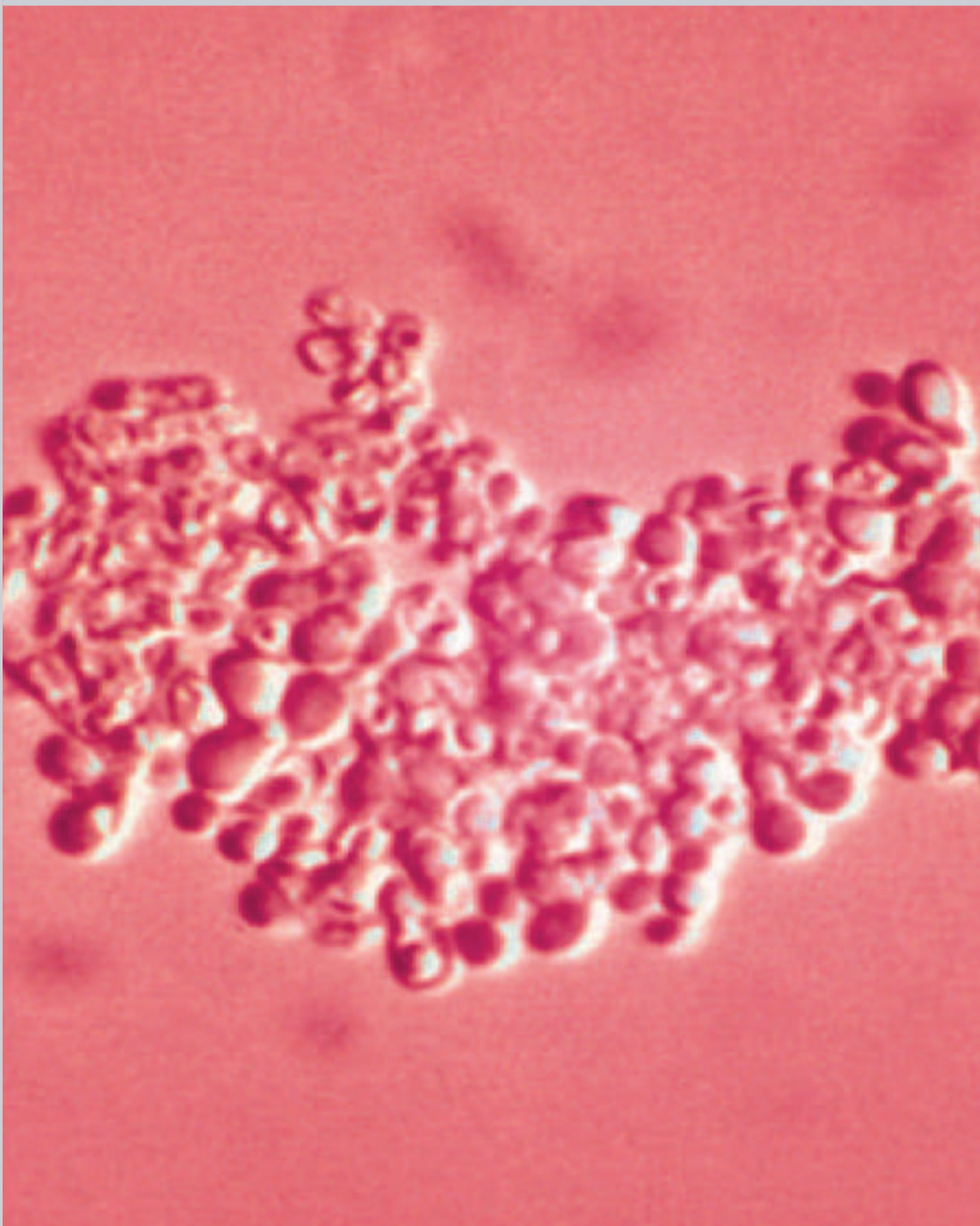


D MYKOLOGIE FORUM G

Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft e.V.

Aus dem Inhalt:

- Editorial
- Rundbrief
- Gratulation
- Tagungsberichte
- Geschichte der Mykologie
- Mycological Progress



Mykologie Forum
Mitteilungen der
Deutschsprachigen
Mykologischen
Gesellschaft e.V.

Neue Indikation

Internistische Thromboembolieprophylaxe



Fragmin® 5.000 I.E.

Jetzt auch zur Thromboembolieprophylaxe bei akuten internistischen Erkrankungen

Die Fakten sprechen Fragmin®



Die PREVENT-Studie: **PR**ospective **E**valuation of dalteparin efficacy for prevention of **VTE** in immobilized patie**N**ts **T**rial

Weltweit größte Zulassungsstudie (3.681 Patienten) zur internistischen Thromboembolieprophylaxe

Leizorovicz A et al. Randomized placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. *Circulation* 2004; 110: 874-879

- Signifikante Reduktion der klinisch relevanten Thromboembolien
- Verträglichkeit auf Plazebo-Niveau

www.fragmin.de

Fragmin® 4 ml / 10 ml Multidose, Fragmin® P, Fragmin® P Forte, Injektionslösung Wirkstoff: Dalteparin-Natrium Zusammensetzung: Arzneilich wirksame Bestandteile: Fragmin 4 ml Multidose: 1 Injektionsflasche mit 4 ml Injektionslösung enthält pro ml: Dalteparin-Natrium 25.000 I.E.* anti-Faktor Xa; Fragmin 10 ml Multidose: 1 Injektionslösung enthält pro ml: Dalteparin-Natrium 10.000 I.E.* anti-Faktor Xa. Fragmin P: 1 Fertigspritze mit 0,2 ml Injektionslösung enthält: Dalteparin-Natrium 2.500 I.E.* anti-Faktor Xa; Fragmin P Forte: 1 Fertigspritze mit 0,2 ml Injektionslösung enthält: Dalteparin-Natrium 5.000 I.E.* anti-Faktor Xa (1 mg Dalteparin-Natrium entspricht 110 - 210 I.E. AXa) (*1 I.E. = 1 Einheit des I. internationalen Standards für niedermolekulares Heparin. Nicht zu verwechseln mit Heparin I.E.). **Sonstige Bestandteile:** Wasser für Injektionszwecke, Benzylalkohol (Konservierungsmittel) 14 mg / ml (Fragmin 4 ml / 10 ml Multidose), Natriumchlorid (Fragmin P). **Anwendungsgebiete:** Fragmin 4 ml / 10 ml Multidose: Zur peri- und postoperativen Primärprophylaxe tiefer Venenthrombosen bei niedrigem, mittlerem oder hohem thromboembolischem Risiko (z. B. orthopädische Chirurgie). Zur Antikoagulation bei der Hämodialyse und Hämofiltration. Fragmin P: Zur peri- und postoperativen Primärprophylaxe tiefer Venenthrombosen bei niedrigem oder mittlerem thromboembolischem Risiko - am Operationstag auch bei hohem Risiko. Fragmin P Forte: Zur peri- und postoperativen Primärprophylaxe tiefer Venenthrombosen bei hohem thromboembolischem Risiko (z. B. orthopädische Chirurgie). Fragmin Multidose und Fragmin P Forte zusätzlich: Zur Primärprophylaxe tiefer Venenthrombosen bei internistischen Patienten mit mittlerem oder hohem thromboembolischem Risiko und vorübergehender eingeschränkter Mobilität aufgrund einer akuten Erkrankung (z. B. Herzinsuffizienz, respiratorischen Erkrankungen, schweren Infektionen). **Gegenanzeigen:** Bekannte Allergie gegen Dalteparin-Natrium, andere niedermolekulare Heparine, unfraktionierte Heparine oder Benzylalkohol, aktuelle oder aus der Anamnese bekannte allergisch bedingte Thrombozytopenie (Typ II) auf Heparine. Bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz sind die folgenden Gegenanzeigen wegen der Notwendigkeit einer Gerinnungshemmung bei extrakorporaler Zirkulation bei Fragmin 4 ml / 10 ml Multidose als relativ anzusehen: Besonders sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich bei kürzlich zurückliegenden (z. B. innerhalb der letzten 6 Wochen vor der Behandlung) Verletzungen oder Operationen am ZNS, Auge oder Ohr; aktive, klinisch signifikante Blutungen, wie z. B. gastrointestinale, intracraniale oder intraokulare Blutungen (innerhalb der letzten 3 Monate), Erkrankungen, die mit einer erhöhten Blutungsneigung einhergehen, wie z. B. hämorrhagische Diathese, Mangel an Gerinnungsfaktoren, schwere Leber-, Nieren- oder Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, schwere Thrombozytopenie und Hypermenorrhoe; Erkrankungen, bei denen der Verdacht einer Läsion des Gefäßsystems besteht, wie z. B. Magen- und / oder Darmgeschwüre, Bluthochdruck (RRdiast. größer 105 mm Hg), hämorrhagischer apoplektischer Insult (innerhalb 3 Monate vor der Behandlung), Hirnarterienaneurysma, Retinopathien, Glaskörperblutungen, Endokarditis lenta oder septica und Abortus imminens. Kinder. Wegen des Gehaltes an Benzylalkohol darf Fragmin 4 ml / 10 ml Multidose nicht bei Neugeborenen, insb. bei solchen mit Zeichen der Unreife angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Häufig: In Abhängigkeit von der Dosierung und häufiger bei Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren Auftreten von offenen oder okkulten Blutungskomplikationen an versch. Körperstellen (insb. an Haut, Schleimhäuten, Wunden, sowie im Bereich des Gastrointestinal- und Urogenitaltraktes). Hämatome oder Schmerzen an der Injektionsstelle. Anstieg der Serumtransaminasen (GOT, GPT, Gamma-GT), von LDH und Lipase. Gelegentlich: Zu Beginn der Behandlung mit Heparin leichte reversible Thrombozytopenie (Typ I) mit Thrombozytenwerten zw. 100.000 / µl und 150.000 / µl (verursacht durch vorübergehende Thrombozytenaktivierung), Haematemesis, Verhärtungen, Rötungen und Verfärbungen an der Injektionsstelle. Allergische Erscheinungen (z. B. Übelkeit, Kopfschmerzen, Temperaturanstieg, Gliederschmerzen, Urtikaria, Erbrechen, Pruritus, Dyspnoe, Bronchospasmen, Blutdruckabfall). Selten: antikörpervermittelte schwere Thrombozytopenie (Typ II) mit Thrombozytenwerten deutlich unter 100.000 / µl oder einem schnellen Abfall < 50% des Ausgangswertes, verbunden mit arteriellen und venösen Thrombosen / Thromboembolien, Verbrauchskoagulopathie, evtl. Hautnekrosen an der Injektionsstelle, Petechien, Purpura und Meläna, verminderte blutgerinnungshemmende Wirkung des Heparins (Heparintoleranz) (Fragmin sofort absetzen!), Hautnekrosen an der Injektionsstelle, Haarausfall. Überempfindlichkeit gegenüber Dalteparin-Natrium, anaphylaktische Reaktionen. Sehr selten: schwere Blutungen (retroperitoneale oder zerebrale Blutungen), die in sehr seltenen Fällen einen tödlichen Ausgang nahmen, epidurale und spinale Hämatome, zerebrale und retroperitoneale Blutungen, Vasospasmen (Hypotonie und Bradykardie nicht ausgeschlossen), Hypoalbuminämie, Hyperkälämie, metabolische Azidose, bis bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion und Diabetes mellitus, Anaphylaktischer Schock, Priapismus, Osteoporose nach längerer Anwendung nicht ausgeschlossen. **Warnhinweise / Vorsichtsmaßnahmen:** Fragmin nicht intramuskulär applizieren. Während der Behandlung im Injektionsort anderer Arzneimittel wegen der Gefahr von Hämatomen vermeiden. Vorsicht bei Verdacht auf Malignom mit Blutungsneigung, Nieren- und Harnleitersteinen, chronischem Alkoholkonsum. Erhöhte Vorsicht bei Patienten mit potenziell erhöhtem Blutungsrisiko: Leber- und Niereninsuffizienz, petechiale Ulzera in der Anamnese, gleichzeitige Anwendung von Arzneimitteln, die den Serum-Kalium-Spiegel erhöhen (Kontrolle bei Risikopatienten, z. B. aufgrund von Diabestes mellitus, Einschränkung der Nierenfunktion), gleichzeitige Gabe von oralen Antikoagulantien und / oder ASS, Thrombozytenfunktionsstörungen, unkontrollierter Bluthochdruck oder diabetische Retinopathie. Vor Beginn einer Prophylaxe mit niedermolekularem Heparin mögliche vorbestehende Blutgerinnungsanomalien abklären. Bei i.v.-Applikation und im Zusammenhang mit spinaler oder Epiduralanästhesie Auftreten von spinalen und epiduralen Hämatomen mögl. (ausreichender Zeitabstand zw. Injektion und Neuanlage / Entfernen eines Epidural- / Spinalkatheters einhalten). Bei peri- und postoperativer Primärprophylaxe eng Überwachung der antithrombotischen Wirkung bei bestimmten Patientengruppen, wie z. B. Patienten mit Nierenversagen, stark untergewichtigen oder krankhaft adipösen Patienten, Schwangeren oder Patientinnen mit erhöhtem Blutungsrisiko oder mit erhöhter Neigung zu Rezidivthrombosen. Regelmäßige Kontrolle der Thrombozytenzahl. Verfallsdatum klinisch-chemischer Untersuchungsergebnisse möglich. Schwangerschaft: Auf Grund des Gehaltes an Benzylalkohol nicht geeignet (Fragmin 4 ml / 10 ml Multidose). Absolute Kontraindikation einer epiduralen Anästhesie bei Schwangeren, die mit gerinnungshemmenden Arzneimitteln behandelt werden. Keine ausreichenden klinischen Erfahrungen über die Anwendung bei Kindern. Bitte beachten Sie auch die Fachinformationen. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutische Unternehmer:** PHARMACIA GmbH, PFIZER PHARMA GmbH, 76139 Karlsruhe. **Stand:** Dezember 2005.



