

Mykosen der oberen Luftwege

An der Zunge kommt es meist zu einem „mediolingualen“ Ulkus von rhomboider Form und membranös bedecktem Ulkusgrund; subjektiv klagen die Patienten über Zungenbrennen. Wesentlich häufiger ist die Soorangina, die entweder als solche beginnt oder aber mit einer regulären Angina gepaart ist und dann einen besonders schweren Verlauf mit septischen Temperaturen nehmen kann. Die charakteristischen Beläge greifen gern auf Gaumenbögen und Uvula über; Lymphknotenschwellungen fehlen aber meist. Auch ein chronischer Verlauf der Soorangina über Monate und Jahre mit rezidivierenden Erosionen ist bekannt.

Larynx

Die meist vom Rachen fortgeleitete Candidiasis des Kehlkopfes befällt nur seine Oberfläche in Form membranöser Beläge. Davon ist, entsprechend der Ätiologie, zuerst meist der Kehlkopfeingang betroffen. Greift der Prozeß tiefer, was bei primärem Befall von vornherein der Fall ist, kommt es auch im Larynxinneren zu Rötung und ödematöser Schwellung der Stimm- und Taschenbänder mit den bekannten Membranbildungen, die auch subglottische Stenosen hervorrufen können. Bei Kleinkindern kann dabei, wegen der engen Kehlkopfverhältnisse, akute Atemnot mit Erstickengefahr bestehen. Die Dyspnoe ist das Kardinalsymptom der schweren Kehlkopfcandidiasis, bei der die Tracheotomie erforderlich werden kann. Eine Intubation ist wegen der Larynxstenose dabei unzuverlässig. Wenn nur der Kehlkopfeingang befallen ist, tritt im allgemeinen nur eine Dysphagie auf.

Nase- und Nasen-Rachen-Raum

Wie die Candidiasis des Kehlkopfes scheint die der Nase und der Nasennebenhöhlen eine seltene Krankheit zu sein; im allgemeinen handelt es sich dabei nur um eine Komplikation eines lokalen Grundleidens. An der Nase wird nicht

selten eine Kombination von Soor und Lupus beobachtet. Die Nasennebenhöhlen werden meist von der membranösen Form befallen.

Im Gegensatz zu den obersten Luftwegen sind Luftröhre und Bronchien öfter Sitz der Pilzkrankung. Sie breitet sich in der Trachea allerdings vorwiegend in descendierender Richtung aus, vom Oropharynx oder Larynx; die pathologischen Veränderungen sind dabei die gleichen.

Therapie

Ein überzeugend wirkendes Mittel gegen die Candidamykose gibt es nicht; die einzelnen Therapeutika müssen individuell erprobt werden. Empfohlen wird Jodkali und vor allem Nystatinum (Moronal®) und Trichomycin. Mitunter werden mit der Insulintherapie, bei der durch Herabsetzung des Blutzuckerspiegels die Lebensbedingungen der Pilze verschlechtert werden, Heilerfolge erzielt.

Bei Candidasepsis werden über längere Zeiträume Sulfadiazin (hohe Sulfonamiddosen) verabreicht, die man am besten mit Jodkali und Moronal kombiniert. Die Dosierung muß dabei bis an die Toleranzgrenze gehen. Selbstverständlich sind Antibiotika sofort abzusetzen. Bei Säuglingen und Kleinkindern können Diätumstellung, Vitamingaben sowie Plasmatransfusionen und gegebenenfalls Infusionen von Hyperimmenserum, dem man eine fungizide Wirkung beimißt, hilfreich sein. Die Vakzinetherapie mit abgetöteten Candida aufschwemmungen soll bei anergischen Patienten Erfolg haben.

Mundsoor

Der Mundsoor wird mit Pinselungen von ein- bis zweiprozentigem Gentianaviolett und gleichzeitiger Gabe von Vitamin-B-Komplex bekämpft. Auch Pinselungen mit 25prozentiger Boraxlösung, bei denen die Mundhöhle mit abgekoch-

tem Wasser oder Kaliumpermanganat gespült wird, können erfolgreich sein. Gleiches gilt auch für Pinselungen mit Borglycerin oder zweiprozentiger Pyoctaninlösung.

Literatur

Beckmann, G.: Mykosen am Larynx, in: Berendes, Link, Zöllner: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Bd. II/2, 922, Georg Thieme, Stuttgart 1963 — Theissing, G.; Schmidt, W.: Über das seltene Krankheitsbild der Sporotrichose im Nebenhöhlen- und Mundbereich mit Hautbeteiligung, Z. Laryngol. Rhinol. 36 (1957), 141 — Theissing, G.: Die zunehmende Bedeutung der Mykosen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege. Arch. Ohr-Nas. u. Kehlk.-Heilk. (1958) — Vosteen, K. H.: Die spezifischen Infektionen der Nase und der Nasennebenhöhlen, in: Berendes, Link, Zöllner: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Bd. I, 359, Georg Thieme, Stuttgart 1964.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. G. Theissing
852 Erlangen
Am Meilwald 27

Therapie in Kürze

Luxationen der Fingergelenke sind im frischen Zustand meist unproblematisch. Besteht die Luxation jedoch bereits längere Zeit, ist eine Arthrodese durchzuführen, wobei die Beweglichkeit des Gelenks geopfert werden muß. Eine weitere therapeutische Möglichkeit bietet sich in der Interpositionsplastik mit Fascia lata an. Ein neues Verfahren ist der alloplastische Fingergelenkersatz mit einem Silastikgelenk. Dabei werden die angrenzenden Gelenkflächen reseziert und die beiden Fortsätze des künstlichen Gelenks in das aufgebohrte Os metacarpale beziehungsweise in die Phalange eingesetzt. Der Kunststoffteil fungiert nur als lockerer Platzhalter für das destruierte Gelenk. Sorgfältige Kapselnaht, ferner die Streck- und Beugesehnen sichern die Gelenkführung. (Dietrich, F. E.; Kuner, E.: Dtsch. med. Wschr. 98 [1973], 1005–1006) cb