als Vaginalmykose. Doch nur 40 Prozent von ihnen haben dann tatsächlich eine solche. Sieben Fakten, die Sie im Beratungsgespräch zu Candida-Infektionen wissen müssen.

► Wie äußert sich typischerweise eine Candida-Infektion?

Die Patientinnen klagen über einen unaufhörlichen Juckreiz, der in ein Gefühl des Brennens übergehen kann. Ein weiteres charakteristisches Merkmal ist ein vermehrter Fluor mit krümeligem, gelb-weißlichen Aussehen. Auf dem Vaginalepithel zeigt sich unter den Soorbelägen ein roter Grund. Auch die Schamlippen sind stark gerötet und geschwollen. Im Randbereich der Mykose sind mitunter kleine Bläschen anzutreffen.

Die Tatsache, dass der Ausfluss geruchlos ist, ist ein wichtiger Indikator. Denn wird der Geruch als ausgeprägt und unangenehm empfunden, kann dies ein Indiz für eine bakterielle Infektion sein.

► Sind Vaginalmykosen ein Fall für die Selbstmedikation?

Eine allgemeine Regel lautet: Treten die charakteristischen Symptome zum ersten Mal oder häufiger als viermal im Jahr auf, liegt eine Schwangerschaft vor oder ist sich die Betroffene hinsichtlich der Symptome unsicher, ist ein Besuch beim Gynäkologen angezeigt.

Die Leitlinie »Vulvovaginalcandidose«, die unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vor einem Jahr erarbeitet wurde, sieht die Selbstmedikation im Übrigen gar nicht so unkritisch. Da heißt es: »Die ersten hoffnungsvollen Erwartungen der frühen 1990er-Jahre aufgrund von Mitteilungen, dass die Patientinnen fast immer ihre Vaginalcandidose selbst korrekt diagnostizieren könnten, sind (zumindest heute) offensichtlich nicht richtig. Nur ein Drittel von 95 Frauen, die vaginale Antimykotika zur Selbsttherapie gekauft hatten, litten tatsächlich an einer Candidose. Es ist deshalb wieder empfehlenswert, nur nach korrekter Diagnose zu behandeln.«

► Kann man sich überhaupt mit einem Pilz anstecken?

An einer vaginalen Pilzinfektion kann man sich normalerweise nicht anstecken. Die Candidose wird in 85 bis 95 Prozent der Fälle durch die Hefe *Candida albicans* hervorgerufen. Da diese Spezies als Kommensale

auf der menschlichen Schleimhaut vorkommt, erfolgt eine Infektion zumeist endogen, und zwar meist über den eigenen Intestinaltrakt oder den des Partners, der auch im Sperma mit dem gleichen Hefepilzstamm kolonisiert sein kann. Eine Infektion beispielsweise über eine Toilette ist so gut wie unmöglich, da die Hefepilze dort nicht überlebensfähig sind.

Zum Ausbruch der Krankheit kommt es vielmehr, wenn das lokale Immunsystem beispielsweise nach einer Medikamenteneinnahme oder durch Stress geschwächt ist und sich die Hefepilze dadurch unkontrolliert vermehren können. Daher rührt auch die Bezeichnung »Krankheit der Kranken«. Bester Beweis dafür ist die Tatsache, dass die Vaginalmykose eine der häufigsten Nebenwirkungen einer Antibiotikatherapie bei Harnwegsinfektionen darstellt. Je länger die Antibiose dauert, umso größer ist das Risiko, aufgrund des gestörten Scheidenmilieus an einer Candida-Infektion zu erkranken. Besonders häufig trifft es die Frauen bei rezidivierenden Cystitiden.

Die Kolonisation mit *C. albicans* hängt vom Glucosegehalt in der Vagina ab, der unter dem Einfluss der Sexualsteroiden zyklisch variiert. So treten die klinischen Zeichen typischerweise prämenstruell auf, da in dieser Zeit die Zuckerspiegel der Vagina erhöht sind. Das bedeutet aber auch, dass Mädchen vor der Menarche und Frauen nach der Menopause so gut wie nie erkranken. In der Schwangerschaft macht sich *C. albicans* dagegen bis zu dreimal häufiger breit. Auch ein erhöhter Glucosegehalt in Blut und Gewebe durch Diabetes bietet dem Hefepilz gute Wachstumsbedingungen. Allgemein anerkannt ist zudem die Feststellung, dass psychosozialer Stress der Ausbreitung von *C. albicans* Vorschub leisten kann. Durch Prozesse der Psychoneuroimmunologie kommt es zur lokalen Immunsuppression.

► Warum infizieren sich manche Patientinnen immer wieder?

Rund 75 Prozent der Frauen haben mindestens einmal in ihrem Leben eine Candida-Infektion, viele von ihnen mehrfach. Etwa 10 Prozent leiden unter einer chronisch-rezidivierenden Form, da die Beschwerden

ANGOCIN®

Anti-Infekt N

DAS scharfe Duo
Meerrettich & Kapuzinerkresse
gegen bakterielle & virale Infekte
der Harn- und Atemwege

Geeignet zur Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfektionen⁸

Langzeitanwendung möglich



- In vitro **hohe Sensibilität** gegen zahlreiche Infektionserreger (u.a.)^{1,2}:
E. coli, Proteus, Pseudomonas aeruginosa (Harnwegsinfekte)
H. influenzae, M. catarrhalis, S. pneumoniae (Atemwegsinfekte), auch gegen Problemkeime wie z.B. **MRSA, Vancomycin-resistente Enterokokken**
- Bislang **ohne Resistenzbildung**³
- Wirksam gegen **Influenzaviren** (im Zellkulturversuch)^{4,5}
- In der Beschwerdereduktion bei **akuter Bronchitis, Sinusitis und Zystitis** **vergleichbar gut wirksam wie ein konventionelles Antibiotikum**^{6,7}

1. Conrad A. et al., *Arzneim-Forsch/Drug Res* 56, S. 842-849 (2006) 2. Conrad, A. et al., *Z Phytother* 29, Suppl. S1 (2008) 3. Frank, U., Biehler, K., *Naturamed* 25, S. 28-31 (2010) 4. Winter, A. et al., *Arch Mikrobiol* 31, S. 311-318 (1958) 5. Laufende Untersuchung v. Pleschka, S. et al., *Inst. f. Med. Virologie, Univers. Gießen* 6. Goos KH, Albrecht U, Schneider B., *Arzneim-Forsch/Drug Res* 56, S. 249-257 (2006) 7. Goos KH, Albrecht U, Schneider B., *Arzneim-Forsch/Drug Res* 57, S. 238-246 (2007) 8. Albrecht U et al., *Current Medical Research and Opinion* 2007;23,10:2415-2422.

ANGOCIN® *Anti-Infekt N* **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält: Kapuzinerkressenkrautpulver 200 mg, Meerrettichwurzelpulver 80 mg, sonst. Bestandteile: Cellulose, Eisenoxide und -hydroxide E 172, Hypromellose, Kartoffelstärke, Macrogol, Natriumcarboxymethylstärke, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure, Talkum, Titandioxid E171. **Anwendungsgebiete:** Zur Besserung der Beschwerden bei akuten entzündlichen Erkrankungen der Bronchien, Nebenhöhlen und ableitenden Harnwege. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Meerrettichwurzel, Kapuzinerkressenkraut oder sonst. Bestandteile; akute Magen- u. Darmgeschwüre; akute Nierenentzündungen; Kinder unter 6 Jahre; Schwangerschaft; Stillzeit; Kinder von 6 bis 12 Jahren: Einnahme nur nach ärztlicher Rücksprache. **Nebenwirkungen:** Häufig: Magen- und Darmbeschwerden wie Übelkeit, Oberbauchdruck, Durchfall, Blähungen, Sodbrennen. Gelegentlich: Systemische allergische Reaktionen sowie Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (z. B. Hautrötungen mit Hitzegefühl (Flush), Hautausschlag und/oder Juckreiz). Repha GmbH - Biologische Arzneimittel, Alt-Godshorn 87, 30855 Langenhagen, Darreichungsform und Packungsgrößen: 50 (N1), 100 (N2), 200 (N3) und 500. Apothekenpflichtiges Arzneimittel.



die Frauen mehr als viermal im Jahr belästigen. Der Hauptgrund für die immer wieder aufflammenden Infektionen dürfte jedoch sein, dass Verwandte von *C. albicans* beim Infektionsgeschehen eine Rolle spielen, so vor allem *C. glabrata* und *C. krusei*. Ersterer ist besonders häufig bei diabetischen und bei immunsupprimierten Frauen nachgewiesen worden. Er ist gegen die üblichen Dosierungen aller für gynäkologische Zwecke zugelassenen Antimykotika resistent beziehungsweise klinisch nicht ausreichend empfindlich. Auch *C. krusei* ist gegen Triazole praktisch resistent. Die Therapie beider Non-albicans-Infektionen gestaltet sich deshalb äußerst schwierig; etablierte Therapieregime existieren derzeit nicht.

Interessant: Eine Resistenz gegen *Candida albicans* spielt dagegen so gut wie keine klinisch bedeutende Rolle. Dennoch gehen manche Experten davon aus, dass der vermehrte Gebrauch rezeptfreier Azolderivate für das vermehrte Auftreten der Non-albicans-Arten verantwortlich ist. Denn bei mehrfacher Anwendung könnten sie

zu einer Selektion weniger empfindlicher Spezies führen.

Neben den seltenen *Candida*-Arten sind jedoch auch folgende Faktoren für immer wiederkehrende Infektionen ausgemacht worden: So kann zum Beispiel das Tragen von Strings das Infektionsrisiko fördern, da durch die Reibung die Vaginalhaut gereizt und eine Übertragung der Erreger vom Darm auf die Vagina begünstigt wird. Bei Intimpiercings können sich die Erreger in den Stichkanälen festsetzen und sind dort nur schwer mit Cremes zu erreichen. Nützlich kann auch die Rasur der Intimzone sein, da sich an den Schamhaaren Erreger festsetzen können, die immer wieder eine neue Infektion hervorrufen. Neu ist die Erkenntnis, dass *C. albicans* an Intrauterinspiralen (IUD) adhärenz Biofilme bildet, sodass IUD ein Rezidivrisiko sein können.

► Können Hausmittel wie Joghurt-Tamppons oder Essig-Sitzbäder hilfreich sein? Verschiedene Hausmittel aus Großmutter's Rezeptkiste wie Tamppons, die in Naturjoghurt

getränkt und dann vaginal eingeführt werden, stehen nach wie vor hoch im Kurs. Doch sie sind nicht nur unnützlich, sondern verschärfen die Situation oft noch. Die im Joghurt enthaltenen Milchsäurebakterien können der Infektion nichts entgegensetzen. Mitunter enthält der sogenannte Naturjoghurt Konservierungsmittel und andere chemische Zusätze, die der Scheidenflora erst recht zusetzen. Ähnlich fatal können sich Spülungen oder Sitzbäder mit Essig-Mischungen auswirken.

Genauso abzulehnen sind sogenannte Antipilz-Diäten. Eine Darmsanierung ist nicht möglich und auch nicht nötig, da die *Candida-albicans*-Kolonisation der Faeces in geringer Keimzahl und bei immunkompetenten Menschen normal ist. Sinnvoll ist es jedoch, besonders wenn Infektionen immer wiederkehren, Präparate mit gefriergetrockneten Kulturen von Wasserstoffperoxid-bildenden Laktobazillen oder Milchsäure-haltige vaginalpräparate (wie Vagisan®, KadeFungin Milchsäurekultur®) anzuwenden. Die lokal applizierten Laktobazillen besiedeln die Vaginalschleimhaut, senken

Irritationen im Intimbereich vermeiden

Übertriebene Genitalhygiene schadet mehr als dass sie nutzt. Denn sie kann die fein austarierte physiologische vaginalflora durcheinanderbringen und vaginal- und Harnwegsinfektionen begünstigen. Folgende Tipps beugen vor:

- So banal es klingt: Die »Wischtechnik« nach dem Toilettengang ist essenziell. Die richtige Reinigung nach dem Stuhlgang von vorne nach hinten minimiert das Risiko einer Schmierinfektion deutlich.
- Zur Reinigung der Genitalregion genügen lauwarmes Wasser oder milde Lotionen, die auf das Milieu des Intimbereichs abgestimmt sind (wie Canesten® GYN Sensitive Intimwaschpflege, Vagisan® Intimwaschlotion). Dazu die Hände, einen Einmal- oder frischen Baumwollwaschlappen verwenden. Alkalische Seifen, Duschgele mit aggressiven oder entfettenden Waschsubstanzen, Intimsprays oder vaginalspülungen sind tabu.
- Nach dem Waschen sorgfältig abtrocknen. Bei gereizter, tockener Haut helfen spezielle Salben und Cremes mit pflegenden Lipiden (wie Deumavan®-Intimpflegesalbe). Es

entsteht eine Art Schutzschicht, die gereizter Haut hilft, sich zu regenerieren.

- Waschlappen, Handtücher und Slips sollten täglich gewechselt und bei 60 Grad Celsius mit einem Vollwaschmittel gereinigt werden. Wer ganz sicher gehen möchte, kann dem Spülgang einen speziellen Wäschespüler



Foto: Fotolia/styf

(wie Canesten® Hygiene Wäschespüler) zusetzen.

- Synthetische Fasern haben im Intimbereich nichts zu suchen: Unterwäsche aus Kunstfaser, Binden und Slip-Einlagen mit Kunststoff-Folie und

auch Nylon-Strumpfhosen können keinen Schweiß aufsaugen und fördern damit einen Wärme- und Feuchtigkeitsstau. Deshalb Baumwollunterwäsche tragen, die man überdies bei 60 Grad Celsius waschen kann.

