

Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft e. V.

Themen von gestern noch heute aktuell

Wie die Literatur-Rückschau zeigt, brachte bereits die erste Tagung der DMykG im Jahr 1961 den Teilnehmern eine Fülle neuer Erkenntnisse über das erste Antibiotikum mit systemischer Wirkung zur Behandlung von Dermatophyteninfektionen.

Bereits bei der Gründungstagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e. V. (DMykG) war die Tinea unguium zentrales Thema. Wie Gabriele Henning-Wrobel in einem Überblick aus Prof. Johannes Müller/Prof. Claus Seebacher: „50 Jahre Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft. Ein Rückblick auf die Gründungsveranstaltung am 15. Januar 1961“, Mykologie Forum 4/10–1/11, für DERMAforum zusammenfasst, berichteten Dr. med. M. Reichenberger und Prof. Dr. med. H. Götz im Vortrag „Zur Therapie der Tinea unguium mit Griseofulvin“ über erste Ergebnisse bei der beachtlichen Zahl von 206 Patienten. Davon wurden 60 Patienten mit vier mal 250 mg Griseofulvin täglich behandelt; von 47 nachbeobachteten Patienten waren nur 15 in mikroskopischen Kontrollen geheilt. Bei 146 Patienten wurde Griseofulvin nach Extraktion der kranken Nägel gegeben; hier waren nach zwei Monaten in allen Fällen die mikroskopischen Kontrollen negativ.

Antimykotikum mit begrenzter Reichweite

Die Ursache für die Probleme mit der Griseofulvin-Monotherapie bei Onychomykosen konnte Prof. Dr. med.

H. Grimmer, Berlin, aufklären. Von Ausnahmen abgesehen, „stellt die Lokalisation einer Pilzerkrankung



Prof. Claus Seebacher

durch Hyphomyzeten primär eine subunguale Mykose und keine Onychomykose im eigentlichen anatomischen Sinne dar. Die Reaktion des Epithels des Nagelbettes auf die pathogene Wirkung des Hyphomyzeten ist eine teilweise recht erhebliche Akanthose sowie wechselnd starke Hyperkeratose, die sich klinisch in einer Anhebung der Nagelplatte äußert.“ Diese Erkenntnis hat auch für die modernen Antimykotika ihre Bedeutung, da ruhende Arthrosporen,

die in subungualen Hohlräumen liegen, von keinem Antimykotikum erreicht werden können. Daraus folgt,



Prof. Johannes Müller

dass die Entfernung des kranken Nagels einschließlich der subungualen Hyperkeratosen zur Erhöhung der Heilungsrate erforderlich ist, ein Umstand, der von unseren Vorgängern sofort nach Einführung des Griseofulvins erkannt wurde, dann aber in Vergessenheit geriet – erst in der Fachinformation 2005 für ein Produkt findet sich, abgesehen von der AMWF-Leitlinie Onychomykose, erstmals wieder ein solcher Hinweis.

Zunehmende Resistenzen überprüft

Anfang der sechziger Jahre des vorigen Jahrhunderts begannen zunehmend Resistenzen gegen die damals verfügbaren Antibiotika ein Problem zu werden. Da war es folgerichtig, auch Griseofulvin darauf zu untersuchen. Ausgehend von immer wieder beobachteten Fehlschlägen bei der Behandlung wurde geprüft, ob eine Resistenz der Erreger gegen Griseofulvin nachweisbar war. Alle getesteten Stämme erwiesen sich jedoch als empfindlich. Wichtig war die Erkenntnis, dass in 8,6 Prozent der Fälle Mischinfektionen von Dermatophyten und Hefen nachgewiesen werden konnten – gegen Hefen ist Griseofulvin wirkungslos.

Priv.-Doz. Dr. med. F. Fegeler und Dr. med. G. Forck, Münster, referierten über die Nebenwirkungen der Griseofulvin-Therapie. Hier interessierten nicht nur die üblichen Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen, gastrointestinale Störungen usw., sondern es wurde auch über erwünschte Nebenwirkungen berichtet: So konnten die Autoren bei Patienten mit Onychomykose unter Griseofulvin regelmäßige eine Verbesserung der arteriellen Durchblutung der Akren durch Pulsamplitudemessungen nachweisen. Bei drei Patienten mit einer diffusen Sklerodermie war eine verblüffende Verbesserung der subjektiven Beschwerden zu beobachten. ve ♦

Quelle: Professor Johannes Müller, Emmendingen
Professor Claus Seebacher, Dresden