

Vulvovaginální dyskomfort mykotického původu – současný stav a léčebné možnosti

doc. MUDr. Jiří Špaček, Ph.D.¹, doc. RNDr. Vladimír Buchta, CSc.², MUDr. Jan Kestřánek¹

¹Porodnická a gynekologická klinika, LF a FN v Hradci Králové

²Ústav klinické mikrobiologie, LF a FN v Hradci Králové

Nejčastějším onemocněním pochvy a zároveň nejfrekventovanějším vyvolavatelem vulvovaginálního dyskomfortu je kandidóza. Je tomu zejména kvůli promořenosti populace kvasinkou *C. albicans*, která se ve vztahu k pochvě může chovat jako komenzál, ale i jako fakultativní patogen. Během života postihuje vulvovaginální kandidóza většinu žen a zvládnutí její sporadické formy bývá bezproblémové. Naopak u rekurentních obtíží eskalují subjektivní příznaky a objektivní nález bývá často velmi chudý nebo zcela normální. Někdy se sice daří určit vyvolávající moment, ale vlastní příčinu se většinou odhalit nepodaří. Nález kvasinky navíc nemusí nutně v řadě případů potvrzovat houbovou etiologii a termín rekurentní vulvovaginální kandidóza přestává vystihovat podstatu tohoto stavu. Zatímco u akutní sporadické ataky je jednorázová antimykotická léčba vysoce efektivní, u chronického dyskomfortu mívá pouze přechodný účinek. Z dlouhodobého hlediska je výhodné u těchto pacientek postupovat spíše symptomaticky a stabilizovat kvalitu poševního prostředí. Pochva a zevní genitál jsou silně estrogendependentní, a tudíž se nabízí i možnost hormonální intervence.

Klíčová slova: vulvovaginální dyskomfort, poruchy poševního prostředí, vulvovaginální kandidóza.

Vulvovaginal discomfort of fungal origin: current status and therapeutic options

Vulvovaginal candidiasis is the most common vaginal disease and it is also the most frequent cause of vulvovaginal discomfort (itching, burning and discharge). It affects most women at some point in their lives and its sporadic form is usually managed without difficulty. By contrast, in recurrent conditions symptoms escalate and the gynaecological finding is often very poor or completely normal. Sometimes it is possible to determine the inciting moment; however, the actual cause mostly remains undiscovered. Moreover, in a number of cases, the finding of yeast may not necessarily confirm fungal aetiology and the term recurrent vulvovaginal candidiasis fails to reflect the nature of the condition. While in acute sporadic cases one-time anti-infective treatment is highly effective, in chronic vulvovaginal discomfort it tends to have a transient effect only. In the long-term perspective, it is advisable to rather improve the quality of the vaginal milieu in these patients. The vagina and vulva are strongly oestrogen-dependent; therefore, hormonal intervention may also be an option.

Key words: vulvovaginal discomfort, disturbance in the vaginal milieu, vulvovaginal candidiasis.

Interní Med. 2012; 14(3): 119–121

Akutní vulvovaginální dyskomfort mykotického původu

Vulvovaginální dyskomfort (svědění, výtok a pálení) je nejčastější příčinou návštěvy gynekologické ambulance, a tyto obtíže souvisejí zejména s vulvovaginální kandidózou. Uvádí se, že její sporadická ataka postihne alespoň jednou za život okolo 75 % ženské populace (1, 2). Dominující obtíží je svědění, které může být doprovázeno výtokem, a nejčastějším původcem bývá *Candida albicans* (3, 4). Klasických „učebnicových“ příkladů mykotické kolpidy s bílým tvarohovitým výtokem, zarudlou sliznicí a bělavými cárovitými povlaky však ubývá. Z hlediska adaptace můžeme tedy kvasinky označit jako univerzální mikroby, které jsou přítomny v pochvě přibližně 15 % ženské populace, což z nich dělá pravidelnou součást poševního prostředí.

Chronický vulvovaginální dyskomfort

V dnešní době narůstá počet žen, které mají recidivující obtíže. Po aplikaci antimykotické

léčby u nich dochází obvykle k úlevě a posléze k opětovnému zhoršení. Koncem 80. let minulého století byla definovaná rekurentní vulvovaginální kandidóza (4 a více mikrobiologicky potvrzené ataky za 1 rok). Názory na její etiologii vycházely vesměs z možnosti reinfekce nebo relapsu (3, 4). Na základě dlouhodobého pozorování souboru pacientek s rekurentní vulvovaginální kandidózou se domníváme, že infekční původ a zánětlivá odezva nejsou u těchto pacientek krucální. Naopak se často setkáváme s diskrepancí mezi normálním klinickým nálezem, který neodpovídá prezentaci obtíží a frustraci pacientek (5). Při neznalosti dané problematiky může docházet k bagatelizaci a následné psychotraumatisaci (3, 6).