- Eventuell das Kontrazeptivum wechseln. Scheidendiaphragmen und lokale Spermizide können die physiologische Abwehrfunktion der Vagina aus dem Gleichgewicht bringen.
- Für Wasserratten: Der Aufenthalt im Schwimmbadbecken sollte nicht allzu lang ausgedehnt werden. Der hohe Chlorgehalt des Wassers setzt dem Scheidenmilieu ordentlich zu. Nach dem Schwimmen sollte man sich gut abtrocknen und schnell vom nassen Badeanzug befreien. Das beugt übrigens auch Harnwegsinfektionen vor. Und auch Dampfbäder und öffentliche, nicht ausreichend desinfizierte Whirlpools sollten gemieden werden, denn hier herrscht ein ideales fecht-warmes Klima für Keime aller Art.
- Die Haarentfernung in der Bikinizone ist in. Doch Vorsicht: Die dazu verwendeten Enthaarungscremes enthalten oft Substanzen, die die empfindliche Haut in dieser Region reizen.

durch Bildung von Milchsäure den pH-Wert und bauen damit die gesunde Vaginalflora wieder auf (siehe auch Seite 14). Das stärkt die Keimbarriere zum Schutz vor Neuinfektionen. Die Präparate werden entweder kurmäßig bis sieben Tage hintereinander angewendet oder nach Bedarf zwei- bis dreimal pro Woche. Ideal ist die Anwendung von H₂O₂-bildenden Laktobazillen nach einer antimykotischen Therapie.

► Wie lässt sich eine Candida-Infektion am besten behandeln?

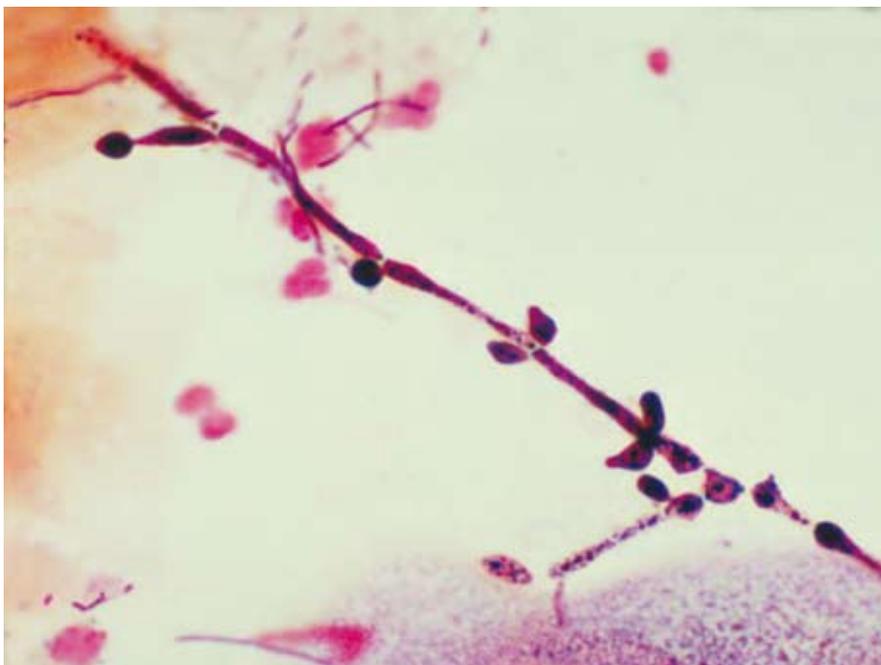
Die akute Infektion wird mit Imidazolen wie Clotrimazol (wie Canesten® GYN, KadeFungin®) oder Miconazol (wie Gynodaktar® Vaginal), mit Polyenen wie Nystatin (wie Biofanal®) oder mit Ciclopiroxolamin (Batrafen®) behandelt. Sie gelangen als Vaginaltablette oder -zäpfchen oder Schmelzovula an Ort und Stelle. Die Vaginalcreme versorgt die Vulva mit dem antimykotischen Wirkstoff. Für die Selbstmedikation gibt es die Ein- und Drei-Tages-Therapie. Es ist aber auch möglich, peroral zu behandeln. In der Regel kommt das Triazol Fluconazol (wie Canifug® Fluco, Flunazol® gyn) zum Einsatz. Es ist allerdings verschreibungspflichtig. Alle Therapieregimes wurden in Studien miteinander verglichen und zeigten klinisch und mykologisch ähnlich gute Ergebnisse, heißt es in der Leitlinie. In der Praxis hat sicher die Lokalthherapie mit Clotrimazol die größte Bedeutung. Anders in der Schwangerschaft: Da sind die Heilungsergebnisse mit Imidazolen signifikant besser als mit Polyenen.

Ein Muss unter den Beratungstipps: Am besten führt man die Präparate abends vor dem Schlafengehen in die Scheide ein. Während der Nachtruhe ist die Kontaktzeit ausreichend lang, der Wirkstoff kann sich gut verteilen und läuft nicht vorzeitig aus. Die Vaginalcreme wird tagsüber zwei- bis dreimal auf den äußeren Genitalbereich aufgetragen.

