

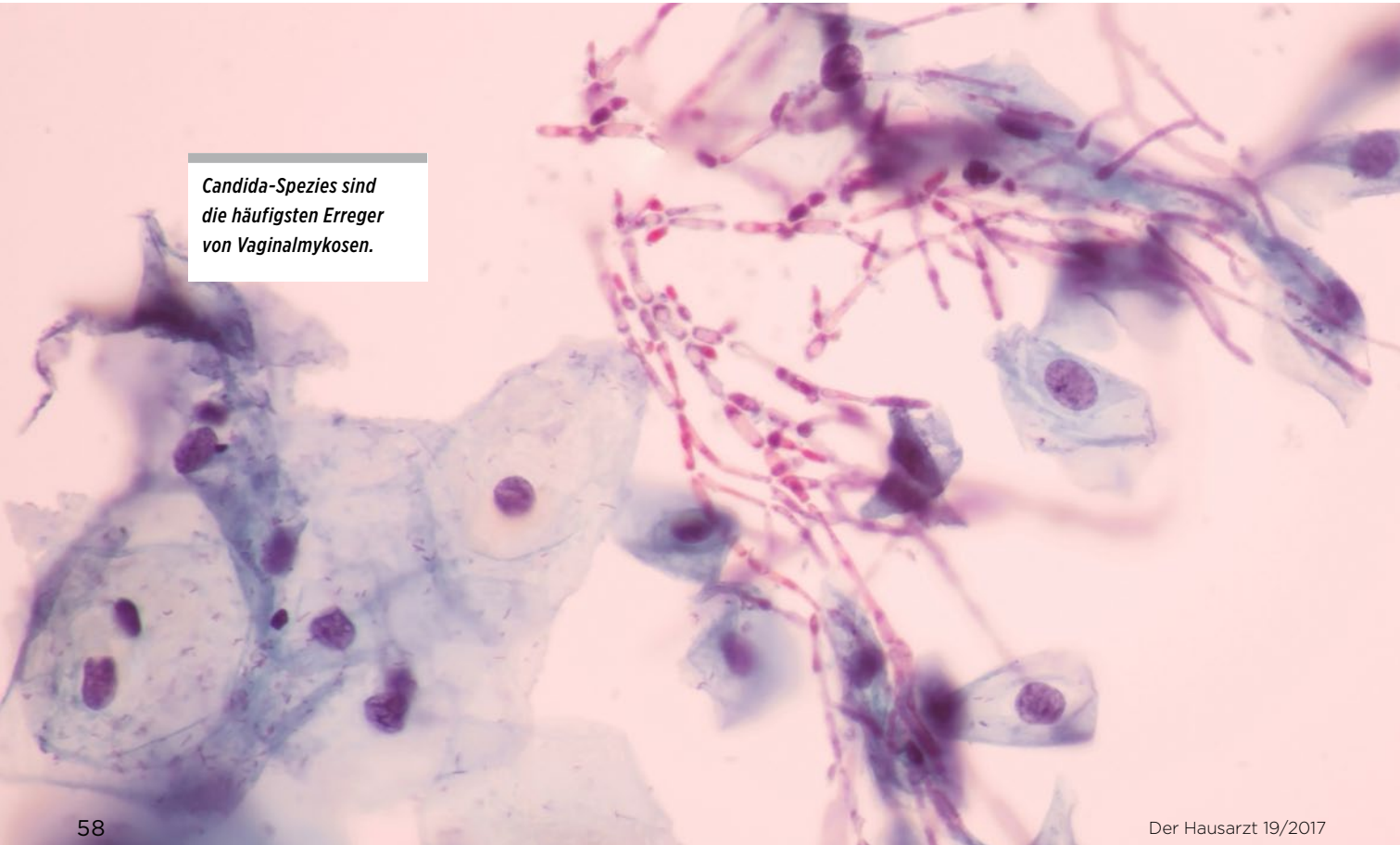
Gynäkologie

Beschwerden im Genitalbereich: Was der Hausarzt tun kann

Immer wieder kommen Patientinnen mit gynäkologischen Beschwerden in die Hausarztpraxis. Nachfolgend ein **Überblick** über Diagnose und Therapie der häufigsten gynäkologischen Beratungsanlässe.

