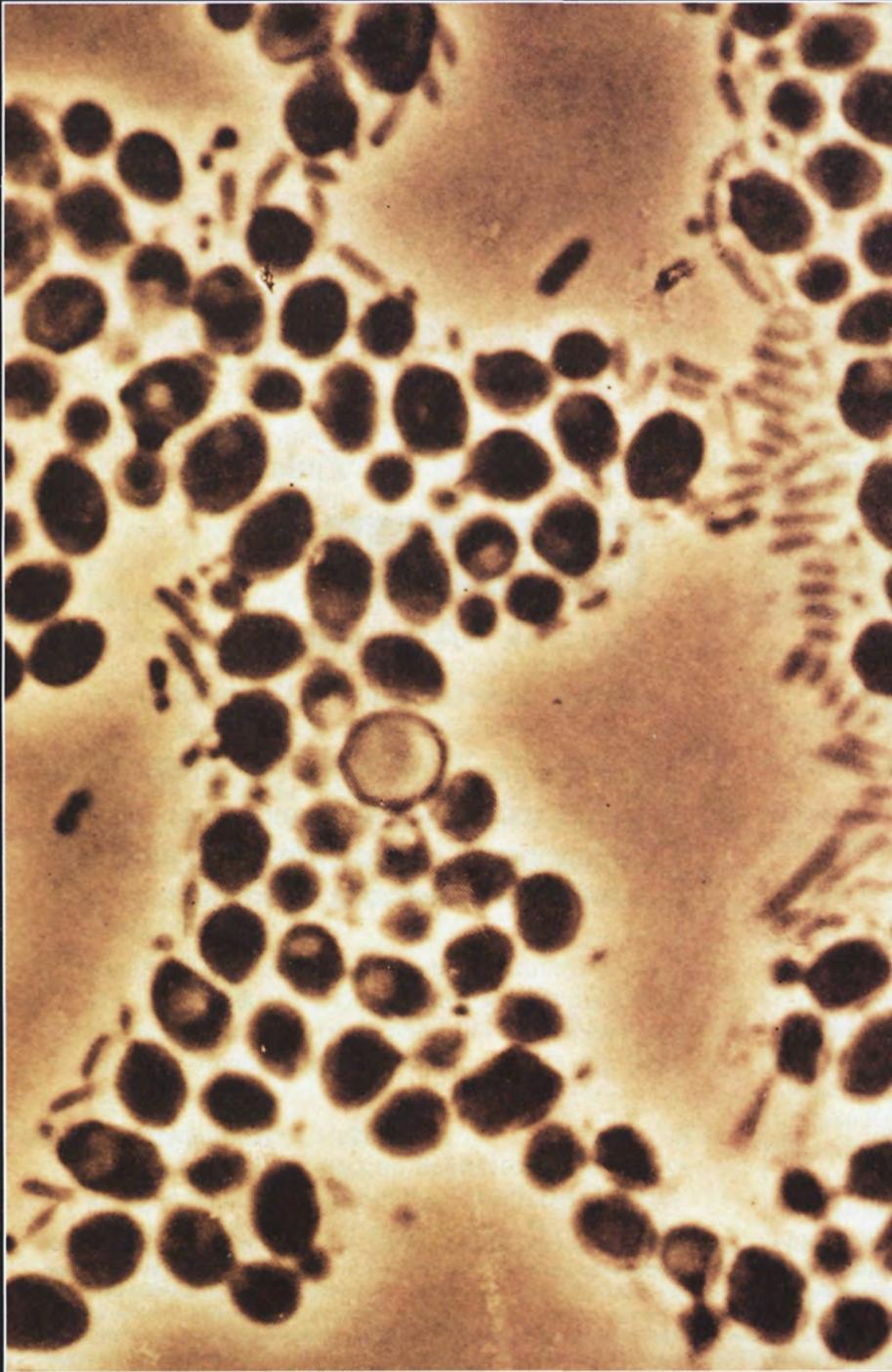


B 5655 F

Jahrgang 1991
Heft 1

pilzdialog

praktische Mykologie



Inhalt

- Mykologie ist nicht Bakteriologie
- Fragen und Antworten
- Dermatophyosen im Kindesalter
- 30 Jahre Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft
- Hochdosierte fungizide Frühtherapie
- Die Candidose – eine Breitbandmykose
- Gastritis, Helicobacter und Candida albicans
- Empfindlichkeitstests
- Referate, Tagung
- Kurzdialoge über aktuelle Probleme
- Buchbesprechungen Tagung



Gezielte hochdosierte fungizide Frühtherapie

H. Rieth, Hamburg

Frühtherapie bedeutet, eine Erkrankung schon dann mit therapeutischen Maßnahmen zu bekämpfen, wenn sie noch im Entstehen begriffen ist.

Zu diesem Zeitpunkt ist noch völlig offen, ob sich die ersten Krankheitszeichen womöglich ohne weiteres Zutun wieder von selbst erledigen, spontan abklingen, so daß - nachträglich betrachtet - Zuwarten gerechtfertigt war.