► Ist die Ein-Tages-Therapie mit Clotrimazol wirklich wirksam?

Studien bestätigen, dass es die Ein-Tages-Clotrimazol-Therapie (Canesten® GYN Once Kombi) mit der drei Tage währenden Behandlung aufnehmen kann. Sowohl in der Wirksamkeit als auch in der Verträglichkeit gibt es keine Unterschiede. Dabei gingen die Symptome während den ersten beiden Behandlungstagen in der Gruppe der Ein-Tages-Kombination schneller zurück als bei den Patientinnen, die das Azol über drei Tage anwendeten.

Die Galenik hat einen nicht unerheblichen Anteil an der hohen Effektivität der



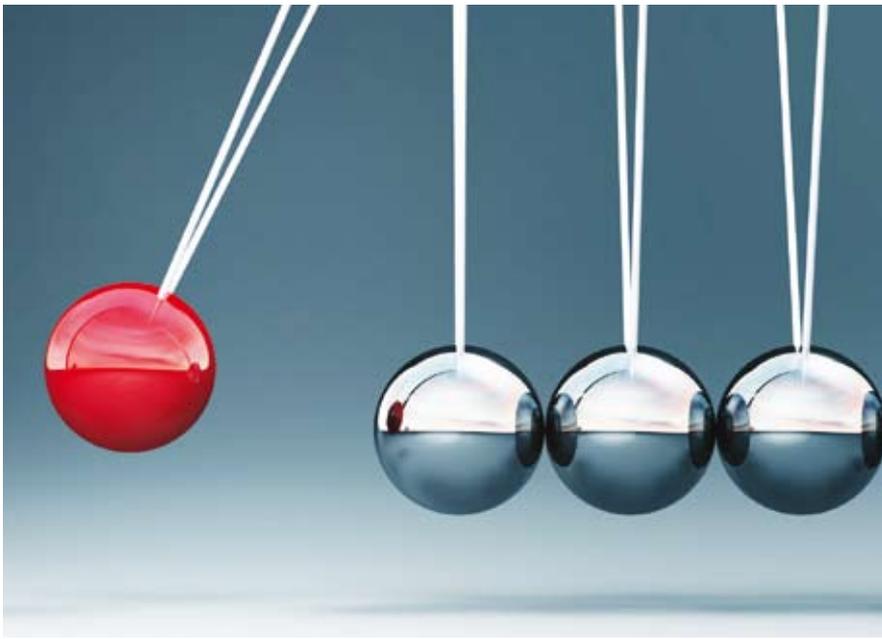
Was in der Vagina für heftigen Juckreiz sorgt, ist in der Laboruntersuchung fast hübsch anzuschauen, wie diese Abbildung zeigt: *Candida albicans* im Vaginalabstrich. Foto: CDC/Dr. Stuart Brown

Ein-Tages-Therapie: In dieser Formulierung ist Milchsäure eingearbeitet. Zum einen beschleunigt diese die Freisetzung von Clotrimazol, da die Substanz wie alle anderen Triazole ihr Wirkoptimum im Sauereren hat. Zum zweiten regt das durch die Milchsäure geschaffene saure Vaginalmilieu den Übergang des Pilzes in die Myzelphase an und macht ihn so besonders angreifbar für Clotrimazol.

Die Ein-Tages-Formulierung enthält 500 mg Clotrimazol, während bei der 3-Tages-Behandlung 200 mg auf jede Tablette entfallen, insgesamt also 600 mg Wirkstoff. Pharmakokinetische Untersuchungen zeigen, dass durch die 500-mg-Gabe ein intravaginales Wirkstoffdepot aufgebaut wird, das über mindestens drei Tage Wirkstoff in fungizider Konzentration bereithält. /



Ob es sich bei Juckreiz in der Scheide tatsächlich um eine Vaginalmykose handelt, kann nur eine Untersuchung bei der Gynäkologin klären. Foto: DAK/Wigger



Welcher Störenfried bringt das System Vaginalflora aus dem Takt? Der Artikel gibt Antwort.

Foto: Fotolia/tiero

Vaginalflora

Misklang im Milieu

Die vaginale Mikroflora gleicht einem fein austarierten Ökosystem, in dem jeder Bewohner seine Aufgabe zum Wohle des Ganzen erfüllt. Dabei sind Laktobazillen, die Wasserstoffperoxid bilden können, essenziell. Ist dieses Laktobazillen-Schutzsystem gestört, drohen Infektionen.

Die Vagina ist dicht besiedelt, wobei hauptsächlich Laktobazillen die Mikrobiota bestimmen. Doch Halt: Neben diesen grampositiven Anaerobiern findet sich im Vaginalsekret selbst von gesunden Frauen ein beachtliches Spektrum mutmaßlicher Krankheitserreger wie Mycoplasmen, Streptokokken der Gruppe B oder *Candida albicans*. »Die Frage, ob man es mit einer normalen oder einer gestörten Vaginalflora beziehungsweise einer Vaginitis zu tun hat, ist anhand von Klinik, Nativpräparat und pH-Wert-Messung zu beantworten und nicht anhand von Erreger- und/oder Resistenztestung«, stellte Professor Dr. Werner Mendling, Klinikdirektor für Gynäkologie und Geburtsmedizin an zwei Vivantes Kliniken in Berlin, im Gespräch mit der Pharmazeutischen Zeitung klar. Denn einer vaginalen Infektion liegt nicht so sehr ein verändertes Keimspektrum, sondern eine veränderte Keimzahl in Verbindung mit einer geschwächten körpereigenen Abwehr zugrunde.

Die korrekte mikroskopische Beurteilung des Nativpräparates liegt Mendling sehr am Herzen. »Das kann nicht jeder. Aus diesem Grunde habe ich einen Antrag an die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gerichtet, der nun positiv entschieden worden ist. Er fordert, dass man in der Weiterbildung der Bundesärz-

tekammer im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe auch das Nativpräparat lehren muss, damit das besser ankommt. Mit dieser einfachen Methode kann die Diagnostik wesentlich verbessert werden.«

Die Laktobazillen, nach ihrem Entdecker auch Döderlein-Bakterien genannt, sind es, die potenzielle Unruhestifter ruhigzustellen vermögen. Dazu vergären alle Spezies Zucker zu Milchsäure. Das sorgt für einen niedrigen pH-Wert von 3,8 bis 4,4, was die Besiedelung durch andere pathogene Keime erschwert. Doch Laktobazillen sind nicht gleich Laktobazillen. Einige Stämme wie etwa *Lactobacillus gasseri* sind zudem in der Lage, Wasserstoffperoxid zu bilden. Geringste Mengen davon sind für andere Organismen toxisch.

Heute weiß man: Die Döderlein-Flora kann nur dann ihre Abwehrfunktion vor pathogenen Erregern optimal erfüllen, wenn sie in der Lage ist, H_2O_2 zu produzieren. Das heißt: Ist diese Abwehrlinie der Milchsäurebakterien in der Scheide gestört, sind Infektionen Tür und Tor geöffnet. Studien zeigen denn auch, dass Frauen mit bakterieller Vaginose nur wenige H_2O_2 -bildende Laktobazillen aufweisen. »Warum das so ist, ist nicht schlüssig geklärt«, sagte Mendling. »Das muss etwas mit dem pH-Wert, dem Redoxpotenzial und der Sauerstoffspannung in der Scheide zu tun haben.«

Anhand eines mikroskopischen Präparates, einer Kulturuntersuchung oder eines Gram-Präparates kann der Gynäkologe übrigens nicht erkennen, ob und wie viele H_2O_2 -Produzenten sich unter den Milchsäurebakterien befinden. Fälschlicherweise könnte also eine intakte Vaginalflora diagnostiziert werden, die dennoch nicht in der Lage ist, Infektionen abzuwehren, weil ihr die H_2O_2 -bildenden Bewohner fehlen. »Wir brauchen dazu Spezialuntersuchungen, die in Routinelaboren normalerweise nicht gemacht werden«, informiert der Fachmann. »Wenn allerdings das Nativpräparat und der pH-Wert im grünen Bereich liegen, halte ich es nicht für nötig, das eingehender untersuchen zu müssen.«

Vaginose: Gardnerella legt zu

Neben der vaginalen Mykose ist die sogenannte bakterielle Vaginose das Paradebeispiel dafür, dass die Döderlein-Flora ins Kippen geraten ist. Dabei haben sich Anaerobier, allen voran *Gardnerella vaginalis*, auf Kosten der physiologischen Flora niedergelassen. *Gardnerella vaginalis* wirkt als Succinat-Lieferant und induziert damit die starke Vermehrung von Anaerobiern, die Amine produzieren und deshalb Vagina und Vulva reizen. Untersuchungen zeigen eine rund 1000-fache Zunahme von anaeroben Mikroorganismen, *Gardnerella vaginalis* ist um den Faktor 100 vermehrt nachweisbar.

Die bakterielle Vaginose ist die häufigste mikrobiologische Störung des Scheidenmilieus bei Frauen während der Geschlechtsreife. Die Prävalenz beträgt zwischen 5 Prozent bei Frauen, die zur Vorsorgeuntersuchung kommen, und mehr als 30 Prozent bei Frauen, die in einer Klinik für sexuell übertragbare Erkrankungen betreut werden.

