

Juckreiz und Brennen im weiblichen Urogenitalbereich

Das Spektrum der Ursachen für brennende Schmerzen und Juckreiz im weiblichen Urogenitalbereich ist breit und reicht vom harmlosen Ausfluss, einem Harnwegsinfekt, einer chronischen Dermatose über den sehr schmerzhaften primären Herpes genitalis, das nur klinisch diagnostizierbare Behçet-Syndrom bis hin zur Vulvitis/Kolpitis durch A-Streptokokken, die in eine tödliche Sepsis münden kann. Oft entstehen zunehmende Hautschäden, die aber allein durch eine bessere Pflege vermeidbar sind. Bei entsprechender Erfahrung können die meisten Diagnosen aufgrund des klinischen Bildes gestellt werden. Der Mehrzahl der Patientinnen kann bei richtiger Diagnose rasch geholfen werden.

Eiko E. Petersen und Kurt G. Naber

Die Patientin klagt über Juckreiz oder Brennen, Unterbauchschmerzen, eventuell auch vermehrten vaginalen Ausfluss und Schmerzen beim Wasserlassen. Wegen der hohen Empfindlichkeit in diesem Bereich sind urogenitale Beschwerden ein häufiger Grund für die Arztkonsultation. Die Autoren

MERKSÄTZE

- ❖ Typische urogenitale Beschwerden bei der Frau sind Juckreiz, Brennen, Ausfluss und Schmerzen (beim Wasserlassen).
- ❖ Dreimal mehr Epithelzellen als Granulozyten bei der Mikroskopie von Fluor sprechen gegen eine Infektion.
- ❖ Nicht jeder Pilzbefall und auch nicht jede Anwesenheit von *Candida albicans* verursacht Beschwerden.
- ❖ Der Lichen sclerosus ist die häufigste juckende, entzündliche, nicht infektiöse Dermatose der Vulva.
- ❖ Eine Vulvainfektion mit A-Streptokokken kann aszendieren und zu einer tödlichen Sepsis führen.
- ❖ Zu Verletzungen der Vulva kommt es durch herabgesetzte Hautfestigkeit aufgrund von Atrophie oder Trockenheit.

möchten mit der nachfolgenden Übersicht dem Hausarzt helfen, derartige Beschwerden differenzialdiagnostisch einzuordnen und ursächlich zu therapieren.

Der weibliche Urogenitalbereich ist durch Lage und Funktion nicht nur mit einer bunten Standortflora kolonisiert, sondern wird auch mit sexuell übertragbaren Erregern konfrontiert. Besonders durch die Nähe zum Darmausgang kommt es zu Kontaminationen mit den Mikroorganismen des Darms. Diese können unter bestimmten Umständen zu einer Infektion in der Harnblase oder des inneren oder äusseren Genitals führen. Auch wird dieser Bereich mechanisch durch seine biologische Funktion und die damit verbundenen Reinigungsbemühungen stark mechanisch strapaziert, was zu Hautläsionen führen kann. Diese sind dann Eintrittspforten für bakterielle/virale Erreger oder Pilze.

Neben Infektionen finden sich aber auch entzündliche Dermatosen, Dysplasien, Allergien und in zunehmendem Masse Hautschädigungen durch den Trend zu Praktiken wie reinlichem Intimbereich, Intimirasur, Piercing und so weiter. Mit steigendem Lebensalter führt die abnehmende Östrogenisierung zu Gewebeatrophien und Funktionseinschränkungen.

