

Die orale Candida-Infektion

Die orale Mykose mit *Candida*-Spezies, auch bekannt als orale Candidiasis, bezeichnet eine Infektion der Mundhöhle mit fakultativ pathogenen Hefekulturen, dessen wichtigster Vertreter *Candida albicans* ist.

Definition und Ätiologie

Neben der durch Hefekulturen verursachten *Candida albicans* sind aus der Gruppe der non-*albicans*-Arten die Spezies *Candida dubliensis* und *tropicalis* nennenswert. Wichtig ist, dass bei dem Vorliegen einer mykotischen oralen Infektion stets das Vorhandensein eines prädisponierenden Faktors überprüft wird¹. Zu diesen zählen hauptsächlich das Tragen von Zahnersatz in Form von schleimhautgetragenen Prothesen, Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus, Avitaminosen, eine kompromittierte Immunabwehr², Hyposalivation und die Therapie mit Antibiotika, Zytostatika oder (inhalativen) Glukokortikoiden.

Klinisches Bild

In der Klinik gilt es grundsätzlich, die akut pseudomembranöse von der erythematösen und der hyperplastischen Form zu unterscheiden³:

- Bei der akut pseudomembranösen Candidiasis finden sich nach anfänglicher Rötung weiße Beläge, die leicht abwischbar sind (Abb. 1), wonach ein Erythem zurückbleibt. An großflächigen dicken Plaques kann es nach dem Abstreifen auch zu einer Blutung kommen. Besonders betroffen ist die Wangen- und Lippenschleimhaut, dabei insbesondere die Mundwinkel als Cheilitis angularis (Abb. 2), sowie die Zungenränder und der Gaumen.
- Die erythematöse Form ist durch eine intensive, häufig dunkle Rötung der Mundschleimhaut charakterisiert, die in diesem Bereich glatt erscheint (Abb. 3). Häufig handelt es sich bei dieser Infektion um einen Kofaktor einer Prothesenstomatitis, welche durch eine mangelhaft sitzende Prothese hervorgerufen werden kann. Entsprechend findet sich die Lokalisation palatinal oder auf dem Alveolarkamm unterhalb von Prothesen (Abb. 4 und 5).
- Die hyperplastische Candidiasis ist von weißen festhaftenden Belägen gekennzeichnet, welche oftmals einen rötlichen Randsaum zeigen und über einen langen Zeitraum bestehen. Sie sind nicht abwischbar und ähneln damit dem klinischen Erscheinungsbild einer Leukoplakie.



Abb. 1 Pseudomembranöse Candidiasis bei einem 20-jährigen männlichen Patienten.

Diese Form ist selten und betrifft hauptsächlich Patienten mit Resistenz gegenüber gängigen Antimykotika (z. B. bei Immundefekt).

Diagnostik

Diese bedarf insbesondere der klinischen Inspektion, da *Candida albicans* zu der normalen Mundflora zählt. Insofern ist der alleinige Nachweis kein Beweis für eine Candida-Infektion. Erst nach einer massiven Vermehrung der Mikroorganismen treten Beschwerden und klinische Veränderungen auf⁴.



Abb. 2 Cheilitis angularis bei einem 30-jährigen männlichen Patienten.



Abb. 3 Erythematöse Candidiasis des Patienten aus Abbildung 2.



Abb. 4 Prothesenstomatitis bei einem 47-jährigen männlichen Patienten.



Abb. 5 Sogenannte „Abklatschläsion“ auf dem Zungenrücken bei Candida-Infektion mit erythematösem Aspekt am Gaumen (Patient aus Abb. 4).

Die Diagnostik umfasst eine Untersuchung des Patienten zum Ausschluss von Grunderkrankungen, sowie anderer begünstigender Faktoren, die eine Vermehrung des Candida-Wachstums ermöglichen. Zusätzlich kann ein mikrobiologischer Abstrich zum nativen oder kulturellen Keimnachweis erfolgen.

Therapie

Neben der Anwendung lokaler Antimykotika steht hierbei die Beseitigung prädisponierender Faktoren im Vordergrund: Es sollte ausgeschlossen werden, dass es sich um einen Kofaktor einer Prothesenstomatitis handelt. Entsprechend sind der Sitz der Prothese durch eine Unterfütterung und die Prothesenhygiene zu optimieren. Eine nächtliche Prothesenkarenz mit trockener Lagerung des Zahnersatzes kann eine Candidabesiedlung der Oberfläche reduzieren.

Wichtig ist zudem der Ausschluss von Allgemeinerkrankungen, welche eine Immunkompromittierung mit sich bringen. Hierfür ist gelegentlich ein Blutbild notwendig. Ein Ausschluss eines Mangels an Folsäure, Ferritin und Vitamin B₁₂, sowie gegebenenfalls die Substitution dieser

durch den Hausarzt ist vor allem bei einer Beteiligung der Mundwinkel zu empfehlen.

Ebenfalls berücksichtigt werden sollte die Einnahme oder Anwendung von Medikamenten. Dazu zählen eine erfolgte antibiotische Therapie⁵ oder die regelmäßige Anwendung glukokortikoidhaltiger Asthmasprays. Vorbeugend müssen Patienten bei regelmäßiger Anwendung eines solchen inhalativen Sprays danach mit Wasser gurgeln und spülen.

Die topische Behandlung der Candidiasis erfolgt durch Nystaderm Mundgel (Fa. Dermapharm, Grünwald), welches viermal täglich auf die betroffene Stelle (z. B. auf die Prothesenbasis) über einen Zeitraum von drei bis vier Wochen aufgetragen wird. Alternativ können Ampho-Moronal Lutschtabletten (Fa. Dermapharm, Grünwald) viermal täglich für drei bis vier Wochen verschrieben werden⁶. Nur in seltenen Fällen, also bei schweren Allgemeinerkrankungen wie Tumoren⁷ oder einer HIV-Infektion, sollte eine systemische antimykotische Therapie durch den Hausarzt in Erwägung gezogen werden. Eine Kontrolle sollte nach vier bis sechs Wochen nach Therapieeinleitung erfolgen.

Fazit

Bei einer oralen Candida-Mykose sollte immer an die „Krankheit des Kranken“ gedacht werden. Es kann sich also häufig um eine Sekundärerkrankung handeln, die durch bestimmte Faktoren wie eine gestörte Abwehrlage, medikamentöse Therapien oder Mangelerscheinungen hervorgerufen wird.

Literatur

1. Lewis MAO et al. Diagnosis and management of oral candidosis. *Br Dent J* 2017;223:675–681.
2. Powderly WG, Gallant JE, Ghannoum MA, Mayer KH, Navarro EE, Perfect JR.

Oropharyngeal candidiasis in patients with HIV: suggested guidelines for therapy. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1999;15:1619–1623.

3. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. *Clin Dermatol* 2016;34:487–494.
4. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D et al. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009;48:503–535.
5. Soysa NS, Samaranyake LP, Ellepola AN. Antimicrobials as a contributory factor in oral candidosis a brief overview. *Oral Dis* 2008;14:138–143.
6. Quindós G, Gil-Alonso S, Marcos-Arias C, Sevillano E, Mateo E, Jauregizar N, Eraso E. Therapeutic tools for oral candidiasis: Current and new antifungal drugs. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2019;24:e172–e180.
7. Davies AN, Brailsford SR, Beighton D. Oral candidosis in patients with advanced cancer. *Oral Oncol* 2006;42:698–702.



ZÄ Isabella Hase

E-Mail: isabella.hase@charite.de



Prof. Dr. Andrea Schmidt-Westhausen

Beide:

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charité Centrum 3 für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Bereich Oralmedizin, zahnärztliche Röntgenologie und Chirurgie
Aßmannhauser Str. 4–6, 4197 Berlin