Apropos Amine: Nur etwa die Hälfte der Patientinnen berichtet über charakteristische Symptome wie einen nassen, homogenen Ausfluss, der nach verdorbenem

Fisch (Amingeruch) riecht. Viele Betroffene fühlen sich in ihrem Wohlbefinden nicht beeinträchtigt; Brennen und Juckreiz scheinen nicht aufzutreten. Der vermehrte Fluor kann die Region rund um die Vulva irritieren. Der pH-Wert in der Scheide ist leicht erhöht und liegt über 4,5.

Trotz des oft fehlenden Krankheitsbewusstseins sollte zumindest vor und in der Schwangerschaft behandelt werden. Erhöht doch die Zunahme von potenziell pathogenen Erregern in der Scheide das Risiko von aufsteigenden Infektionen und daraus resultierenden Komplikationen. So können sich etwa die Gebärmutter (Endometritis) oder die Eileiter entzünden. Dieses Risiko scheint nochmals zuzunehmen, wenn die Patientin eine Intrauterinspirale trägt. Auch für Harnwegsinfektionen besteht eine Disposition. Genauso für Frühgeburten und Schwangerschaftskomplikationen wie vorzeitige Wehen oder Blasenprung. Immerhin etwa 20 Prozent der Schwangeren fangen sich eine bakterielle Vaginose ein. Deshalb ist es in der Schwangerschaft besonders wichtig, regelmäßig den pH-Wert und das Nativpräparat vom Frauenarzt untersuchen zu lassen.

Metronidazol und Clindamycin sind derzeit die Mittel der Wahl; nur in einem Fünftel der Fälle heilt die Vaginose spontan aus. Die Antibiotika werden in unterschiedlichen Therapieregimes angewendet; die Heilungsraten sind annähernd gleich. So kann Metronidazol (wie Arilin®) peroral eingenommen werden, und zwar zweimal 500 mg pro Tag für sieben Tage. Auch die intravaginale Behandlung mit ein bis zweimal 500 mg Metronidazol-Vaginaltabletten für sieben Tage ist möglich. Ein- bis zweimal täglich 2-prozentige Clindamycin Vaginalcreme (wie Sobelin®) für sieben Tage ist eine weitere wirksame Alternative. Besser verträglich ist jedoch die intravaginale Therapie; Compliance und Zufriedenheit der Frauen fielen dabei in Studien deutlich besser aus.

Biofilm lässt sich nicht knacken

Doch der Behandlungserfolg ist nur von kurzer Dauer. Die Standardtherapie mit Antibiotika suggeriert zwar Heilung, da sich die klinischen Symptome bessern, der pH-Wert normalisiert und die Keimzahl reduziert. »Doch nach rund drei Monaten bekommen zwei Drittel der Frauen ein Rezidiv«, berichtete der Experte. In Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern hat Mendling vor einigen Jahren auch den Grund für die hohe Rezidivneigung ausfindig gemacht. Bei Frauen mit bakterieller Vaginose bildet sich ein dichter hochkonzentrierter Gardnerella-Biofilm auf dem



Professor Dr. Werner Mendling: »Nativpräparat und der pH-Wert sind essenziell, wenn es um die Beurteilung der Vaginalflora geht, nicht die Bakterienkultur.«
Foto: Mendling

Vaginalepithel. Dieser erstreckt sich mindestens über die Hälfte der Fläche des entnommenen Vaginalepithels. Ganz anders bei gesunden Frauen: Etwa ein Fünftel von ihnen beherbergen Gardnerella vaginalis. Doch findet sich der Keim nur punktuell auf der Vaginalschleimhaut, ohne den Hang zu Adhärenz oder Agglomeration.

Gegen diesen Biofilm können Antibiotika nichts ausrichten. Nach Beendigung der Therapie wird er wieder aktiv und erreicht mehr oder weniger rasch sein Ausgangsniveau, deshalb die hohen Rezidivraten. Bakterien verhalten sich in Biofilmen anders als bei planktonischem Vorkommen, wie Mendling erklärte. »Man diskutiert, dass sie dort langsamer wachsen, sich durch Gen-Switch phänotypisch verändern, miteinander in Verbindung treten und genetische Informationen, Plasmide, austauschen und 1000-fach höhere Antibiotikakonzentrationen vertragen als bei planktonischem Vorkommen.«

Der Biofilm bietet offenbar eine ideale Grundlage für Wachstum und Adhärenz anderer Keime. So finden sich bestimmte Laktobazillen, die in der neuen Lebensgemeinschaft regelrecht umgepolt werden, und bei rund 80 Prozent der Frauen mit bakterieller Vaginose Atopobium vaginae, ein Keim, der bei gesunden Frauen so gut wie nie nachgewiesen wird. Das macht Atopobium vaginae praktisch zu einem Indikatorkeim. Doch auch ihn können nur Speziallabore identifizieren.