Rizikové a predispoziční faktory

Předpokládá se, že klinická forma vulvovaginální kandidózy vzniká na základě narušení stability poševního prostředí. Tehdy se kolonizace kvasinkou může změnit na infekci.

Po těchto faktorech je třeba pátrat a eventuálně se je snažit odstraňovat, na straně druhé jejich význam nesmíme nikdy přeceňovat i s ohledem na to, že prameny, ze kterých vycházejí, nejsou vždy relevantní (6).

Léčba akutní vulvovaginální kandidózy

Léčba akutního kvasinkového zánětu pochvy nepředstavuje zásadní terapeutický problém (7) a je dnes k dispozici celé armamentárium topických a systémových antimykotik (tabulka 1).

Tabulka 1. Rizikové a predispoziční faktory pro rozvoj vulvovaginální kandidózy

- Dysmikrobie po přeléčení antibiotiky
- Metabolické faktory (dieta – nadměrný příjem cukrů), diabetes mellitus, těhotenství
- Dlouhodobý stres
- Alergie
- Těsné spodní prádlo (zapáčka)
- Hormonální antikoncepce
- Antibakteriální antibiotika (× mikrobiota)
- Intimní hygiena (výplachy)
- Autodiagnóza

Tato léčba je eradikativní a lze jí dosáhnout různými léčebnými režimy a preparáty. V případě azolových antimykotik (flukonazol, itraconazol, ekonazol atd.) se kurativní efekt pohybuje mezi 85 až 90%. Do nástupu azolových derivátů v 70. letech se museli lékaři spoléhat pouze na klasické prostředky (boraxglycerin a genciánová violet) a na polyenové preparáty. Azolová chemoterapeutika mohou být aplikována topicky i systémově. Z první generace imidazolových preparátů se hojně používá ekonazol, mikonazol a klotrimazol. Jejich výhodou je i signifikantní účinek na G+ koky a korynebakterie. V současné době se velmi často používají triazolové preparáty flukonazol a itraconazol, jejichž předností je možnost perorální aplikace, která je preferována většinou žen. Vzhledem k vhodnému farmakologickému profilu si získal značnou oblibu zvláště flukonazol a představuje dnes lék první volby. Je však třeba upozornit na možnost terapeutického selhání flukonazolu u mykóz vyvolaných některými „non-albicans” kandidami, zvláště *C. krusei* a *C. glabrata*. Z ostatních léčebných prostředků je u nás dostupný ciklopiroxolamin, jód vázaný na polyvinylpyrolidón (Betadine) a některé kombinované přípravky jako Klion D (mikonazol a metronidazol) či Macmiror komplex (nitrofurantel s nystatinem).

Optimální se ukazuje jednorázová aplikace flukonazolu (150 mg), která spolehlivě vyléčí většinu pacientek s vulvovaginální kandidózou vyvolanou *C. albicans* a jinými k flukonazolu citlivými druhy kandid (*C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. lusitaniae* aj.). K dispozici máme i preparáty pro místní použití ve formě čípků, krémů, vaginálních globulí (tabulka 2). Klasickým příkladem je stále účinná kyselina boritá (600 mg/den) ve formě vaginálních čípků.

Chronický vulvovaginální dyskomfort mykotického původu

Pátráme po přítomnosti rizikových faktorů a snažíme se o jejich odstranění. Většinou se však jedná o zdravé ženy a snaha o vypátrání vyvolávající příčiny je neúspěšná. Neměli bychom zapomínat ani na psychosomatickou součást a možné poruchy sexuálního soužití. Reálná situace je však naprosto odlišná. Ve většině případů jsou tyto pacientky opakovaně a zcela mechanicky přeléčovány antimykotiky.