Diagnostik

Anamnese, visuelle Inspektion, Kolposkopie und die Mikroskopie des vaginalen Fluors sowie gegebenenfalls Urindiagnostik liefern Anhaltspunkte, die oft bereits eine Abgrenzung zwischen urologischer oder genitaler Problematik, Infektion oder Dermatose/Atrophie erlauben. Die Hilfe des Mikrobiologen ist vor allem bei Verdacht auf eine Harnwegsinfektion (HWI) und auf spezielle genitale Erreger wie zum Beispiel A-Streptokokken und *Staphylococcus aureus* erforderlich. Die Differenzialdiagnose von urogenitalen Beschwerden umfasst:

- ❖ Urethritis und Zystitis durch uropathogene Erreger
- ❖ interstitielle (abakterielle, chronische) Zystitis
- ❖ Vulvitis und Kolpitis durch Erreger
- ❖ entzündliche Dermatosen der Vulva
- ❖ allergische Reaktionen der Vulva
- ❖ Dysplasien der Vulva
- ❖ Hautbeschädigung in Urethrabereich, Introitus oder Analbereich
- ❖ atrophische Veränderungen der Vagina und Vulva.

Generell spricht eine kurze Anamnese von wenigen Tagen für eine urogenitale Infektion oder auch für eine nicht allzu häufige allergische Reaktion oder Verletzung. Chronische Beschwerden dagegen sind eher typisch für entzündliche

Tabelle 1:

Urogenitale Beschwerden mit vornehmlich Juckreiz oder vornehmlich brennenden Schmerzen

Ursachen von Juckreiz	Ursachen von brennenden Schmerzen
Infektionen	
❖ Kandidosen (<i>C. albicans</i>) (häufig)	❖ Hautläsionen bei massiver Kandidose
❖ Parasiten (selten)	❖ Herpes genitalis, primär, rezidivierend
	❖ Trichomoniasis
	❖ Pyodermie (A-Streptokokken)
	❖ Follikulitis (<i>Staphylococcus aureus</i>)
	❖ Vulvitis plasmacellularis
	❖ Zystitis/Urethritis
	❖ Hautläsionen bei massiver Kandidose
	❖ Atrophie
Entzündliche, nicht infektiöse Dermatosen	
❖ Lichen sclerosus (häufig)	❖ Lichen sclerosus mit Hautläsionen
❖ Lichen planus (Frühform)	❖ Lichen planus erosivus (Spätform)
❖ Psoriasis vulgaris	❖ Ekzem mit Hautläsionen (seltener)
❖ Ekzem (z.B. Kontaktekzem)	❖ irritative Dermatitis/Vulvodynie
	❖ fixes Arzneimittelexanthem
	❖ Behçet-Syndrom
Hautschädigung/anderes	
❖ Lichen simplex chronicus (häufig)	❖ Lichen simplex chronicus mit Rhagaden
❖ Hauttrockenheit	❖ Verletzungen/Läsionen (nach Kohabitation)

Dermatosen, Atrophien, chronische Entzündungsprozesse und Hautschädigungen, anatomische Besonderheiten oder chronische Harnblasenprobleme, zum Beispiel interstitielle Zystitis. Bei entsprechender Disposition der Patientin chronifizieren manche akuten Infektionen, oder es treten infektiöse Rezidive auf, zum Beispiel eine rezidivierende Zystitis. Die Art der Beschwerden ergibt ebenfalls differenzialdiagnostische Hinweise (vgl. *Tabelle 1*):

- ❖ Brennende Beschwerden sind häufiger und finden sich vor allem bei Infektionen der Vulva und der Harnblase, bei vielen Dermatosen, Verletzungen und Hautschädigungen.
- ❖ Juckreiz ist typisch für Pilzinfektionen (einzige häufige Infektion mit Juckreiz), Dermatosen (bevorzugt Frühstadien), Allergien, Hauttrockenheit und die seltenen Parasitenerkrankungen.
- ❖ Unterbauchschmerzen in Verbindung mit verändertem Miktionsverhalten weisen auf HWI hin, wobei Erkrankungen der Eileiter und des Ovars nicht übersehen werden dürfen.
- ❖ Verstärkter Ausfluss tritt bei vielen vaginalen Infektionen auf, ohne weitere Symptomatik oft bei bakterieller Vaginose (dünner Fluor und Geruch).

Diagnostische Schritte

Anamnese und Untersuchung bei Juckreiz im Genitalbereich

- ❖ Dauer des Juckreizes (akut: 1–2 Wochen, chronisch: seit Monaten)?

- ❖ Ist die Haut verändert (Rötung, Weissfärbung, Vergröberung, Läsionen)?
- ❖ zusätzliche Beschwerden wie Ausfluss, Befall anderer Körperstellen?
- ❖ klinische Inspektion von Haut (möglichst mit Kolposkop) und Fluor
- ❖ Nativmikroskopie des Fluors mit Suche nach Pilzelementen und Leukozyten
- ❖ Abstrich für Mikrobiologie zum Ausschluss/Nachweis von Pilzen.

Anamnese und Untersuchung bei Brennen im Genitalbereich

- ❖ akutes Ereignis, Schmerz mit Läsionen an der Haut?
- ❖ chronisches Brennen mit Rötung diffus oder scharf begrenzt, Ausfluss?
- ❖ chronisches Brennen und Berührungsschmerz bei scheinbar normalem Genitale?
- ❖ klinische Inspektion von Haut (möglichst mit Kolposkop) und Fluor
- ❖ Nativmikroskopie mit Suche nach sich fortbewegenden Trichomonaden und Zahl der Granulozyten
- ❖ Abstrich für Mikrobiologie, wenn keine Trichomonaden.

Anamnese bei Brennen beim Wasserlassen

- ❖ Dysurie, Pollakisurie, Nykturie?
- ❖ Inkontinenz?
- ❖ Hämaturie?
- ❖ suprapubischer Schmerz?
- ❖ vaginaler Ausfluss, vaginale Irritation?
- ❖ vorangegangene HWI?
- ❖ Fieber, Flankenschmerz?

Untersuchung in der Praxis

- ❖ allgemeine klinische Untersuchung von Vulva, Urethralöffnung und Analbereich
- ❖ gynäkologische Untersuchung mit SpekulumEinstellung und Kolposkopie von Vagina und Portio mit Beurteilung des Fluors mittels pH-Wert, eventuell Amintest, bei Dysplasieverdacht Essigprobe von Vulva und Portio (Kolposkop)
- ❖ Nativmikroskopie des Fluors nach Verdünnung mit 0,1-prozentiger Methylenblaulösung
- ❖ bei HWI-Verdacht: Urinuntersuchung in der Praxis (Mittelstrahl), Geruch, Trübung, Streifentest (Granulozyten, Erythrozyten, Proteinurie, Nitrittest, Glukosurie)
- ❖ Mikroskopie des frisch gelassenen Urins mit 400-facher Vergrößerung.

Diagnostische Hilfen durch ein Labor

- ❖ Erregernachweis mittels Kultur (Urin, Abstrich), PCR, Serologie et cetera
- ❖ Histologie einer Gewebeprobe
- ❖ Entzündungsparameter (Leukozyten im Blut, CRP) bei Allgemeinsymptomen (Schwäche, Gliederschmerzen oder auch Fieber).

Infektionen der Vagina weisen immer eine deutlich erhöhte Zahl von Granulozyten im Fluor auf, was mit dem Mikroskop bei 400-facher Vergrößerung in einem Nass- beziehungsweise Nativpräparat rasch erkannt werden kann. Dreimal

Tabelle 2:

Mikrobiologie und Leukozytenzahl im normalen und pathologischen Fluor beziehungsweise Urin

Normale Vaginalflora	Laktobazillen in hoher Konzentration, Darmkeime in geringer Zahl (nur kulturell erkennbar), pH-Wert 4,0 (durch Laktobazillen), Epithelien 3- bis 10-mal mehr als Leukozyten
Gestörte Vaginalflora	Mischflora: wenig Laktobazillen, viele Darmbakterien, Epithelien 3- bis 10-mal mehr als Granulozyten
Aminvaginose/BV	keine/kaum Laktobazillen, massenhaft kleine Bakterien, «clue cells», pH-Wert 4,5–5,5, Epithelien 3- bis 10-mal mehr als Granulozyten
Kolpitis	Vaginalwand gerötet, gelber Fluor, bei Pilzen fest, sonst dünn, pH-Wert 4,0–5,5, je nach Laktobazillenmenge, Granulozyten 3- bis 30-mal mehr als Epithelien
Zystitis	≥ 3 Granulozyten pro Gesichtsfeld im frisch gelassenen Urin bei 400-facher Vergrößerung

mehr Epithelzellen als Granulozyten im Fluor sprechen gegen eine infektionsbedingte Entzündung. Sind im Lichtmikroskop mit 40er-Objektiv neben den vermehrten Granulozyten keine durchs Nasspräparat taumelnden Trichomonaden oder Pseudomyzelien (Pilzfäden) zu sehen, dann muss ein Abstrich für die mikrobielle Klärung vorgenommen werden (vgl. *Tabelle 2*). Auch bei Dermatosen liegt eine Entzündung vor, der Fluor ist aber normal. Die Entzündung spielt sich in der Haut ab und ist nur histologisch nachweisbar.

Erkrankungen mit Juckreiz**Pilzinfektionen**

Die Kandidose gehört zu den häufigsten Ursachen von Juckreiz im Genitalbereich. Sie kann die alleinige Ursache des Juckreizes sein, aber auch nur eine zusätzliche Komponente. Pilze sollten daher immer bei Juckreiz ausgeschlossen werden, da eine Behandlung möglich ist.

Das klinische Bild einer Pilzinfektion kann sehr unterschiedlich sein. Meist kommt es zu einer mehr oder weniger starken Rötung, gelegentlich zu leichter Schwellung, fast immer zu flockigem, gelblichem Fluor (*Abbildung 1*). Im Mikroskop sind bei Entnahme des richtigen Materials fast immer Pilzelemente und Granulozyten zu sehen. Pseudomyzel ist nahezu beweisend für eine Infektion durch *Candida albicans*, den häufigsten und wichtigsten Erreger einer genitalen Pilzinfektion. Eine Kultur ist dann notwendig, wenn Beschwerden bestehen, aber keine Pilze gesehen werden, oder wenn bei Rezidiven oder chronischem Verlauf nur kleine Sprosszellen (z.B. kann es *C. glabrata* sein) oder grosse längliche Sprosszellen (sprechen für *Saccharomyces cerevisiae* = Bäckerhefe) gefunden werden.

Nicht jeder Pilzbefall, auch nicht jede Anwesenheit von *Candida albicans*, verursacht auch eine Entzündung und damit Beschwerden. Eine Therapie ist nur angezeigt bei Beschwerden oder in der Schwangerschaft.

Zur Therapie einer Kandidose stehen viele Substanzen und Galenikformen zur Verfügung. Gelegentlich auftretende Kandidosen wird man lokal, chronisch rezidivierende mit starkem Befall der Vulva sollte man oral mit zum Beispiel Flucanazol (150 mg 1-malig oder in schweren Fällen 2- bis 3-mal im Abstand von 2 Tagen) behandeln. Wichtig ist, dass die Beschwerden nach der Therapie zum Beispiel am 4. bis 6.Tag verschwunden sind. Ist dies nicht der Fall, ist der Pilz nicht die Ursache der Beschwerden oder nur eine zusätzliche Erkrank-

ung. Eine Partnertherapie wird bei der chronisch rezidivierenden Kandidose empfohlen. Regelmässige Hautpflege führt langfristig zu einer Epithelverbesserung und damit zur Reduktion von Keimen aus der Haut. Eine Biopsie sollte vorgenommen werden, wenn die Hautveränderungen trotz optimaler Therapie persistieren.

Parasiten

Auch Scabies (Milben), Phthiriasis (Filzläuse) und Würmer (Oxyuren) können, wenn auch selten, Ursache von Juckreiz sein.

Dermatosen und Hautschädigungen

Problematisch sind Patientinnen mit Juckreiz, bei denen auf den ersten Blick keine Auffälligkeit zu sehen ist und eine Pilzinfektion kulturell ausgeschlossen wurde. Bakterielle Kulturen bringen hier so gut wie keine Hilfe. Den Autoren ist keine bakterielle Infektion bekannt, die mit Juckreiz einhergeht. Im Gegenteil: Bakteriologische Ergebnisse sorgen eher für Verwirrung, da nicht selten frustrane Behandlungen mit Antibiotika unternommen werden.

Als Ursache kommen, abgesehen von den seltenen Parasitenerkrankungen, vor allem nicht infektiöse Dermatosen und Hautschädigungen infrage. Bei frühzeitiger Diagnose und adäquater Therapie sind vor allem die Dermatosen in diesem frühen Stadium gelegentlich noch zu heilen, immer aber wesentlich zu bessern.

Lichen sclerosus

Lichen sclerosus ist die weitaus häufigste juckende, entzündliche, nicht infektiöse Dermatose der Vulva und ist nicht auf das höhere Alter begrenzt, sondern kommt auch schon bei kleinen Mädchen vor (*Abbildung 2*). Die Diagnose des Frühstadiums ist besonders bei jungen Frauen wichtig. Gelegentlich sind nur die Folgen des Kratzens, das heisst leichte Einblutungen und Hautschädigungen, zu erkennen.

Typische Frühzeichen sind der persistierende Juckreiz, der leider gelegentlich auch fehlen kann, und die weisslichen Veränderungen am Präputium und der kleinen Labien. Die Engungen der Klitoris und später auch des Introitus sind ein sehr typisches Zeichen eines Lichen sclerosus (*Abbildung 3*). Ein Mitbefall des Bereichs um die Urethralöffnung ist eher selten. Eine Biopsie ist nur im Frühstadium oder bei fehlender klinischer Erfahrung notwendig.



Abbildung 1: Candidose mit flockigem Fluor



Abbildung 2: Lichen sclerosus bei 7-jährigem Mädchen



Abbildung 3: Lichen sclerosus bei 36-jähriger Frau

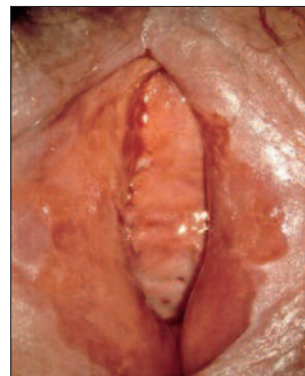


Abbildung 4: Lichen planus erosivus bei 50-jähriger Frau

Die empfohlene Therapie besteht heute hauptsächlich aus Kortikosteroidsalben. Dabei ist hochwirksamen Kortikosteroiden, zum Beispiel Clobetasol, zu Beginn der Vorzug zu geben. Da es eine chronische Erkrankung ist, sind wiederholte Behandlungen fast immer notwendig. Hierzu können auch weniger atrophisierende Kortikosteroide, zum Beispiel Clobetasol, verwendet werden. Oft ist im Frühstadium eine Intervalltherapie für jeweils 1 bis 2 Wochen ausreichend. Regelmässige, mehrfach tägliche Fettpflege ist essenziell und spart Kortikosteroide. Testosteron ist seit Jahren obsolet. Die Immunmodulatoren Tacrolimus und Pimecrolimus atrophieren nicht, besitzen aber eine geringere Wirkung.

Lichen planus der Vulva

Die Diagnose von Lichen planus an der Vulva ist schwierig, da er dort seltener vorkommt als der Lichen sclerosus und das klinische Bild kaum bekannt ist. Es sind weisse, netzartige Strukturen, die fast nur mit dem Kolposkop erkennbar sind. Dieses Stadium geht der sehr viel besser bekannten Spätform, dem Lichen planus erosivus, der im deutschsprachigen Raum auch Lichen ruber genannt wird, viele Jahre voraus. In diesem Stadium sind auch Synechien des Introitus mit Verlegung der Urethralöffnung möglich (Abbildung 4). Der genitale Lichen planus ist meistens vergesellschaftet mit einem Befall auch der Mundhöhle, was die Diagnose erleichtert. Sonst wird die Diagnose histologisch gesichert. Durch frühzeitige Therapie (Kortikosteroidsalben), die etwa der des Lichen sclerosus entspricht, kann das Spätstadium weitgehend vermieden werden.

Lichen simplex chronicus der Vulva

Beim Lichen simplex chronicus der Vulva handelt es sich nicht um eine alleinige Immunerkrankung, wie bei den beiden anderen Lichenformen, sondern eher um Kratzfolgen, die nicht selten mit einer Candidose begonnen haben und durch eine genetische Disposition begünstigt werden. Klinisch zeigt sich eine Epithelvergrößerung, gelegentlich auch Rötung, die oft nur einseitig ist (Abbildung 5).

Heilung bringen das Unterlassen des Kratzens und Reibens und die konsequente Hautpflege mit verträglichen Fettpflegeprodukten. Anfängliche kurzfristige Anwendung einer Kortikosteroidsalbe (1 Woche) ist hilfreich, da hierdurch ein rascherer Therapieerfolg – auch psychologisch wichtig – zu erzielen ist. Dies entbindet aber nicht von der langfristigen

Hautfettpflege und dem Unterlassen der mechanischen Überstrapazierung.

Erkrankungen mit brennenden Beschwerden

Harnwegsinfektionen

HWI werden durch eine bakterielle Besiedelung der Harnwege verursacht. Häufigste Erreger bei ausserhalb von Krankenhäusern und Pflegeheimen erworbenen Infektionen sind *E. coli* (> 70%), seltener *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Staphylokokken* und *Enterokokken*. Typische Beschwerden der bei Frauen meist auftretenden unkomplizierten Zystitis sind Brennen beim Wasserlassen und imperativer Harndrang. Häufig treten auch subrapubischer Schmerz und Nykturie auf. Flankenschmerz, klopfschmerzhaftes Nierenlager beziehungsweise Fieber fehlen. Falls sie vorhanden sind, deuten sie auf eine Pyelonephritis hin.

Bei typischer Klinik (Dysurie, Pollakisurie), entsprechendem Urinbefund und fehlendem vaginalem Ausfluss liegt mit so hoher Sicherheit eine unkomplizierte Zystitis vor, dass eine weitere Diagnostik keine zusätzliche Sicherheit bringt und eine Behandlung erfolgen kann.

Genitale virale Infektionen

Der primäre Herpes genitalis ist die schwerste und schmerzhafteste Infektion, die eine junge Frau treffen kann. Die ganze Vulva ist angeschwollen und mit multiplen Läsionen unterschiedlicher Stadien übersät (Abbildung 6). Ein Sexualkontakt hat in den letzten 3 bis 6 Tagen stattgefunden. Die Diagnose wird anhand des klinischen Bildes und der angeschwollenen und dolenten Leistenlymphknoten gestellt. Mit der sofortigen oralen Aciclovirbehandlung (5-mal 200 mg/Tag für 5 bis 8 Tage) kommt es zu einer raschen Besserung.

Im Gegensatz dazu verläuft der rezidivierende Herpes genitalis viel milder und nur an einer Stelle. Zum Problem wird er, wenn er sehr häufig rezidiert. Auch hier ist orale Aciclovirtherapie über 1 bis 2 Tage am wirksamsten.

Genitale bakterielle Infektionen

Die gefährlichste Vulvitis mit brennenden Schmerzen ist jene durch A-Streptokokken (Abbildung 7), da dieser Erreger ascendieren und zu einer tödlichen Sepsis führen kann. Erkannt wird sie anhand der Rötung von Vulva und Vagina und des dünnen, gelben, granulozytenreichen Fluors. Die Diagnose kann nur durch den Nachweis der A-Streptokokken gestellt



