

CHEMO^{ZB MED}THERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie September/Oktober 2002 – 23. Jahrg.

Übersicht

Therapie von Nagelmykosen

Onychomykosen sind häufige Erkrankungen: etwa 3% (bis 13 %) der Erwachsenen sind betroffen und die Prävalenz nimmt offenbar zu. Die Nägel am großen und am kleinen Zeh sind am häufigsten betroffen, Fingernägel (Daumen, Zeigefinger) sind seltener infiziert. Prädisponierende Faktoren für eine Pilzinfektion sind Mikrotraumen, die etwa durch anhaltenden Druck auf die Nagelplatte entstehen können, sowie Angiopathien, periphere Neuropathien und Stoffwechselstörungen, wie z. B. Diabetes mellitus.

Nach klinischen Kriterien ist eine Einteilung in mehrere Gruppen üblich:

1. distale und laterale subunguale Onychomykosen,
2. proximale subunguale Onychomykosen,
3. superfizielle Onychomykosen,
4. Endonyx-Onychomykosen (durch *T. soudanense* oder *T. violaceum*) und
5. totale dystrophische Onychomykosen.¹

Diagnose

Neben der klinischen Beurteilung durch einen Dermatologen muss die Diagnose durch mikrobiologische Untersuchungen bestätigt werden, um günstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen. Differentialdiagnostisch müssen zum Beispiel chronische Nageldystrophien oder eine isolierte Nagelpsoriasis abgegrenzt werden. Untersuchungsmaterial vom infizierten Nagel wird in 10 - 20%iger Kalilauge nach einer Wartezeit von ca. zwei Stunden beurteilt. Der Nachweis von Hyphen oder Sporen zeigt eine Pilzinfektion an, die Identifizierung der Erregerart ist im Nativpräparat jedoch nicht möglich, diese erfolgt über die Kultur auf Spezialnährboden. Dermatophyten sind mit Abstand die wichtigsten Erreger der Nagelmykosen, am häufigsten wird *Trichophyton rubrum* nachgewiesen, des weiteren Epidermomykophyten, *T. tonsurans* und Epidermophyton floccosum vor; deutlich seltener verursachen auch Hefen und Schimmelpilze die Erkrankung.

Lokale Therapie

Die klinische Zuordnung zu einer der zuvor genannten Gruppen, zusammen mit dem mikro-

biologischen Befund, ermöglicht ein rationales therapeutisches Vorgehen. Distale und oberflächige Infektionen können oftmals durch eine ausschließlich topische Therapie hinreichend behandelt werden. Hierfür stehen zahlreiche Arzneizubereitungen zur Verfügung. Speziell zur Therapie der Nagelmykose wurden Lackzubereitungen mit den Wirkstoffen Amorolfin (LOCERYL) und Ciclopirox (NAGEL BATRAFEN) entwickelt. Die Freisetzung der Wirkstoffe aus den Lackzubereitungen ist in mehreren Studien nachgewiesen worden. Die besondere galenische Form verbessert die Compliance der Patienten. Weitere Substanzen, die sich zur lokalen Therapie bei Onychomykose als wirksam erwiesen haben, sind Miconazol (DAKTAR

u. a.), Clotrimazol (CANESTEN u. a.), Naftifin (EXODERIL) und Tioconazol (MYKONTRAL).

Die chirurgische Nagelextraktion wird heute nicht mehr durchgeführt, da neben anderen Nachteilen durch die Verletzung des Nagelbettes bleibende Nagelwachstumsstörungen verursacht werden können. Die atraumatische Entfernung des erkrankten Nagels durch eine 40%ige Harnstoffsalbe hat sich dagegen als Begleitmaßnahme bewährt. Im Handel ist eine entsprechende Salbenzubereitung, die darüber hinaus das antimykotisch wirksame Bifonazol enthält sowie Hilfsmittel zur Anfertigung der Okklusionsverbände (MYCOSPOR NAGEL-

Inhalt

5/2002

Übersicht

– Therapie von Nagelmykosen Seite 33 - 35

Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (47)

– Orchitis bei Mumps Seite 35

Neueinführungen

– Voriconazol Seite 35 - 36
 – Voriconazol versus Amphotericin B

Pädiatrie

– Weniger orale Antibiotika Seite 36 - 38
 – Risikofaktoren für resistente Pneumokokken
 – Azithromycin: hohe Dosierung erforderlich

Atemwegsinfektionen

– Inhaliertes Tobramycin bei zystischer Fibrose Seite 38
 – Empirischer Fluorchinoloneinsatz bei Tb-Verdacht?

Resistenz

– Erstmalig Vancomycin-resistente Staphylokokken! Seite 38 - 39

Leserbrief

Seite 39

Mittel der Wahl

– Mupirocin vor chirurgischen Eingriffen? Seite 39
 – Bakterielle Meningitis

Antibiotika und kardiale Verträglichkeit

QT-Verlängerung durch Chinolone Seite 39 - 40

Z. B.
2976
ZB MED