


Behandlungsstandard: Therapie von Pilzinfektionen der Haut und der Nägel bei Menschen mit chronischen Wunden	WZ-BS-011 V01 Therapie von Pilzinfektionen der Haut und der Nägel bei Menschen mit chronischen Wunden gültig bis: 19.03.2021	 Wundzentrum Hamburg <small>überregionales Handnetz</small>
		Seite 1 von 3

Vorbemerkung
 Die Behandlung von Pilzinfektionen bei Menschen mit chronischen Wunden ist insbesondere aufgrund der häufig vorliegenden Komorbiditäten (z. B. Diabetes mellitus, arterielle Verschlusskrankheit) und damit verbundenen Risiken von großer Bedeutung. Mykosen stellen häufig Eintrittspforten für bakterielle Infekte dar und können somit zu schweren Komplikationen (z. B. Erysipel, Sepsis, Extremitätenverlust) führen.

- Ziele**
- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
 - Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung
 - Prävention von bakteriellen Infektionen, z. B. Erysipelen, lokale Weichteilinfekte
 - Um Komplikationen bei Menschen mit chronischen Wunden zu vermeiden, sollten Mykosen zeitnah erkannt und behandelt werden
 - Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Definition
 Behandlung von Pilzinfektionen (Mykosen) der Haut und der Nägel bei Menschen mit chronischen Wunden. Die Pilzinfektionen der Haut werden entsprechend der Lokalisation eingeteilt. Da der Fußpilz und die Nagelmykose bei Menschen mit chronischen Wunden im Vordergrund stehen, soll nur auf diese eingegangen werden:

1. Mykose der Haut des Fußes (Tinea pedum)
2. Mykose der Nägel (Onychomykose)

Ursachen
 Die Pilzinfektion wird von Mensch zu Mensch oder über Gegenstände (z. B. Strümpfe, Schuhe, Fußböden) übertragen. Menschen mit Diabetes mellitus sind bis zu 80 % von einer Tinea pedum betroffen.

Individuelle prädisponierende Faktoren für die Entstehung einer Haut-/Onychomykose sind:

- Familiäre Disposition
- Diabetes mellitus
- Durchblutungsstörungen
- Immunsuppression
- Periphere Neuropathien
- Traumata, z. B. durch zu enge Schuhe
- Fußfehlstellungen
- Männliches Geschlecht
- Verstärktes Schwitzen (Hyperhidrose), z. B. durch das Tragen von okklusivem Schuhwerk

Klinischer Befund:

1. Tinea pedum
 - Häufig von den Zehenzwischenräumen ausgehend: hier scharf begrenzte Rötung, Schuppung, Mazeration und Rhagaden.
 - Häufig Übergriff auf die Fußsohlen und Fußkanten. An Fußsohlen randbetonte, weißliche Schuppung, zum Teil auch Bläschen im Fußgewölbe.
 - Bei Menschen mit chronischen Wunden kann es auch am Wundrand zu Pilzinfektionen kommen.
2. Onychomykose
 - Führt in der Regel zu einer Verdickung der Nagelplatte
 - Erscheint gelblich-bräunlich und bröckelt beim Nägelschneiden ab. Die Verfärbung beginnt meist am freien Nagelrand, wenn sie durch Fadenpilze hervorgerufen wird. Von dort aus breitet sich der Nagelpilz zum Nagelwall hin aus
 - Sind Hefen die Urheber, startet die Verfärbung vor allem am Nagelwall - also dort, wo der Nagel heraus wächst.
 - Der überwiegende Teil der Onychomykosen wird von Dermatophyten verursacht.

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 14.02.2019	Datum: 20.03.2019	Datum: 20.03.2019

Diagnose

1. Klinischer Befund
2. Erregernachweis mittels Nativpräparat; Pilzkultur oder Histologie durch mikrobiologisches Labor oder Dermatologen

Differentialdiagnosen:

Hyperhidrose, Fußinfekt mit gramnegativen Keimen, Psoriasis, Ekzeme (z. B. Kontaktekzem, atopisches Ekzem)

Aufgrund der Komplexität der Differentialdiagnosen ist eine Vorstellung beim Dermatologen notwendig; insbesondere bei Persistieren der Symptome trotz adäquater Therapie und vor Einleitung der Systemtherapie!

Hinweis zur Materialgewinnung für den Erregernachweis

Die höchste Wahrscheinlichkeit für den Nachweis von Mykosen erfolgt stets im Randbereich einer Hautveränderung, da dort die größte Pilzdichte vorhanden ist. Hier niemals Abstriche von der Mitte der Läsion nehmen.

Fußpilz: Entnahme von Schuppen vom Rand der Läsion in Petrischale; bei Zehenzwischenraummykose mit schmierigen Belägen kann ein Abstrich erfolgen.

Nagelpilz: Desinfektion des Nagels mit 70 %igem Alkohol, zuvor antimykotische Behandlung absetzen (2-4 Wochen; mykotische Systemtherapien müssen sogar mind. 4-6 Wochen abgesetzt sein); Material an der Grenze zwischen der mykotischen Veränderung und dem gesundem Nagel entnehmen, soweit proximal wie möglich (ggf. Nagel zurückschneiden). Nagelmaterial in Petrischale geben und ins Labor senden.

Therapie

Tinea pedis, Lokalthherapie:

Antimykotische Therapie:

- Lokale Antimykotika aus verschiedenen Wirkstoffgruppen, ggf. kombinieren mit Antiseptika oder Produkte mit physikalischer Keimbindung (hydrophobe Wechselwirkung) einsetzen
- Bei Dermatophyten Terbinafin und Ciclopirox haltige Externa zu bevorzugen
- Grundlage nach Befund auswählen (Creme, Gel, Lösung oder Paste): nässend → eher Lösung, Gel oder Paste, trocken → eher Creme
- In der Regel wird die 1-2mal tägliche Anwendung empfohlen (siehe Herstellerangaben)
- Um Rezidive zu vermeiden, sollte die Lokalbehandlung, vor allem der Tinea pedis, etwa 3-4 Wochen über die klinische Heilung hinaus fortgesetzt werden.

Die antimykotische Therapie ist keine Dauertherapie. Falls nach der avisierten Zeitspanne keine Heilung eintritt, ist eine fachärztliche Vorstellung notwendig. Bei ansteigender Zeitspanne der Lokalthherapie steigt das Risiko, insbesondere bei Menschen mit Diabetes mellitus, durch die gleichzeitige Verdrängung von grampositiven Erregern einen gramnegativen Fußinfekt zu begünstigen!

Tinea pedis, Systemtherapie:

Bei Versagen einer topischen Therapie oder begründetem Verdacht auf mangelnde Wirksamkeit ist eine systemische Behandlung erforderlich. Verfügbare Wirkstoffgruppen sind Itraconazol, Fluconazol, Terbinafin. Siehe hierzu: Empfehlungen der Leitlinie der AWMF zur Tinea corporis. Bei isoliertem Fußpilz ist die Systemtherapie äußerst selten.

Tinea pedis, Allgemeinmaßnahmen und Prophylaxe:

- Feuchtes Milieu meiden; Füße sorgfältig abtrocknen (insbesondere auch Zehenzwischenräume), kein okklusives Schuhwerk
- Zehenzwischenräume trocken halten, ggf. Leinenlappchen oder medizinisch gereinigte Lammwolle einlegen
- Nicht Barfuß laufen, insbesondere auf Teppich oder in öffentlichen Badeanstalten
- Schuhe und Strümpfe desinfizieren, um eine Re-Infektion zu vermeiden
- Waschen der Strümpfe mit einem Vollwaschmittel bei mind. 60°C
- Ggf. Partner mitbehandeln

Onychomykose, Lokalthherapie:

Antimykotische Therapie:

Ist als alleinige Therapiemaßnahme nur ausreichend, sofern ein Mitbefall der Nagelmatrix (Wachstumszone) ausgeschlossen und weniger als 50 % des Nagels betroffen ist (Lecha et al. 2005).

- Atraumatische Entfernung der kranken Nagelplatte, damit der Wirkstoff zum Erreger vordringen kann. Harnstoffhaltige Salbe (20-40 % Harnstoff) oder Fertigpräparat (Nagelsets) einsetzen; alternativ Entfernung mittels Fräse.
- Antimykotische Lösung oder Nagellack (in Kombinationspräparat oder zusätzlich)

Onychomykose, Systemtherapie:

- → siehe zu Details AWMF-Leitlinie Onychomykose
Systemtherapie gehört in fachärztliche Behandlung!
- Kombinationstherapie mit Lokalthherapie ist deutlich wirksamer, schneller und kostengünstiger!
- Indiziert bei Matrixbefall
- Die System-Therapie ist langwierig und muss über einen Zeitraum bis zu zwölf Monaten konsequent fortgeführt werden.
- Wahl des Präparates richtet sich nach Erregerkultur
- Begleiterkrankungen und Kontraindikationen der einzelnen Präparate beachten, da Patienten mit chronischen Wunden in der Regel ein schwieriges Komorbiditätsprofil haben!
- Sollte das Herauswachsen des gesunden Nagelanteils sistieren oder gar der pathologische Prozess sich wieder nach proximal ausdehnen, ist eine sofortige Weiterbehandlung notwendig.

Onychomykose, Allgemeinmaßnahmen und Prophylaxe:

- Mitbehandlung durch Podologen sinnvoll, da insbesondere die Entfernung der kranken Nagelplatte für Patienten häufig schwierig ist
- Durchblutungssituation abklären und ggf. verbessern
- Feuchtes Milieu meiden
- Schuhe und Strümpfe desinfizieren, um eine Reinfektion zu vermeiden
- Waschen der Strümpfe mit einem Vollwaschmittel bei mind. 60°C

Hinweise

- AWMF-Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft. Tinea der freien Haut. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/002
- AWMF-Leitlinie der Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft. Onychomykose. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/003
- Lecha M, Effendy I, Feuilhade de Chauvin M, Di Chiacchio N, Baran N (2005) Treatment options-development of consensus guidelines. JEADV 19 (Suppl. 1): 25-33.
- Magagnin CM, Stopiglia CD, Vieira FJ, Heidrich D, Machado M, Vettoratto G, et al. Antifungal susceptibility of dermatophytes isolated from patients with chronic renal failure. An Bras Dermatol. 2011;86: 694-701.

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
14.02.2019	20.03.2019	20.03.2019	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung