

Mykologie aus der Praxis

4/1992/Juli

C10985F

hautnah

mykologie



Erfahrungsbericht mit Fungidexan® in der Behandlung von Plantarmykosen

hautnah myk 4/1992, 150-151

J. Dietrich

Zusammenfassung

Es wird über 10 Patienten mit kulturell nachgewiesener Dermatomykose der Plantae, die mit Fungidexan® Salbe behandelt wurden, berichtet. Dabei konnte in 6 Fällen eine komplette Abheilung und in 4 Fällen eine deutliche Besserung erreicht werden. Das Produkt stellt damit ein wirksames Medikament in der Behandlung dieser therapeutisch oft problematischen Plantarmykosen dar.

Einleitung

Dermatomykosen sind in der dermatologischen Praxis eines der häufigsten Krankheitsbilder, wobei die plantar lokalisierten Pilzkrankungen eine besondere therapeutische Herausforderung darstellen. Trotz der Vielzahl der auf dem Markt befindlichen topischen Antimykotika sind die Behandlungserfolge oft nicht zufriedenstellend, so daß in dieser Indikation immer mehr orale Antimykotika zum Einsatz gelangen. Dabei ist aber zu beachten, daß systemische Nebenwirkungen auftreten können. Die Inkorporation von Harnstoff als Penetrationsförderer in ein Imidazolpräparat zur topischen Anwendung hat die Resorptionsbeschleunigung zum Ziel (Nolting, 1989). Mit der Einführung von Fungidexan® steht ein solches harnstoffhaltiges Breitbandantimykotikum zur Verfügung.

Der vorliegende Erfahrungsbericht von 10 Patienten mit kulturell gesicherter Plantarmykose soll den Behandlungsverlauf demonstrieren.

Material und Methode

Es wurden 10 Patienten mit einer kulturell nachgewiesenen Plantarmykose mit Fungidexan® Salbe einmal täglich behandelt. Vor Therapiebeginn und bei klinischer Erscheinungsfreiheit 10 Tage nach Behandlungsende wurde ein Nativpräparat und eine Pilzkultur (Kimmig-Agar) angelegt. Außerdem wurde vor und nach der Behandlung eine Fotodokumentation der Fußsohlen durchgeführt.

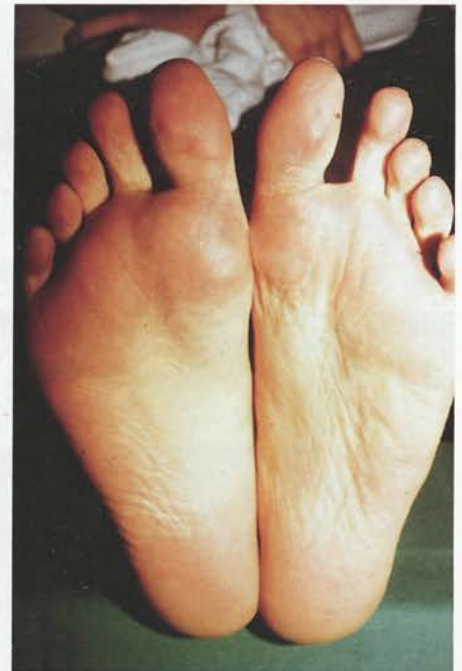
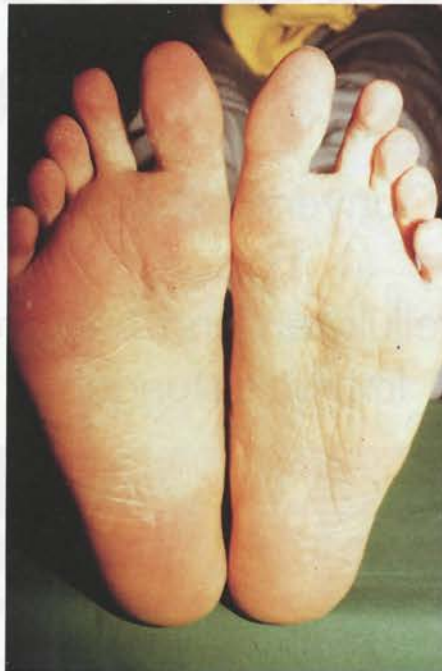


Abb. 1: Pat. S.D. mit *Candida glabrata* bedingter Plantarmykose. Vor und nach 5wöchiger Behandlung

Die Salbe enthält 1% Clotrimazol, 10% Harnstoff und weiße Vaseline als Salbengrundlage. Daneben sind weitere Hilfsstoffe enthalten.

Ergebnisse

Das Alter, die Pilzart der Behandlungszeitraum und das Behandlungsergebnis sind in **Tabelle I** aufgelistet.

Bei allen 10 Patienten bestanden die plantaren Hautveränderungen länger als 1 Jahr in Form von feinlamellöser Schuppung bei unterschiedlich stark ausgeprägter Hyperkeratose. Bei 3 Patienten bestand auch ein ausgeprägter Juckreiz. Keiner dieser Patienten war in den letzten 8 Wochen antimykotisch vorbehandelt worden. Der bei Plantarmykosen typische Erreger *Trichophyton rubrum* wurde

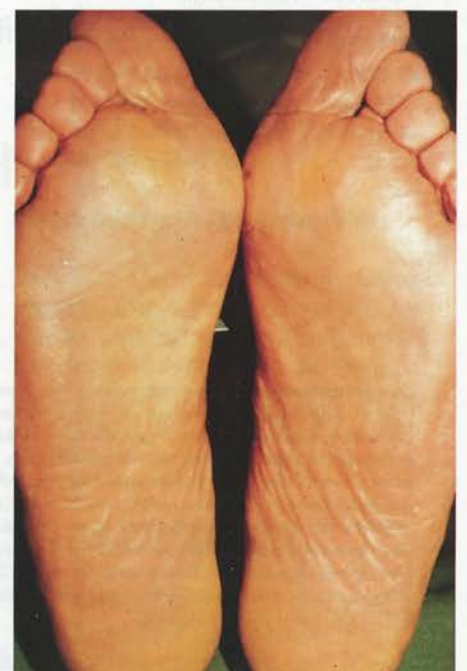


Abb. 2: Pat. K.H. mit *Trichophyton mentagrophytes* bedingter Plantarmykose. Vor und nach 7wöchiger Behandlung

Tabelle 1: Zusammenfassende Übersicht

Pa-tient	Alter in Jahren	Ergebnis der Pilzkultur vor Behandlung	Behandlungs-dauer in Tagen	Bemerkungen
L.P.	53	Trichophyton quinckeanum	95	Klinische Besserung, Kultur: Trichophyton quinckeanum
H.A.	84	Trichophyton rubrum	45	Klinische Abheilung, Kultur: negativ
S.AI.	67	Trichophyton rubrum	40	Klinische Abheilung, Kultur: negativ
K.H.	49	Trichophyton mentagrophytes	48	Klinische Abheilung, Kultur: negativ
S.Ar.	36	Candida glabrata	53	Klinische Besserung, Therapieabbruch
J.U.	37	Candida albicans	40	Klinische Abheilung, Kultur: negativ
R.B.	54	Trichophyton rubrum	47	Klinische Abheilung, Kultur: negativ
R.G.	55	Trichophyton rubrum	90	Klinische Besserung, Kultur: Trichophyton rubrum
S.D.	31	Candida glabrata	36	Klinische Abheilung, Kultur: negativ
P.B.	77	Trichophyton mentagrophytes	110	Klinische Besserung, Kultur: negativ

in 4 Fällen gefunden, zweimal Trichophyton mentagrophytes, einmal Trichophyton quinckeanum, zweimal der Hefepilz Candida glabrata und einmal Candida albicans.

In 6 Fällen konnte eine klinische Abheilung nach einer maximalen Behandlungsdauer von 7 Wochen erzielt werden, wobei keine Erregerspezifität bezüglich der Abheilung nachweisbar war. Der Juckreiz wies in allen 3 Fällen unter der Behandlung rasch nach (**Abb. 1 und 2**).

Bei 3 Patienten wurde die Therapie nach einer Behandlungsdauer von etwa 13 Wochen abgebrochen und auch hier 10 Tage nach Therapieende eine Pilzkultur angelegt. Dabei fand sich in 2 Fällen immer noch der gleiche Erreger in der Kultur, während in einem Fall keine pathogene Pilzbesiedlung mehr nachweisbar war. In allen 3 Fällen kam es jedoch zu einer deutlichen klinischen Besserung in Form des Abnehmens der Schuppung. In einem Fall wurde die Therapie nach 53 Tagen wegen mangelnder Compliance nicht mehr fortgeführt.

Diskussion

Plantarmykosen sind häufig aphlegmatisch verlaufende Dermatomykosen, und dies wird als Grund für die therapeutischen Probleme in der Behandlung angesehen (Meinhof, 1992). Vor allem der Erreger Trichophyton rubrum, der Haupterreger der Plantarmykosen, führt zu wenig entzündlichen Reaktionen (Wassilew, 1985). Im vorliegenden Erfahrungsbericht wurde Fungidexan® Salbe einmal täglich angewendet, wobei die erforderliche Therapie im Durchschnitt 6 Wochen benötigte. Möglicherweise wäre hier durch eine zweimal tägliche Applikation eine Verkürzung der Therapiedauer möglich gewesen. In 3 Fällen wurde über den Zeitraum von über 13 Wochen behandelt und trotz klinischer Besserung in 2 Fällen der Erreger immer noch nachgewiesen. Ein Grund für die Erregerpersistenz über einen solch langen Zeitraum trotz konsequenter täglicher Anwendung mit dem Präparat ist nicht bekannt.

In allen 10 Fällen empfanden die Patienten die Salbe als angenehm. Be-

sonders hervorstechend war das subjektive Gefühl des raschen Eindringens in die Haut und damit die Wiedererlangung der Geschmeidigkeit der Haut. In keinem Fall konnten Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt werden.

Literatur

1. Meinhof, W.: Persönliche Mitteilung (1992)
2. Nolting, S.: Harnstofftherapie bei Mykosen. Hautarzt Suppl. IV, 76-77 (1989)
3. Wassilew, S.: Hautmykosen. Urban und Schwarzenberg, München 1985

Anschrift des Verfassers:

Dr. J. Dietrich
Städtische Hautklinik Darmstadt
Grafenstr. 9
6100 Darmstadt