Entzündungen und Infektionen

Brennen beim Wasserlassen und andere typische Symptome (Tab. 1) können die Folge eines Harnwegsinfekts oder einer vaginalen Infektion sein. Daher ist es wichtig, die infektiologische Differenzialdiagnostik auch in der Hausarztpraxis zu berücksichtigen. Es sollten eine einfache **klinische Inspektion** und ggf. Palpation, die ohne besondere Aus-

A microscopic image showing vaginal cells stained with a purple dye. The cells are large and flat, with some showing prominent nuclei. Interspersed among the cells are numerous thin, branching, pinkish-purple structures, which are hyphae of Candida species, characteristic of vaginal mycosis.

Candida-Spezies sind die häufigsten Erreger von Vaginalmykosen.



Die mikroskopische Urinuntersuchung liefert wichtige Informationen.

rüstung möglich ist, durchgeführt werden. Dazu werden die Schamlippen gespreizt, ggf. folgen eine Einstellung mit dem Spekulum, die Beurteilung des Fluors sowie eine bimanuelle und rektovaginale (klinische) Untersuchung (incl. Portioverschiebeschmerz). Bei juckendem dünnflüssigen oder quarkartigen **Fluor** denkt man an eine Vaginalmykose, bei dünnflüssigem weißlich-gelbem Fluor mit Juckreiz und Fischgeruch an eine

bakterielle Vaginose. Führen Sie eine Urinuntersuchung durch und ggf. eine Abstrichgewinnung und Bestimmung des Scheiden-pH-Werts (Tab. 2).

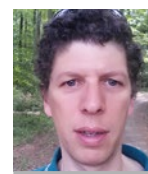
Beim Fluor vaginalis dürfen differenzialdiagnostisch **sexuell übertragbare Erkrankungen** wie die Gonorrhoe (eitriger Ausfluss, ggf. Salpingitis) und nicht gonorrhöische Urethritiden (Chlamydia trachomatis: transparenter Ausfluss; Trichomoniasis vaginalis und Ureaplasma urealyticum: eitrig teilweise übelriechender Ausfluss) nicht vergessen werden. Zur Diagnose sollten Abstriche aus der Harnröhre entnommen werden und die Verdachts-erreger dem Labor mitgeteilt werden (Benötigte Abstrichmedien im Labor erfragen).

■ **Therapie**

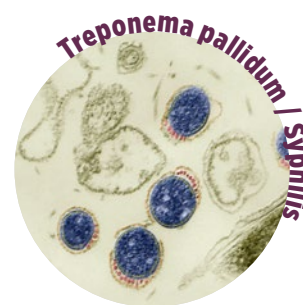
Die **Scheidenmykose** wird topisch mit Clotrimazol Vaginaltabletten/Creme oder Nystatin Vaginalzäpfchen/Creme behandelt. Bei rezidivierenden Vaginalmykosen ist eine orale Therapie mit Fluconazol oder Itraconazol indiziert.

Bei der **bakteriellen Vaginose** (Aminkolpitis) behandelt man mit Metronidazol Vaginalzäpfchen 1000 g über 2 Tage oder 100 mg zur Nacht über 6 Tage oder mit Tabletten als Einmaltherapie (2 g) oder 2- bis 5-Tages-Therapie (2 x 1 bis 2 Tabletten Metronidazol 500 mg). Die Tabletten sind die einzige Therapie, die man bei Männern zur Partnerbehandlung einsetzen kann.

Eine gute Alternative ist die Anwendung von desinfizierenden Scheidenzäpfchen oder Scheidenzäpfchen, die den pH-Wert der Scheide senken (Vitamin C oder Milchsäure).



Dr. med. Reto Schwenke
Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin, Walzbachtal
E-Mail: info@praxis-schwenke.de



Tab. 1: Typische Beschwerden bei Harnwegsinfekt

- Brennende Schmerzen im Scheidenbereich
- Juckreiz, Miktionsschmerzen
- Dyspareunie

Tab. 2: Bedeutung vaginaler pH-Werte

PH-WERT	BEDEUTUNG
3,8 - 4,2	Physiologische Vaginalflora
≤ 4,2	Candidose
> 4,2	Bakterielle Vaginose/ Kolpitis
> 5,0	Trichomonas vaginalis

Hautveränderungen

■ **Syphilis**

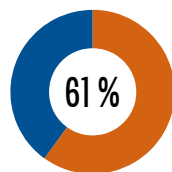
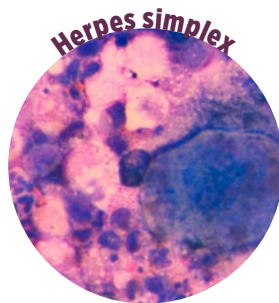
Schmerzlose indurierte **Ulzera und Papeln** sollten an eine Syphilis denken lassen. Differenzialdiagnostisch müssen durch Chlamydia

Fotos: Kateryna_Kon - Fotolia, M_a_y_a / iStockphoto, arcyto / iStockphoto, privat

trachomatis verursachte Lymphogranuloma inguinale, das Ulkus molle (Erreger: *Hämophilus ducreyi*) sowie das Granuloma inguinale ausgeschlossen werden. Die Diagnose wird mittels **Abstrich** aus der Läsion gestellt und auch hier muss dem untersuchenden Labor die Verdachtsdiagnose mitgeteilt werden. Die Syphilis wird ausschließlich durch direkten Kontakt infizierter feuchter, genitoanaler oder oraler Schleimhäute übertragen. Etwa 3 Wochen nach der Infektion bildet sich am Infektionsort ein **indolentes Ulkus** mit regionaler indolenter Lymphadenopathie (primäre Syphilis). Nach weiteren 6 bis 9 Wochen können durch die nun folgende Bakteriämie **vielfältige Symptome** entstehen (Sekundärsyphilis): makulopapulöse Exantheme, (Syphilide), intertriginöse Papeln (Condylomata lata), Schleimhautplaques, generalisierte Lymphadenopathie, Angina specifica, diffuses Effluvium, Krankheitsgefühl, Fieber, Kopf-, Knochen und Gelenkschmerzen. Insgesamt tritt die Syphilis mit einem sehr variablen Krankheitsbild in Erscheinung. Nach 1 bis 2 Jahren geht die Infektion in das seropositive, symptomfreie Latenzstadium über, entweder mit einer Spontanheilung (ca. 75 Prozent der Infizierten) oder mit einem Übergang in das Tertiärstadium mit immunologischen Reaktionen auf wenige residuäre Erreger: Granulome der Haut (Gummen, tubero-serpiginöse Syphilide) und Erkrankung des kardiovaskulären Systems u. a. mit Aneurysmenbildung. Im weiteren Verlauf ist der Übergang in die erregerreiche anerge Metasyphilis (quartäres Stadium) mit schweren ZNS-Erkrankungen möglich (progressive Paralyse, Tabes dorsalis). Die **Therapie** in der Frühsyphilis wird mit Penicillin-Benzathin (2,4 Mio IE i. m. einmalig) durchgeführt. Bei der Spätsyphilis und bei unbekanntem Infektionszeitpunkt wird mit Penicillin-Benzathin (2,4 Mio IE i. m. an den Tagen 1, 8, 15) behandelt oder bei Penicillin-Allergie mit Doxycyclin (2 x 100 mg p. o. über 14 Tage bei der Frühsyphilis bzw. über 28 Tage bei der Spätsyphilis. Bei Niereninsuffizienz kann Ciprofloxacin (2 x 250 mg p. o., Anpassung an GFR) verabreicht werden.

■ **Herpes simplex genitalis**

Wenn zusätzlich Bläschen auffallen, muss an



der Frauen in der Postmenopause leiden unter atrophischer Kolpitis

Tab. 3: Typische Hautbefunde

- Gerötete Vulva mit verdickter Haut bei Vaginitis
- Erosionen, kleine Ulzera, Berührungsschmerz, Bläschen bei Herpes genitalis
- Blumenkohlartige Tumore bei Kondylomen
- Rötung mit trockener Vernarbung bei einer chronisch atrophischen Kolpitis
- Kleine gerötete schmerzhaft Bezirke bei Follikulitis, Parasiten
- Größere schmerzhaft gerötete knotige Strukturen bei Bartholinitis

einen Herpes simplex genitalis gedacht werden. Die Erkrankung wird sexuell übertragen, später kann sie immer wieder reaktiviert werden. Es zeigen sich **juckende und schmerzende Bläschen**, oft mit Fluor, Dyspareunie und inguinaler Lymphknotenschwellung. Die Behandlung erfolgt mit Aciclovir (3 x 400 mg p. o., 5 Tage bei Reaktivierung, 7 Tage bei Primärinfektion), Valaciclovir (500 mg 2 x 1) oder Famciclovir (250 mg 3 x 1). Vorsicht ist geboten während der Schwangerschaft.

■ **Chronische atrophische Kolpitis**

Die atrophische Kolpitis kommt bei 61 Prozent der Frauen in der Postmenopause vor. **Klinik:** Gerötete Scheide, trockene Scheide, Ausfluss weißlich.

Diagnose: Nativpräparat, Leukozyten, abgerundete Plattenepithelzellen, die Vakuolen enthalten.

Therapie: Östriol lokal.

■ **Bartholinitis**

Klinik: Schmerzhaft Schwellung einer bartholinschen Drüse, einseitige Vulvaschwellung, Schmerzen, Fieber.

Therapie: Inzision.

■ **Condyloma acuminata**

HPV-assoziert (Typ 6, 11)

Klinik: Blumenkohlartige eher weiche Tumore, meist große Labien, brennender Schmerz bei Berührung.

Topische Therapie: Imiquimod, Polyphenon (Catechin = Grünteeextrakt), bei großflächiger Ausbreitung: Podophyllotoxin (0,5-prozentige Lösung oder Gel, 0,15-prozentige Creme 2 x tgl. über 3 Tage, dann 4 Tage Pause, 4 Zyklen), Imiquimod (5-prozentige Creme 3 x pro Woche bis zu 16 Wochen), Grüntee-Catechine (10-prozentige Salbe 3 x tgl. bis zu 16 Wochen), Kryotherapie, Trichloressigsäure, Exzision, Kürettage, Elektrochirurgie/Lasertherapie.

■ **Lichen planus**

Klinik: Weiße Streifen, umschriebene Papeln, die zentral abheilen, dadurch anuläre Formen.

Diagnose: durch Histologie.

Therapie: Hydrocortison 0,2 Prozent in Pasta zinci mollis 1 x/Tag für mehrere Wochen, alternativ Calcineurinantagonisten (off label), bei intravaginalem Befall Hydrocortison-Rektalschaum oder Pimecrolimus-Haftgel (beides off label).

■ **Lichen sclerosus & atrophicus** (Kraurosis vulvae/Leukoplakie)

Klinik: Vulvaschrumpfung, perlmuttartige Vulvahaut, Depigmentierungen, Hautrötungen, Papeln im Bereich der Vulva, kleine Blutungen und schmerzhafte Einrisse, Juckreiz, Schmerzen, Brennen beim Wasserlassen, Dyspareunie.

Diagnose: Probeexzision zur Histologie. Keine Präkanzerose, in 10 bis 15 Prozent Übergang in Karzinom.

Therapie: Östrogene (Estriol-Creme), topisches Kortison (Clobetasol-Creme zuerst 2 x tgl. über 14 Tage, dann 1 x tgl.), Calcineurin-inhibitoren (Pimecrolimus und Tacrolimus, off label), Subkutaninjektion mit kristallinem Kortison, regelmäßige Rückfettung mit z. B. reinem Paraffin, bei sehr ausgedehnter Sklerosierung orale Vitamin-D-Präparate.

Chronische Bauchschmerzen

Zur Bedeutung von Zysten bei der Schmerzgenese gibt es keine Untersuchungen. Sie sind bei chronischem Unterbauchschmerz als Nebenfunde einzustufen.

Die **Endometriose** ist die häufigste gynäkologische Erkrankung, östrogenabhängig im geschlechtsfähigen Alter. Es handelt sich pathologisch-histologisch um eine benigne Erkrankung. Sie kann sich aber durch infiltratives Wachstum organübergreifend ausbreiten und ausgedehnte Operationen

erfordern. In abnehmender Häufigkeit sind befallen: Becken, Ovarien, Ligamenta sacrouterina, Septum rectovaginale sowie extragenitale Lokalisationen (z. B. Rektosigmoid und Harnblase). Ätiologie und Pathogenese der Endometriose sind noch nicht geklärt. Deshalb ist eine kausale Therapie bisher nicht bekannt.

Die **Behandlung** beinhaltet die operative Entfernung der Herde sowie eine medikamentöse Suppression der ovariellen Funktion. Dazu werden Gestagene, orale Antikonzeptiva oder GnRH-Analoga mit dem Ziel der Induktion einer therapeutischen Amenorrhoe eingesetzt. Indikation zur Endoskopie: Schmerzen, Organdestruktion, Sterilität. Als **weitere Ursachen** von chronischen Bauchschmerzen sollten Myome (Dysmenorrhoe, Blutungsstörungen), Adhäsionen, Pelvic Inflammatory Disease oder die interstitielle Zystitis mit Unterbauchschmerzen, starkem Harndrang, einer erhöhten Miktionsfrequenz sowie einem verminderten Harnblasenvolumen in Erwägung gezogen werden.

*Literatur beim Verfasser
Mögliche Interessenkonflikte: Der
Autor hat keine deklariert.*

Teil 2: In **Der Hausarzt 20/2017** folgen Informationen zu Menstruationsstörungen, Hormontherapie und HPV-Impfung.