„Neue Besen kehren gut“!

Mit dieser alten Binsenweisheit verbindet man heutzutage eher nicht mehr den neu gekauften Besen als vielmehr Veränderungen, die infolge einer personellen Neubesetzung in einer Führungsposition stattfinden. Professor Dr. med. Herbert Hof ist nun nach sechs Jahren erfolgreicher Amtszeit als Vorsitzender der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V. von dieser Position zurückgetreten, so wie es die Statuten der Gesellschaft erfordern, und ich bin als der bisherige stellvertretende Vorsitzende in die Position des Vorsitzenden aufgerückt. Von Hause aus zwar Mikrobiologe mit „bakteriellen Interessen“ hatte Professor Hof jedoch immer die gesamte Mykologie im Blick und legte auch großen Wert auf den Kontakt zu anderen Fachgesellschaften, die sich zwar nicht unmittelbar mit klinischen Problemen beschäftigen wie der Umweltmykologie oder Mykotoxikologie, aber wichtige Themenbereiche für unsere Fachgesellschaft darstellen. Dies war und ist wichtig für die DMykG und hat neue Mitglieder angezogen. Drei Jahre konnte und durfte ich mit Professor Hof zusammenarbeiten und ich möchte ihm für seinen unermüdlichen Einsatz für die Interessen der Mykologie und der DMykG sehr danken. Deshalb ist der „Besen“ so neu dann doch nicht. Der jetzt amtierende Vorsitzende ist ebenso wie der stellvertretende Vorsitzende, Herr Privatdozent Dr. Oliver Cornely aus Köln, Internist mit dem Schwerpunkt in der Hämatologie/Onkologie und der Infektiologie. Dadurch soll die Gesellschaft für andere Fachdisziplinen wie der Inneren Medizin oder Infektiologie weiter geöffnet werden. Speziell in der Hämatologie/Onkologie besteht seit vielen Jahren ein lebhaftes Interesse an mykologischen Themen. Für viele Patienten mit akuten Leukämien oder nach allogener Stammzelltransplantation ist das Risiko an einer invasiven Pilzinfektion zu erkranken sehr hoch. Die Markteinführung von neuen systemisch wirksamen Antimykotika hat neben den vielfältigen Problemen der Diagnostik von invasiven Mykosen in dieser Patientengruppe eine Reihe von jungen onkologischen Kollegen motiviert, sich intensiver mit der Mykologie zu beschäftigen. In fast allen universitären Kliniken für Hämatologie/Onkologie gibt es inzwischen infektiologisch-mykologisch interessierte Kollegen, die sich mit großem Engagement für die Diagnostik und Behandlung invasiver Mykosen einsetzen. Hier hat insbeson-

dere auch die - von der Mitgliederzahl kleine, aber seit erfolgreiche - AG Infektionen in der Hämatologie/Onkologie (AGIHO) der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie eine wichtige Funktion, in der die Mehrzahl dieser Kollegen aktiv ist.