Antimykotická a protizánětlivá léčba

Zatímco u akutních případů vulvovaginální kandidózy je patrná tendence zkracování léčebného režimu (souběžně se zvyšováním dávky), u chronické formy onemocnění se doporučují

Tabulka 2. Přehled antimykotik používaných v léčbě vulvovaginální kandidózy

Antimykotikum		Léčebný režim	
Jednorázový/jednodenní			
flukonazol	cps	1 × 150 mg	jednorázově
mikonazol	sup	1 × 1200 mg	jednorázově
oxikonazol	tbl	1 × 600 mg	jednorázově
terkonazol	sup	1 × 160/240 mg	jednorázově
klotrimazol	tbl	1 × 500 mg	jednorázově
	crm	10% – 5 g	jednorázově
itraconazol*	cps	2 × 200 mg	jednodenní
ekonazol	glo	1 × 50 mg	14 dnů
	glo	1 × 150 mg	3 dny
Krátkodobý (3 až 7 dnů)			
itraconazol*	cps	2 × 100 mg	3 dny
ketokonazol	tbl	2 × 200 mg	5 dnů
klotrimazol	tbl	1–2 × 100 mg	3 až 7 dnů
mikonazol	sup	1–2 × 100 mg	3 až 7 dnů
	crm	2% – 5g	7 dnů
terkonazol	crm	0,4%–0,8% – 5 g	3 až 7 dnů
	sup	1 × 80 mg	3 dny
natamycin	glo	100 mg	3 až 6 dnů
ciklopirox-olamin	glo	100 mg	6 dnů
kyselina boritá**	glo	2 × 600 mg	7 dnů
Dlouhodobý (více než 7 dnů)			
klotrimazol	crm	1% – 5 g	7–14 dnů
natamycin	tbl	2 × 25 mg	10 dnů
	tbl	1 × 25 mg	20 dnů
nystatin	tbl	1 × 100 tis. IU	7 až 21 dnů
ciklopirox-olamin	crm	1 × 5 g	6–14 dnů
kyselina boritá**	glo	1 × 600 mg	7–14 dnů
povidon-jód	sup	1–2 × 200 mg	14 dnů
x – upraveno dle 8			
* – podávat po jídle nebo s nápoji s kyselým pH (kola, džus apod.)			
** – alternativa u infekcí vyvolaných <i>Candida glabrata</i>			

delší terapeutické režimy (jeden až dva týdny). Další možností je snaha o prevenci zabránění další ataky profylaktickou aplikací triazolového antimykotika vesměs po menzes (tabulka 3). Je doporučována perorální aplikace, popř. její kombinace s místní léčbou. V případě non-albicans kvasinek se úspěšně osvědčil boraxglycerin nebo genciánová violet. V pohledu na současné přeléčení sexuálních partnerů pacientek s vulvovaginální kandidózou není toto doporučováno.

Hormonální léčba

Vychází z představy o snížené produkci progesteronu u pacientek s rekurentní formou vulvovaginální kandidózy (6). Je postavena na možnosti dlouhodobé aplikace gestagenů, která u části pacientek s rekurentními obtížemi znamenala úspěch (6). Jednak je to cyklická aplikace

preparátu Provery (nejčastěji od 15. do 24. dne cyklu 2x1) a dále injekční podávání depotního preparátu Depo-Provery.

Imunoterapie

Představuje samostatnou oblast. Několik studií zaměřených na hyposenzibilizaci či imunoterapii naznačilo možnost alternativního přístupu k léčbě žen s chronickými obtížemi.

Úprava a nastavení životního prostředí

Vychází jednak z omezení příjmu glycidů a příjmu potravin s probiotiky. Skutečnost, že laktobacily mohou bránit rozvoji patogenní mikroflóry, podporuje možnost nasazení adjuvantní terapie zaměřené na rekonstrukci přirozených mikrobiálních a fyziologických poměrů vaginálního ekosystému. Výsledky léčby však vykazují

Tabulka 3. Možnosti antimykotické léčby u rekurentní vulvovaginální kandidózy*

Antimykotikum	Léčebný režim
flukonazol	cps 150 mg, dále 1x měsíčně po 6 měsících 150 mg, dále 1x týdně po 6 měsících
	cps 150 mg, dále 150 mg týdně po 6 měsících
	cps 150 mg 3 dny, dále 150 mg týdně po 12 měsíců**
itraconazol***	cps 2x 100 mg 1. a 2. den, dále 1x měsíčně po 6 měsících
	cps 200 mg 5 dnů, dále 200 mg 2x týdně po 6 měsících
	cps 50 až 100 mg denně po 6 měsících
klotrimazol	tbl 500 mg 1x týdně 6 měsíců
	sup 200 mg 5 dnů, dále 200 mg 2x týdně 6 měsíců
terkonazol	glo 1x 80 mg 6 dnů
genciánová violet	sol 1x týdně do vymizení příznaků
kyselina boritá	glo 1x 600 mg 7 až 14 dnů
	glo 1x 600 mg 14 dnů, dále 600 mg kys. borité obden po několik týdnů CG
povidon-jód	sup 1 až 2x 200 mg 14 dnů

Vysvětlivky:
** – sekundární indukční a udržovací terapie
*** – podávat po jídle nebo s nápoji s kyselým pH (kola, džus apod.)
CG – vhodné pro RVVK vyvolanou *Candida glabrata*

jen částečně uspokojivé výsledky. To odpovídá zjištění, že vaginální mikroflóra žen s rekurentními obtížemi nevykazuje signifikantní odchylky od normální zdravé populace.

Podpurná léčba

Je postavena na dlouhodobé suplementaci stopových prvků a vitaminoterapii. Jako racionální se jeví zejména suplementace zinku.

Wobenzym

Podle některých zpráv dochází po přidání Wobenzymu ke standardní léčbě u pacientek s rekurentní formou onemocnění k menšímu výskytu atak.

Životní styl, hygiena, oblečení

Souvisí s tím, co o tomto onemocnění platí. Oblast zevního genitálu je z hlediska vzniku

ká. Proto volnější styl oblékání a spodní prádlo z přírodních materiálů jsou z tohoto hlediska samozřejmostí. Logické je i využití nedráždivých prostředků intimní hygieny.

Psychoterapie

Nedílnou součástí je odpovídající psychologický přístup a od samého začátku nazývat věci pravým jménem. Problémy nezveličovat, ale také nezapomínat na to, že mohou ovlivňovat kvalitu života zásadním způsobem.

Závěr

Problematika vulvovaginálního dyskomfortu je v ordinaci praktikujícího gynekologa tím nejčastějším, s čím se setkává. Důležitá je správná diagnostika, která se řeší přímo na ambulanci. Máme k dispozici celé armamentarium anti-

infekčních prostředků. Terapeutické zvládnutí akutní ataky však představuje pouze jednu stranu mince. Tou druhou zůstává narůstající počet případů s chronickými obtížemi, kde jsou další kroky problematické. Velmi důležitá je snaha o celostní přístup se zajištěním mikroskopického monitorování kvality poševního prostředí a s využitím možností podpůrné léčby.

Práce byla podpořena Centrem základního výzkumu LC531 Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

Literatura

1. Berg AO, Heidrich FE, Fihn SD, et al. Establishing the cause of genitourinary symptoms in women in a family practice. JAMA 1984; 251: 620–625.
2. Kent HL. Epidemiology of vaginitis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1991; 165: 1168–1176.
3. Špaček J, Buchta V. Itraconazole in the treatment of acute and recurrent vaginal candidosis: Comparison of the therapeutic effectiveness and occurrence of relapses in one-day and three-day regimens. Mycoses 2005a; 48: 165–171.
4. Špaček J, Buchta V, Veselský Z, et al. Interakce kvasinek s hostitelem ve vztahu k urogenitálnímu traktu, vulvovaginální kandidóza, urologické aspekty mykotických onemocnění. Čs. Gynekol. 2003; 68: 432–439.
5. Špaček J, Buchta V, Jílek P, et al. Clinical aspects and luteal phase assessment in patients with recurrent vulvovaginal candidiasis. Eur. J. Obst. Gyn. Repr. Biol. 2007; 131: 198–202.
6. Špaček J, Buchta V, Jílek P, et al. What does it mean the diagnosis of recurrent vulvovaginal candidiasis? 9th Congress for Infectious and Immunological Diseases in Obstetrics and Gynaecology, Urology and Dermatology, November 19–26, 2005b, Maceio, Brazil, Book of Abstracts (62).
7. Buchta V, Špaček J, Jílek P. Mykotické infekce ženského genitálu III. Terapie. Gynekolog 1998; 7: 73–82.
8. Buchta V, Slezák R, Špaček J, et al. Současné možnosti léčby kožních a slizničních mykóz. Med Pro Praxi 2009; 6: 155–164.

Článek přijat redakcí: 2. 1. 2012
Článek přijat k publikaci: 7. 3. 2012

doc. MUDr. Jiří Špaček, Ph.D.
Porodnická a gynekologická klinika
LF a FN v Hradci Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
spacekj@fnhk.cz