

Alice Müller, Andrea-Maria Schmidt-Westhausen

Die orale Candidiasis

Die orale Candidiasis ist eine häufige opportunistische Infektion und wird durch Hefepilze der Gattung *Candida* (häufigster Erreger: *Candida albicans*) ausgelöst. Die häufigste Form der Candidiasis, welche beim Hauszahnarzt diagnostiziert wird, stellt die Prothesenstomatitis dar.

Älterer, unzureichend gepflegter und häufig auch nachts getragener Zahnersatz³ kann einen hierfür geeigneten Nährboden bilden. Oft ist die orale Candidiasis mit einer reduzierten Immunabwehr, Nikotinabusus, Diabetes mellitus, immunkompromittierenden Medikamenten (z. B. corticoidhaltiges Asthmaspray), fortgeschrittenem Pati-

entenalter, Hyposalivation (z. B. durch Sjögren-Syndrom oder Medikamenteneinnahme verursacht) und Avitaminosen vergesellschaftet. Bei chronisch entzündlichen Mundschleimhauterkrankungen (oraler Lichen planus) sowie während und nach einer Bestrahlung im Kopf-/Halsbereich kann sie im Rahmen einer Superinfektion auftreten¹. Junge, gesunde Patienten sind selten betroffen – jedoch können Säuglinge an einer Candidiasis erkranken sowie Jugendliche und junge Erwachsene nach vorausgegangener antibiotischer Therapie oder viraler Infektion (Gingivostomatitis herpetica). Die Candidiasis kann in verschiedenen Formen auftreten.

Formen der Candidiasis

Es werden die pseudomembranöse Form (Abb. 1), die erythematöse Form (Abb. 2 und 3) und die candidaassoziierte Cheilitis angularis (Abb. 4) unterschieden. Alle Formen können sowohl gleichzeitig als auch gemischt auftreten und das klinische Bild kann unter der antimykotischen Therapie verändert aussehen². Neben der Blickdiagnose kann ein mikrobieller Abstrich v. a. in der Diagnose von Superinfektionen beim oralen Lichen planus (Abb. 2 und 5) und zur Kontrolle bei chronischen Verlaufsformen unterstützend wirken und die Diagnose sichern. Weiße Beläge, welche nach dem Abwischen zu einer leichten Blutung der Schleimhaut führen, können



Abb. 1 Prothesenträgerin mit pseudomembranöser Candidiasis.



Abb. 2 69-jähriger Patient mit oralelem Lichen planus, Periimplantitis und Candida-Superinfektion.



ein Hinweis auf die pseudomembranöse Form (Abb. 1) der Candidiasis sein. Die häufigste Lokalisation stellen die Wange, der Gaumen und die Zunge dar. Ausgeprägte chronische Infektionen bei immunsupprimierten Patienten können jedoch die gesamte Mundhöhle sowie den Pharynx und Ösophagus betreffen. Chronische Formen der Candidiasis führen gelegentlich zu knötchenförmigen Veränderungen der Gaumenschleimhaut³ (Abb. 3), welche nach antimykotischer Therapie zusätzlich chirurgisch abgetragen werden müssen.

werden) und tagsüber drei Wochen lang jeweils morgens und abends Nystaderm® Mundgel (Wirkstoff: Nystatin, Fa. Dermapharm, Grünwald) auf die Prothesenbasis auftragen. Alter, nicht mehr zu reinigender Zahnersatz sollte neu angefertigt werden, um Rezidiven vorzubeugen. Bei der Cheilitis angularis (Abb. 4) sollte auch auf die korrekte Einstellung der vertikalen Dimension des Zahnersatzes geachtet werden, um Mundwinkelrhagaden und damit verbundene Infektionen zu vermeiden. Raucher sollten über diesen

Risikofaktor eindringlich aufgeklärt werden, ebenso sollten Nutzer von corticoidhaltigem Asthmaspray den Mund nach der Anwendung gründlich mit warmem Wasser ausspülen, um einer Candidiasis vorzubeugen. Therapieresistente Infektionen können nach Mitteilung durch den behandelnden Zahnarzt vom Hausarzt systemisch mit Fluconazol-Tabletten behandelt werden. Eine Verlaufskontrolle sollte nach drei bis vier Wochen erfolgen, ebenso wie eine regelmäßige Nachsorge des Zahnersatzes.