Abbildung 5: Lichen simplex chronicus bei 42-jähriger Frau



Abbildung 6: Primärer Herpes genitalis bei 26-jähriger Frau

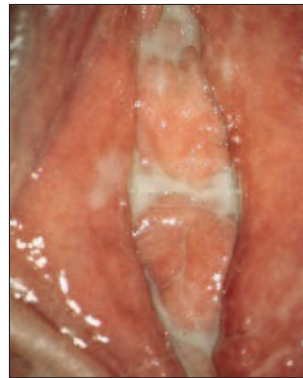


Abbildung 7: A-Streptokokken-Vulvitis bei 39-jähriger Frau



Abbildung 8: Trichomoniasis bei 24-jähriger Frau

werden, weshalb bei jeder Vulvitis/Kolpitis ohne sofort erkennbaren Erreger (Trichomonaden oder Pilze) ein Abstrich zum Mikrobiologen geschickt werden muss.

Zum Verwechseln ähnlich kann das klinische Bild bei der eher chronischen und leider gelegentlich rezidivierenden Vulvitis/Colpitis plasmacellularis sein. Werden in der Kultur nur Darmbakterien nachgewiesen, dann ist diese Diagnose wahrscheinlich. Mit der lokalen Clindamycinbehandlung kommt es in mehr als 90 Prozent der Fälle zur Heilung.

Eher ein Ausfluss- als ein Schmerzproblem ist die Trichomoniasis (Abbildung 8), die inzwischen selten geworden ist. Sie wird am Nasspräparat ohne Methylenblaulösung durch die sich durchs Bild bewegenden Trichomonaden erkannt und ist mit der oralen Gabe von 2 g Metronidazol meist rasch beseitigt. Eine Partnertherapie ist obligatorisch.

Bakterielle Vaginose (BV)/Aminvaginose

Die bakterielle Vaginose (BV) ist bei Frauen im gebärfähigen Alter eine häufig auftretende vaginale Störung. Sie ist störend durch einen vermehrten Ausfluss, der einen fischigen Geruch (Amine der Anaerobier) aufweist. Es handelt sich um eine Fehlbesiedlung mit typischen Keimen, die durch einen Verlust von *Lactobacillus* spp. – speziell jenen, die Wasserstoffperoxid produzieren – sowie durch einen starken Anstieg kommensaler anaerober Bakterien wie *Gardnerella vaginalis* und anderer anaerober gramnegativer Stäbchen gekennzeichnet ist. Die BV ist mit klinischen Risiken wie Frühgeburt

oder Entzündungen im Beckenbereich verbunden. Ihre hohe Rezidivrate wirkt sich bei vielen Frauen zudem negativ auf die Lebensqualität aus. Zusammen mit dem Auftreten von sogenannten Schlüsselzellen (clue cells) im Nativpräparat kann die Diagnose relativ leicht gestellt werden. Die Therapie reicht von der Ansäuerung über Antiseptika, zum Beispiel Dequaliniumchlorid, bis zu Antibiotika wie Metronidazol oder Clindamycin.

Atrophische Erkrankungen

Sinkende Östrogenspiegel mit steigendem Lebensalter verursachen Atrophien im Urogenitalbereich, die zu einer vielfältigen Beschwerdesymptomatik führen können. Die Haut ist durch die kleineren Epithelzellen dünner, empfindlicher und verletzlicher. Dies führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für HWI, Dyspareunien und Verletzungen der Haut (Abbildung 9). Auch bei jugendlichen Frauen kann es bei geringer Östrogenrezeptordichte oder durch niedrig dosierte Ovulationshemmer zu einer Atrophie kommen.

Abhilfe schafft die lokale Gabe von Östrogenen, vornehmlich Estriol, wobei oft schon geringe Mengen ausreichen.

