



Bakterielle Vaginose

Federführender Autor/en:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Ap.Prof. Priv.-Doz. Dr. Dr. Alex Farr, MPH	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
	European Society for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology (ESIDOG)
	Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGfPPM)

Beteiligte Fachgesellschaft/en:

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Arbeitsgemeinschaft für Infektionen und Infektionsimmunologie in der Gynäkologie und Geburtshilfe (AGII)
Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF)
Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.
Deutsche Gesellschaft für Hygiene & Mikrobiologie (DGHM)
Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG)
European Society of Infectious Diseases of Obstetrics and Gynecology (ESIDOG)
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)
Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGfPPM)
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Alex Farr	OEGGG, ÖGfPPM, ESIDOG
Brigitte Frey Tirri	SGGG
Udo Hoyme*	AGII
Werner Mendling	DGGG, AGII
Inge Reckel-Botzem	BVF
Daniel Surbek	SGGG
Sonja Swidsinski	DGHM
Gisela Walter	DSTIG, AEGGF
Birgit Willinger	OEGHMP

* Entsendung als Experte, nicht stimmberechtigt im Konsensusverfahren

Konsensbasiertes Statement 2.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die bakterielle Vaginose ist durch stark erhöhte Bakterienzahlen, vor allem von *Gardnerella* species, eine hohe bakterielle Diversität an anaeroben und fakultativ anaeroben Bakterienarten, sowie durch die Verdrängung potentiell protektiver Laktobazillen im Vaginalsekret gekennzeichnet.

Konsensbasierte Empfehlung 2.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die chronisch-rezidivierende bakterielle Vaginose ist durch eine Erkrankungshäufigkeit von zumindest 3 Episoden pro Jahr definiert und kann auf eine Biofilm-bedingte Genese hinweisen.

Konsensbasiertes Statement 3.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der bakteriellen Vaginose sind *Gardnerella* species die prädominanten Bakterienarten und jene mit dem höchsten Virulenzpotential. Sie sind in eine Biofilm-Matrix mit weiteren BV-assoziierten Bakterienarten integriert und scheinen für ein eventuelles Therapieversagen und chronisch rezidivierende Verläufe verantwortlich zu sein.

Konsensbasierte Empfehlung 4.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es existieren bestimmte Risiken für eine bakteriellen Vaginose, denen besondere Aufmerksamkeit bei der Abklärung eingeräumt werden sollte. Sofern möglich sollte ein Ausschalten von prädisponierender Wirtsfaktoren angestrebt werden.

Konsensbasierte Empfehlung 5.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frauen mit vulvovaginalen Beschwerden, vor allem bei dünnflüssigem, homogen gräulichem Ausfluss (mit oder ohne Amingeruch) und alkalischem vaginalen pH-Wert sollen bezüglich einer bakteriellen Vaginose abgeklärt werden.

Konsensbasierte Empfehlung 6.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die orientierende Diagnostik der bakteriellen Vaginose soll anhand von Anamnese, Klinik und dem mikroskopischen Nachweis von Schlüsselzellen (clue cells) im Nativpräparat, ggf. auch mit Beurteilung der Amsel-Kriterien, erfolgen.

Konsensbasierte Empfehlung 6.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Labordiagnostik der bakteriellen Vaginose sollte nach erfolgter orientierender Diagnostik die Gram-Färbung mit einer quantitativen Gegenüberstellung von verschiedenen Morphotypen im Sinne des Nugent Scores umfassen.

Tabelle 10 : Beurteilungskriterien nach Nugent (90)

Score	Anzahl pro Gesichtsfeld (x1000, Hellfeld, Ölimmersion)		
	Grampositive Stäbchen (Laktobazillen-Morphotypen)	Gramnegative Stäbchen (<i>Gardnerella</i> , <i>Prevotella</i> , u.a. Morphotypen)	Gramnegative „Komma“- Bakterien (<i>Mobiluncus</i> u.a. Morphotypen)
0	>30	0	0
1	15–30	0–1	<5
2	1–14	1–4	>5
3	0–1	5–30	
4	0	>30	

Score 0–3: normal; Score 4–6: intermediär; Score 7–10: bakterielle Vaginose

Tabelle 11: Bewertungskriterien nach Hay-Ison (92)