Therapie der Candidiasis

Die Therapie der Candidiasis sollte wie folgt durchgeführt werden: Bezahnte Patienten sollten drei Wochen lang 4 x täglich eine Amphomoronal-Lutschtablette (Wirkstoff: Amphotericin B, Fa. Dermapharm, Grünwald) im Mund zergehen lassen. Ampho-Moronal® ist auch alternativ als Suspension erhältlich. Unbezahnte Patienten, die eine Prothese tragen, sollten diese grundsätzlich gründlich reinigen (bzw. durch das Labor reinigen lassen), nachts Prothesenkarenz betreiben (dabei sollte die Prothese nach der häuslichen Reinigung über Nacht trocken gelagert



Abb. 3 49-jähriger Patient mit chronischer Candidiasis mit Hyperplasien am Gaumen.



Abb. 4 Candidaassoziierte Cheilitis angularis.



Abb. 5 75-jährige Patientin mit ulzerativem oralen Lichen planus und Candida-Superinfektion.

In der Tabelle 1 sind noch einmal alle Aspekte einer Candidiasis zusammengefasst.

Literatur

1. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. Postgrad Med J 2002;78:455–459.
2. Reichart PA. Infektionen der Mundschleimhaut (2). Mund Kiefer Gesichtschir 1999;3:11.
3. Scully C, el-Kabir M, Samaranyake LP. Candida and oral candidosis: a review. Crit Rev Oral Biol Med 1994;5:125–157.

Tab. 1 Überblick Candidiasis.

Anamnese	Alter, herausnehmbarer Zahnersatz, reduzierter Immunstatus, Nikotinabusus (Abb. 3)
Klinik und Symptome	Gerötete Mundwinkel, pseudomembranöse Beläge, gerötete Mundschleimhaut (Abb. 3) zusammen mit Brennen und pelzigem Gefühl auf der Zunge und verändertem Geschmackssinn (Dysgeusie)
Lokalisation	Häufig Wange, Zunge und Gaumen, gesamte Mundschleimhaut (Abb. 2)
Diagnostik	Blickdiagnose, abwischbare, weiße Beläge, mikrobieller Abstrich
Histologie/Mikrobiologie	Candida Hyphae/Pilzkultur: semiquantitative und qualitative Erregerbestimmung
Erreger	Häufig: Candida albicans, weitere: Candida glabrata, Candida tropicalis, Candida krusei, Candida dubliensis (Cave: bei bezahnten Patienten sollte der Immunstatus überprüft werden) (Abb. 1 und 2)
Differenzialdiagnosen	Lingua geographica, Friktionskeratose(n), Leukoplakien, Stomatitis herpetica (Cave: Superinfektion möglich), oraler Lichen planus (Cave: Superinfektion möglich)
Ätiologie	Opportunistische Infektion, welche bei geeignetem Nährboden/Milieu auftritt
Prävalenz	Keine Angabe möglich, da abhängig vom Patientenalter und Immunstatus
Geschlechterverteilung	M:F 1:1
Therapie	Ampho-Moronal®-Lutschtabletten (Fa. Dermapharm, Grünwald), Nystaderm®-Mundgel (Fa. Dermapharm, Grünwald)
Rezidivhäufigkeit	Abhängig von der Möglichkeit der Beherrschung von Risikofaktoren
Prognose	Remission der oralen Candidiasis meist nach konsequenter dreiwöchiger Behandlung



Autorinnen

Dr. Alice Müller

Fachzahnärztin für Oralchirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Zentrum 3: Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Bereich Oralmedizin, Zahnärztliche Röntgenologie und Chirurgie
Assmannshäuser Str. 4–6
14197 Berlin
E-Mail: alice.mueller@charite.de

Univ. Prof. Dr. Andrea-Maria Schmidt-Westhausen

Abteilungsleiterin
Bereich Oralmedizin, Zahnärztliche Röntgenologie und Chirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin