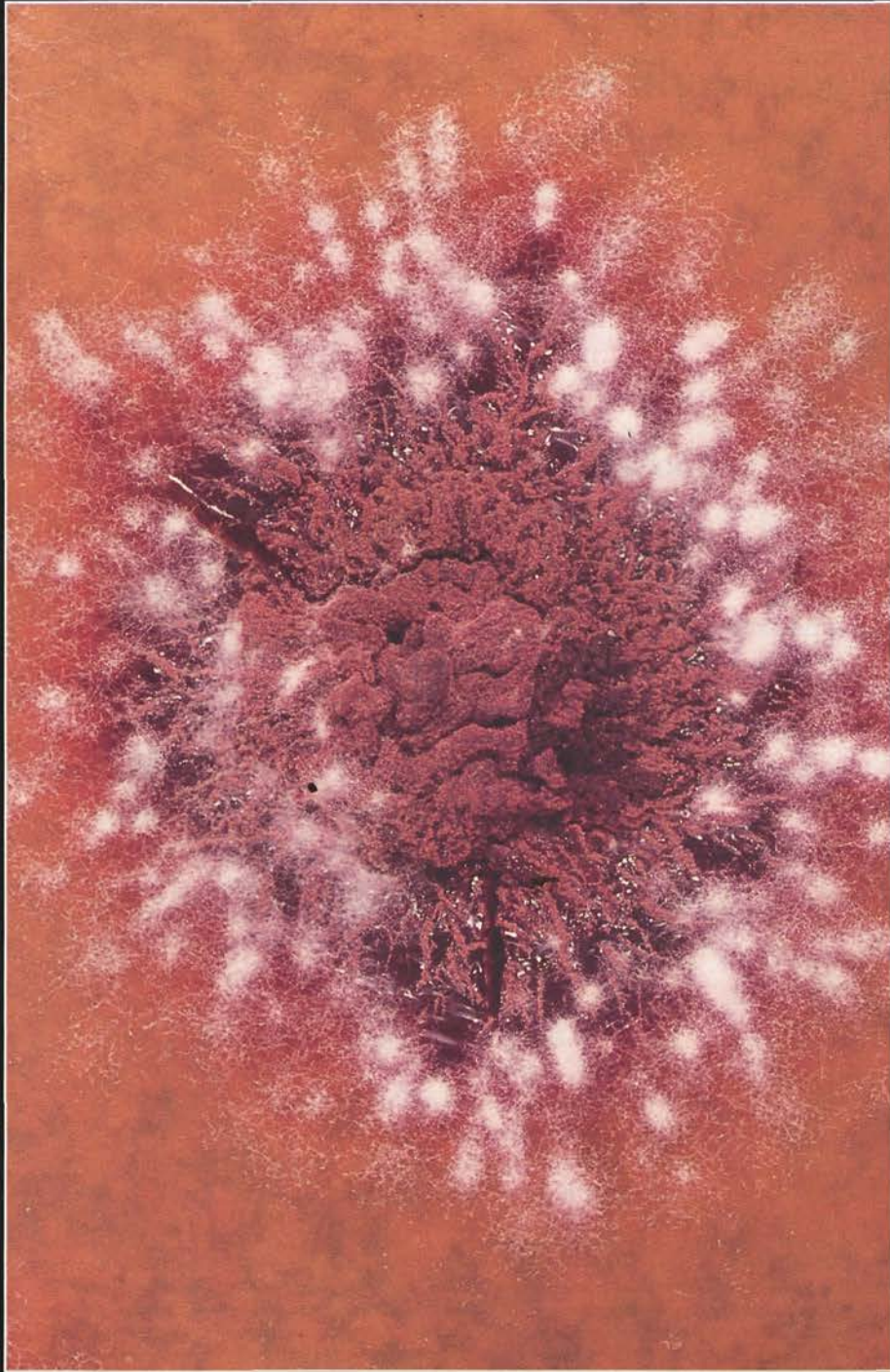


# pilzdialog

praktische Mykologie

Jahrgang 1991  
Heft 4



## Inhalt

- „Mykologischer Goldstandard“
- Fragen und Antworten
- Onychomykosen
- Mykosen als Massenerkrankungen
- Stuhluntersuchung auf Candida
- Mykologische Erfordernis
- Die MYK '91 im Fernsehen
- Schönlein-Plakette
- Gustav-Riehl-Preis
- Kurzdialoge über aktuelle Probleme
- Buchbesprechungen  
Tagungen



# Wann ist eine Stuhluntersuchung auf Candida indiziert?

S.-A. Qadripur, Göttingen

In die Laboratorien mit überwiegend mykologischer Funktion werden täglich unzählige Stuhlproben mit der Anforderung auf Pilznachweis geschickt. In den Begleitscheinen solcher Proben fehlen zum größten Teil der Anlaß der Stuhluntersuchung und die Krankheit, die den Patienten zum Arzt geführt hat. Die Bewertung der Befunde solcher Einsendungen wird zunehmend problematisch, vor allem wenn sich bei den Patienten anamnestisch keine Darmsymptomatik erkennen läßt.

Im Grunde genommen gibt es aber für die Stuhluntersuchung auf Pilze wie bei allen anderen Laboruntersuchungen auch Indikationen, wenn sie auch in der Praxis kaum beachtet werden. Diese Indikationen werden wie folgt aufgeführt:

## Stomatitiden durch Candida oder allgemein

1. Stomatitis bzw. Glossitis candidosa oder Stomatitiden allgemein. Hier dient die Stuhluntersuchung der Feststellung, inwieweit durch Verschlucken der Erreger mittels Nahrung der Darmtrakt mitbefallen ist. Die Mundaffektion ist klinisch-pathologisch die Folge einer Candida-besiedlung und die damit verbundene Gewebszerstörung. Nach der Klassifikation von LEHNER vom Jahre 1966 begegnet man bei Kindern meist akuten Formen, also pseudomembranösen und mit Pilzbelag versehenen Formen. Bei Erwachsenen können noch weitere, vor allem aber chronische Formen vorkommen. Die Klärung solcher Fälle erfolgt prinzipiell kulturell.

## Windeldermatitis

2. Windeldermatitis; um hier die Quelle der Infektion zu erfassen und durch ihre Sanierung gegebenenfalls einem eventuellen Rezidiv vorbeugen zu können, ist die Stuhluntersuchung erforderlich. Die Häufigkeit der Windeldermatitis dürfte je nach Stand der Hygiene, Alter des Kindes, Art der verwendeten Windeln, Jahreszeit und Klima sehr verschieden sein.

## Candida-Infektion als Hauptursache

Eine Candidainfektion wird neben der Dauerwirkung von Urin und Stuhl als Hauptursache der Windeldermatitis angesehen. In ihrer klassischen Form ist sie leicht zu erkennen; die befallenen Stellen sind meist stark gerötet, und die Leistenfalten, Gesäß, Schenkel, Unterleib und Genitalien sind in Mitleidenschaft gezogen.

Nach dem Erythem treten meist Papeln, Erosionen oder auch Pusteln auf, die zusammenfließende Flächen bilden. Da Candida albicans nicht zur normalen Hautflora eines Windelkindes gehört, wird angenommen, daß der Erreger durch den Stuhl dorthin gelangt. Somit ist dringend eine Stuhluntersuchung auf Candida erforderlich.

## Vulvovaginitiden

3. Bei Frauen mit chronisch-rezidivierenden Vulvovaginitiden, um ein etwaiges Infektionsreservoir für ein erneutes Rezidiv auszuschalten. Hier ist die Stuhluntersuchung neben weiterer Quellsuche notwendig. Bei chro-

nisch-rezidivierender Vaginitis fehlen meist die üblichen Symptome wie Pruritus und Brennen. Eventuell tritt ein Juckreiz nachts im Bett oder während eines warmen Bades auf. Ein Ausfluß kann jedoch stets vorhanden sein. Eine Verschlimmerung der Symptome wird häufig prämenstruell angegeben. Bei stärkerem Krankheitsgeschehen tritt dann die übliche Vulvabeteiligung auf mit Rötung, Schwellung, Belag und Exkoriationen der Haut. Papel- und Pustelbildung ist dann nicht ungewöhnlich.

## Fahndung nach dem Erreger

Vaginale Candidose, vornehmlich die chronisch-rezidivierende Form, stellt für den Arzt stets ein Problem dar. Der Arzt ist nämlich verpflichtet, in mühsamer Kleinarbeit die Quelle der Reinfektion zu ermitteln. Ohne dies erscheint eine erfolgreiche Therapie vollkommen illusorisch. Zu dieser Quellensuche gehört die Fahndung nach dem Erreger im Darmtrakt und im Mund-Rachenraum der Patientin sowie im Genitalbereich des Sexualpartners der Patientin. Weiterhin gehört zu diesem Programm die Aufdeckung einer Zuckerstoffwechselstörung oder aber Störung der zellulären Immunität. Auch ein latenter Eisenmangel führt zur Candidose.

## Ekzeme, Psoriasis, Neurodermitis, Dermatitis seborrhoides infantum

4. Bei generalisierten und therapieresistenten Ekzemen und Psoriasisfällen, weil die Hefepilze - falls sie im Darmtrakt vorhanden sind - durch ihre proteoly-



tischen Enzyme solche Hautkrankheiten triggern. Die Darmcandidose kann einen Provokations- und Manifestationsfaktor für bestimmte generalisierte und behandlungsresistente Dermatosen darstellen. Dieser Faktor ist heute für Psoriasis vulgaris, Neurodermitis constitutionalis sowie Dermatitis seborrhoides neonatorum verifiziert worden.

#### **Nicht resorbierbare**

#### **Polyen-Antimykotika günstig**

Gute therapeutische Resultate mit nichtresorbierbaren Polyenantimykotika sprechen dafür, welche im Zentrum für Dermatologie der Universität Frankfurt/Main seit geraumer Zeit routinemäßig durchgeführt werden.

#### **Neutropenie**

5. Neutropenische Patienten. Bei diesen Patienten wird Stuhl neben Rachenspülflüssigkeit in Abständen auf Pilze untersucht, um das Reservoir für eine Candidasepsis rechtzeitig aufzudecken bzw. einer Candidasepsis auf diese Weise vorzubeugen. Der Abbruch von immunologischen Schutzmechanismen wie etwa die Neutropenie, welche sich stets bei Patienten unter Immunosuppressiva manifestiert, prädisponiert die Patienten für Systemmykosen.

#### **AIDS-Patienten**

Auch die AIDS-Patienten, die ein pathologisches T-Helfer/T-Suppressor-Lymphozytenverhältnis aufweisen, sind obligate Kandidaten der Mykosen, die dann dramatisch verlaufen. Bei solchen Patienten ist eine Stuhluntersuchung neben Mund- und Rachenabstrich auf Pilze obliga-

torisch. Der Organismus solcher Patienten setzt sich immunologisch permanent mit den Erregern auseinander, welche ihre Schleimhäute besiedeln. Eine quantitative Pilzbestimmung, die in regelmäßigen Abständen durchgeführt wird, zeigt, inwieweit die Immunabwehr der Patienten noch in der Lage ist, der Invasion Herr zu werden oder aber dagegen versagt. Durch pathogenetische Vorgänge im Körper der Patienten werden dann die Hefepilze in die Lage versetzt, zum Krankheitserreger zu werden, und gleich wird der Darmtrakt angegriffen.

#### **Enterocolitiden**

Im Darm werden durch Candida unterschiedliche klinische Formen einer Enterocolitis beschrieben: von katarrhalischen bis hämorrhagisch-nekrotischen, von pseudomembranösen bis zu ulzerierenden Enterocolitiden. Diese Darmerkrankungen sind Spätformen und sind auch meist einer Therapie schwer zugänglich. Von hier aus beginnt die Streuung des Erregers im Blut.

#### **Wünschenswert:**

#### **Indikationsgerechtes Vorgehen**

Es wäre wünschenswert, wenn sich die Ärzte mit den Indikationen der Stuhluntersuchung vertraut machen würden. Es wird gefordert, daß bei diesen Indikationen eine Stuhluntersuchung unerläßlich durchgeführt werden muß. Eine blinde Stuhluntersuchung muß prinzipiell abgelehnt werden, zumal aus kassenwirtschaftlichen Gründen. Bei vielen Patienten aber wird im Rahmen routinemäßiger und orientierender Laborparameter auch der Stuhl auf

Pilze untersucht, obwohl sich aus der Anamnese des Patienten kaum ein Anhalt für das Vorhandensein der Pilze im Verdauungstrakt ergibt.

#### **Literatur**

1. BERG, R.W.; BUCKINGHAM, K.W. und STEWART, R.L.: The Role of Urine in Diaper Dermatitis. *Pediatr. Dermatol.* 3 102-106 (1986)
2. BUCKINGHAM, K.W. und BERG, R.W.: Etiological Factors in Diaper Dermatitis : The Role of Feces. *Pediatr. Dermatol.* 3 107-112 (1986)
3. BUSLAU, M.; MENZEL, I. und HOLZMANN, H.: Mykologische Stuhlbefunde bei Psoriasis und endogenem Ekzem: Quantifizierung, Klinik, Verlaufskontrolle. *Verh. Deutschspr. Mykol. Ges.* 8-10. Sept. 1988 Baden/Wien
4. LEHNER, T.: Classification and clinicopathological features of Candida infections in the mouth. In H.I. Winner und R. Hurley (Hrsg.): *Symposium on Candida Infections*, 119- 37 London, Livingstone
5. LISTEMANN, H. und MEIGEL, W.: Eine Methode zur quantitativen Bestimmung von Sprosspilzen. *Mykosen* 30 263-270 (1987)
6. MENZEL, I.; HOLZMANN, H. und BUSLAU, M.: Intestinaler Hefepilzbefall bei seborrhoischem Ekzem und seborrhoischen Formen der Psoriasis. Fragen nach dem Zusammenhang. *Verh. Deutschspr. Mykol. Ges.* 8-10. Sept. 1988 Baden/Wien
7. MÜLLER, J.; KAPPE, R.; JÄGER, R. und KUBITZA, D.: Die Erregerdiagnostik einheimischer, tieflokalisierter Mykosen. Hoffmann-La Roche AG Grenzach
8. ODDS, F. : *Candida and Candidosis*. Leicester University Press 1979
9. RIETH, H.: *Die Hefemykologie in der Praxis*. Lederle

Anschrift des Verfassers:

AOR Dr. med. S.-A. Quadripur  
Univ.-Hautklinik Göttingen  
V.-Siebold-Str. 3  
3400 Göttingen