**Prof. Dr. med. Markus Ruhnke,
Berlin, Vorsitzender der
DMykG e.V.**

Es gibt einige Aspekte, die für die Mykologie in Deutschland unverändert von Interesse sind und weiterer Aufmerksamkeit sowie Engagement bedürfen. Beispielsweise sind aus dieser AGIHO mittlerweile eine Reihe von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie invasiver Mykosen in der Hämatologie/Onkologie entstanden, die im In- und Ausland starke Beachtung finden. Es gilt auch diese Kollegen für die DMykG zu interessieren und zu Beiträgen auf den Jahrestagungen und zur Mitarbeit in der DMykG zu stimulieren. Letztlich führt dies zu einer Stärkung der Mykologie in Deutschland und damit Stärkung der DMykG. Von Seiten der Mitgliederzahl ist die DMykG unter den europäischen mykologischen Fachgesellschaften die größte Gesellschaft, die in der European Confederation on Medical Mycology (ECMM) vereinigt sind.

Die Anerkennung der Mykologie in Deutschland in der Breite findet im europäischen und außereuropäischen Ausland wieder verstärkt statt. So ist es gelungen die „2nd Trends on Medical Mycology (= TIMM)“ nach Berlin zu holen, wo sie im Oktober 2005 mit über 1.000 Teilnehmern eine sehr erfolgreiche Veranstaltung war. Die TIMM ist die gemeinsame Fachtagung der EORTC Infectious Disease Group, die unter dem Namen TIFI („Trends in fungal infections“) ursprünglich eigene Tagungen organisiert hatte sowie der ECMM. Eine gemeinsame Fachtagung hat 2003 in Amsterdam zum ersten Mal stattgefunden. Zuvor ist es zuletzt Frau Professor Bernhardt (1999) gelungen - damals noch die ECMM-Tagung ohne TIMM - nach Deutschland (Dresden) zu holen. Als Kongresspräsidenten fungierten in Berlin Prof. Maschmeyer (Vorsitzender der AGIHO) und der Autor dieses Artikels. Da 1.000 Teilnehmern den Weg nach Berlin gefunden haben, kann man von

einer erfolgreichen Tagung sprechen und sicher auch einer guten Aussenwirkung der Mykologie aus Deutschland.

Auf einer anderen sehr großen eher allgemein-infektiologisch orientierten Tagung, der 45. Interscience Conference on Antimicrobial Agents & Chemotherapy (ICAAC) in Washington D.C. im Dezember 2005, wurden von den 4 großen Therapiestudien mit neuen Antimykotika, allein drei Studien von deutschen Mykologen vorgetragen (Ullmann, Cornely, Ruhnke). Zusätzlich waren auf dieser Tagung ebenso wie auf der TIMM 2005 viele weitere Kollegen aus Deutschland mit Postern oder Vorträgen aktiv vertreten. Selbstverständlich finden diese intensiven Aktivitäten auch in anderen Bereichen wie der Dermatologie und verstärkt der Grundlagenforschung/Molekularbiologie statt. In jedem Fall ist in Deutschland eine enorme Expertise in allen Bereichen der Mykologie vorhanden. Diese Außenwirkung der deutschen Mykologie ist sehr wichtig und muß weiter verstärkt werden. Eine weitere Möglichkeit das Ansehen national und international aufzuwerten ist die Erstellung und Publikation von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie. Hier hat sich bereits eine sehr aktive AG innerhalb der DMykG gebildet, die an Leitlinien zum Evidenz-basierten Einsatz der serologischen Pilzdiagnostik arbeitet. Ich möchte alle Mitglieder der DMykG stimulieren, sich in den bestehenden AG's zu engagieren, deren Aktivitäten dann auch in Publikationen münden sollten. Als Publikationsorgan steht uns glücklicherweise „mycoses“ zur Verfügung. Mit Herrn Prof. Korting als Editor-in-Chief hat diese Zeitschrift ein sehr renommiertes Mitglied (Schriftführer der DMykG) unserer Gesellschaft als Nachfolger von Herrn Prof. Müller in dieser wichtigen Position des Herausgebers. Herr Prof. Korting ist sehr aktiv und erfolgreich dabei, die Zeitung zusammen mit dem Blackwell-Verlag unter den wichtigsten mykologischen Fachzeitschriften zu positionieren. Diese günstigen Rahmenbedingungen sollten von den Mitgliedern der DMykG verstärkt genutzt werden, zumal insbesondere Übersichtsartikel allgemein große Resonanz finden. Ich möchte Sie daher bitten, sich weiterhin in die Arbeit der DMykG einzubringen und insbesondere mit dazu beizutragen, dass „mycoses“ sich als vielleicht wichtigstes Publikationsorgan in der Mykologie positionieren kann.

