

Genitoanale HPV-Infektionen

Kombinationstherapie ist am effektivsten

E. PAUL SCHEIDEGGER, FELDMEILEN; WERNER KEMPF, ZÜRICH

Genitoanale Warzen (Condyloma acuminata) oder Feigwarzen gehören zu den häufigsten sexuell übertragenen Virusinfektionen und können onkogene Potenzen besitzen.

Die Inzidenz der klinisch manifesten Erkrankungen wird in der Schweiz auf 1 bis 2% der geschlechtsreifen Bevölkerung geschätzt. Man geht davon aus, dass ca. 4% der Bevölkerung subklinisch infiziert ist, was unter Zuhilfenahme der Kolposkopie oder anderen Methoden sichtbar gemacht wird. Die tatsächliche Infektionsrate ist jedoch noch höher: Mit molekularbiologischen Methoden werden zirka 10% der Erwachsenen als infiziert identifiziert. Dabei sind unter den Subtypen besonders HPV 16 und HPV 18 von klinischer Bedeutung, da diese eine onkogene Potenz besitzen. Das klinische Erscheinungsbild derartiger Infektionen variiert von gutartigen Befunden bis zu invasiv wachsenden Plattenepithelkarzinomen (Abb. 1).

Nicht erst Wundheilung abwarten

Die Behandlung genitaler Warzen wird durch ihre Grösse, Zahl, Lokalisation,

Begleiterkrankungen (HIV), Schwangerschaft, bisherigen Therapieerfahrungen (-wünschen) des Patienten sowie dem Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmt [1]. Grundsätzlich können «destruierende» von «immunstimulatorischen» Methoden unterschieden werden. Bei der therapeutischen Wirksamkeit verschiedener Methoden sollte die initiale Heilungsrate und Rezidivhäufigkeit nach Behandlung beachtet werden (Tab. 1).

Auffällig ist, dass «destruierende» Massnahmen eine hohe initiale Heilungsrate aufweisen, die Rezidivquote jedoch enttäuschend hoch ist. Genau umgekehrt verhält es sich mit den immunmodulierenden Methoden. Daher drängt sich naturgemäss die Kombination von beiden erwähnten Therapien auf. Im Praxisalltag hat sich eine Kombination von Laser/Elektrokauter Ablation mit anschliessender topischer Imiquimod (Aldara®)-Therapie für die Dauer von ca. 12-16 Wochen als äusserst wirksam erwiesen. Dabei wird die Wundheilung nach Lasertherapie bewusst nicht abgewartet. Erste Studien zeigen, dass diese kombinierte Vorgangsweise nicht nur sicher ist, sondern nachhaltig wirksam zu sein scheint [2].

Nachbetreuung

Rezidive sind besonders in den ersten drei Monaten nach Erstbehandlung zu erwarten und sollten entsprechend kontrolliert werden. Bei weiblichen Patienten ist eine gynäkologische Abstrichuntersuchung empfehlenswert. Die Abklärung von Geschlechtspartnern ist nicht zwingend erforderlich, da derzeit keine Untersuchungen vorliegen, die belegen, dass Rezidive

durch vermeintliche Reinfektion verursacht werden. Es ist ebenfalls nicht erwiesen, dass die Behandlung der (sichtbaren) Condylomata die Übertragung der HPV-Viren verhindern kann.

Fazit

Im Praxisalltag hat sich bisher nur die kombinierte Therapie mit Laser/Elektrokauter-Abtragung mit nachfolgender topischer Imiquimod-Therapie für die Behandlung der Condyloma als nachhaltig wirksam erwiesen.

Korrespondenz

Dr. med. E. Paul Scheidegger
Dermatologie am See
General-Wille-Strasse 59
8706 Feldmeilen, www.skinhealth.ch
E-Mail: pscheid@mydiac.ch

PD Dr. med. Werner Kempf
Universitätsspital Zürich
Dermatologische Klinik
E-Mail: kempf@derm.unizh.ch

Literatur:

1. CDC Treatment Guidelines 2002
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5106a1.htm>
2. Hoyne UB et al: Infect Dis Obstet Gynecol 2002; 10 (2): 79-88.
3. Beutner K et al: J Am Acad Dermatol 1998; 38: 230-239

Tabelle 1**Methodenvergleich: Therapeutische Effektivität bei genitalen Warzen (adaptiert nach [3])**

	initiale Heilungsrate	Rezidivquote
Destruierende Methoden		
Podophyllin	80%	65%
Podophyllotoxin	90%	35%
Kryotherapie	96%	40%
Elektrokauter	94%	80%
Laser	97%	80%
Immunmodulatorische Methoden		
IFN, läsional	50%	25%
IFN, topisch	90%	6%
IFN, systemisch	80%	23%
Aldara/Imiquimod	77%	13%



Abb. 1: ausgedehnte blumenkohlartige papillomatöse Tumore der Glans penis

Foto: Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich