

MYKOLOGIE FORUM

Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft e.V.



Mykologie Forum
Mitteilungen der
Deutschsprachigen
Mykologischen
Gesellschaft e.V.

Ausgabe 1/2000

MYKOLOGIE in unserer Zeit

Die medizinische Mykologie in Deutschland entwickelt sich seit einigen Jahren rasch. Gerade auch Teilaspekte, die in der Vergangenheit zwar als wichtig erachtet wurden, bei denen es aber letztlich kaum Fortschritte gab, tragen hierzu bei. Exemplarisch seien Epidemiologie- und Pathogenese-Forschung angeführt.

Aufgrund einer breit angelegten epidemiologischen Studie in mehreren europäischen Ländern - im Rahmen des sog. Achilles-Projektes - wissen wir heute, dass in Deutschland über 30 % aller Patienten, die einen Hautarzt aus welchem Grund auch immer aufsuchen, eine Pilzkrankung der Füße aufweisen. Dies ist eine erstaunlich hohe Quote, die die Bedeutung der medizinischen Mykologie in der Gegenwart unmittelbar deutlich macht. In Bezug auf die Pathogenese von Pilzkrankungen verstehen wir nicht zuletzt dank des Einsatzes molekularbiologischer und immunologischer Techniken immer besser, wie der einzelne krankheitserregende Pilz seinen Wirt schädigt und wie der Wirt auf die dafür verantwortlichen Virulenzfaktoren antwortet.

Die Therapie hat schon seit der Gründung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft im Jahr 1961 stets großes Interesse gefunden und dies hat sich auch immer wieder in für den Patienten bedeutsamen Verbesserungen der therapeutischen Möglichkeiten niedergeschlagen. Es ist aber dennoch von der Dimension her schon besonders bemerkenswert, wenn im letzten Jahrzehnt eine so weit verbreitete Erkrankung wie die Onychomykose von einer in der Regel unheilbaren Erkrankung zu einer in der Regel heilbaren Erkrankung geworden ist.

Auch wenn uns all dies zu Recht optimistisch stimmen kann, gilt es doch noch eine Reihe von z. T. sehr bedeutsamen Problemen zu lösen. Angesichts von zumindest auf manchen Gebieten immer knapper werdenden Mitteln kann dies nur gelingen durch eine Verbesserung der Kommunikation. Auch hier hat die Gesellschaft bereits in der Vergangenheit Akzente gesetzt. Schon vor einigen Jahren wurde auf Anregung von Herrn Prof. Müller, Emmendingen, der DMykG-Rundbrief geschaffen. Um seine Entwicklung hat sich der derzeitige Schriftführer

Editorial

Prof. Seebacher, Dresden, große Verdienste erworben. Seit mehreren Jahren werden die Inhalte des DMykG-Rundbriefs sowie weitere Informationen über Struktur und Funktion der Gesellschaft der interessierten Öffentlichkeit im Internet dargeboten. Frau Prof. Bernhardt, Greifswald, hat sich um den Aufbau des Internet-Auftritts große Verdienste erworben. In neuer Form wird er mit einer eigenen sog. „domain“ von Herrn Dr. Harmsen, Würzburg, weiterentwickelt. Seit dem 1.1.1999 ist mit „mycoses“ eine international anerkannte Fachzeitschrift in der heutigen globalen Wissenschaftssprache Englisch Organ der Gesellschaft. Die hohe Reputation dieser Zeitschrift, die sich u.a. auch in einem relevanten Impact-Faktor niederschlägt, verdankt sich insbesondere dem unermüdlichen Wirken des langjährigen Herausgebers, Prof. Müller, Emmendingen.

Nach Auffassung des Vorstands der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft kann dies alles aber nicht als allein hinreichend erachtet werden. Um die weitere Entwicklung der medizinischen Mykologie im deutschsprachigen Raum zu fördern, bedarf es auch einer lebendigen Mitgliederzeitschrift, die in kurzer regelmäßiger Folge in einer journalistisch ansprechenden Weise über Neuigkeiten berichtet. Die Nr. 1/2000 von „Mykologie-Forum“ stellt das Ergebnis etwa einjähriger Entwicklungsarbeit dar, für die es insbesondere Frau Henning-Wrobel zu danken gilt, die seit einigen Jahren erfolgreich die Medienarbeit der Gesellschaft verrichtet.

Ich hoffe, dass „Mykologie-Forum“, das im übrigen fortan den „DMykG-Rundbrief“ als offiziellen Teil einbegreift, auf die Zustimmung aller Mitglieder der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft und das Interesse aller an Pilzkrankungen interessierten Ärzte im deutschsprachigen Raum stößt. Ausdrücklich möchte ich dazu einladen, an der Gestaltung in Zukunft mit Rat und Tat mitzuwirken.

München, im Februar 2000

Prof. Dr. Hans C. Korting
Vorsitzender DMykG

Seite 3

Editorial



Mykologie in unserer Zeit

Von Professor Dr. med. H. C. Korting, München

Seite 14

Mykologie in Klinik und Praxis



Candidainfektionen stellen u.a. in der Intensivmedizin ein erhebliches Risiko für den Patienten dar. Dr. T. Steinmetz hat sich damit in einem umfassenden Werk auseinandergesetzt.

Seite 6

Rundbrief der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.



von Professor Dr. med. C. Seebacher, Dresden

Seite 15

Mykologie international



Diagnostische und therapeutische Erkenntnisse trägt „Mykologie international“ kurz und prägnant zusammen.

Seite 9

Mykologischer Kongress-Kalender



Zusammenstellung der aktuellen Veranstaltungen auf einen Blick mit allen wichtigen Informationen

Seite 18

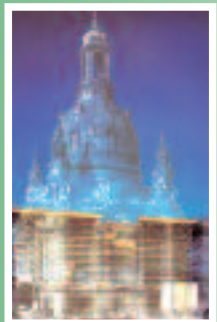
Institutionen



Berufung von Frau Professor Hannelore Bernhardt, Greifswald, in die Kommission Infektionsepidemiologie des RKI.

Seite 11

Kongress-Bericht

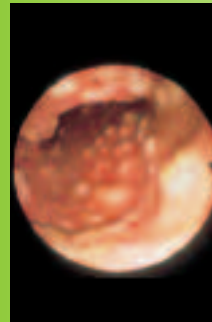


Die Jahrestagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft fand im Juni 1999 in Dresden statt.

Sie war gleichzeitig Gastgeberveranstaltung der European Confederation of Clinical Mycology. Rund 500 Mykologen und mykologisch interessierte Mediziner trafen sich in der sächsischen Landeshauptstadt. Europäische Forschungsprojekte und klinischer Erfahrungsaustausch standen u.a. auf dem Programm der internationalen Kongresstage.

Seite 19

Studien



Seite 21

Interview



Die nächste Jahrestagung der DMyKG e.V. findet vom 14. - 16. 9. 2000 in Berlin statt. Eine Vorausschau dazu gab uns Professor H.-J. Tietz, Charité Berlin, der zusammen mit Frau Professor Monika Schäfer-Korting, FU Berlin, die diesjährige Tagung leitet.

Seite 24

Leserforum



U. a. Dr.-Manfred-Plempel-Stipendium

Seite 25

Pharma-News



Pharmazeutische Unternehmen informieren

Seite 26

MYKolumne



Prominenter Fußpilzpatient gesucht!

IMPRESSUM

MYKOLOGIE FORUM

Mitteilungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.

Herausgeber:

Vorstand der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.

(DMyKG e.V.) H. C. Korting, Vorsitzender; H. Hof, stellv. Vorsitzender;

W. Fegeler, Kassenwart; C. Seebacher, Schriftführer.

Wissenschaftlicher Beirat:

Dietrich Abeck, München; Hannelore Bernhardt, Greifswald;

Margarete Borg-von Zepelin, Göttingen; Jürgen Brasch, Kiel;

Isaak Effendy, Marburg; Gabriele Ginter, Wien; J. Hacker, Würzburg;

Dag Harmsen, Würzburg; Gerhard Haase, Aachen

Gudrun Just-Nübling, Frankfurt; Ursula Kaben, Rostock;

Manfred Knoke, Greifswald; Marianne Kretschmar, Mannheim;

Peter Kujath, Lübeck; Peter Mayser, Gießen;

Werner Mendling, Frankfurt/O.; Joachim Morschhäuser, Würzburg

Fritz Mühlshlegel, Würzburg; Frank-Michael Müller, Würzburg;

Johannes Müller, Emmendingen; Pietro Nenoff, Leipzig;

Jörg Ritter, Münster; Martin Schaller, München;

Günter Schwesinger, Greifswald; Hans-Jürgen Tietz, Berlin.

Redaktion:

Gabriele Henning-Wrobel

Tel. 02943 486880 · e-mail: ghwpress@aol.com

Verlag:

PVV Science Publications

Siemensstr. 12 · 40885 Ratingen

Herstellung/Druck:

Preuss GmbH

ISSN-Nr. 1439-5673

Anzeigen:

SENT Science & Entertainment

Im Niederfeld 20 · 59597 Erwitte

Telefon 02943/486881

Telefax 02943/486882

Das MYKOLOGIE FORUM erscheint 4 x jährlich im März, Juni, September und Dezember

Auflage 5.000

Einzelheftpreis: DM 5,-, Sfr. 6,50, öS. 35

Jahresbezugspreis: DM 15,-, Sfr. 20,-, öS 120

Für die Mitglieder der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V. ist der Bezug kostenlos.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

im Namen des Vorstandes der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft wünsche ich Ihnen noch fast rechtzeitig zum Frühlingsanfang und zum bevorstehenden Osterfest alles Gute, vor allem Gesundheit, Schaffenskraft, aber auch Freude und Zufriedenheit.

Der Vorstand freut sich Ihnen mitteilen zu können, dass wir in Zukunft als offizielles Mitteilungsblatt der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft das MYKOLOGIE FORUM zur Verfügung haben. Diese Zeitschrift soll, so ist es geplant, 4 x im Jahr erscheinen. Sie werden hierin alle Informationen finden, die Ihnen bislang in den Rundbriefen zur Kenntnis gebracht worden sind. Durch die häufigere Erscheinungsweise des MYKOLOGIE FORUMs hoffen wir, damit auch zeitnaher und aktueller informieren zu können.

Darüber hinaus werden Sie in dieser Zeitschrift wissenschaftliche und Beiträge aus der Praxis sowie weitere Informationen vorfinden.

Wir wünschen uns, dass Sie diese Zeitschrift nicht achtlos zur Seite legen, sondern, dass sie die Brücke zwischen Vorstand und den Mitgliedern der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft werden möge.

Mit freundlichen Grüßen

*Professor Dr. med. C. Seebacher
 (Schriftführer)*



Myk' 1999 in Dresden

Der 5th Congress of the European Confederation of Medical Mycology, der zugleich die Myk' 99 war, ist Geschichte. Die Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft hat mit der Ausrichtung dieser internationalen Tagung einen wesentlichen Beitrag geleistet, ihr Ansehen auch international deutlich zu erhöhen. Von vielen Teilnehmern des Kongresses kamen Bekundungen ihrer Freude und Zufriedenheit über das hohe Niveau der wissenschaftlichen Beiträge, aber auch über das ausgezeichnet organisierte Rahmenprogramm. Stellvertretend sei hier der Brief des Präsidenten der ECMM, Professor B. Dupont, Paris, wörtlich wiedergegeben (in deutscher Übersetzung):

*Liebe Hannelore,
 es ist mir ein Bedürfnis, Dir und
 Deinen Mitarbeitern sowie der Deutsch-
 sprachigen Mykologischen Gesellschaft für
 die exzellente Organisation des 5. ECMM
 Kongresses in Dresden zu danken. Das
 wissenschaftliche Programm hatte ein
 hohes Niveau an Qualität und das Rah-
 menprogramm war exzellent. Ich weiß,
 wieviel Arbeit es bedarf, einen solchen
 Erfolg zu erreichen. Die Teilnehmer waren
 in hohem Maße zufrieden. Im Namen der
 ECMM danke ich Dir und Deinen Mit-
 arbeitern sehr herzlich.*

*Mit freundlichen Grüßen
 B. Dupont*

Das wissenschaftliche Programm enthielt 75 Vorträge, davon wurden 36 von deutschen Wissenschaftlern gehalten. 114 Posterbeiträge wurden ausgestellt. Die behandelten Themen umfassten die gesamte Mykologie, nicht zuletzt auch die in den letzten Jahren erreichten diagnostischen und therapeutischen Fortschritte. Insgesamt hat die Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft im internationalen Rahmen auf diesem Kongress gezeigt, was sie zu leisten vermag.

Alle Interessenten haben die Möglichkeit, die Abstracts sowohl der oralen Präsentationen als auch der Poster in „mycoses“ nachzulesen. Sie sind erschienen in „mycoses“ Bd. 42, Nr. 3, 1999 auf den Seiten 125-223.

Während des Kongresses fand am Sonnabend, den 5. Juni 1999, im Deutschen Hygienemuseum, Dresden, die ordentliche Mitgliederversammlung der DMyKG mit gleichzeitiger Wahl des Vorstandes statt.

In ihrem Rechenschaftsbericht hob die zu dieser Zeit Vorsitzende unserer Gesellschaft, Frau Pro-

fessor Hannelore Bernhardt, die Integration der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft in übergeordnete Gremien hervor. Als besondere Punkte nannte sie die Aufnahme der DMyKG in die „Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften“ (AWMF) sowie die Gründung einer Dachgesellschaft, die „Ständige Konferenz Infektiologischer Fachgesellschaften“ (SKIF). Der Deutsche Kongress für Infektions- und Tropenmedizin war zugleich der 1. Kongress der SKIF und fand vom 24.-27.11.1999 in München statt. Die DMyKG richtete auf diesem Kongress am Freitag, den 26.11.1999 von 15.30 - 17.00 Uhr ein eigenes Symposium zum Thema „Akute mykotische Infektionen“ aus.

Aktiv auf internationaler Ebene

Die Mitarbeit der DMyKG in der ECMM ist in den letzten Jahren deutlich verstärkt worden. Sichtbar wird dies mit der Austragung des 5. ECMM-Kongresses in Dresden. Darüber hinaus sind verschiedene Kolleginnen und Kollegen unserer Gesellschaft in europäischen Studiengruppen einbezogen, z.B. die Candidämie-Studie (Prof. H. Bernhardt, Greifswald), Kryptokokkose- und Histoplasmose-Studie (Dr. K. Tintelnot, Berlin) und die Tinea capitis-Studie (Prof. H.-J. Tietz, Berlin). Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit war der MiQ (Mikrobiologische Qualitätsstandard) Pilzkrankungen. Dieser MiQ wurde in Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie und der DMyKG erarbeitet unter der Federführung von Herrn Dr. Haase, Aachen, und Frau Priv.-Doz. Dr. Borg-von Zepelin, Göttingen. Insgesamt konnte die

Rundbrief



Ehrungen

Auf Vorschlag des Vorstandes der DMyKG werden folgende Mitglieder in Anerkennung ihrer großen Verdienste um die medizinische Mykologie und um die Gesellschaft durch die Mitgliederversammlung einstimmig zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Frau Professor Dr. Hannelore Bernhardt, Greifswald

Herr Professor Dr. Otto Male, Wien

Herr Akademischer Direktor Dr. Detlef Hantschke, Essen (Kettwig).

Die Überreichung der Ehrenurkunden soll anlässlich der Myk'2000 in Berlin erfolgen.

scheidende Vorsitzende eine stolze Bilanz der Arbeit des Vorstandes unserer Gesellschaft vorweisen.

Blickpunkt Qualitätssicherung

Herr Professor H.C. Korting, München, informierte die Mitgliederversammlung u.a. über die Qualitätssicherungsmaßnahmen, an denen die DMykG mitgearbeitet hat. Fünf Leitlinien zu Krankheitsbildern aus der Dermatomykologie sind erarbeitet worden und über das Internet an die AWMF bereitgestellt. Daneben sind diese Leitlinien in einem Supplementband der Zeitschrift „Der Hautarzt“ 1998 publiziert worden. Ringversuche i.S. der externen Qualitätskontrolle sollen für dermatomykologische Untersuchungen 1999 im zweiten Halbjahr begonnen werden. Als Ringversuchsleiter sind die Herren Professor H.-J. Tietz sowie Professor H.C. Korting berufen worden.

Seit dem 1.1.1999 verfügt die DMykG in Form von „mycoses“ über eine international anerkannte Fachzeitschrift mit definiertem Impact als Organ. Alle Mitglieder unserer Gesellschaft haben die Möglichkeit, zu deutlich günstigeren Konditionen „mycoses“ zu abonnieren. Probehefte sind abzufordern beim Blackwell Wissenschaftsverlag, Kurfürstendamm 57, 10707 Berlin (030/3279060)

Vorstand



Prof. Dr. Herbert Hof



Prof. Dr. Claus Seebacher



Priv.-Doz. Dr. W. Fegeler



Prof. Hans Christian Korting

Neuer Vorstand gewählt

Während der Mitgliederversammlung erfolgt die Neuwahl des Vorstandes. Gewählt wurden:

Herr Professor Dr. Herbert Hof, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Universitätsklinikum, Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg, als stellvertretender Vorsitzender.

Herr Professor Dr. Claus Seebacher, Dresden, als Schriftführer.

Herr Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Fegeler, Münster, als Kassenwart.

Den Vorsitz der Gesellschaft übernimmt nach Ablauf der Amtsperiode von Frau Prof. Hannelore Bernhardt satzungsgemäß Herr **Prof. Hans Christian Korting**, München.





Ancotil® Flucytosin Plus Amphotericin B

VERSTÄRKUNG DES ANGRIFFS VERBESSERUNG DES ANSPRECHENS

**Der Kombinationspartner
bei der wirksamen Behandlung
von Organmykosen**

**Generalisierte
Candidose,
Chromoblastomykose,
Kryptokokkose**

Ancotil® Wirkstoff: Flucytosin **Verschreibungsstatus/Apothekenpflicht** Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung des Arzneimittels Stoff- oder Indikationsgruppe** Antimykotikum mit systemischer Wirksamkeit. **Arzneilich wirksamer Bestandteil nach Art und Menge** 1 Flasche Ancotil, Infusionslösung (250 ml), enthält 2,5 g Flucytosin in isotonischer Infusionslösung. **Sonstige Bestandteile** Natriumchlorid; Salzsäure; Tris(hydroxymethyl)-aminomethan und Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete** Generalisierte Candidose, Chromoblastomykose, Kryptokokkose. **Gegenanzeigen** Allergie gegen Flucytosin. Verwendung bei Schwangerschaft und Laktation: Ein genotoxisches Potential von Flucytosin ist nicht auszuschließen. Flucytosin ist im Tierversuch teratogen. Über die Teratogenität von Flucytosin beim Menschen liegen bisher keine ausreichenden Daten vor. Angaben über die Plazentagängigkeit und Konzentrationen in der Muttermilch liegen ebenfalls nicht vor. Flucytosin ist daher in der Frühschwangerschaft (1. Trimenon) kontraindiziert und sollte auch während des weiteren Verlaufs der Schwangerschaft nur bei vitalen Indikationen unter strengster Nutzen-Risiko-Abwägung verordnet werden. Dies gilt auch für die Stillperiode. **Nebenwirkungen** Die Nebenwirkungen von Flucytosin betreffen hauptsächlich den Gastrointestinaltrakt, die Leber und das Knochenmark. Schwere Nebenwirkungen können bei erhöhten Serumkonzentrationen von Flucytosin auftreten (z.B. bei Niereninsuffizienz, wenn die Dosierung nicht der reduzierten Ausscheidungsfunktion der Niere angepasst wird). Einzelfälle mit ulcerierender Colitis und Darmperforation sind bekannt. Ebenso wurde in Einzelfällen über Hepatomegalie und Leberzellnekrosen mit letalem Ausgang berichtet. Desweiteren wurde in Einzelfällen über myokardiale Toxizität und ventrikuläre Dysfunktion berichtet. Eine Agranulozytose wurde als schwere hämatologische Nebenwirkung in seltenen Fällen beschrieben. Bei Patienten, die mit Immunsuppressiva behandelt worden sind, kann eine irreversible Schädigung des Knochenmarks auftreten. Diese Patienten sollten daher besonders sorgfältig überwacht werden Gelegentlich werden folgende Nebenwirkungen beobachtet: – Magen-Darm-Beschwerden (Durchfall, Übelkeit, Erbrechen). – reversibler Anstieg der Serumtransaminasen. – Blutbild-

veränderungen mit Anämie, Leukopenie, Granulozytopenie und Thrombozytopenie in Abhängigkeit von einem evtl. erhöhten Serumspiegel. – Hautausschlag, in Einzelfällen wurde das Auftreten des Lyell-Syndroms beobachtet. – Selten kommt es zu Halluzinationen, Schwindel, Kopfschmerzen und Müdigkeit. In Einzelfällen sind allergische Reaktionen sowie Krämpfe beobachtet worden. Meistens treten die Störungen in den ersten 2 – 3 Therapie-wochen auf. Die Nebenwirkungen können bei einer Kombinationstherapie mit Amphotericin B und anderen potentiell nephrotoxischen Substanzen häufiger auftreten. Es kann dementsprechend zu erhöhten Wirkstoffspiegeln von Flucytosin im Serum kommen, wenn die Dosis nicht der reduzierten Nierenfunktion angepasst wird. Auswirkungen auf Kraftfahrer und die Bedienung von Maschinen: Bei systemischer Anwendung von Flucytosin sind Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit und der Fähigkeit zur Bedienung von Maschinen möglich, wegen der in der Regel stationären Therapie jedoch meist irrelevant. **Dauer der Haltbarkeit** 2 Jahre. Eine Teilentnahme aus den Infusionsflaschen ist möglich, der Rest muß nach spätestens 24 Stunden aufgebraucht werden. Nach Ablauf des auf der Packung angegebenen Verfallsdatums soll das Präparat nicht mehr angewendet werden. **Besondere Lager- und Aufbewahrungshinweise** Flucytosin ist bei Temperaturen von + 18 °C bis + 25 °C stabil. Wird es bei höheren Temperaturen gelagert, findet zum Teil ein Umbau zu 5-Fluoruracil statt (nicht sichtbar). Aufbewahrung unter + 18 °C kann Ausfällungen zur Folge haben. Diese können durch Erwärmung bis zu 3 Stunden auf maximal + 60 °C unter **mehrmaligem kräftigem Schütteln** wieder in Lösung gebracht werden. Die Qualität von Ancotil wird dadurch nicht beeinflusst.