Auch wenn die bakterielle Vaginose derzeit nicht als klassische Geschlechtskrankheit gilt, wird sie doch durch Sexualverkehr begünstigt. Neuere Untersuchungen von Mendling und seinen Kollegen wei-

sen in die Richtung, »dass es doch hin und her übertragen werden kann«. Der letzte Beweis sei jedoch noch nicht erbracht. »Wir haben gezeigt, dass sich im Urin von Frauen mit bakterieller Vaginose und deren Partnern der typische adhärente Biofilm findet. Bei den Männern hängt der Film nicht in der Blase oder in der Harnröhre, sondern am inneren Vorhautblatt. Solche Befunde wurden bei gesunden Frauen und ihren Partnern nicht beobachtet.« Der Austausch und die Antibiotikaresistenz des Biofilms sind Gründe, warum jegliche Partnerbehandlung bislang versagt hat.

Ansäuern als Rezidivprophylaxe

Mendling: »Leider kann man den Biofilm derzeit medikamentös nicht knacken. Dennoch besteht die Behandlung leitliniengemäß in der Gabe von Metronidazol oder Clindamycin. Alternativen gibt es nicht.« Als mögliche Form der Prävention von Rezidiven empfahl der Gynäkologe die Ansäuerung der Vagina etwa mit Vitamin C (wie Vagi-C®) oder anderen Substanzen (wie in Multi-Gyn® ActiGel, Rephresh® sanol) oder die Applikation von Laktobazillen- oder Milchsäure-haltigen Präparaten (wie Vagisan®, Gynoflor®, Kadefungin® Milchsäurekur). »Und zwar direkt im Anschluss an die Akuttherapie und nicht nur für acht bis zehn Tage, was oft fälschlicherweise empfohlen wird. Die Präparate sollten etwa ein Vierteljahr angewendet werden. Studien zeigen eindeutig, dass die längerfristige Anwendung wesentlich effektiver vor Rezidiven schützt«, empfahl Mendling. /

Impressum

»OTC-Spezial – Beratungswissen Tabuerkrankungen« ist eine Beilage der Pharmazeutischen Zeitung.

Redaktions- und Verlagsanschrift:

Pharmazeutische Zeitung
Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn
Telefon 06196 928-280
E-Mail: redaktion@govi.de
www.pharmazeutische-zeitung.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Daniel Rücker, Chefredakteur der Pharmazeutischen Zeitung

Text: Apothekerin Elke Wolf

Layout: Norbert Ruthard

Weitere Angaben finden sich im Impressum der Pharmazeutischen Zeitung.

Unser Star im TV-Programm



Jetzt on air

- ✓ lindert Juckreiz und Brennen
- ✓ beruhigt die gereizte Haut
- ✓ hemmt Entzündungen
- ✓ fördert die Wundheilung

Faktu® lind. Wenn's juckt und brennt bei Hämorrhoiden.

Faktu® lind Salbe mit Hamamelis. Wirkstoff: Hamamelisdestillat. Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten: *arzneilich wirksamer Bestandteil*: 6,25 g Destillat aus frischen Hamamelisblättern und -zweigen (1:1,12 – 2,08), Destillationsmittel: Ethanol 6 % (m/m). *Sonstige Bestandteile*: Cetylstearylalkohol (Ph. Eur.); Citronensäure-Glycerolmonooleat-Glycerolmonostearat-L-(+)-6-O-Palmitoylascorbinsäure-all-rac- α -Tocopherol-Lecithin (2,5:7,5:20:20:25:25); Natriumedetat (Ph. Eur.); Parfümöl Hamamelis; Glycerol(mono/di/tri)adipat/alkanoat (C6–C20)/isostearat; Dickflüssiges Paraffin; Mikrokristalline Kohlenwasserstoffe (C40–C60); Propylenglykol; Weißes Vaseline; Gereinigtes Wasser; Wollwachs (enthält Butylhydroxytoluol). Enthält u. a. Wollwachs, Butylhydroxytoluol und Cetylstearylalkohol, Packungsbeilage beachten! **Anwendungsgebiete**: Zur Besserung der Beschwerden in den Anfangsstadien von Hämorrhoidalleiden. **Hinweis**: Blut im Stuhl bzw. Blutungen aus dem Darm-After-Bereich bedürfen grundsätzlich der Abklärung durch den Arzt. **Gegenanzeigen**: Überempfindlichkeit gegen Hamamelis, Wollwachs oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. **Nebenwirkungen**: Bei Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen von Faktu® lind Salbe mit Hamamelis, insbesondere Wollwachs, können in sehr seltenen Fällen allergische Reaktionen auftreten. Stand: 06/2011. Nycomed GmbH, 78467 Konstanz

NYCOMED