

22.08.2015

Rundbrief / Newsletter an alle Mitglieder der ADI-TD und an die Ansprechpartner für Infektiologie der deutschen Hautkliniken

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
anbei ein Rundbrief mit kurzen Informationen zur Dermatoinfektologie

A) Neues aus der ADI-TD:

19. Jahrestagung der ADI-TD vom 25.-26.9.2015 in Frankfurt

Tagungsleiter ist **Herr Prof. Dr. Helmut Schöfer** und er hat sich zusammen mit dem Vorstand der ADI-TD um ein Programm bemüht, welches viele verschiedene Facetten der Dermatoinfektologie beleuchtet, der Schwerpunkt liegt auf einem umfassenden Update für Klinik und Praxis. Bitte beachten Sie auch das **Kursangebot** (Mykologie, Skabies).

Am Samstag, 26.9.2015, 8.00 Uhr findet dort unsere

Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen statt.

Die Organisation hat dankenswerterweise wieder **ecm-köln**

übernommen, Anmeldung online über www.adi-td.de, Ihre

Ansprechpartnerin ist Frau S. Kömendy, Tel. 0221 91 39 59 24.

Frist für Abstracts: 10.9.2015 (Posterpreise).

B) Wissenswertes für die klinische Praxis (aus dem ADI-TD Symposium bei der DDG 2015 „Was mache ich bei...“)

I Tinea capitis (D. Reinel)

- Eine mykologische Untersuchung ist essenziell (**Tipp:** für die Kultur Material über Haarbürstenmethode gewinnen statt über Abschaben von Kopfschuppen. Bürste danach leicht auf die Agarplatte drücken; bei eitrigen tiefen Infektionen Haarepilation und Abstrich).

- Familien- und Haushaltsangehörige ebenfalls untersuchen (v.a. bei Verdacht auf anthropophile Erreger)

- Therapie i.d.R. immer systemisch und möglichst speziesspezifisch, aber topische Behandlung begleitend zur schnelleren Dekontamination

- **Bei Microsporum-Spezies** (*M. canis*, *M. gypseum*, *M. audouinii*):

1. Griseofulvin: 20-25 mg/kg/Tag für 6-12 Wochen (wirksamer als Terbinafin, günstiger als Azole); nicht für Neugeborene; für Kinder < 2 J nach Alternative suchen, z.B. zunächst topische Behandlung.

Griseofulvin Tbl stehen in D weiterhin zur Verfügung, auch wenn sie nicht in der Roten Liste erscheinen.

2. Azole: - Itraconazol: 5 mg/kg/Tag für 2-6 Wochen / Puls-Therapie für eine Woche (2 Wochen zwischen den Pulsen); Alternative:

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Cord Sunderkötter
Klinik für Dermatologie und Venerologie
Universitätsklinikum Münster
Von-Esmarch-Str. 58, 48149 Münster
Tel: 0251-8357481
Fax: 0251-8356522
Email: Cord.Sunderkoetter@ukmuenster.de

Erster Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. med. H. Schöfer
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Klinikum Goethe Universität
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M.
Tel: 069-6301 5704
Fax: 069-6301 5981
Email: Schoefer@em.uni-frankfurt.de

Zweite Stellv. Vorsitzende

Prof. Dr. med. E. von Stebut-Borschitz
Hautklinik, Universitätsmedizin,
Johannes-Gutenberg-Universität
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz
Tel: 06131-175731
Fax: 06131-175527
Email: vonStebu@mail.uni-mainz.de

Sekretär

Dr. med. Mario Fabri
Klinik für Dermatologie und Venerologie
Universität zu Köln
Kerpener Strasse 62, 50937 Köln
Tel: 0221-47898338
Fax: 0221-4785949
Email: mario.fabri@uk-koeln.de

Schatzmeister

Dr. med. D. Reinel
Basselweg 101a, 22527 Hamburg
Tel: /040-5402766
Fax: /040-540 82 58
Email: dieter.reinel @web.de

Vorsitzender der Society For Dermatology in the Tropics

Dr. med. D. Reinel
Basselweg 101a, 22527 Hamburg
Tel: /040-5402766
Fax: /040-540 82 58

Vorsitzender der Deutschen STI-Gesellschaft

Prof. Dr. med. N.H. Brockmeyer
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum
Tel: 0234-5093471
Fax: 0234-5093472
Email: n.brockmeyer@derma.de

Dosierung nach Körpergewicht: < 20 kg: 50 mg/Tag - > 20 kg: 100 mg/Tag. Für Kinder in D nicht zugelassen, nach Einwilligung der Eltern ist individueller Heilversuch möglich (AMG)

- Fluconazol: 5-6mg/ kg/Tag für 3-6 Wochen ODER 8mg/kg/Woche für 8-12 Wochen; nicht für Kinder < 1 J; ab 2. LJ, wenn keine therapeutische Alternative besteht

3. Terbinafin (Dosierung nach Körpergewicht: 10-20kg 62,5 mg/Tag, 20-40kg 125 mg/Tag, > 40 kg 250 mg/Tag) für 8-12 Wochen bei *Microsporum* spp.; für Kinder in D nicht zugelassen, nach Einwilligung der Eltern ist individueller Heilversuch möglich (AMG).

- Bei Trichophyton-Spezies:

1a. Terbinafin (Dosierung nach Körpergewicht: 10-20kg 62,5 mg/Tag, 20-40kg 125 mg/Tag, > 40 kg 250 mg/Tag) für 2 bis 4 Wochen); für Kinder in D nicht zugelassen, nach Einwilligung der Eltern ist individueller Heilversuch möglich (AMG). ODER

1b. Azole Präparate und Dosierung wie oben

2. Griseofulvin: 10-15 mg/kg/Tag für 6-12 Wochen; ähnliche Wirksamkeit und Nebenwirkungsrate wie #1a und #1b, jedoch längere Therapiedauer.

- Behandlungsdauer: Bis die Kultur negativ bleibt oder gesundes Haarwachstum vorliegt (Kakourou et al., Ped. Derm. Vol. 27 No.3 226-228) ODER (pragmatischer), Therapie für 2-4 Wochen, dann neue(s) Kultur und Nativpräparat, nach 1-2 Wochen Unterbrechung neuer Zyklus für 2-4 Wochen usw (Nenoff et al. 2013 Kinder- und Jugendmedizin; 13: 438-444)

- Isolierung von Kindern? Keine bei zoophiler Dermatophytose (*M. canis*, *T. interdigitale*, *T. erinacei*) nach Beginn der topischen und systemischen Therapie; bei anthropophilen Dermatophyten (*M. audouinii*, *T. soudanense*, *T. tonsurans*) allenfalls 1 Woche zu Hause (siehe auch Nenoff et al., Hautarzt. 2015)

II Schmerzen bei Herpes zoster (C. Sunderkötter)

- Zunächst abklären, ob es sich um nozizeptiven Schmerz („Wundschmerz“, meist im Bläschenstadium) oder neuropathischen Schmerz infolge Nervenläsionen handelt (brennender, bohrender Dauerschmerz, - kurze, einschießende, neuralgiforme Schmerzattacken, - heftige Berührungsschmerzen)

Bei nozizeptivem Schmerz

- Stufe 1: Analgetika: Nicht-steroidales Antiphlogistikum (bei hoher entzündlicher Komponente). Wenn Patient ASS 100 mg (Kardioprotektion) erhält, dann erst danach, oder Naproxen (1-3 x 200mg/d)

- Stufe 2 (wenn Intensität noch > 4/10): zusätzlich vorübergehend Opioid (Z.B. Tramadol) (*auch bei gleichzeitigem neuropathischen Schmerz*)

Bei neuropathischem Schmerz

- Stufe 1 Antikonvulsiva (neuronale Kalziumkanäle), oft initial zusätzlich zu NSAID wegen beider Schmerzkomponenten

- z.B. Pregabalin: 25mg/d, alle 2-3 Tage in 25mg Schritten erhöhen, stationär erste Zieldosis 150mg/d, maximal 600mg/d. Oder

- z.B. Gabapentin. Wichtige Nebenwirkungen jeweils: anfänglich Müdigkeit und Schwindel, Gewichtszunahme; periphere Ödeme. Med.-Interaktionen: wenige (!).

- Stufe 2: - zusätzlich vorübergehend Opioid (Tramadol 200 - 400 mg/Tag, Nebenwirkungen beachten)- Capsaicin Pflaster 8% (nach Oberflächenanästhesie 60 min auf schmerzendes abgeheiltes Areal, *cave* Augen, Wirkung hält bis zu 90 Tage an)- Lidocain Pflaster 5% (2. Wahl) 1-3 Pflaster; 12h (700 mg/Pflaster, 10 x 13 cm) im Schmerzareal

Alternative für Stufe 1, wenn Pregabalin unzureichend wirksam: Antidepressiva (sie blockieren die Wiederaufnahme von Noradrenalin und/oder Serotonin im Rückenmark, gegen alle Typen des neuropathischen Schmerzes): z.B. Amitriptylin 10 - 75mg, Dosierung initial ab 10 mg/die, alle 4 Tage um 10-25 mg erhöhen (aber vorher EKG und *cave*: > 70 LJ)

Mit besten Grüßen

Cord Sunderkötter (im Namen des Vorstandes der ADI-TD)