ICN Pharmaceuticals Germany GmbH

Bolongarostrasse 82 – 84
65929 Frankfurt am Main



Tagungen und Veranstaltungen 2000

13. - 25. März 2000 in Würzburg (inkl. Samstag)

Medizinisch-Mykologischer Kurs

Deutschsprachiger CBS-Pilzkurs an der Universität Würzburg

Unter der Schirmherrschaft der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft & der DGHM-Fachgruppe „Eukaryote Krankheitserreger“

Ort: Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg

Kursleitung: G.S. de Hoog (Baarn, Niederlage, M. Weig und D. Harmsen (Würzburg)

Der Kurs richtet sich insbesondere an Mediziner, humanmedizinische und veterinärmedizinische Mikrobiologen, Hygieniker, Biologen, technische Assistenten und Umweltmediziner. Mykologische Vorkenntnis sind nicht erforderlich.

Kursziele: Die Artbestimmung von medizinisch relevanten Schimmelpilzen und Hefen wird erlernt. Als Grundlage dazu dient der Atlas of Clinical Fungi (ed. G.S. Hoog & J. Guarro), neben dem Erlernen der gängigen mykologischen Labordiagnostik (Präparation, Mikroskopie) und moderner molekularbiologischer Methoden wird eine Vielfalt von fakultativ und obligat pathogenen Pilzen vorgestellt und untersucht. Die klinische Bedeutung der verschiedenen Pilzgruppen wird erläutert. Besondere Berücksichtigung finden dabei die Gattungen Candida, Aspergillus, Dermatophyten, schwarze Hefen und für immunsupprimierte Patienten pathogene Pilze sowie systemische und neurotrope Pilze.

Auskünfte über G.S. de Hoog (+31-35-54-81253, Niederlande) und D. Harmsen (0931-201-3905, Würzburg).

Anmeldung: Die Anmeldung erfolgt schriftlich über das Sekretariat des Instituts für Hygiene. Die Kursgebühr beträgt DM 2.200,- (inkl. Mittagessen und 1 Ed. Atlas of Clinical Fungi). Unterkunft, Frühstück und Abendessen sind nicht enthalten. Zahlung: Dr. Harmsen Dag, Kto.-Nr. 2497667, Städt. Sparkasse Würzburg (BLZ 790 500 00) Verwendungszweck: CBS 2000. Da nur eine begrenzte Anzahl von Kursplätzen zur Verfügung steht, ist eine frühzeitige Anmeldung ratsam.

Anmeldeformulare erhalten Sie über: Institut für Hygiene, Uni Würzburg, z.Hd. Herrn Dr. D. Harmsen, Josef-Schneider-Str. 2, Bau 17, D-97080 Würzburg, Tel. 0931-201-3905, Fax 0931-201-3445, e-mail: dharmsen@hygiene.uni-wuerzburg.de

7. - 8. April 2000 in Göttingen

Interdisciplinary Forum on Aspergillosis

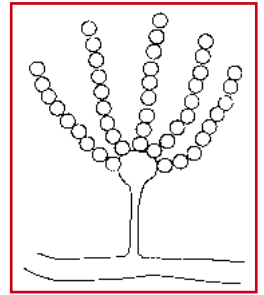
Veranstalter:

DMyKG und DGHM-Fachgruppe
„Eukaryote Krankheitskeime“

Leitung und Organisation:

Professor Dr. med. U. Groß

(Abt. Bakteriologie, Hygiene Institut der Universität, Kreuzberggring 57, 34075 Göttingen, Tel. 0551-395-806, Fax 0551-395-861) Programm siehe Seite 21.



8. - 12. Mai 2000 in Buenos Aires, Argentinien

14th Congress of the International Society for Human and Animal Mycology ISHAM,

Information:

Congresos Internacionales S.A. Moreno 584, Piso 9 (1091), Buenos Aires, Argentina

Tel. +54-11-43 42-32 16 & 32 83 / 34 08

Fax. +54-11-43 31-02 23 / 43 34-38 11

e-mail: 14-isham@congresosint.com.ar

Webpage: <http://www.infosur.com.ar/isham>

2. - 4. September 2000 in Poznan (Posen)

10th International Mycological Symposium of PTS.

Chairmen of the organisational Committee are:

Assoc. Prof. Zygmunt Adamski, Dr. Romuald Maleszka

Information and address of correspondence:

Medical mycology Department of Darol Marcinkowski Academy of Medicine in Poznan ul. Przybyszewskiego 49, PI-60-350 Poznan

Phone: +48-(61)869-12-85,

Fax +48-(61)867-12-32

14. - 16. September 2000 in Berlin • MYK'2000

Wissenschaftliche Tagung der deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft

Anmeldung über AKM GmbH, Ausstellungs- und Kongress-Management, Alte Holstenstr. 1, 21031 Hamburg, Tel. 040-7 2130 53



5th Congress of the
European Confederation of Medical Mycology
and
33. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen
Gesellschaft



Klinische Mykologie: Interdisziplinär und europäisch

Die Europäisierung der Mykologie zeigt sich nicht nur darin, daß die diesjährige, 33. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMyG) erstmals zusammen mit dem 5th Congress of the European Confederation of Medical Mycology (ECMM) stattfand und etwa 500 Teilnehmer aus aller Welt nach Dresden führte, sondern auch in europaweit gemeinsamen Forschungsprojekten. Gerade bei Erkrankungen, deren Inzidenz noch nicht genau bekannt ist, wie z.B. Candida-Infektionen und Candida-Sepsis, gelangt man schneller zu gesicherten Aussagen über die Häufigkeit, die bestimmenden Risikofaktoren und den Pathomechanismus, wenn die Daten nicht nur national gesammelt, sondern auch international erhoben und ausgewertet werden, weil man so höhere Fallzahlen und größere Vielfalt erzielt. Ein Beispiel dafür ist die laufende Candidämie-Studie, wie Prof. Hannelore Bernhardt von der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, auf der Pressekonferenz zur MYK '99 sagte. Weitere europäische Arbeitsgruppen

Kongreßberichte

beschäftigen sich mit der Erfassung der Tinea capitis und seltenen Erkrankungen wie der Kryptokokkose und der Histoplasmose, die infolge der hohen Reiseaktivität auch hierzulande vorkommen kann.

Welche Risikofaktoren prädestinieren für eine Pilzinfektion?

Abwehrschwäche als wesentlicher Risikofaktor für Mykosen betrifft längst nicht mehr nur hämatologische (Leukämie), sondern auch rein onkologische Patienten unter immunsuppressiver Therapie. Es sei oft erschütternd, wenn Patienten nach erfolgreicher Tumorbehandlung z.B. an einer rasant verlaufenden Aspergillose sterben, weil einfach keine Abwehrkräfte mehr vorhanden sind, so Bernhardt.

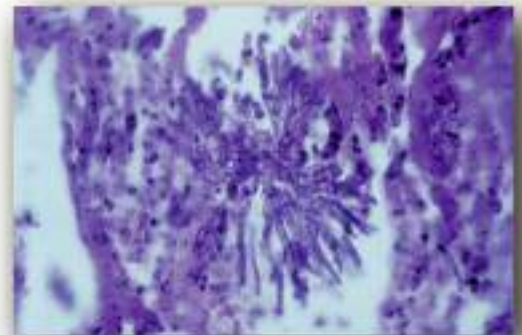
Candida in Urinkulturen

Das Auftauchen von Candida-Hefen im Urin kann bei Schwerkranken Anzeichen für eine systemische Infektion sein - insbesondere dann, wenn die Konzentration dieser Hefepilze $\log 3,0$ CFU/ml überschreitet. Auch bei nachgewiesener Candidämie fand sich aber nicht immer eine Koinzidenz mit der Candidurie, wie Prof. Manfred Knoke et al. (Greifswald) in einem Posterbeitrag berichteten.

Expositionsprävention für alle Patienten ist zu teuer

Bei Transplantationspatienten kann man durch Isolation und Reinraumtechnik relativ gut verhindern, daß die Patienten in diesem gefährdeten Zustand Aspergillussporen einatmen. Diese Art der Prophy-

Pulmonale
Aspergillose



laxe ist aber zu aufwendig, um sie allen Tumorpatienten anzubieten. Hochrisikopatienten erhalten zudem eine medikamentöse Aspergillus-Prophylaxe mit Amphotericin-B. Genaue Erfolgsraten sind aber kaum anzugeben, zumal dieses Medikament nicht gerade gut verträglich ist, erklärte Bernhardt. Dagegen gibt es gute Prophylaxestrategien, um eine Kolonisierung mit Candida-Hefen zu verhindern, die auf Schleimhäuten siedeln und neben Aspergillen zu den wichtigsten Problempilzen zählen.

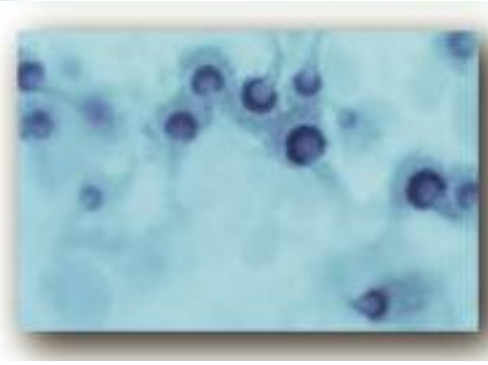
Onychomykosen oft nicht komplett ausgeheilt

Wenn nach abgeschlossener Therapie erneut Pilze im Nagel nachweisbar sind, fragt sich ob eine neue Infektion vorliegt oder die alten Erreger resistent geworden sind. Dr. M.A. Ghannoum et al. (Cleveland) haben bei Patienten unter Terbinafin-Therapie über längere Zeit Proben vom jeweils gleichen Zehennagel mittels molekularbiologischer Methoden untersucht. Dabei hat sich gezeigt, daß die am Ende erneut gefundenen Pilze zum großen Teil dieselben Trichophyton-rubrum-Stämme waren, wie zu Beginn der Therapie. Auch die in-vitro-Empfindlichkeit der Pilzstämme gegen verschiedene systemische Antimykotika hatte sich kaum verändert. Offenbar haben sich die Patienten nicht neu infiziert, sondern die Pilze sind nicht 100%ig eliminiert worden. Letztlich reicht 1 Spore aus, um eine Neuentwicklung der Mykose in den Nägeln zu starten. Daher ist zu überlegen, ob man sich immer nur auf die Antimykotika verlassen sollte, oder nicht besser den pilzkranken Nagel durch chemochirurgische Onycholyse entfernen sollte, um bessere Ergebnisse zu erreichen, meinte Seebacher.

Schimmelpilze als Sinusitis-Auslöser

Auch bei immunkompetenten Menschen besiedeln Pilze offenbar häufiger als bisher angenommen die Nasennebenhöhlen, ähnlich wie präformierte Hohlräume der Lunge. Bei jedem dritten, wegen chronischer Sinusitis endoskopisch operierten Patienten fanden sich im Operationspräparat Pilze, wie Dr. Irina Vennewald (Dresden) et al. berichteten. Interessanterweise wurde dort nie Candida gefunden,

Aspergillus fumigatus



sondern ganz überwiegend Aspergillus fumigatus. Dabei handelt es sich allerdings meist nicht um eine invasive Mykose, da die Pilze nicht ins Epithel einwachsen. Sie benutzen den Schleim als Nährboden und bilden z.T. dicke Pilzbälle, die man auch im CT erkennen kann. Möglicherweise wird die Obstruktion dadurch etwas verstärkt. Ansonsten gibt es keine spezifische Symptomatik. Gefährlich werden kann dies aber, wenn es zu einer malignen Erkrankung mit Immunsuppression kommt, zumal man eine Aspergillus-Infektionsquelle weniger im Patienten selbst als vielmehr in der Umgebung vermutet. Seebacher kritisierte, daß im deutschen Schrifttum in solchen Fällen immer noch von Mykose gesprochen werde, obwohl es sich lediglich um eine kommensale Aspergillus-Besiedlung einer präformierten Körperhöhle handelt.

Aspergillose nach Scheunenarbeit

Auch die Lunge kann von einer nicht-invasiven Aspergillose betroffen sein, wie ein von Dr. Ursula Kaben et al. (Rostock) geschildeter Fall verdeutlicht. Ein 60jähriger Rentner ohne disponierende Erkrankungen zeigte 2 Monate nach dem Entfernen von altem Stroh und Heu aus einer Scheune Pneumoniesymptome mit bronchopulmonalen Infiltraten beidseits und massiven Gewichtsverlust. Eine initiale Levofloxacin-Therapie blieb ebenso ohne Erfolg, wie die Behandlung mit Ampicillin und Doxycyclin wegen Verdachts auf atypische Pneumonie. Erst unter oraler Gabe von Itraconazol (400 mg/Tag) und zusätzlicher Inhalation von Amphotericin-B trat allmählich Besserung ein. Die Behandler befürchten aber, daß der Patient trotz erfolgreicher Therapie (4 Monate) eine Lungenfibrose zurückbehalten wird.

HIV-Proteasehemmer hemmen auch *Candida albicans*

Die bislang häufigste opportunistische Infektion bei HIV, die orale Candidose, ist seit Einführung der HIV-Proteasehemmer in der Anti-HIV-Therapie in den letzten Jahren sowohl von der Inzidenz als auch der Schwere der Manifestation deutlich zurückgegangen. Dies hat man zunächst einfach auf die Verbesserung des Immunstatus unter 3fach-Therapie aus Proteasehemmer und Nukleosidanaloga zurückgeführt. Nun hat sich jedoch herausgestellt, daß ein Virulenzfaktor von *Candida albicans*, die sogenannte sezernierte Aspartat-Proteinase (SAP), von den üblichen HIV-Proteasehemmern, insbesondere Saquinavir und Indinavir, direkt gehemmt wird, und zwar bereits in den beim Menschen erreichten Serumkonzentrationen. Diese *Candida*-SAP ist der HIV-Protease strukturell ähnlich und von einem deutschen Forscher und Ehrenmitglied der DMyG, Prof. Staib, bereits in den 70er Jahren beschrieben worden, wie Prof. Hans-Christian Korting, Dermatologische Klinik und Hautklinik am Klinikum Innenstadt der LMU München, erläuterte. Ausgehend von den HIV-Proteaseinhibitoren hat sich damit eine ganz neue Möglichkeit zur Behandlung von Candidosen eröffnet, die umso willkommener ist als in den letzten Jahren gerade bei HIV-Infizierten zunehmend Resistenzen gegenüber dem derzeit am breitesten eingesetzten Azol-Antimykotikum aufgetreten sind.

Auch weniger Kryptokokken bei HIV-Patienten

Ebenfalls stark zurückgegangen ist eine andere wichtige Pilzinfektion bei HIV-Patienten, die Kryptokokkose. Hier ist die Ursache laut Bernhardt aber offenbar die starke Senkung der Viruslast unter der modernen Anti-HIV-Therapie, wodurch der tiefe Abfall der CD4-Zellen verhindert wird. Korting sieht



Cryptococcus neoformans

Kongreßberichte

hierin bereits den Einstieg in das neue Konzept der Immunrekonstruktion. Bei den hämato-onkologischen Patienten gibt es bislang aber keinen vergleichbaren Fortschritt. Bei diesen Patienten werden neue Antimykotika nach seiner Einschätzung die noch bestehenden Probleme mit schweren Pilzinfektionen wohl nur teilweise lösen können. Ein Ausweg könnte die immunrekonstruktive Therapie z.B. mit Wachstumsfaktoren wie G-CSF und GM-CSF sein.

Langzeitstudie zur Onychomykose-Behandlung

Aus dermatologischer Sicht ist die LION-Studie aufgrund ihres langen Beobachtungszeitraums von 72 Wochen bemerkenswert, sagte Prof. Claus Seebacher von der Hautklinik des Städtischen Klinikums Dresden. Da ein Zehennagel normalerweise etwa ein Jahr benötigt, um von hinten nach vorne zu



Onychomykose

wachsen, sei das Therapieergebnis oft nicht wirklich einzuschätzen, wenn man nur über diese Zeitspanne beobachtet. Nach 72 Wochen sei dagegen eine definitive Aussage möglich, die auch dem Patientenwunsch entspreche, für den nur geheilt oder nicht geheilt zählt, nicht aber "ein bißchen geheilt". In dieser Studie, deren Ergebnisse Dr. Dieter Reinel (Hautklinik des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg) referierte, wurden Itraconazol (Pulstherapie) und Terbinafin (Dauertherapie) verglichen, wobei sich letzteres als überlegen erwiesen hat. In der besten Gruppe (16 Wochen Terbinafin) wurde eine maximal 70,5%ige Heilungsrate erzielt.

Candidainfektionen in der Intensivmedizin

Als multifaktorielles Geschehen stellen Candidainfektionen in der Intensivmedizin eine erhebliche Gefahr für den Patienten dar. Das Fehlen von Leitsymptomen läßt eine eindeutige Diagnose nicht zu. Mosaiksteinartig fügen sich die diagnoseweisenden Indizien aneinander. In einem ebenso ausführlichen wie übersichtlichen Werk hat Dr. H. Tilman Steinmetz, Köln, alle wesentlichen Aspekte der „Candidainfektionen in der Intensivmedizin“ zusammengefaßt. Angefangen von der Epidemiologie über die Pathogenese und Diagnostik bishin zur Therapie werden die spezifischen Nuancen mykologischer Risiken und Merkmale aufgezeigt und therapeutische Optionen dargestellt. Zahlreiche klinische Bilder und „Checklisten“ sowie Tabellen ergänzen die Arbeit im Sinne eines Leitfadens. Um möglichst ohne erheblichen Zeitverlust nach erfolglosem Wechsel des Antibiotika-Regimes sofort eine antimykotische Therapie einleiten zu können, hat sich der empirische Einsatz des Azol-Antimykotikums Fluconazol als Mittel der Wahl bewährt. Nach 3tägiger erfolgloser Antibiotikatherapie und Candida-Nachweis an 2 Untersuchungsstellen oder aus steril gewonnenem Urin ist bei Fieber unklarer Genese (FUO) eine sogenannte Frühtherapie mit Fluconazol in einer Dosierung von 800 mg angezeigt. Bei Risiko-Patienten, d.h. Patienten, die durch Grunderkrankungen wie:

- chronisches Nierenversagen,
- Dialyse,
- Diabetes mellitus,
- Kollagenose,
- HIV-Infektion,
- maligne Tumoren,
- Pankreatitis,
- angeborene Immundefekte,
- Drogenabhängigkeit,
- Alkoholkrankheit,
- Polytrauma oder Verbrennungen

vorbelastet sind und bereits 7 Tage antibiotisch behandelt wurden, ist bei FUO ebenfalls eine Therapie mit 800 mg Fluconazol indiziert.

Mykologie in Klinik und Praxis

Bei der Erfassung des individuellen Risikoprofils sind neben den krankheitsbedingten ebenso die iatrogenen Faktoren zu berücksichtigen. Hierzu nennt Steinmetz die Antibiotikatherapie >3 Tage, Immunsuppression, Operationen (Gelenkersatz, Gefäß-Prothesen, Transplantationen), Intensivtherapie, die länger als 3 Tage andauert mit Beatmung, zentralen Venenkathetern und parenteraler Ernährung.

In seiner Einleitung schreibt Steinmetz: „Parallel zu der steigenden Inzidenz der Sepsis werden bemerkenswerte Veränderungen des Erregerspektrums registriert. Neben einer deutlichen Zunahme von Infektionen durch grampositive Keime sind es vor allem Hefepilze, die vermehrt nachgewiesen werden können. So hat sich die Rate der positiven Blutkulturen mit Candida von 1980 bis 1989 nahezu sechsfach. Wegen der hohen Letalität der Candidasepsis muß nicht nur eine möglichst frühzeitige Diagnose angestrebt, sondern auch ein frühzeitiger Therapiebeginn im Sinne einer empirischen Therapie bei Risikopatienten empfohlen werden. Aufgrund der hohen Wirksamkeit bei geringer Nebenwirkungsrate eignet sich hier besonders Fluconazol.“



Das Werk kann kostenlos angefordert werden. Bitte faxen Sie einfach Ihre Adresse mit dem Stichwort „Candidainfektionen“ an folgende Fax.-Nr. 029 43/48 68 82 oder per e-mail an: ghwpress@aol.com

Mykologie in Klinik und Praxis

Mykosen international

Mykotherapie - international unübersehbare Präsenz

Dresden:

Auf internationaler Ebene und im Rahmen zahlreicher Kongresse zeigen Mykosen immer mehr Präsenz. Sie sind ein unübersehbares Thema geworden, an dem kaum eine medizinische Disziplin vorbeikommt. Die Fortschritte in der Intensivmedizin, Transplantationschirurgie, Tumorchirurgie und bei den Polychemotherapien haben zu einem Anstieg opportunistischer Infektionen bzw. Mykosen geführt. Aber auch die AIDS-Epidemie und ein global enorm angestiegener Drogenkonsum führen zu einer Zunahme von schweren, tieflokalisierten Mykosen, wie sie in den letzten 30 Jahren weltweit beobachtet wurde. Schon in den 80er Jahren wurden Daten der Universität Freiburg veröffentlicht, nach denen jährlich 8000 Menschen allein in den alten Bundesländern an einer invasiven Mykosen verstarben. Die Zahl der Erkrankungen wurde damals auf 50.000 geschätzt. Dringend notwendig sind aktuelle epidemiologische Daten. Dies wurde in Dresden während der 33. Tagung der DMykG, die als Gastgeber des 5th Congress of the European Confederation of Medical Mycology fungierte und somit eine internationale Tagung war, gefordert und beschlossen. Angesichts des hohen Aufkommens der Candidosen mit 90% wurde bereits eine Candida-Studie initiiert. Im Vergleich zu den Candidosen wird das Aufkommen von Aspergillosen mit ca. 9% beziffert und die Kryptokokkose und Histoplasmose mit 1%. Dennoch ist ihre Bedeutung nicht zu unterschätzen, da die zunehmende Reisefreudigkeit der Bevölkerung auch diese Mykosen hierzulande auftreten lassen kann.

