

Onychomykosen

Viel Motivation und Geduld nötig

Eine der schwierigsten Behandlungen ist die Therapie der Nagelmykosen. Gabriele Henning-Wrobel, Erwitte, fasst auf Basis der gültigen Leitlinien der DDG und DMykG Hinweise zu Diagnostik und Therapie zusammen.

Pilzinfektionen sind heute eine der häufigsten Infektionskrankheiten und die Tendenz ist steigend. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Tinea unguium zu einer wahren Volkskrankheit entwickelt. Während im 19. Jahrhundert Raymond Sabouraud in Frankreich nur von vereinzelt Fällen von Onychomykosen berichten konnte, sind heute in Deutschland vermutlich nahezu 15 Prozent der Bevölkerung betroffen. Häufigster Erreger ist Tricho-

phyton rubrum, er macht etwa 84 Prozent der Dermatophytenisolate aus, gefolgt von Trichophyton interdigitale (mentagrophytes). Sehr vereinzelt treten Epidermophyton floccosum und Microsporum-Arten auf. Nur die von Dermatophyten verursachten Formen werden auch Tinea unguium genannt. Neben Sprosspilzen können auch Schimmelpilze wie zum Beispiel Scopulariopsis brevicaulis oder Aspergillus spp. eine Nagelpilzkrankung verursachen. Ver-

mehrt kommen bislang seltene und zum Teil noch unbekannt und von daher schwer zu diagnostizierende Spezies vor und stellen den Dermatologen diagnostisch und therapeutisch vor besondere Herausforderungen.

Fortschritte in der Therapie

Griseofulvin wurde längst durch moderne und verträglichere systemische Antimykotika (zum Beispiel Imida-

zole, Triazole) abgelöst. Dennoch fordert die Therapie der Onychomykose immer noch ein hohes Maß an Geduld seitens des Patienten und Motivationsgeschick seitens des Arztes. Eine erfolgreiche Behandlung ist erst nach Monaten sichtbar und meistens nur durch eine Kombination aus systemischer und topischer Therapie (zum Beispiel Allylamine, Morpholine, Pyridone) möglich. Zusätzlich sind professionelle fußpflegerische Maßnahmen empfehlenswert. Onychomykosen werden von vielen Patienten zunächst nicht als behandlungsbedürftig eingestuft und so hat die Infektion oft über Jahre hinweg Zeit, sich zu



Gabriele Henning-Wrobel

manifestieren. Befürchtungen einer radikalen Behandlung in Form einer Nagelextraktion (obsolet) kommen von Patientenseite hinzu und vermutlich auch die Erfahrung fehlgeschlagener Therapieversuche. Zugebe-

Präparat	Wirkstoff (Darreichungsform)	Bemerkungen
Canesten® Extra Nagelset	Bifonazol 1 %, Harnstoff 40 % (Salbe)	atraumatische Nagelablösung
Onychomal®	Harnstoff 20 % (Creme)	atraumatische Nagelablösung
Nagel Batrafen®	Ciclopirox 8 % (Nagellack)	distale Onychomykose, Kombinationsbehandlung
Loceryl® Nagellack	Amorolfin 5 % (Nagellack)	distale Onychomykose, Kombinationsbehandlung
griseo ct	Griseofulvin mikrofein, Tabletten zu 125 und 500 mg	500 mg/d für 6–12 Monate, Tabletteneinnahme nach dem Essen
Lamisil®, Amiada®, Dermatol®, Myconormin®, Onymax®, Terbiderm®, TerbiGALen®, Terbinafin 1A Pharma, – AbZ, – AL, – beta, – CT, – dura, – HEXAL, – ISIS, – Kwizda, – ratiopharm, – Sandoz, – STADA, – Winthrop	Terbinafin, Tabletten zu 250 mg	250 mg/d für 3–4 Monate, bei Befall des Großzehennagels auch für = 6 Monate
Sempera®, Itracol HEXAL®, Itraconazol AL, –STADA®	Itraconazol, Kapseln zu 100 mg	2x200 mg/d für 7 Tage, 3 Wochen Pause; 3 Zyklen. Einnahme unzerkaut nach einer Mahlzeit Aus toxikologischen Gründen nicht länger als 3 Monate behandeln.
Diflucan® Derm, Flucobeta® Derm, Flucoderm, FlucoLich, Fluconazol Derm 50 – 1A Pharma, – AbZ, – AL, – GRY, –HEXAL Derm, – ratiopharm, – STADA, fluconazol von ct, Funazol derm	Fluconazol, Kapseln zu 50 mg	150 oder 300 mg einmal wöchentlich für 6–12 Monate

Auswahl Antimykotika (kein Anspruch auf Vollständigkeit) Quelle:AWMF Leitlinien der DDG und DMykG 2006



Ausgeprägte, über Jahre bestehende Onychomykose

nermaßen sind die Möglichkeiten sowohl der topischen wie auch der systemischen Substanzen begrenzt. Die Erfolgsraten liegen bei durchschnittlich 50 Prozent. Die Hoffnungen waren vermutlich größer, als im Jahr 2000 auf dem internationalen Kongress „Dermatology 2000“ in Vancouver von neuen systemischen Antimykotika die Rede war, deren keratinophile Eigenschaften für hohe Anreicherung der Substanz in den Hautanhangsgebilden sorgen sollte.

Nur die Pilzdiagnose gibt Sicherheit

Für die Entstehung der Onychomykosen. Meist werden verschiedene prädisponierende Faktoren verantwortlich gemacht: Vererbung, Angiopathien, periphere Neuropathien, zu enges Schuhwerk, Fußfehlstellungen, Mikrotraumata, Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen.

Als häufigste Form kommt die distolaterale subunguale Onychomykose vor. Seltener ist die proximale subunguale Onychomykose. Die Leukonychia trichophytica wird durch Trichophyton interdigitale (mentagrophytes) hervorgerufen und betrifft überwiegend die oberen Schichten des Nagelkeratins. Eine überwiegend durch Candida albicans verursachte Onychomykose ist die Onychia et Paronychia candidosa. Sie kann mit einer zusätzlichen Bakterienbesiedlung einhergehen. In den Leitlinien der AWMF heißt es weiter, dass „die Onychomykose differentialdiagnostisch von einer isolierten Nagelpsoriasis, von sogenannten Ekzennägeln und gelegentlich von einem Lichen ruber des Nagelorgans abgegrenzt werden muss. Daneben müssen die Differentialdiagnosen angeborene oder erworbene chronische Nageldystrophien mit einbeziehen. Ohne Pilzuntersuchung kann die Diagnose Onychomykose nicht mit hinreichender Sicherheit gestellt werden.“

Quelle: Tietz/Mendling: Haut – und Vaginalmykosen 2001 (Blackwell-Wissenschaft) AWMF Leitlinien der DDG und DMykG 2006