



Gute Therapiechancen bei vaginalen Pilzinfektionen

Baldige und nachhaltige Beschwerdefreiheit mit EXMYKEHL

von Dr. med. Walter Uher

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 27/1994, Seite 9 - 11

Die Pilzinfektion des äußeren weiblichen Genitals erwächst immer mehr zu einem wirklichen Problem in der gynäkologischen Praxis. Vorbei sind die Zeiten, als man zur Behandlung einer Pilzkolpitis nur die Farblösung nach Castellani zur Verfügung hatte. In den letzten Jahren ist eine erschreckende Zunahme der Pilzinfektionen zu verzeichnen. So haben im gynäkologischen Bereich z.B. in den USA zwischen 1980 und 1990 die Pilzkrankungen um 50% zugenommen. In Deutschland ergaben umfangreiche Studien eine Pilzdurchseuchungsrate von 35 bis 45% der Bevölkerung; das betrifft den Pilzbefall von Haut, Genitale und dem gesamten Mund-Magen-Darm-Trakt.

Für die starke Zunahme der Pilzkrankungen scheint offensichtlich mit die großzügige und, damit verbunden, die unvorsichtige Anwendung immunschwächender Medikamente wie Antibiotika, Kortikosteroide, Ovulationshemmer und Immunsuppressiva verantwortlich zu sein. Zusätzlich kommen noch nutritive Faktoren in Betracht, wie Fehlernährung und vor allem eine zu kohlehydratreiche Ernährung, die sich besonders durch die isolierten Kohlehydrate - wie z.B. den Industriezucker - ungünstig auswirkt.

Man war daher dankbar, als die neuen Antimykotika auf dem Markt erschienen. Die ursprüngliche Begeisterung für diese Präparate hat sich nun aber zu einer kritischen Betrachtung gewandelt. In den letzten Jahren wurde die immer größer werdende Rezidivanfälligkeit ein Pro-

blem in der gynäkologischen Sprechstunde. Neuere Untersuchungen hierzu ergaben eine Zunahme der Resistenzen und einen Erregershift.

Bei den obengenannten Arzneimitteln können auch Interaktionen mit anderen Medikamenten und zum Teil erhebliche Nebenwirkungen auftreten. Das „Arzneimittel-Kursbuch“ von Möbius gibt hierzu beispielsweise an: Abdominale Schmerzen, Anämie, Agranulozytose, Appetitlosigkeit, Arthralgien, Alopezie, allergische Reaktionen, anaphylaktische Reaktionen, Angstzustände, Benommenheit, Blähungen, Doppelsehen, Desorientiertheit, Erbrechen und Durchfall, Exantheme, eingeschränktes Reaktionsvermögen, Fieber, Gang- und Bewegungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Gelbsucht, Hörverlust, Hitzegefühl, Herzrhythmusstörungen, Hämaturie, Kopfschmerzen, Krampfanfälle, Leberfunktionsstörungen, Leukopenie, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Nierenversagen, Neuropathie, Quinckesche Ödeme, Parästhesien, Pruritus, Schüttelfrost, Schwindel, Sehstörungen, Tenesmen, Tachypnoe, Übelkeit, Urticaria.

Die Problematik erfordert neue Lösungen

Die Resistenzentwicklung zeigt sich angesichts der weltweiten Zunahme der Pilzinfektionen besonders bedrohlich gerade in der Gynäkologie, ein Vorgang, der beunruhigend stark an die Entwicklung seit dem Beginn der Antibiotika-Ära erinnert. Untersuchungen zeigten, daß z.B. die minimale Hemmkonzentration von Ketoconazol und Fluconazol gegenüber

Itraconazol deutlich höher liegen. Daher lag es nahe, einen Therapieversuch mit einem anders konzipierten Präparat durchzuführen.

Persönlich stark homöopathisch orientiert, wurde die Gelegenheit dankbar aufgegriffen, ein neu auf dem Markt erschienen biologisches Präparat auszuprobieren, das in der Verabreichungsform als Suppositorium unter der Bezeichnung EXMYKEHL D3 angeboten wird. Nach den Herstellererläuterungen hierzu entspricht dieses Präparat ganz den eigenen Intensionen zu einer erfolgreichen und nebenwirkungsfreien Therapie. Eine erste Studie mit EXMYKEHL D3 wurde an einer Gruppe von 30 Patientinnen durchgeführt und dokumentiert, aufgrund des guten Erfolges hierbei wurde wenig später noch einmal eine gleiche Studie an 33 Patientinnen durchgeführt und dokumentiert.

Das Krankheitsbild kann sehr variieren

Die Diagnose Candidakolpitis wurde durch den klinischen Befund - wie starke Rötung von Vulva und Vagina, starker Juckreiz und reichlich weißer, bröckeliger Fluor - mit dem Nativabstrich sowie durch eine Kultur mit einem Sabouraud-Medium (Fungiquick) verifiziert. Das klinische Bild der Vulvo-Vaginal-Candidose kann sehr variieren, weshalb Fehldiagnosen, vor allem bei chronischen Verläufen, möglich sind. Es sollen hier daher einige klinische Bilder angesprochen werden.

Das klinische Bild der Vulva-Vaginal-Candidose reicht von einer diskreten



Rötung im Introitusbereich bis zu membranartigen Belegen der Vagina. Da die Vulva eine dichte sensible Versorgung aufweist, die Vagina hingegen nur eine geringe, werden Entzündungsreaktionen im Vulva- und Introitusbereich als sehr unangenehm empfunden. Der ausschließliche Befall der Vagina kann dagegen fast unbemerkt bleiben. Die Symptome sind aber auch Juckreiz, Brennen, Ausfluß und Dyspareunie. Bei der Erkrankung der Vagina findet man eine unterschiedlich starke Rötung, die anfänglich fleckig sein kann. Typisch ist hierbei jedoch der immer vermehrte und flockige bis trockenbröckelige Fluor. Bei starker Entzündungsreaktion nimmt der Fluor gelbliche Farbe an.

Zur Ausgangslage der Studie

Das Alter aller behandelten Patientinnen der ersten Studie lag zwischen 17 und 48 Jahren. Vier Patientinnen hatten in der Anamnese angegeben, noch nie an einer Pilzinfektion in der Scheide gelitten zu haben. 13 Patientinnen hatten die letzte Infektion in den letzten 3 bis 12 Monaten, bei weiteren 13 Patientinnen lag die letzte Pilzinfektion länger als 12 Monate zurück.



Bild 1: Vulva-Candidose, Stadium der Schwellung.



Bild 2: Vulva-Candidose mit Rötung und flockigem Fluor.

Da bei der Behandlung der Vaginalmykose vornehmlich eine lokale Applikation des Arzneimittels durchgeführt wird, wurde bei den ersten 7 Patientinnen EXMYKEHL D3 Supp. vaginal appliziert. Das erwies sich in der Folge als eine nicht richtige Überlegung. Da es sich bei dem EXMYKEHL D3 um ein homöopathisches Arzneimittel handelt, ist die rektale Applikation wegen der besseren Resorptionsmöglichkeit vorzuziehen. Ab sofort wurde nun das Präparat nur noch rektal gegeben. Die Verordnung lautete: 1 Supp. täglich über 10 Tage abends vor dem Schlafengehen.

Einzelheiten und Ergebnis der Therapie

Das Ergebnis dieses Therapieganges: Die Patientinnen waren innerhalb von 2 bis 6 Tagen alle beschwerdefrei, im Durchschnitt nach vier Tagen. Beschwerdefrei bezeichneten sich die Patientinnen subjektiv auch bei der Nachuntersuchung, in welcher sich der Nativabstrich ohne Befund darstellte. Unerwünschte Nebenerscheinungen traten in keinem Fall auf. Die Verträglichkeit des Präparates erwies sich als durchweg gut. Auffallend war, daß bei der Nach-

untersuchung im Nativabstrich nur wenig, zumeist gar keine Döderlein-Bakterien gefunden wurden. Dieser Mangel an Döderlein-Bakterien ist mit ursächlich für das Auftreten der Pilzinfektion. Zur Normalisierung der Scheidenflora wurde deshalb routinemäßig ein Lactobacillus-acidophilus-Präparat (Vagiflor, Gyno-flor) verordnet.

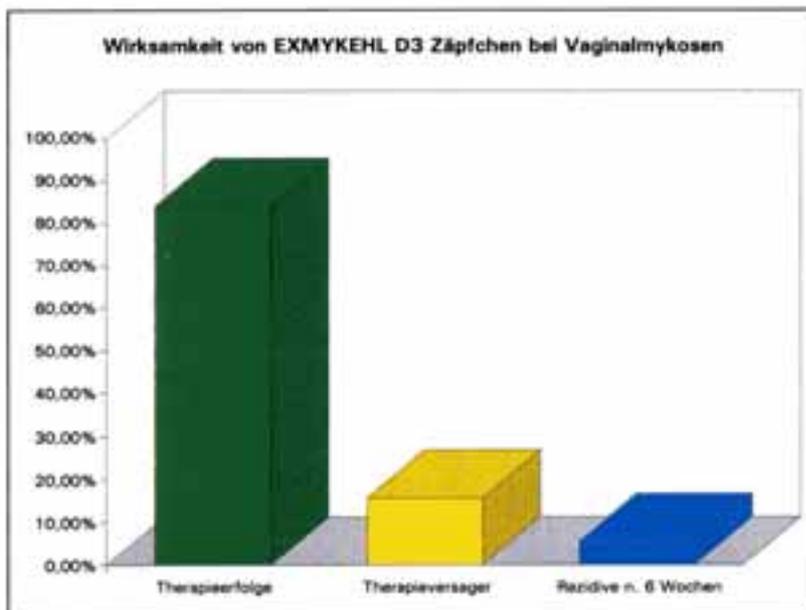
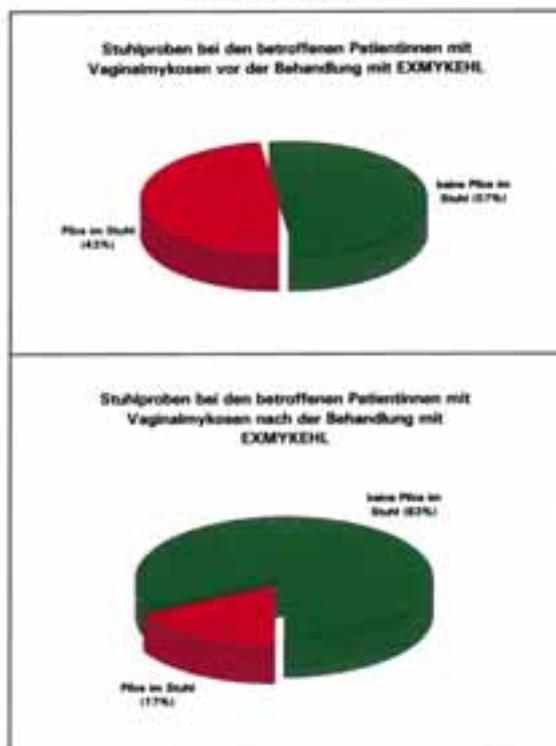
In der zweiten Kontrollstudie wurden die Behandlungsergebnisse von 33 Patientinnen erfaßt. Zur Diagnosestellung wurden dabei dieselben Parameter angesetzt wie bei der ersten Studie. 5 Patientinnen dieser zweiten Gruppe hatten ihre erste Pilzinfektion, bei 17 lag die letzte Infektion 3 bis 12 Monate zurück, 10 Patientinnen gaben an, die letzte Vaginalmykose vor mehr als 12 Monaten gehabt zu haben. Bei den letzten 23 Patientinnen wurde zusätzlich noch ein Erregernachweis aus dem Stuhl in einem Speziallabor veranlaßt.

Von diesen 23 Patientinnen zeigten 11 (= 43%) Pilze im Stuhl. Festgestellt wurden *Candida albicans*, *C. pseudotropicalis* und *tropicalis*, *Geotrichum candidum* und *Torulopsis glabrata*.



Bild 3: Vulva-Candidose mit fest haftenden weißen Belägen.

THERAPIESTUDIE "EXMYKEHL D3 ZÄPFCHEN BEI VAGINALMYKOSEN"



▲ Bild 5: Ergebnisdarstellung der Studie mit EXMYKEHL.

◀ Bild 4: Pilzbefallreduzierung im Darm durch EXMYKEHL.

Nach Abschluß der Behandlung waren nur noch 4 Stuhlproben positiv (= 17%). Bei zwei Patientinnen fand man vor der Behandlung *Geotrichum candidum* und bei der Nachuntersuchung *Candida tropicalis*. Bei einer Patientin war die Stuhlprobe anfangs negativ, nach Therapieende fand man *Torulopsis glabrata*. Bei einer geheilten Patientin änderte sich der Erregertyp von *Candida tropicalis* zu *Torulopsis glabrata*.

Die Therapie bestand bei der zweiten Kontrollgruppe mit 33 Patientin-

nen wieder in der täglichen Applikation eines Suppositoriums von EXMYKEHL D3 ausschließlich rektal. Die Patientinnen waren nach 3 bis 4 Tagen beschwerdefrei. Die Verträglichkeit des Präparates erwies sich auch bei dieser Gruppe als sehr gut. Störende Nebenwirkungen traten in keinem Fall auf. Der Mangel an Döderlein-Bakterien war nach der Behandlung auch bei dieser Gruppe festzustellen.

Bei den insgesamt 63 an einer Pilz-
kolpitis erkrankten Patientinnen war

ein Therapieerfolg in 53 Fällen (= 84,3%) zu verzeichnen. 10 Fälle (= 15,7%) stellten sich als Therapieversager dar. Nur bei 3 der erfolgreich behandelten Patientinnen (= 5,7%) zeigte sich nach 6 Wochen ein Rezidiv. Aufgrund dieses Ergebnisses und der Gewißheit, daß bei diesem Präparat keinerlei Nebenwirkungen zu erwarten sind, kann EXMYKEHL D3 Supp. zur erfolgreichen Behandlung von Pilz-
kolpitis als das Mittel der Wahl angesehen werden.