Hay Ison Grad	Mikroskopisches Bild	Interpretation
1	Laktobazillen vorherrschend (keine clue cells, keine granuläre Flora, <i>Gardnerella</i> - oder <i>Mobiluncus</i> spp. Morphotypen)	Normal
2*	gemischtes Bild mit Laktobazillen, aber auch BV-typischen Morphotypen in demselben Präparat	Intermediär
3	<i>Gardnerella</i> - oder <i>Mobiluncus</i> spp. Morphotypen vorherrschend, clue cells, granuläre Flora, dabei aber wenig oder kaum Laktobazillen	Bakterielle Vaginose

* je nach Laktobazillen-Morphotypen
 Grad 0 beschreibt nur Epithelzellen, ohne Bakteriennachweis
 Grad 4 beschreibt grampositive Kokken ohne BV oder Laktobazillen-Morphotypen

Konsensbasierte Empfehlung 6.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Labordiagnostik der bakteriellen Vaginose mittels molekulargenetischer Verfahren spielt in der klinischen Routine eine untergeordnete Rolle und sollte derzeit nur speziellen Fällen vorbehalten sein.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frauen mit vulvovaginalen Beschwerden und gesicherter bakterieller Vaginose sollen leitliniengerecht behandelt werden.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Therapie der bakteriellen Vaginose soll mit oralem oder topischem Clindamycin, oder mit Metronidazol erfolgen. Alternativ können lokale Antiseptika zur Anwendung kommen.

Tabelle 12: First-line Therapieoptionen bei bakterieller Vaginose

Medikation	Applikation	Dosierung	Dauer
Clindamycin	oral	300 mg (2x täglich)	7 Tage
	vaginal	2% Crème (1x täglich)	7 Tage
	vaginal	100 mg Ovula (1x täglich)	3 Tage
Metronidazol	oral	500 mg (2x täglich)	7 Tage
	vaginal	0.75% Gel (5 g Applikator, 1x täglich)	5–7 Tage
	vaginal	100 mg Ovula (1x täglich)	6 Tage
	vaginal	1 g Ovula (1x täglich)	2 Tage
Antiseptische Therapiealternativen:			
Dequaliniumchlorid	vaginal	10 mg (1x täglich)	6 Tage
Octenidin	vaginal	An Tag 1 Sprühstoß 2x, dann 1x täglich	7 Tage
Povidon-Jod*	vaginal	1 Applikatorfüllung (1x täglich)	6–7 Tage
* <i>Eingeschränkte Wirksamkeit. CAVE: Keine Anwendung während der Schwangerschaft</i>			

Konsensbasierte Empfehlung 7.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Therapie der chronisch-rezidivierenden bakteriellen Vaginose sollte mit lokalen Antiseptika oder einer suppressiven Erhaltungstherapie mit topischem Metronidazol, gefolgt von vaginalen Probiotika erfolgen, um die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs nach der Therapie zu reduzieren.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frauen mit symptomatischer bakterieller Vaginose in der Schwangerschaft sollen zwecks Beschwerdereduktion sowie Reduktion von Schwangerschafts- und Wochenbettkomplikationen behandelt werden.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Therapie der symptomatischen bakteriellen Vaginose während der Schwangerschaft soll primär mit Clindamycin erfolgen. Alternativ können vaginale Antiseptika zur Anwendung kommen.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E12

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Therapie der bakteriellen Vaginose soll nur nach einer korrekt durchgeführten und ärztlich gesicherten Diagnose erfolgen.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E13

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Milchsäure und Probiotika scheinen sich positiv auf die Therapie und Rezidivprophylaxe der bakteriellen Vaginose auszuwirken und können daher komplementär angewendet werden.

Konsensbasiertes Statement 7.E14

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei chronisch rezidivierenden Verläufen einer bakteriellen Vaginose kann eine Partnerbehandlung erwogen werden, wobei die Evidenz hierzu begrenzt ist.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E15

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frauen mit bakterieller Vaginose sollen darüber aufgeklärt werden, welche Maßnahmen dem Wiederauftreten der bakteriellen Vaginose in ihrem Fall vorbeugen können.

Konsensbasierte Empfehlung 7.E16

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frauen mit bakterieller Vaginose und unmittelbar bevorstehendem Kinderwunsch sollten behandelt werden, auch wenn diese asymptomatisch sind. Dasselbe gilt für Frauen mit aerober oder desquamativer inflammatorischer Vaginitis.



Konsensbasierte Empfehlung 8.E17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die zukünftige Forschung im Bereich der bakteriellen Vaginose sollte sich darauf konzentrieren, die hohe Rate an Rückfällen und chronisch rezidivierenden Fällen zu vermeiden.