Nijmegen:

Patienten mit invasiven Candida-Infektionen, die auf eine Therapie nicht ansprechen, sollten die maximal verträgliche Dosis Fluconazol (bis zu 1600 mg/Tag) erhalten, sagte Prof. Ben de Pauw, Universitätskrankenhaus St. Radboud, und verwies auf eine aktuelle Studie, nach welcher 50 % der Patienten mit refraktären Candida-Infektionen mit hochdosiertem Fluconazol geheilt werden konnten. Die Patienten erhielten initial 800 mg Fluconazol i.v. für 3-6 Tage. Sprach die Therapie an und wurde Fluconazol gut vertragen, wurde diese Dosis beibehalten und so bald wie möglich auf orale Verabreichung umgestellt. Bei unzureichendem Ansprechen, aber guter Verträglichkeit von Fluconazol wurde die Dosis zunächst von 800 auf 1200 mg/Tag und - jeweils nach einem Intervall von 3 Tagen - auf 1600 mg/Tag erhöht.

Houston / Texas:

Prof. John Rex, University of Texas Health Science Center, untersuchte die Frage, ob klassische Parameter wie die MHK zur Therapiesteuerung bei Pilzinfektionen geeignet sind. Seine Daten zeigen eine starke Korrelation zwischen den MHK-Werten für Azole gegen Candida-Isolate und dem klinischen Therapieergebnis. Zur Auswertung kamen Daten von 460 Infektionsepisoden bei 316 Patienten, die entweder unter oropharyngealer Candidose oder invasiver Candidiasis litten. Die MHK-Werte wurde nach dem von der NCCLS entwickelten, hochreproduzierbaren M27-Verfahren bestimmt. Bei Patien-



ten, die mit 100 mg/Tag Fluconazol behandelt wurden lag die klinische Erfolgsrate bei >90%, wenn die Erregerisolate MHK-Werte zwischen 0,25 und 8 µg/ml aufwiesen. Bei einer MHK von 16 µg/ml sank die Erfolgsrate auf 80%. Die Erfolgsraten für Isolate mit höheren MHKs waren signifikant verschieden von Stämmen mit niedrigerer MHK. Der mit 100 mg/Tag Fluconazol erreichte Serumspiegel liegt bei 7 µg/ml. Dieser Wert liegt nahe der Grenze zwischen Fällen mit gutem Ansprechen und Episoden mit geringerer Erfolgsrate.

Bei einer höheren Dosis von 400 mg/Tag waren die Erfolgsraten bei den entsprechenden MHK-Werten geringer, da diese Patientenpopulation vorwiegend schwerkranke Patienten mit invasiver Candidiasis betraf. Die Erfolgsrate blieb bei MHK-Werten bis 32 µg/ml annähernd konstant (80-90%). Nur bei 64 µg/ml wurde eine signifikant niedrigere Erfolgsrate von 46% verzeichnet. Rex beschrieb den Fall eines HIV-Patienten, der innerhalb von zwei Jahren 15 Episoden von oropharyngealer Candidiasis durchmachte. Bei jeder Episode wurde der zugehörige Erreger isoliert und die MHK für Fluconazol nach der M27-Methode bestimmt. Eine graphische Darstellung der zur Heilung der einzelnen Episoden erforderlichen Fluconazol-Dosis zeigt, dass der Patient bei den ersten 9 Episoden mit 100 mg/Tag wirksam behandelt wurde, während die MHK von 0,25 µg/ml auf fast 10 µg/ml anstieg. Während der folgenden Episoden wuchs die MHK der Erreger auf etwa 80 µg/ml an und die wirksame Fluconazol-Dosis stieg entsprechend auf 800 mg/Tag. Wie Rex betonte, zeigten die Daten, dass die gleiche Dosis-Wirkungsbeziehung wie im Gesamtkollektiv auch im individuellen Fall gilt. Empfindlichkeitsprüfungen bei Antimykotika seien, so Rex, heute ebenso verlässlich wie bei antibakteriellen Wirkstoffen. MHK-Werte sind dabei besonders wertvoll, da sie hochresistente Isolate identifizieren und Situationen aufzeigen, in denen gesteigerte Medikamentendosierungen für den Patienten eine optimierte Therapie bedeuten.

Straßburg:

Zu einem interdisziplinären Erfahrungsaustausch und zur Klärung vieler offener Fragen hinsichtlich

der Diagnostik, Therapie und Prophylaxe invasiver Mykosen, trafen sich im Oktober 1999 Mykologen in Straßburg. Gestellt wurde u.a. die Frage nach einem Consens in Bezug auf die derzeitigen Behandlungsoptionen aber auch nach den Zukunftsperspektiven etablierter antimykotisch wirksamer Substanzen. Die Antworten sind dringend, da vor dem Hintergrund einer zunehmenden Inzidenz invasiver Mykosen und deren Bedrohlichkeit für die Patienten Entscheidungen schnell und sicher getroffen werden müssen.

Intensivmedizinisch versorgte Patienten nach schweren chirurgischen Eingriffen sind, so PD Dr. Jörg Meyer, Münster, Hochrisikopatienten für Mykosen. Nach den Richtlinien des Centers of Disease Control and Prevention ist eine antimykotische Therapie bei Vorliegen klinischer Symptome einer Infektion gerechtfertigt. Weitere Kriterien sind der mikrobiologische Nachweis einer Pilzkolonisation und die positive Blutkultur. Bei Transplantationspatienten, hämodynamisch instabilen Patienten und Patienten mit schwerer klinischer Sepsis, die auf eine antibiotische Therapie nicht ansprechen sei, so Meyer, eine antimykotische Therapie dringend einzuleiten. Folgende Regime eignen sich für eine First-Line-Therapie, sofern es sich um eine Candida-Infektion (außer C.krusei) handelt: Bei chirurgischen Intensivpatienten wird initial eine Dosis von 800 mg Fluconazol pro Tag als Loading Dose verabreicht. Danach wird die Dosis auf 400 mg Fluconazol pro Tag reduziert. Im Falle einer Fluconazol-Resistenz oder einer Aspergillus-Infektion bzw. C. krusei-Infektion wird eine Kombinationstherapie aus Amphotericin B plus 5-Flucytosin (5-FC) empfohlen. Das Dosierungsschema sieht 0,5 - 1,25 mg/kg/KG/Tag Amphotericin B und 150 mg/kg/KG/Tag 5-Flucytosin vor. Meyer betonte, dass die 5-FC-Plasmaspiegel 3 x täglich bestimmt werden müssen, um sicherzustellen, dass die Werte zwischen 25 - 100 mg/ liegen. Die gesamte Dauer der Therapie beträgt im allgemeinen 28 Tage.

Edinburgh:

Dass die Kombination von Amphotericin B mit 5-Flucytosin in bestimmten Situationen von thera-

Mykosen international

peutischem Vorteil sein kann, vertrat Dr. Les Milne, Specialist Mycology Laboratory, Edinburgh. Bereits seit 20 Jahren sei Amphotericin B plus 5-Flucytosin im Western General Hospital die Routine-Therapie bei Lungenaspergillosen. Aufgrund der guten Liquorgängigkeit von 5-FC könne, so Milne, von keinen Therapieversagen z.B. bei pilzbedingter Meningitis berichtet werden. Bei Patienten, die auf eine Therapie mit Amphotericin B in liposomaler Formulierung nicht ansprachen, habe vielfach der Zusatz von 5-Flucytosin zum Erfolg geführt. Eine vorausgehende Sensitivitätstestung mit 5-FC hält Milne für wenig sinnvoll. Diesbezügliche Erfahrungen haben gezeigt, dass Isolate, die zunächst Resistenzen zeigten, auf eine Therapie dennoch gut ansprachen.

Boston:

Dr. Robert Rubin, General Hospital Boston, definiert im Gegensatz zur Prophylaxe die vorbeugende Therapie als Verabreichung eines Medikaments an eine definierte Patientengruppe, bevor klinische Hinweise auf eine Infektion vorliegen; ausschlaggebend ist die Aktivierung eines Frühwarnsystems. Dies können epidemiologische Daten sein bzw. klinische oder Laborparameter, die eine erhöhte Gefährdung des Patienten anzeigen.

Rubin nannte Fälle von Transplantationspatienten, bei denen eine Kolonisation der Atemwege mit Aspergillus-Spezies, speziell mit *A. fumigatus* vorliegt. Bei dieser Patientengruppe besteht ein Risiko von 50-70% für die Entwicklung einer invasiven Aspergillose innerhalb von zwei Wochen. Statt auf die ersten Symptome einer tiefen Mykose zu warten, wird hier vorbeugend therapiert.

Genf:

Einen Algorithmus für die vorbeugende Therapie chirurgischer Patienten mit erhöhtem Risiko schwerer Candida-Infektionen beschreibt Dr. Didier Pittet, Universitätsklinikum Genf. Patienten in stabilem Zustand können entweder mit Amphotericin B (0,5-0,7 mg/kg/KG/Tag) oder mit Fluconazol (400 mg/Tag) behandelt werden. Bei instabilem Zustand

schlägt Pittet vor, höhere Dosen von Amphotericin B (0,7-1,0 mg/kg/KG/Tag) oder Fluconazol (600-800 mg/Tag) einzusetzen; optional kombiniert mit Flucytosin (25 mg/kg/KG/Tag).

Lugano:

Nicht nur interdisziplinär, sondern auch europäisch war die 1. Konferenz zur Standortbestimmung von Flucytosin in der antimykotischen Therapie, zu der sich im November 1999 rund 30 Experten aus 5 europäischen Ländern in Lugano trafen. Ziel dieser Arbeitstagung war es, den Stellenwert des Antimykotikums Flucytosin zu definieren und dieser Substanz den Platz in der antimykotischen Therapie zu geben, an dem seine spezielle Wirkweise nicht nur gefragt, sondern gefordert ist.

Im Kontext der antimykotischen Therapie nimmt 5-Flucytosin (5 FC) eine Rolle ein, die vom Synergismus lebt. In der Kombination mit bewährten Antimykotika wie Amphotericin B findet 5-FC seinen unumstrittenen Einsatz in der Therapie schwerer invasiver Mykosen, indem es das Wirkprofil von Amphotericin B optimiert und sich günstig auf die vielfach auftretenden und gefürchteten Nebenwirkungen des Polyens auswirkt. 5-FC seinerseits profitiert von dieser Kombination insofern, als die Resistenzentwicklung vermindert wird und somit seine Wirksamkeit zusammen mit AMB weitgehend erhalten bleibt und auch voll ausgeschöpft werden kann.