Bei zuvor Gesunden ist dies ein Alltagsgeschehen. Es wird dabei erwogen, daß ein allzu frühes Eingreifen den Selbstheilungsprozeß vielleicht sogar stören könnte.

Gezielt bedeutet, daß das Krankheitsgeschehen als solches nicht nur gemutmaßt wird, sondern sicher erkannt ist als Voraussetzung für die Therapie.

Fungizid heißt pilztötend, und hier beginnt die Diskussion. Ist das Abtöten von Pilzen eine therapeutische Maßnahme? Ist nicht zuerst einmal zu beweisen, daß die geklagten Beschwerden tatsächlich von nachgewiesenen - vielleicht nur zufällig entdeckten - Pilzen herrühren?

Abgesehen von der Vieldeutigkeit mancher Symptome, sind die im Lumen der Atemwege und des Verdauungstraktes durch pathogene Hefen ausgelösten Beschwerden noch nicht recht im differentialdiagnostischen Findungs- und Abwägungsprozeß verankert. Bei Blähbauch, Zwerchfellhochstand, Roemheld-Syndrom und unerklärlichen Abweichungen der Leberwerte werden Gärungshefen wie *Candida albicans* - wenn überhaupt - nur widerstrebend als ätiologische Faktoren in die Therapieplanung einbezogen.

Das Problem bei Schwerkranken

Schwerkranke und Schwerstkranke sind Risikopatienten, die in einem zu hohen Prozentsatz an einer Endomykose vorzeitig sterben. Daß der mykogene Exitus letalis durch rechtzeitig, d. h. frühzeitig einsetzende Therapie verhindert werden muß, ist eine Zielsetzung für das nächste Jahrzehnt.

Das Ziel ist in vielen Fällen erreichbar, wenn weit verbreitete Meinungen als falsch erkannt und neue Verhaltensmuster aufgebaut werden.

Drei-Punkte-Programm

1. These: Pathogene Hefen gehören nicht zur physiologischen Darmflora, auch nicht in kleinen Mengen. Um es salopp zu sagen: Diese Meinung kann man sich abschminken.

Die für kranke Menschen lebensgefährlichen Hefepilze mit pathogenen Fähigkeiten befinden

sich vorwiegend in den Zwischenzottenräumen, in kleineren oder größeren Divertikeln und in den Haustren des Dickdarmes. Die Anzahl der dort befindlichen Pilznester läßt sich nur sehr schwer schätzen, wenn der Darminhalt an den Schlupfwinkeln vorübergleitet und sie unbehelligt läßt.

Durch die natürlichen Epithelspalten, durch die nach der Emulgierung sehr kleine Fettkügelchen in den Lymphsinus der Zotten wandern, gelangen auch die Hefezellen in Lymph- und Blutbahn (Abb. 1). Dies gilt es zu verhindern. Dann ist die Hauptursache der mit Lebensgefahr verbundenen Mykosen innerer Organe beseitigt.

2. These: Eine spezielle Anti-Pilz-Diät stoppt die durch falsche Ernährung in Gang gesetzte üppige Vermehrung der krankmachenden Hefepilze und macht mit Hilfe von Pflanzenfasern die Pilzne-

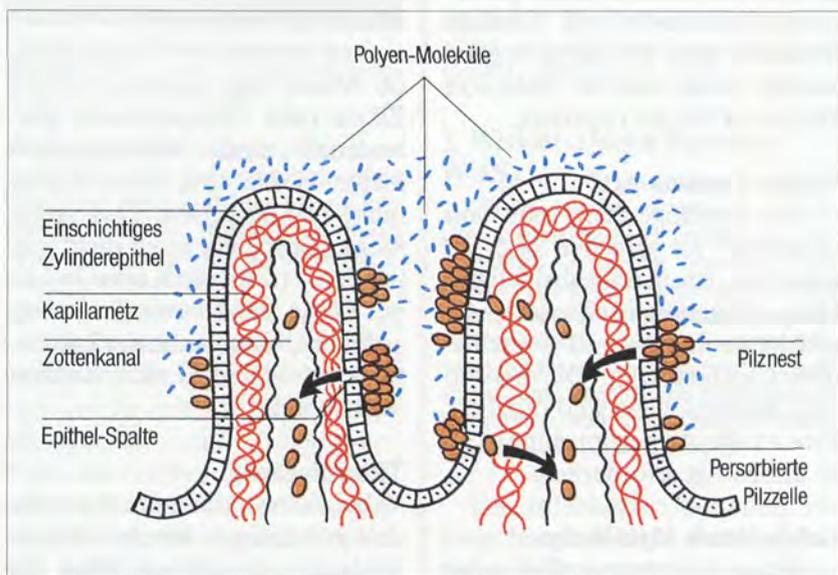


Abb. 1: Schematische Darstellung der Persorption von Hefezellen aus den Zwischenzottenräumen durch die Epithelspalten der Darmzotten

ster in den Schlupfwinkeln zugänglich für die nicht resorbierbaren Polyen-Antimykotika.

Die außerordentlich günstigen Erfolge dieser Diät haben zu einer Nachahmungswelle geführt, so daß – leider – von Autoren, die das Prinzip nicht verstanden haben – ein Sammelsurium von Fehlinformationen durch die Medien gestert.

3. These: Die nicht resorbierbaren Polyen-Antimykotika Amphotericin B und Nystatin müssen hochdosiert eingesetzt werden, damit sie fungizid wirken. Unterdosierungen führen nach vorübergehender Reduzierung der Pilzvermehrung zur Erholung der Pilzkolonien. Diese weitverbreitete Fehltherapie hat den Eindruck erweckt, man könne die Pilze überhaupt nicht endgültig loswerden – und außerdem „gehören sie ja zur normalen Darmflora“.

Hohe Dosis bedeutet, daß man zu Beginn der Therapie über die im Beipackzettel empfohlene Dosis hinausgeht, und zwar so lange, bis der Nachweis von *Candida albicans* oder einer anderen pathogenen *Candida*-Art, z. B. *Candida tropicalis*, zum erstenmal negativ ausfällt. Dann wird die Dosis von Woche zu Woche reduziert.

Welche *Candida*-Art?

Die Gepflogenheit, nur von „*Candida*“ zu sprechen oder zu schreiben, ist ein unbeabsichtigter Disqualifikationsnachweis. Es gibt heute mehr als 200 verschiedene *Candida*-Arten. Die meisten sind harmlos, viele sind nützlich. Eine exakte Artbestimmung ist also unbedingt erforderlich.

Gefahr durch Myzelhefen

Hefen, die imstande sind, echte septierte Fäden zu bilden, wie z. B. *Candida albicans*, sind besonders

gefährlich. Infolge Persorption in den Blutstrom gelangt, verklumpen Sproßzellhaufen in den Kapillaren. Aus einigen Sproßzellen entwickeln sich Fäden, die durch die Blutgefäßwand dringen und Granulome verursachen. (Abb. 2).



Abb. 2: *Candida albicans*-Granulom im Colon mit Kapillarembolien. Pilzfäden wachsen durch die Gefäßwand (RUPRECHT 1968)

Mundhöhle mitsanieren

Stets ist kulturell festzustellen, ob Mund und Rachen, kariöse Zähne oder Zahnprothesen pilzbesiedelt sind. Mikroskopisch kleine Herde sind ohne Kultur nicht nachzuweisen. Das Argument, Soorbeläge seien nicht vorhanden, ersetzt die Kultur in keiner Weise, denn bevor die Beläge auftreten, waren sie in der Inkubationszeit oder im Latenzstadium unsichtbar.

Therapiedauer

Bei Schwerkranken ist zumindest mit einigen Wochen Therapiedauer zu rechnen. Sind die Stuhlproben dreimal negativ geblieben (im Abstand jeweils von

etwa 2 Wochen), dann wird pausiert. Da Neuansteckungen von infizierten Personen, z. B. durch Küsse oder Eßgeschirr, möglich sind, sind monatliche Kontrolluntersuchungen ratsam.

Scheinprophylaxe

Prinzipiell allen Kranken „vorbeugend“ kleine Mengen Antimykotika zu geben, also unabhängig davon, ob Pilze mit pathogenen Fähigkeiten angesiedelt sind oder nicht, ist nicht zu empfehlen, zumal in solchen Fällen der CQ (Compliance-Quotient) sehr niedrig sein kann.

Literaturhinweise

1. KOHLER, M., SAUTER, P.: Ampho-Moronal® zur Behandlung von Gastrointestinalmykosen. *pilzdialog* 1/1987, 11-12.
2. MALE, O.: Persorption. Pathomechanismus und medizinische Bedeutung. *pilzdialog* 1/1988, 3-4 und 2/1988, 27-28.
3. RIETH, H.: Hefe-Mykosen. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1979.
4. RIETH, H.: Pathologische Gärungen im Darm durch pathogene Hefen. *pilzdialog* 1/1984, 9-10.
5. RIETH, H.: Anti-Pilz-Diät gegen pathogene Hefen im Intestinaltrakt. *pilzdialog* 3/1985, 47-48.
6. RIETH, H.: Myzelhefen im Darm, ein Risiko für Kranke! *pilzdialog* 2/1986, 33-34.
7. RIETH, H.: Pilzprobleme auf Intensivstationen. *pilzdialog* 3/1986, 45-46.
8. RUPRECHT, K. W.: Zum Pathomechanismus der hämatogenen *Candida*-Enteritis. *mykosen* 11, 843-846 (1968).
9. SCHNURR, H.: Behandlung von Oro-Gastrointestinalmykosen mit Ampho-Moronal®. *pilzdialog* 1/1989, 13.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans Rieth
Mykologisches Laboratorium
Universitäts-Hautklinik
Martinistraße 52
2000 Hamburg 20