Weitere Ursachen für brennende Symptomatik

Behçet-Syndrom

Akut und extrem schmerzhaft ist das Behçet-Syndrom. Es ist eine Immunarteriitis, die zu einem tiefen Ulkus (Abbildung 10) oder auch zu vielen kleinen Ulzera (Abbildung 11) führt. Im



Abbildung 9: Atrophie mit Einblutungen in die Urethralöffnung bei 60-jähriger Frau



Abbildung 10: Behçet-Syndrom, grosses solitäres Ulkus bei 18-jähriger Frau



Abbildung 11: Behçet-Syndrom mit multiplen Ulzera bei 21-jähriger Frau



Abbildung 12: Schwere Hautschädigung durch ständiges Waschen bei Analinkontinenz



Abbildung 13: Morbus Bowen bei 61-jähriger Frau

Unterschied zum primären Herpes genitalis sind die Leistenlymphknoten nicht geschwollen. Die Diagnose wird allein anhand des klinischen Bildes und des Verlaufs beziehungsweise der rascheren Abheilung durch eine Kortikosteroidsalbe gestellt. Leider wird es oft erst sehr spät oder überhaupt nicht diagnostiziert.

Fixes Arzneimittelexanthem

Eine akute schmerzhaftes Vulvitis kann auch durch ein fixes Arzneimittelexanthem ausgelöst werden. Hier kommt es zu einer plötzlichen schmerzhaften Anschwellung der kleinen Labien, ohne

dass eine mechanische Strapazierung vorausgegangen ist oder dass Läsionen zu sehen sind. Die Diagnose wird durch die Histologie und/oder Anamnese (Einnahme bestimmter Therapeutika wie Cotrimoxazol, Doxycyclin oder andere) gestellt. Rasche Heilung bringt eine Kortikosteroidsalbenbehandlung.

Verletzungen

Zu den häufigsten Ursachen von Schmerzen im Vulvabereich gehören inzwischen Verletzungen. Sie können so extrem sein, dass sie an eine schwere Dermatose oder gar an ein Malignom erinnern (Abbildung 12), oder so diskret, dass sie nur

mit dem Kolposkop erkannt werden können. Ursachen sind immer eine herabgesetzte Hautfestigkeit durch Atrophie oder Trockenheit und eine vermehrte mechanische Belastung durch Reinigungsmassnahmen oder Geschlechtsverkehr. Hier hilft nur eine Hautverbesserung durch zum Beispiel Östrogene oder fettende Hautpflege vor jeder mechanischen Belastung.

Dysplasie

Auch Vorstufen zum Vulvakarzinom (VIN, früher Morbus Bowen) können Beschwerden bereiten, insbesondere, wenn sie ausgedehnt sind wie in *Abbildung 13*. Auffällige persistierende Veränderungen müssen daher immer biopsiert werden.



Prof. Dr. med. Eiko E. Petersen (†)
ehem. Leiter der Sektion Gynäkologische Infektiologie
der UFK Freiburg, D-79117 Freiburg

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. hc. Kurt G. Naber
Karl-Bickleder-Strasse 44c
D-94315 Straubing

Interessenkonflikte: keine

Literatur unter www.arsmedici.ch

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 11/2016. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.

Literatur:

1. Farage MA, Galesk RP: Vulvar vestibulitis syndrome: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 123: 5–16.
2. Lotery HE et al.: Vulodynia. *Lancet* 2004; 363(9414): 1058–1060.
3. Petersen EE: Erkrankungen der Vulva, 3. Aufl. 2013, Kaymogyn GmbH, Freiburg.
4. Petersen EE: Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe, 5. Aufl. 2011, Thieme, Stuttgart.
5. Petersen EE: Frauen mit chronischen Vulvabeschwerden. *Frauenarzt* 2012; 53: 246–252.
6. Pirotta MV, SM Garland: Genital candida species detected in samples from women in Melbourne, Australia, before and after treatment with antibiotics. *J Clin Microbiol* 2006; 44: 3213–3217.
7. Schöfer H et al.: Diagnostik und Therapie Staphylococcus-aureus-bedingter Infektionen der Haut und Schleimhäute. *Chemother J* 2011; 20: 141–154.
8. Wagenlehner FME et al.: Klinische Leitlinie: Unkomplizierte Harnwegsinfektionen. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: 415–424.