

Neue Therapieleitlinie

Tinea capitis In klinischen Ambulanzen und dermatologischen Praxen ist Tinea capitis eine häufige Diagnose. Eine zielgerichtete und adäquate Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung gehört, so Dr. med. Dieter Reinel, Hamburg, zur täglichen Routine, setzt aber spezielle Kenntnisse voraus.

Neben der genauen Anamnese und der klinischen Untersuchung sollte ein Erregernachweis einer Therapie vorausgehen. „Es ist wichtig zu wissen, ob es sich um Trichophyton oder Microsporum Spezies handelt“, betont Reinel. Einen ersten mykologischen Nachweis ermöglicht das Nativpräparat. Zur



Neben der genauen Anamnese und der klinischen Untersuchung sollte ein Erregernachweis einer Therapie vorausgehen.

Die Therapiedauer beträgt mindestens vier Wochen bzw. endet erst dann, wenn keine Pilze mehr nachweisbar sind.

genauen Erregerbestimmung sind Pilzkulturen oder PCR-Methoden notwendig.

Eine erfolgreiche Bekämpfung der Tinea capitis sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen sieht Reinel nur in der Kombinationstherapie mit einem topischen und systemischen Antimykotikum. Mit Verweis auf die aktuelle Leitlinie der AWMF vom Januar 2019 empfiehlt er Terbinafin oder Itraconazol. In therapierefraktären Fällen kann auch Fluconazol oder Voriconazol verordnet werden. Der Einsatz bei Kindern ist nur eingeschränkt möglich, da es nicht genügend Er-

fahrung gibt. Das für die antimykotische Therapie bei Kindern zugelassene Präparat Griseofulvin ist in Deutschland nicht mehr verfügbar, kann jedoch über die internationale Apotheke bezogen werden.

Wichtige Begleitmaßnahmen

Für die unterstützende topische Therapie werden u. a. antimykotisch wirksame Haarwasmittel eingesetzt. Als begleitende wichtige Maßnahme gilt: Alle Gegenstände

(Kämme, Bürsten etc.) und Kleidungsstücke (Mützen, Hüte, Schals etc.), auch Kissen und Möbel, an denen sich Pilzsporen befinden könnten, müssen gründlich gereinigt, desinfiziert oder notfalls ent-

Info

Die Leitlinie des AWMF



<https://bit.ly/2mePw4z>

sorgt werden. Die Therapiedauer beträgt mindestens vier Wochen bzw. endet erst dann, wenn keine Pilze mehr nachweisbar sind. Um ein erneutes Ausbrechen der Infektion zu vermeiden, sollten auch Familienmitglieder untersucht werden. Im Falle einer Kolonisation mit Pilzsporen erachtet Reinel eine topische antimykotische Therapie als ausreichend. | ghw



Dr. med. Dieter Reinel

Fallkonferenzen erfolgreich gestartet

Interdisziplinäre Fallkonferenzen Im Rahmen des neuen Vortragsformats „Interdisziplinäre Fallkonferenzen“ während der MYK 2019 stellte Prof. Dr. med. Birgit Willinger, Wien, den Fall einer 63-jährigen Patientin mit AML zur Diskussion.

Vorausgegangen war eine zweimalige Induktionstherapie mit FLAMSA-Regime, die ohne Remission blieb. Es erfolgte eine dritte Induktionstherapie mit FLAG-Regime, was zu einer Remission über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren führte. Eine nachfolgende Re-Induktionstherapie erzielte im weiteren Verlauf eine komplette Remission. Zehn Monate später wurde eine komplikationsfreie Knochenmarktransplantation (KMT) durchgeführt. Aufgrund einer kurzen Fieberperiode erhielt die Patientin zwei Tage vor der KMT Piperacillin/Tazobactam und ab der KMT und erneutem Fieber Meropenem und Teicoplanin mit gutem Ansprechen. Ab dem sechsten Tag nach

der KMT zeigte sich am linken Unterarm der Patientin eine furunkelähnliche, schmerzlose Läsion von 0,5cm Durchmesser. Die erste Verdachtsdiagnose lautete Pyoderma gangraenosum. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich kontinuierlich. Die Infektionsparameter nahmen zu und es gab keine Anzeichen eines therapeutischen Ansprechens.

Antimykotische Therapie - Wenn ja, womit?

Blutkulturen, Urinkulturen und Stuhlkulturen waren stets negativ. Am Tag neun kam Fosfomycin (4g) zum Einsatz und am Tag zehn Metronidazol (1.500mg). Es stellt sich nun die Frage nach einer antimykotischen Therapie. Ist sie sinnvoll? Wenn ja, womit? Die Entscheidung fiel auf Caspofungin ab dem elften Tag. Mittlerweile hatte sich die Hautläsion auf einen Durchmesser von 12cm ausgeweitet. Die Frage der Differenzialdiagnose richtete sich auf noduläre Vaskulitis, Hauttuberkulose, Sarkoidose, Lues, Mykose, Pyoderma gangraenosum. Trotz der Gabe von Cortison und Amphotericin B vergrößert sich die Läsion weiterhin, es tritt vermehrt Fieber auf und der CRP-Wert steigt an. Nach einer Biopsie liegt am 15. Tag das Ergebnis vor: Faden-

pilz. Eine systemische antimykotische Therapie mit Voriconazol wird eingeleitet. Am 25. Tag zeigt das CT multiple noduläre Veränderungen in beiden Lungen mit Halozeichen. Es kommt zur Sepsis und respiratorischen Insuffizienz. Die Patientin verstirbt am 41. Tag.

Es gibt bisher nur wenige Berichte, die Hautläsionen, Endokarditis (1971), katheterassoziierte Infektionen und pulmonale Infektionen (meist bei Leukämiepatienten) beschreiben.

Bislang nur wenig Beschreibungen

In der folgenden mikrobiologischen Untersuchung wurde Coprinus cinereus identifiziert, dessen Sporen ubiquitär in Erde, Blättern, Kompost und in der Luft vorkommen. Es gibt, so Willinger, bisher nur wenige Berichte zu Coprinus cinereus, die Hautläsionen, Endokarditis (1971), katheterassoziierte Infektionen und pulmonale Infektionen (meist bei Leukämiepatienten) beschreiben. | ghw



Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Willinger

Nationales Referenzzentrum für Pilzinfektionen

Invasive Mykosen Auf die Beratungsfunktion des NRZMyk hinsichtlich der mykologischen Diagnostik wies Prof. Dr. med. Oliver Kurzai, Würzburg/Jena, auf der Tagung hin.

Das vom Robert-Koch-Institut und dem Bundesministerium für Gesundheit berufene Nationale Referenzzentrum (NRZMyk) für invasive Pilzinfektionen ist Ansprechpartner für Ärzte und Mikrobiologen aus ganz Deutschland bei Fragen zur Diagnostik und Behandlung invasiver Pilzinfektionen. Neben einer gezielten Beratung bietet das NRZMyk auch spezielle diagnostische Verfahren zum Nachweis von invasiven Mykosen an.

Weltweite Kooperation mit Referenzlabors

Es kooperiert dabei mit Referenzlabors weltweit. Zum umfangreichen Leistungskatalog gehören u. a. molekularbiologische Direktnachweise von humanpathogenen Pilzen aus diagnostischen Materialien inklusive bioptischer Materialien und histopathologischer Präparate (paraffin-eingebettete Biopsien) sowie molekulare Feintypisierung von humanpathogenen Pilzen bei Verdacht auf Ausbruchssituationen (molekulare Methoden für verschiedene Spezies, insbesondere Aspergillus fumigatus, Candida albicans/parapsilosis und Pneumocystis jirovecii [aus DNA-Proben]). Die Beratung erfolgt in der Regel

telefonisch auf Basis von NRZMyk-Laborbefunden, ohne Kenntnis in Bezug auf den Patienten und ohne Kenntnis von Vorbefunden. | ghw



Kontakt

Prof. Dr. med. Oliver Kurzai
NRZMyk
Leibniz-Institut für Naturstoff-Forschung und Infektionsbiologie - Hans-Knöll-Institut
Adolf-Reichwein-Straße 23
07745 Jena
Tel.: 0931 / 3180092
Labor: 03641 / 532-1551 (Sprechzeiten: täglich 14.00 - 15.00 Uhr)
nrzmyk@hki-jena.de