Zu Unrecht sei 5-FC etwas in Vergessenheit geraten, sagte Chairman Privatdozent Dr. Wolfgang Fegeler, Institut für Medizinische Mikrobiologie der Westfälischen Wilhelmsuniversität Münster, zu Beginn der Veranstaltung. Angesichts der ohnehin geringen Auswahl an Antimykotika sagte er: "Wir können es uns nicht leisten, auf potente Substanzen zu verzichten." Da die Inzidenz der Mykosen, insbesondere der Candidosen, innerhalb der Risikogruppen wie Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen oder Leukämien zwischen 30 und 50 % liegt, plädiert Fegeler unbedingt für eine frühe Diagnostik. Allerdings sei das Pilzrisiko keineswegs nur bei

onkologischen Patienten zu sehen. Vermehrt treten schwere Candida-Septikämien im Intensivmedizinischen Bereich auf. Eine massive Besiedlung der Schleimhäute mit Candida Spp. sei unbedingt als Warnsignal zu bewerten, da der Grad der Besiedlung ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung einer invasiven Candidose sein kann. Am Beispiel eines Mundabstrichs zeigte der Mikrobiologe das Ausmaß der Kolonisation von Mikroorganismen, die den immungeschwächten Patienten bedrohen.

90% der Pilz-Septikämien entstehen über eine Besiedlung des Magen-Darmtraktes. Gleichzeitig liege hier aber auch die Chance einer frühen Intervention.

Als im Einzelfall dramatisch, jedoch im Gesamtaufkommen mit 3 - 7 % deutlich geringer als die invasiven Candidosen, bezeichnete Fegeler die Situation in Bezug auf die invasiven pulmonalen Aspergilloosen, die mit einer Letalität von 50-100 % einhergeht.

Referenten:

Professor Dr. Ben de Pauw

Universitätskrankenhaus St. Radboud
 Niederlande

Professor Dr. John Rex

University of Texas Health Science Center
 Houston Texas, USA

PD Dr. Jörg Meyer

Universitätsklinikum der
 Westfälische Wilhelmsuniversität Münster

Dr. Les Milne

Specialist Mycology Laboratory Edingburgh
 Groß Britannien

Dr. Robert Rubin

General Hospital Boston, USA

Dr. Didier Pittet

Geneva University Hospitals
 Schweiz

PD Dr. Wolfgang Fegeler

Institut für Medizinische Mikrobiologie
 der Westfälischen Wilhelmsuniversität Münster

Institutionen

Berufung von Frau Professor Hannelore Bernhardt in die Kommission „Infektionsepidemiologie“

Bereits im vergangenen Jahr wurde Frau Professor Hannelore Bernhardt vom Robert-Koch-Institut in Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie in die „Kommission Infektionsepidemiologie“ berufen. Die Mitgliedschaft in der Kommission ist für Frau Bernhardt ein persönliches Ehrenamt, das sie bis zum 30.06.2002 innehaben wird.

Ziel dieser Kommission ist u.a. der Aufbau eines effizienten Netzwerkes zur Intensivierung der infekti- onsepidemiologischen Forschung und zur verbesserten Überwachung von Infektionskrankheiten.



Frau Professor Hannelore Bernhardt, Greifswald

Hochdosistherapie mit Fluconazol ist heute der Standard

In den vergangenen Jahren konnte durch zahlreiche Studien der Nutzen einer Hochdosistherapie mit Fluconazol belegt werden. Mittlerweile ist die Hochdosis von 800 mg zum Standard geworden, weil sowohl die Effektivität als auch die Verträglichkeit für ihren Einsatz sprechen. Wie ein von Andreas Penk und Lothar Pittrow, Karlsruhe, bereits 1997 veröffentlichte Literaturübersicht (*Mycoses* 40 (Suppl. 1), 33-42) zeigt, konnte der klinische Einsatz von Fluconazol in Dosierungen von 800 mg/d bei 900 Patienten mit Candidämie, oropharyngealer Candidose und Cryptococccenmeningitis bei HIV-Infizierten Patienten sowie in der Akuttherapie endemischer Mykosen bis dahin dokumentiert werden. Insbesondere bei Patienten mit lebensbedrohlichen, durch *Candida* spp., *Cryptococcus neoformans* sowie durch *Coccidioides immitis* hervorgerufenen Mykosen zeigen die Ergebnisse einer begrenzten Anzahl von Dosisfindungsstudien mit immunkompetenten und HIV-infizierten Patienten dosisabhängige Ansprechraten. Die gute Verträglichkeit in hoher Dosierung von bis zu 2000 mg/d und die kalkulierbare, lineare Pharmakokinetik bis zu 1600 mg/d liefern konkrete Anhaltspunkte für die große therapeutische Sicherheit von Fluconazol.

Frühe empirische Therapie von Pilzinfektionen bei neutropenischen Patienten

In einer Untersuchung von G. Silling, Münster, et al., (*Acute Leukemias IV, Prognostic Factors and Treatment Strategies*, Büchner et al. (eds), Springer 1999) wurde der Vorteil einer empirischen Antimykotikatherapie im Rahmen der antimikrobiellen Behandlung von neutropenischen Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen untersucht. Darüber hinaus wurde die Verträglichkeit und Wirksamkeit von Fluconazol mit Amphotericin B plus 5-FC verglichen. Bei Fieber unklarer Genese ($>38,5^{\circ}\text{C}$) erhielten die Patienten nach erfolgloser dreitägiger Antibiotikatherapie ab Tag 4 ein Antimykotikum. Bei pulmonalen Infiltraten oder Nachweis einer invasiven Mykose wurde

Studien

die antimykotische Therapie von vornherein zusammen mit der Antibiotikatherapie verabreicht. Wenn sowohl Fieber als auch Infiltrate nach einer Behandlungswoche persistierten, wurde von Fluconazol auf Amphotericin B plus 5 FC umgestellt.

Insgesamt nahmen an dieser Studie 98 Patienten teil, 49 je Studienarm. Alle Patienten hatte schwere Neutropenie mit Neutrophilen unter $1000/\mu\text{l}$. Bei 42 bzw. 41 Patienten lag Fieber unklarer Genese vor. Die Ansprechraten auf die antimykotische Therapie war in beiden Gruppen vergleichbar. Die allgemeine Ansprechrate lag bei 81,6 %. Von diesen Hochrisiko-Patienten verstarben in der Fluconazol-Gruppe 6 und in der Amphotericin B plus 5 FC-Gruppe 14. Davon waren in 4 bzw. 5 Fällen Mykosen die Ursache, wovon in einem Fall eine Aspergillose vorlag. Resümierend berichten die Autoren von gleichwertigen Ergebnissen von Fluconazol und Amphotericin B plus 5 FC in der Behandlung mikrobiologisch nicht-bestätigter Pilzinfektionen bei neutropenischen Patienten mit hämato-onkologischen Erkrank-

Die Standardempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Infektiologie in der Hämatologie und Onkologie der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie) sprechen von 80% infektiöser Komplikationen bei Patienten mit einer länger als 10 Tage anhaltenden schweren Granulozytopenie. Pilzinfektionen sind dabei mit einem hohen Anteil vertreten. Wenn nach mehr als 5 Tagen ein Erregernachweis geführt wird, sind in 30-40 % der Fälle Pilze beteiligt.

kungen. Aufgrund seiner geringeren Toxizität dürfte sich Fluconazol jedoch zur empirischen First-Line-Therapie bei Mykoseverdacht besser eignen. Bei Nichtansprechen sollte jedoch auf Amphotericin B plus 5-Flucytosin umgestellt werden.

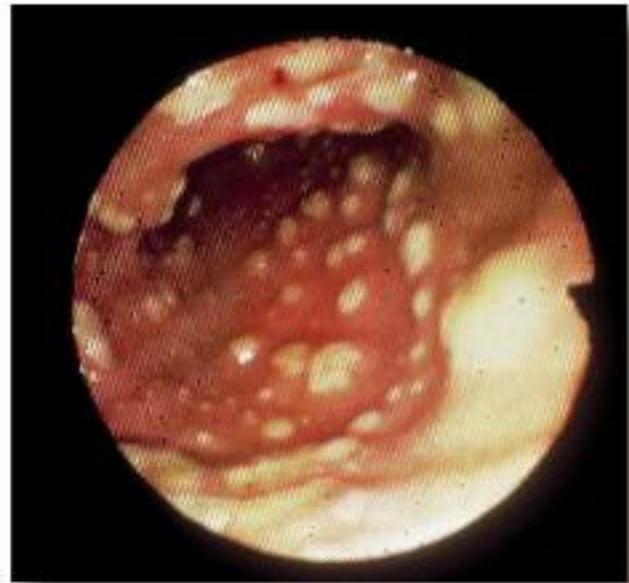
Oesophageale Candidose (Abb.)

In einer Studie von M. Knoke, Greifswald, et al., die im Rahmen der 7th United European Gastroenterology Week vom 13.-17. November 1999 in Rom vorgestellt wurde, konnte bei 80 % (n=90) aller Patienten, bei denen endoskopisch eine oesophagealer Candidose vermutet wurden, diese mykologisch auch bestätigt werden.

In einem Untersuchungszeitraum von 18 Jahren (1980 bis 1998) stellten die Autoren eine Zunahme der oesophagealen Candidose von 1,9 % auf 3,5 % fest. Zwar wurde überwiegend *Candida albicans* isoliert, es ist jedoch von Bedeutung, daß non-*albicans* Spezies immer häufiger auftreten und eine diesbezügliche Differenzierung wesentlich für eine erfolgreiche antimykotische Therapie ist.

Studien

Oesophageale Candidose



Interdisciplinary Forum on Aspergillosis - 7. bis 8. April 2000

Department of Bacteriology Georg-August-University of Göttingen - Germany

Programm

Programm

Friday, 7 April 2000:			
12.00 - 12.10: U. Gross, Göttingen (Germany): Welcome address	15.40 - 15.50: U. Reichard, Göttingen (Germany) Aspergillus-Secreted Proteinases	19.25 - 10.45: F. M. Müller, Würzburg (Germany): Triazoles and new Antifungal Agents for the Treatment of Aspergillosis	
12.10 - 12.25: R. Grillot, Grenoble (France): Genetic Polymorphisms of Aspergillus	15.55 - 16.20: Coffee Break	10.50 - 11.15: Coffee Break	
12.30 - 12.40: P.-M. Rath, Essen (Germany): Molecular Epidemiology of non-fumigatus Aspergilli	16.20 - 16.35: R. Riesen, Göttingen (Germany): Clinical Presentation of Invasive Aspergillosis	11.15 - 11.30: M. Ghannouni, Cleveland (USA): Antifungal in-vitro Testing - Current Status	
12.45 - 13.05: J.-P. Lalle, Paris (France): Virulence Factors of and Host Defence Mechanisms against <i>A. fumigatus</i>	16.40 - 16.50: B. Rings, Göttingen (Germany): Current Role of <i>A. fumigatus</i> Infections in Patients undergoing solid Organ Transplantations	11.40 - 12.00: V. M. Hearn, Leeds (UK): Components of the Aspergillus Cell Wall as Potential Drug Targets	
15.15 - 13.30: E. Polites, Thessalonika (Greece): The Immune Defence System in Aspergillosis	16.55 - 17.10: R. Crameri, Davos (Switzerland): The Role of <i>A. fumigatus</i> in Allergic Diseases: Epidemiology and Molecular Basis	12.05 - 12.20: A. Schmidt, Wuppertal (Germany): Animal Models of Aspergillosis - also Useful for Vaccination Strategies?	
13.35 - 13.50: J.P. Bouchard, G. Trenchin, Angers (France): Interaction between Host Proteins and Conidia	18.00: Social Event	12.30 - 12.50: D. W. Denning, Manchester (UK): Genome Project <i>A. fumigatus</i>: when will it be done?	
13.55 - 14.10: A. Braknagel, Darmstadt (Germany): Melanin Biosynthesis and Virulence	Saturday, 8 April 2000:		
14.15 - 14.25: B. Jahn, Mainz (Germany): Conidial Pigmentation and Host Defence in Aspergillosis	09.00 - 09.15: R. Kopp, Heidelberg (Germany): Trends in Laboratory Diagnosis	13.00 - 13.10: Kerling, München (Germany): Conclusion	
14.30 - 15.00: Coffee Break	09.20 - 09.35: H. Finisko, Tübingen (Germany): PCR-based Diagnosis of Aspergillus Infections	13.10 - 14.00: Lunch Buffet	
15.00 - 15.15: M. Monod, Lausanne (Switzerland): Expression Systems for <i>A. fumigatus</i> Proteins	09.40 - 09.50: M. Weig, Göttingen (Germany): Usefulness of Recombinant Antigens	14.00 - 13.00: Meet the Press	
15.20 - 15.35: C. d'Enfert, Paris (France): Transformation Systems in <i>A. fumigatus</i>	09.55 - 10.05: J. Beyer, Marburg (Germany): Prophylaxis - Does it work?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>For the General Audience and Patients: 15.00 - 17.00: Round table discussion with Drs. Kerling, Finisko, Rühke and Weig</p> </div>	
	10.10 - 10.20: M. Ruhnke, Berlin (Germany): Ampho B versus Liposomal Ampho B	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>For Students: 15.00 - 17.00: Graduate Students Session with Drs. Braknagel, Denning, Jahn, Lalle, Monod and Rühke</p> </div>	

Interview

BERLIN - Tagungsort der MYK 2000

Die Vorbereitungen für die MYK 2000, die vom 14.-16. September in Berlin stattfinden wird, laufen auf Hochtouren. Den interdisziplinären Charakter der Mykosen spiegelt ihr Umfeld wider. Ihre Erreger sind in unserer Umwelt vorhanden und finden ihren Wirt auf der Haut des Menschen, den Schleimhäuten und letztlich in den inneren Organen. Aus diesem Grund sind Ärzte aller Fachbereiche angesprochen und herzlich eingeladen. Über die Schwerpunkte und Zielsetzungen der 34. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft sprachen wir mit Professor Dr. med. Hans-Jürgen Tietz, Dermatologische Klinik, Klinikum Charité der Humboldt-Universität, vor Kurzem in Berlin.

(?) - Frage:

Die Myk 2000 wird nicht nur in einem denkwürdigen Jahr sondern auch an einem medizinisch-historisch bedeutsamen Ort und zwar hier in Berlin stattfinden und sie wird gemeinsam von der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität organisiert. Auch die Tagungsleitung „ruht“ auf zwei Schultern, Frau Professor Monika Schäfer-Korting und Sie nehmen diese Aufgabe wahr. Was ist der besondere Stellenwert dieser Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft?

(!) - Prof. Tietz:

Zunächst einmal sind wir sehr froh und auch ein bißchen stolz, die Tagung in diesem Jahr hier in Berlin, dieser gerade aufstrebenden Stadt, zu haben. Sozusagen Myk 2000 anstatt Olympia 2000. Einen besseren Ort könnte ich mir nicht vorstellen. Die Myk sieht sich auch als wissenschaftliche Brücke zwischen Ost und West und daher kam auch der Gedanke, beide Universitäten daran zu beteiligen. Berlin ist nicht nur Regierungssitz und Hauptstadt Deutschlands, sondern auch die größte Stadt zwischen Moskau und Paris, geografisch günstig gelegen, gut zu erreichen und von daher auch über die mykologische Fragestellung hinaus sehr interessant. Wir hoffen, dass die Attraktivität der Stadt zusätzlich für eine große Teilnehmerzahl an der Myk 2000 sorgen wird.

(?) - Frage:

Die Mykologie zieht sich durch nahezu alle medizinischen Disziplinen. Wo hat sie - aus ihrer Perspektive - die größte Bedeutung bzw. wo darf sie keinesfalls vernachlässigt werden?

(!) - Prof. Tietz:

Mykosen haben viele gleichwichtige Schauplätze. Eine der dringenden Fragen ist die Bedeutung der Pilze in unserer Umwelt. Wann lösen zum Beispiel Schimmelpilze aus der Biotonne beim Menschen Krankheiten aus? Dabei sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: das allergene Potenzial der Pilze und die Möglichkeit, den Menschen über Toxine zu schädigen. Dieser Bereich muß dringend genauestens erforscht werden und stellt deshalb einen Schwerpunkt dar. Ein großer Komplex sind die pilzbedingten Infektionskrankheiten beim Menschen. Hier können alle Organe und Körperteile betroffen sein und von daher sind wirklich alle Disziplinen der Medizin angesprochen. Bedeutsam und außerordentlich häufig sind Pilzerkrankungen in der Dermatologie. Sie gehören zu den häufigsten Infektionserkrankungen überhaupt. Jeder Dritte hat Fußpilz, 10 Mio. Menschen haben Nagelpilz. D.h. unser Volk steht auf mehreren Millionen mykotischer Füße. Es handelt sich hierbei auch um Problemdermatomykosen, denn die Nagelmykose ist eine der am schwierigsten zu behandelnden Pilzerkrankungen. Auch sie wird deshalb ein Schwerpunktthema auf der Myk sein.

Mykosen der Schleimhäute, insbesondere chronischen Schleimhautmykosen wie Vaginalmykosen beschäftigen die Mykologen schon seit langem. Es ist bislang unklar, warum bei einigen Frauen derartige Infektionen persistieren. Die betroffenen Frauen sehen nicht nur häufig ihre Ehen vor dem Ruin, sondern auch ihre wirtschaftliche Existenz ist oftmals bedroht.

(?) - Frage:

Worin ist die mykologische Tradition der Charité begründet?





(!) - Prof. Tietz:

Die Charité ist sozusagen der Geburtsort der deutschen Mykologie in Gestalt des Internisten Johann Lukas Schönlein, einem der berühmtesten Ärzte seiner Zeit. Sensationellerweise hat er 1837 erstmals den Nachweis erbracht, dass eine Krankheit - in dem Fall der Favus - einen Erreger als Ursache hatte. Es handelt sich um einen Dermatophyten, der von einem seiner Schüler in Berlin, Robert Remak, später Trichophyton schoenleinii genannt wurde. Somit waren die Pilze die zuerst entdeckten Krankheitserreger, 40 Jahre bevor Robert Koch - ebenfalls an der Charité - die Entdeckung des Tuberkuloseerregers bekanntgab. Schönlein blieb 21 Jahre an der Charité, wo er auch Leibarzt der Preußischen Könige war. Zu erinnern ist auch an den berühmten Charité-Pathologen, Rudolf Virchow, der als erster den Begriff „Mykose“ benutzte.

(?) - Frage:

Erst in den letzten 30 Jahren haben Pilze als systemische Erkrankung an Bedeutung gewonnen. Welchen Stellenwert haben diese - überwiegend opportunistischen Mykosen im Rahmen der Myk.

(!) - Prof. Tietz:

Diese lebensbedrohlichen Pilzinfektionen werden einen eigenen thematischen Schwerpunkt der Myk darstellen. Betroffen sind in zunehmendem Maße Intensiv- und Transplantationspatienten sowie onkologischen Patienten. Organmykosen, Endomy-

kosen bzw. tieflokalisierte Mykosen werden im Mittelpunkt zahlreicher Vorträge und Diskussionen stehen.

(?) - Frage:

Sind Mykologen immer noch unter sich oder werden sich zukünftig mehr Ärzte aus Klinik und Praxis damit befassen?

(!) - Prof. Tietz:

Zu einem großen Teil lebt die Mykologie von der Fragestellung aus der Praxis, weil Pilzinfektionen dort am häufigsten zu finden sind und sich immer wieder neue epidemiologische, diagnostische und therapeutische Fragen ergeben. Es wäre deshalb äußerst wünschenswert, wenn auch mehr

„Nichtspezialisten“ teilnehmen würden. Das Thema wird zudem immer populärer. Die Bevölkerung befaßt sich mittlerweile mit Pilzinfektionen. Hierzu erwähne ich nur die „Pilzhysterie“, die um sich greift. Auch mit diesem Thema wird sich die DMykG auseinandersetzen müssen. Ein ganzer Kongreßtag ist den Fragen der praktischen Mykologie gewidmet und richtet sich an Gynäkologen, Dermatologen, Internisten und Pädiater.

Interview

(?) - Frage:

Sie erwähnten die Pädiater. Welche Mykosen betreffen Kinder?

(!) - Prof. Tietz:

Hier sind es überwiegend die zoophilen Dermatomykosen, mit denen aber nicht nur die Pädiater, sondern auch Allgemeinmediziner, Dermatologen und Internisten konfrontiert sind. Die Mikrosporie war früher eine meldepflichtige Infektionskrankheit, hervorgerufen durch den obligat pathogenen Pilz Microsporum canis. Noch 1995 kannten wir nur einige seltene Fälle. Mittlerweile werden 10.000 Infektionen pro Jahr allein in Deutschland vermutet.

(?) - Frage:

Richtet sich die Myk auch an die breite Öffentlichkeit?

(!) - Prof. Tietz:

Ja! Am Vorabend der Myk ist ein „Gesundheitsforum“ für alle geplant. Damit wollen wir mehr Aufmerksamkeit in der Bevölkerung erreichen und auch Politiker, Journalisten und Vertreter der Krankenkassen einbeziehen. Fernsehsendungen und auch Telefonaktionen haben in der Vergangenheit eine große Resonanz gefunden und uns gezeigt, das Mykosen von allgemeinem Interesse sind und sich mittlerweile ein „mykologisches Bewußtsein“ etablieren konnte. Diese Triebkraft gilt es jetzt für unser noch immer strukturschwaches Fachgebiet zu nutzen, um die Mykologie in Deutschland in sichtbaren Schritten voranzubringen.

(?) - Frage:

Was wünschen Sie sich für die Myk 2000 in Berlin?

(!) - Prof. Tietz:

Eine hohe Akzeptanz bei Ärzten der verschiedensten Fachdisziplinen. Aufmerksamkeit in den Medien und seitens der Politik, um das Problemkind Mykologie der deutschen Medizin zu heilen und daraus ein Lieblingskind zu machen. Natürlich wünsche ich mir auch viele wissenschaftliche Ergebnisse, die von internationaler Bedeutung sind und auf der Myk 2000 ihr Forum finden.

(?) - Frage:

Können Sie schon etwas zu den Highlights des Rahmenprogramms verraten?

(!) - Prof. Tietz:

Nur so viel, dass es ebenso schön wie interessant sein wird.

Interview

Herzlichen Dank für das Gespräch.

Leserforum

Mitglied in der DMykG?

Möchten Sie Mitglied der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMykG e.V) werden? Wir würden uns freuen und laden Sie herzlich ein, weil Sie damit viel mehr über die Mykologie erfahren können.

Als interdisziplinäres Thema gewinnt die Mykologie sowohl in der Klinik als auch in der Praxis immer mehr an Bedeutung. Die DMykG e.V. hat stets die „Nase vorn“ und informiert Sie schnell und regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen der Diagnostik und Therapie von Mykosen. Faxen oder mailen Sie einfach Ihren Namen und Ihre Adresse, wenn Sie Mitglied der DMykG werden möchten. Wir melden uns umgehend. In der DMykG sind Sie gut betreut und informiert! Telefax 0 29 43 / 48 68 82, e-mail: ghwpress@aol.com

Ihr Forum!

Nutzen Sie das neue MYKOLOGIE FORUM als Ihr Forum. Interessante Beiträge sind jederzeit herzlich willkommen! Senden Sie Ihr Manuskript an:



Redaktion:
Gabriele Henning-Wrobel
Im Niederfeld 20 · 59597 Erwitte
Fax. 0 29 43 / 48 68 82
e-mail: ghwpress@aol.com

Stipendium

Ausschreibung des Dr. Manfred Plempel-Stipendiums

Die Stipendiumssumme beträgt DM 30.000 und soll einem(r) jungen Mykologen/in die Finanzierung eines Forschungs- oder Fortbildungsaufenthaltes in

medizinischer Mykologie mit Schwerpunkt auf dem Gebiet der diagnostischen Grundlagenforschung oder diagnostischen Fortbildung für die Dauer eines Jahres an einer angesehenen Institution, insbesondere auch im Ausland ermöglichen.

Der/die Bewerber/in soll zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 40 Jahre sein. Zur Bewerbung um das Stipendium sind folgende Unterlagen in sechsfacher Ausfertigung einzureichen:

1. detaillierte Beschreibung des Forschungsvorhabens und der Zielstellung
2. Lebenslauf
3. bisheriger wissenschaftlicher Ausbildungsgang
4. Zustimmung der Institution, an der das Forschungsvorhaben bzw. die Fortbildung durchgeführt werden soll
5. Zwei Zeugnisse von Hochschullehrern über die Förderungswürdigkeit des Bewerbers
6. Publikationsliste

Über die Vergabe des Stipendiums entscheidet ein Kuratorium unter Ausschluß des Rechtsweges. Bewerbungen sind bis zum 15. Juni 2000 an den **Vorsitzenden der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. H.C. Korting, Dermatologische Klinik und Poliklinik des Ludwig-Maximilian-Universität, Frauenlobstr. 9-11, D-80338 München** zu richten.

Miconazol bei Mundsoor und Hautmykosen - keine Chance der Candida

Neue Studien zur Therapie des Mund- und Windelsoors belegen die eindeutige Überlegenheit von Miconazol gegenüber Nystatin. Mit INFECTOSOOR Mundgel gegen Mundsoor und INFECTOSOOR Zinksalbe gegen Hautmykosen stehen zwei ausgezeichnete Präparate mit dem antimykotischen Wirkstoff Miconazol zur Verfügung. Miconazol wirkt gegen Candida und Staphylokokken; die gerade bei der Entstehung des Windelsoor eine bedeutende Rolle spielen. INFECTOSOOR Zinksalbe enthält zudem, als einziges Präparat auf dem deutschen Markt, Miconazol in der Kombination mit dem hautpflegenden und schützenden Zinkoxid.

Studie zu Windelsoor - Wie eine aktuelle Studie der Universitätskinderklinik Tübingen an der denkbar härtesten Indikation für Hautmykosen - Windelsoor - bei mehr als 200 Säuglingen zeigen konnte, wirkt Infectosoor gegenüber dem Vergleichspräparat schneller und nachhaltiger.

Tabelle 1:	Klinische Heilung	
	nach 7 Tg.	nach 14 Tg.
Miconazol + Zink	52,40 %	81,00 %
Nystatin + Zink	30,60 %	71,80 %

Studientlg. PD Dr. J. E. Hoppe, Kinderklinik der Universität Tübingen (in press)

Studie zu Mundsoor - eine weitere Studie zeigt die Überlegenheit von Infectosoor Mundgel mit seiner besonders haftfähigen Gelgrundlage. In der Infectosoor Mundgel-Gruppe waren bereits 5 Tage nach Therapiebeginn 85 % der Patienten klinisch geheilt, in der Vergleichsgruppe war nach 14 Tagen die Hälfte der Patienten geheilt.

Tabelle 2:	Klinische Heilung	
	nach 7 Tg.	nach 14 Tg.
Miconazol Mundgel	84,70 %	99,00 %
Nystatin	21,20 %	54,10 %

Studientlg. PD Dr. J. E. Hoppe, Kinderklinik der Universität Tübingen
(Der Kinderarzt 1997; 28 / 2: 192-5)

Pharma-News

Neues Therapieschema bei Vaginalmykosen

Die Vulvovaginalmykose/-Candidose (VVC) ist eines der häufigsten gynäkologischen Krankheitsbilder. Mindestens 75 % aller Frauen erleiden mindestens einmal im Leben eine VVC. Bei rund 50 % dieser Frauen tritt die Infektion, die zumeist von Candida Spezies hervorgerufen wird, sogar mehrfach auf. Eine bewährte und einfache Behandlungsmöglichkeit bietet die systemische Therapie mit Fluconazol (FUNGATA®). Die einmalige Gabe von 150 mg des Azolantimykotikums löst das Problem in vielen Fällen. Chronisch rezidivierende Vulvovaginalcandidosen (CRVVC) erfordern jedoch ein intensiviertes Behandlungsschema wie es 1999 von Weissenbacher et al. publiziert wurden. Demnach erhalten Patientinnen mit CRVVC (außer C. glabrata) eine orale niedrigdosierte Langzeittherapie, d.h.:

1 x 150 mg Fluconazol in zunehmenden Intervallen,
 über 6 Wochen 1 x wöchentlich,
 über 6 Wochen alle 14 Tage
 über 6 Wochen alle 3 Wochen
 über weitere 6-8 Monate alle 4 Wochen

Bei Nachweis von C. glabrata empfehlen Kunzelmann et al. eine hochdosierte mehrwöchige Therapie, d.h. über 10-20 Tage 800 mg Fluconazol pro Tag. Die Empfehlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft nennen für die Behandlung der CRVVC eine Dosierung von Fluconazol >750 mg pro Tag über mindestens 3 Wochen.



MYKolumne

Prominenter Fußpilzpatient gesucht!

Themen für Kolumnen liegen scheinbar auf der Straße. So zumindest scheint es häufig beim Lesen derselben. Und man liest sie gern, weil die alltäglichen Tücken des Lebens zumeist treffend dargestellt werden, teils heiter, teils nachdenklich aber auch kritisch und bissig. Und vielfach sprechen sie uns förmlich aus dem Herzen. „Ja, genau so ist es“, denkt man sich, oder „das mußte mal gesagt werden“, lautet bisweilen der stille Dialog. Und tröstlich ist zudem, daß es eine ganze Menge von Zeitgenossen gibt, die ähnlich empfinden. Ob dies auch für Gedanken zutrifft, die mir kamen, als ich August den Starken auf einer Postkarte in Dresden hoch zu Roß entdeckte? Dabei stachen mir auf dem prächtigen Gemälde von Louis de Silvestre zunächst die Stiefel des Königs ins Auge und es stellte sich mir die Frage, ob sich darin wohl auch zu Lebzeiten des aktiven Mannes pilzbefallene Füße befunden haben? Hat es damals überhaupt schon ein Schönheitsideal für Füße gegeben, das für einen kritischen Blick auf das strapazierte Körperteil sorgte? Diese Frage ist heutzutage sicher nicht mehr eindeutig zu beantworten und außerdem ist ein dieszüglicher Blick in die Vergangenheit ohnehin müßig. Pilze lebten nämlich fast bis zur Mitte des 1900 Jahrhunderts inkognito und niemand kannte sie, zumindest nicht als Erreger von Haut- und Nagelerkrankungen. Dafür haben wir es heute in geballter Ladung mit Pilzen zu tun und ebenso mit ihrer Bekämpfung. Jeder zweite Bürger hat vermutlich Fuß- oder Nagelpilz. Insofern liegt auch dieses Thema auf der Straße, denn dort werden die Pilze spazierengetragen und zudem an vielen Orten mehr oder weniger gleichmäßig verteilt. Sauna,

Schwimmbad, Sporteinrichtungen und Hotelteppichböden (angeblich auch die noblen) sollen Pilzreservoirs sein. So mancher ahnungslose Gast schleppt von dort ein Souvenir mit nach Hause und wundert sich nach einiger Zeit über das störende Resultat. So wird klar - Pilze können jeden treffen und vielleicht hatte August der Starke ja sogar welche. Dann hätten wir wenigstens einen Prominenten, über dessen Fußpilzproblematik wir spekulieren könnten, oder?

Herzlichst,

Gabriele Henning-Wrobel





GUT...



...DASS ES DIE ERFOLGREICHE ALTERNATIVE GIBT.

ERHÄTLICH BEI



DIFLUCAN[®] Derm
Die erfolgreiche Alternative

Myk 2000

34. Wissenschaftliche Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft

14. bis 16. September 2000

Berlin

Harnack-Haus der Max-Planck-Gesellschaft Berlin-Dahlem



Tagungspräsidenten:

Prof. Dr. M. Schäfer-Korting

FU Berlin, Institut für Pharmazie, 14195 Berlin-Dahlem, Königin-Luise Straße 2-4

Telefon (0 30) 8 38 32 83, Fax (0 30) 8 38 43 99

Prof. Dr. H.-J. Tietz

HU Berlin, Dermatologische Klinik und Poliklinik (Charité)

10117 Berlin, Schumannstraße 20/21

Telefon (0 30) 28 02 24 12 und 28 02 22 88, Fax (0 30) 28 02 27 23

Organisation:

AKM GmbH, Ausstellungs- & Kongress-Management

Alte Holstenstraße 1, 21031 Hamburg, Telefon (0 40) 7 21 30 53, Fax (0 40) 7 24 45 87