Markus Ruhnke

VFEND® 50 mg, 200 mg Filmtabletten

VFEND® 200 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung

VFEND® 40 mg / ml Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen

Wirkstoff: Voriconazol

Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 50 mg / 200 mg Voriconazol. Pulver (Infusionslösung): 1 Durchstechflasche enthält 200 mg Voriconazol. Pulver (Suspension): Eine Flasche enthält 45 g Pulver entsprechend 40 mg / ml Voriconazol nach Rekonstitution mit Wasser. **Sonstige Bestandteile:** Filmtabletten: Lactose-Monohydrat, vorverkleisterte Stärke aus Mais, Croscarmellose-Natrium, Povidon K 30, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Hypromellose, Titandioxid (E 171), Lactose-Monohydrat, Triacetin. Pulver (Infusionslösung): Natrium-beta-cyclodextrin-sulfobutylether (SBECD), Wasser für Injektionszwecke. Pulver (Suspension): Sucrose (0,54 g / ml Suspension), hochdisperses Siliciumdioxid, Titandioxid (E 171), Xanthan-Gummi, Natriumcitrat, Natriumbenzoat (E 211), Citronensäure, natürlicher Orangengeschmack. **Anwendungsgebiete:** invasive Aspergillosen; Candidämie bei nicht-neutropenischen Patienten; Flucanazol-resistente, schwere invasive Candida-Infektionen (einschl. C. krusei); schwere Pilzinfektionen durch *Scedosporium* spp. und *Fusarium* spp. In erster Linie für Patienten mit progressiven, möglicherweise lebensbedrohlichen Infektionen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Voriconazol oder einen der sonst. Bestandteile; gleichzeitige Behandlung mit Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Pimozid, Chinidin, Rifampicin, Carbamazepin, Phenobarbital, Efavirenz, Ritonavir, Ergot-Alkaloiden (wie Ergotamin u. Dihydroergotamin), Sirolimus. In der Schwangerschaft nur bei zwingender Indikation, ggf. wirksame Verhütungsmaßnahmen; bei zwingender Indikation in der Stillzeit: abstillen. Kinder unter 2 Jahren. **Anwendungsbeschränkungen:** Vorsicht bei Patienten mit Risikofaktoren für QT-Verlängerung (nach kardiotoxischer Chemotherapie, Kardiomyopathie, Hypokaliämie, best. Begleitmedikation) und Prädisposition für Herzrhythmusstörungen (kongenitale oder erworbene QT-Verlängerung, Kardiomyopathie (speziell bei bestehender Herzinsuffizienz), Sinusbradykardie, bestehende symptomatische Arrhythmien, Komedikation, die bekanntermaßen das QT-Intervall verlängert); Störungen des Elektrolythaushaltes vor und während der Behandlung kontrollieren und ggf. ausgleichen. Leber- und Nierenfunktionsparameter überwachen. Sonnenlicht meiden. Bei Hautausschlag engmaschig überwachen. Gleichzeitige Anwendung mit Phenytoin oder Rifabutin vermeiden. B. gleichzeitiger Anwendung mit Methadon werden häufige Kontrolle bzgl. Nebenwirkungen (incl. QT-Verlängerung) und Toxizitätserscheinungen v. Methadon empfohlen (evtl. Dosisreduktion). Filmtabletten zusätzl.: Patienten mit Galaktose-Intoleranz, Laktase-Mangel, gestörter Glukose- / Galaktoseresorption. Pulver (Suspension) zusätzl.: Patienten mit Fruktose-Intoleranz, Sukrase-Isomaltase-Mangel, gestörter Glukose- / Galaktoseresorption. **Warnhinweis:** Bei Auftreten von vorübergehenden Sehstörungen Teilnahme am Straßenverkehr oder Bedienen von Maschinen meiden. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Fieber, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen; Übelkeit, Erbrechen, Durchfall; periphere Ödeme; Hautausschlag; Sehstörungen (veränderte / verstärkte visuelle Wahrnehmung, abgeflachte Amplitude im Elektoretinogramm, verschwommenes Sehen, Veränderung des Farbensehens, Photophobie), Geschmacksveränderung (nur Suspension). Häufig: Schüttelfrost, Asthenie, Rückenschmerzen, Brustschmerzen, Reaktionen und Entzündungen an d. Injektionsstelle, Gesichtssödem, Grippe-symptome; Hypotonie, (Thrombo-)phlebitis; erhöhte Leberwerte (einschl. ASAT, ALAT, aP, GGT, LDH, Bilirubin), (cholestatische) Gelbsucht, Cheilitis, Gastroenteritis; Thrombozytopenie, Anämie (einschl. makrozyt., mikrozyt., normozyt., megaloblast., aplastischer Anämie), Leukopenie, Panzytopenie, Purpura; Hypokaliämie, Erhöhung der Kreatininspiegel, Hypoglykämie; Benommensein, Halluzinationen, Verwirrtheit, Depressionen, Ängstlichkeit, Tremor, Unruhe, Parästhesie; Atemnotsyndrom, Lungenödem, Sinusitis; Pruritus, maculopapulöser Hautausschlag, vermehrte Lichtempfindlichkeit d. Haut (bes. bei Langzeitbehandlung), Alopezie, exfoliative Dermatitis; akutes Nierenversagen, Hämaturie. Gelegentlich: allergische Reaktionen, anaphylaktische Reaktion, Quincke-Ödem, Peritonitis; Vorhofarrhythmien, Bradykardie, Synkope, (supraventrikuläre) Tachykardie, ventrikuläre Arrhythmien, Kammerflimmern, QT-Verlängerung; Choleocystitis, Gallensteine, Verstopfung, Duodenitis, Dyspepsie, Lebervergrößerung, Gingivitis, Glossitis, Hepatitis, Leberversagen, Pankreatitis, Zungenödem; Nebennierenrindensuffizienz; Lymphadenopathie, Agranulozytose, Eosinophilie, Verbrauchskoagulopathie, Myelosuppression; Erhöhung d. Harnstoff- / Stickstoffwerte im Blut, Albuminurie, Hypercholesterinämie; Arthritis; Ataxie, Hirnödem, Doppelsehen, Hypoästhesie, Nystagmus, Schwindel; Arzneimittelexanthem, Ekzem, Psoriasis, Stevens-Johnson-Syndrom, Urticaria; Blepharitis, optische Neuritis, Papillenödem, Skleritis, Geschmacksstörungen; Nephritis. Selten: kompletter AV-Block, Überleitungsstörungen, Knotenarrhythmie, Torsade de Pointes; pseudomembranöse Colitis, hepatisches Koma; Lymphangitis; Hyperthyreose, Hypothyreose; Guillain-Barre-Syndrom, okulogyre Krisen, Hypertonus, extrapyramidal-motorisches Syndrom, Schlaflosigkeit, Enzephalopathie, Schläfrigkeit während der Infusion; diskoider Lupus erythematoses, Erythema multiforme, toxische epidermale Nekrolyse; Netzhautblutungen, Hornhauttrübungen, N. opticus-Atrophie, Hypoakusis, Tinnitus; Nierentubulosekrose. In seltenen Fällen und in Zusammenhang mit schweren Grunderkrankungen: schwere Lebertoxizität, Gelbsucht, Hepatitis und Leberversagen mit Todesfolge. Bitte beachten Sie außerdem die Fachinformation. Abgabestatus: Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. Repräsentant in Deutschland: PFIZER PHARMA GmbH, 76139 Karlsruhe. **Stand:** Juni 2005.

Quellen:

- 1) Fachinformation Vfend®
- 2) Böhme. A. et al.: Ann. Haematol. 2003; 82 (Suppl. 2), 133-140.
- 3) Herbrecht, R. et al.: N. Eng. J. Med. 2002; 347, 6, 408-415.







www.pfizer.de

Vfend[®] candida

Neu: First-line Zulassung Candidämie



Jetzt mit erweitertem Zulassungsspektrum¹⁾

-  Neu zur Primärtherapie bei Candidämien bei nicht neutropenischen Patienten
-  Zur Behandlung Fluconazol-resistenter invasiver Candidosen
-  First-line²⁾ bei invasiven Aspergillosen³⁾
-  First-line bei Fusariosen und Scedosporiosen

Überlebensvorteil* als Maßstab für Erfolg

 **VFEND[®]**
Voriconazol iv/oral

* in der Therapie invasiver Aspergillosen im Vergleich zu Amphotericin B; Herbrecht, R. et al., NEJM 2002; 347 (6)

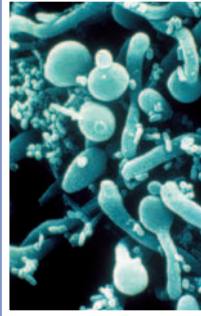
Seite 3: Editorial

M. Ruhnke, Berlin



Seite 14: ICAAC Washington 2005

Neues Antimykotikum vorgestellt /
Zulassung in USA

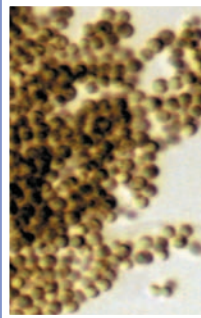


Seite 8: Rundbrief

H. C. Korting, München



Seite 16: European Mycology



Seite 10: Laudatio Th. Wegmann zum 86. Geburtstag

J. Müller, Emmendingen



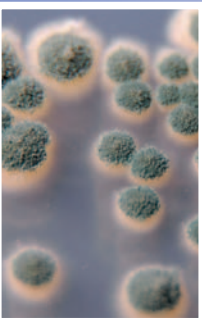
Seite 18: Geschichte der Mykologie in Deutschland

C. Seebacher



Seite 13: 38. Tagung der AG klinische Mykologie

R. Rüchel, Göttingen

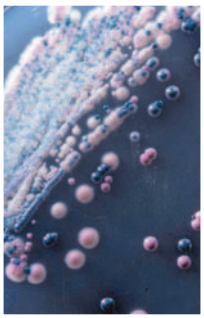


Seite 22: Neues Medium „Mycological Progress“

Interview mit Professor Dr. R. Agerer, München



Seite 24: Tagungskalender



Seite 27: Aufnahmeantrag ISHAM



Dieser Ausgabe liegt das Vorprogramm zur MYK in Innsbruck vom 7. bis 9. September 2006 bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und laden zur 40. Wissenschaftlichen Tagung der DMykG und der Österreichischen Gesellschaft für Medizinische Mykologie recht herzlich ein.



IMPRESSUM

MYKOLOGIE FORUM

Mitteilungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.

Herausgeber:

Vorstand der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.

(DMykG e.V.) Vorsitzender: M. Ruhnke; stellv. Vorsitzender:

O. A. Cornely; Schriftführer: H. C. Korting; Kassenwartin: Ch. Hipler.

Wissenschaftlicher Beirat:

Dietrich Abeck, München; Hannelore Bernhardt, Greifswald;

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

Norbert H. Brockmeyer, Bochum; Isaak Effendy, Bielefeld;

Gabriele Ginter-Hanselmeyer, Wien; J. Hacker, Würzburg;

Dag Harmsen, Würzburg; Gerhard Haase, Aachen;

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

Greifswald; Peter Kujath, Lübeck; Peter Mayser, Gießen;

Werner Mendling, Berlin; Joachim Morschhäuser, Würzburg;

Frank-Michael Müller, Würzburg;

Johannes Müller, Emmendingen; Pietro Nenoff, Mölbis;

Jörg Ritter, Münster; Martin Schaller, Tübingen;

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

Titelbild:

Malassezia furfur

Herstellung/Druck:

Preuss GmbH

ISSN-Nr. 1439-5673

Anzeigen:

SENT Science & Entertainment

Im Niederfeld 20 · 59597 Erwitte

Telefon 0 29 43 / 48 68 81

Telefax 0 29 43 / 48 68 82

Das MYKOLOGIE FORUM erscheint 4 x jährlich.

Auflage 5.000

Einzelheftpreis: € 3,- / Sfr.6,50

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

Themen der Vorstandssitzung:



**Prof. Dr. med. Hans C. Korting,
München, Schriftführer DMykG e.V.**

MYK 2006

Ausgiebig wird über den Planungsstand der Jahrestagung MYK 2006 in Innsbruck gesprochen. Dabei werden von Prof. Würzner zunächst Eckdaten vorgestellt. Präsentiert wird insbesondere ein Budgetentwurf, der von der Kongressorganisationsfirma Cocs stammt. Zugrunde gelegt wird ein Regeleintritt von 140, als Mitglied 110 Euro, Studenten sollten freien Eintritt haben. Die Pressekonferenz soll wie geplant aus bekannten Gründen vorab in München stattfinden. Frau Henning-Wrobel ist wiederum mit der Vorbereitung betraut. Im Rahmen der Posterpräsentation soll auch vorgesehen werden, dass in begrenztem Maße auf laufende große Therapiestudien eingegangen wird. Für die Posterbegehung vorgesehen sind die Kollegen Gräser, Müller (Emmendingen) und Hipler. Vier industriegestützte Satellitensymposien sind bereits fest vereinbart. Die Veranstaltung soll in vielfältiger Weise Gegenstand der Zertifizierung sein. Insbesondere soll die Akkreditierung durch die Deutsche Landesärztekammer gesucht werden, des Weiteren durch eine deutsche Dermatologische Akademie in Hannover. Für das vorläufige und das endgültige Programm wird ein Grußwort vorgesehen, gemeinsam

getragen vom Vorsitzenden DMykG und dem Tagungsleiter. Als Einsendeschluss für Abstrakta wird der 02. 05. 2006 benannt. Die wichtigen Ausschlussfristen werden von Cocs den Vorstandsmitgliedern demnächst elektronisch übermittelt werden. Das endgültige Programm soll in der nächsten Vorstandssitzung festgelegt werden. Die nächste Myk-Jahrestagung wird 2007 in Berlin stattfinden, die MYK 2008 in Jena – unter Mitwirkung von Prof. Brakhage und Frau Dr. Hipler, die MYK 2009 in Köln. Die Auswahl der Tagungsorte soll dabei das Prinzip widerspiegeln, korrespondierend zu den Vorschlägen der Kongressorganisationsfirma, alternierend größere und kleinere Orte als Tagungsorte zu wählen.

getragen vom Vorsitzenden DMykG und dem Tagungsleiter. Als Einsendeschluss für Abstrakta wird der 02. 05. 2006 benannt. Die wichtigen Ausschlussfristen werden von Cocs den Vorstandsmitgliedern demnächst elektronisch übermittelt werden. Das endgültige Programm soll in der nächsten Vorstandssitzung festgelegt werden. Die nächste Myk-Jahrestagung wird 2007 in Berlin stattfinden, die MYK 2008 in Jena – unter Mitwirkung von Prof. Brakhage und Frau Dr. Hipler, die MYK 2009 in Köln. Die Auswahl der Tagungsorte soll dabei das Prinzip widerspiegeln, korrespondierend zu den Vorschlägen der Kongressorganisationsfirma, alternierend größere und kleinere Orte als Tagungsorte zu wählen.

DMykG-Stiftung

Vor einer Zeit hat Herr Dr. Bufler als Stiftungsvorsitzender das Kapital in der vorgesehenen Weise angelegt, gewählt wurde ein speziell geeigneter Fonds, die erworbenen Wertpapiere werden von der Augsburger Aktienbank in einem Depot geführt. Es wird vorgesehen, dass auf Vorschlag des Stiftungsvorsitzenden 3.000 Euro von der Gesellschaft auf die Stiftung übertragen werden. Dies soll die Stiftung in die Lage versetzen, schon ab 2006 satzungsgemäße Aufgaben zu übernehmen – ohne das Stiftungskapital antasten zu müssen.

Mitgliederverzeichnis

Eingehend wird auf Vorschlag des Vorsitzenden DMykG über Möglichkeiten der Gestaltung eines aktuellen Mitgliederverzeichnisses diskutiert. Die relevan-



ten Daten liegen elektronisch in abrufbarer Weise beim Schatzmeister vor. Für den Fall, dass, wie vorgesehen, bei der nächsten Mitgliederversammlung beschlossen wird, einen erhöhten Mitgliederbeitrag zu beschließen mit dem Angebot verbunden, elektronisch freien Zugang zu mycoses als Organ der Gesellschaft zu erlangen, soll in dem vor Realisierung des Projektes zu schaffenden geschützten Bereich im Internetauftritt der Gesellschaft das Mitgliederverzeichnis bereit gestellt werden. Geprüft werden soll, ob auch in gedruckter Form wieder ein Mitgliederverzeichnis verteilt werden kann, im positiven Falle als Beilage zu einer Ausgabe vom Mykologie Forum. Für Druck und Verteilung ist der Vorstand der Gesellschaft bereit, ebenfalls bis zu 1.000 Euro zu verausgaben.

Darstellung der Geschichte der Mykologie in Deutschland

Der Vorsitzende der DMyKG erklärt sich bereit, einen Aufsatz zum Thema im Internetauftritt der Gesellschaft zu präsentieren. Derzeit befindet sich ein umfassendes Angebot zu dem Thema in Bearbeitung, wobei auch Originaldokumente zitiert werden sollen. Als Autoren verantwortlich sind Herr Prof. Müller (Emmendingen) und Herr Prof. Seebacher.

DMyKG Tagungskalender

Der soeben erstmals erschienene Tagungskalender DMyKG soll vier Mal pro Jahr erscheinen. Zukünftig soll dabei aber auf Veranstaltungen der folgenden sechs Monate hingewiesen werden. Bei Ankündigung von Veranstaltungen sollen gegebenenfalls Satelliten-

symposien als Teil größerer Veranstaltungen als solche gekennzeichnet werden. Veranstaltungen, die in Assoziation mit der DMyKG stattfinden, sollen durch die Beifügung des DMyKG-Logos als DMyKG-Veranstaltungen gesondert kenntlich gemacht werden.

Arbeitsgemeinschaften

Die Arbeit der Arbeitsgemeinschaften soll in Zukunft mehr als bisher für den Vorstand transparent sein. In diesem Zusammenhang wird vorgesehen, dass die Leiter von Arbeitsgemeinschaften gebeten werden, an einem Gespräch mit dem Vorstand zur Frage der zukünftigen Arbeit vor Beginn der MYK 2006 in Innsbruck zusammen zu kommen.

Mykologiekurse

Spätestens bei der MYK in Berlin soll wieder ein Kurs angeboten werden.

Erarbeitung von Leitlinien

Die für die Unterstützung der Erarbeitung von Leitlinien verfügbaren Finanzmittel sind weitgehend ausgeschöpft, die damit finanzierten Arbeiten auch weit fortgeschritten. Es wird damit gerechnet, dass das derzeit im Fokus stehende Leitlinienwerk im Rahmen der Tagung der Arbeitsgemeinschaft Klinische Mykologie in Göttingen zum Abschluss gebracht werden kann. Gearbeitet wird an einer Handreichung „Evidenzbasierung betreffend die mykologische Diagnostik“.

Hans C. Korting

Theodor Wegmann zum 86. Geburtstag

Theodor Wegmann gehört zu den Pionieren der Medizinischen Mykologie der ersten Stunde nicht nur in der Schweiz, sondern im gesamten deutschsprachigen Raum, den Ärzten der älteren Generation noch gut bekannt als markante Persönlichkeit in der medizinischen Weiterbildung. Eine Würdigung seiner Lebensleistung ist längst überfällig.

Teddy, wie ihn seine Freunde nennen, wurde am 27. Februar 1920 in Ayer Moelek auf Sumatra geboren, das damals noch zum niederländischen Kolonialreich gehörte. Seine schulische Ausbildung erhielt er in Zürich, wo er auch an der Universität Medizin studierte, mehrfach unterbrochen durch Militärdienst und durch Vertretung von praktischen Ärzten. Sein Staatsexamen bestand er 1945. Mit seiner Dissertation zum Thema „Lungentuberkulose und Intoxikationen“ promovierte er zum Doctor medicinae. Es folgten mehrmonatige Assistententätigkeiten am Pathologischen Institut der Uni Zürich bei Prof. v. Meyenburg, auf der Kinderstation Adelpoden und in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bern bei Prof. Hadorn. Über zwei Jahre arbeitete er dann in der Medizinischen Abteilung des Kantonsspitals Chur. Drei Monate lang hospitierte er 1948 an den Kardiologischen Kliniken in Lyon (Prof. Froment) und in Paris (Prof. Lenègre). Von 1948 bis 1950 wirkte er als Assistent an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Zürich bei Prof. Rossier sowohl im Ambulatorium wie auch auf der Bettenstation, anschließend in der Neurologischen Universitätsklinik Zürich bei Prof. Minkowski. Im Oktober 1950 kehrte er an die Medizinische Univ.-Poliklinik Zürich zurück, wo er zum Oberarzt avancierte. Mit einem viermonatigen Studienaufenthalt qualifizierte er sich in den USA, er lernt die Mayo Clinic in Rochester, das Peter Bent Brigham Hospital in Boston und die Duke Clinic in Durham, N.C., kennen. Am 1. Oktober 1956 wurde er Leitender Arzt am Krankenhaus vom Roten Kreuz in Zürich. Ab März 1957 war er Hauptconsiliarius am Bezirksspital Faudo, und im Februar 1958 wurde er als Chefarzt an die Medizinische Klinik des Kantonsspitals St. Gallen berufen, was seine Lebensstellung werden sollte.

Die Publikationsliste Wegmanns ist imponierend nach Umfang und spektraler Breite. Über 340 Titel zeugen vom Gewicht seiner klinischen Kompetenz: Neben den Schwerpunkten Herz, Lunge, ZNS, Leber, Pankreas, Niere, endokrine Systeme fehlt kaum ein Organ oder System, zu dem er

nicht diagnostische oder therapeutische Erfahrungen beigetragen hätte. Die klinische Chemie gehörte zum meisterlich gehandhabten Rüstzeug, das er bahrend weiterentwickeln half. In der Behandlung von Infektionskrankheiten sind alle Erregerbereiche abgedeckt – Bakterien, Viren, Parasiten, Pilze. In der seit den Fünfziger Jahren aufblühenden Chemotherapie der Infektionskrankheiten steht Wegmann mit Heilmeyer, Knothe, Naumann, Linzenmeier, Siegenthaler, Spitzzy, Walter, Plempel in der stattlichen Reihe der Infektiologen der ersten Stunde, und die Abgrenzung der Infektiologie als eigenes Fach vom internistischen Gesamtgebiet war Wegmann ein wichtiges Anliegen, das er auch mit seinem Wirken in der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie mittragen half.

Bei diesem breiten klinischen Hintergrund war es ein Glücksfall für die Medizinische Mykologie im deutschsprachigen Raum, dass sich Wegmann hier als erster – und lange Zeit einziger – Internist einbrachte. Er war es, der zunächst kasuistisch die klinischen Bilder tieflokalisierter opportunistischer Mykosen symptomatisch präzise von der Grundkrankheit abgrenzte, Risikofaktoren definierte und damit dem Kliniker am Krankenbett überhaupt erst einmal ein „Mykosebewusstsein“ vermittelte. Sodann galt es, das Symptombild der Mykosen von der Fülle möglicher Differentialdiagnosen anderweitiger Ätiologie abzutrennen und damit einen klinisch-diagnostischen Zugang zur Mykosedagnostik zu schaffen. Schließlich war Wegmann auch bahnbrechend tätig in der Herausarbeitung Ätiologie-bezogener Krankheitsmerkmale, die dem Kliniker frühzeitig Hinweise auf den Erreger erkennen lassen – für die Therapiebahnung oft erfolgsbestimmend. Dies alles konnte nur ein erfahrener Kliniker leisten.



Prof. Dr. med. Theodor Wegmann

Wegmanns Wirken fiel in eine Zeit, da die Medizinische Mykologie noch weitgehend von Dermatologen dominiert war, was historische Gründe hatte. Das zuständige größere Gesamtfach, die Medizinische Mikrobiologie, kümmerte sich im deutschsprachigen Raum nicht um die Mykologie, weil die dominierenden Bakteriologen von diesem kleinen Fach entweder keine Ahnung hatten oder sie über die Schulter ansahen, und die wenigen, in der Regel weisungsgebundenen Mikrobiologen, die sich hierfür interessierten, wurden zudem noch in ihrer Entfaltung eher behindert. Medizinische Mykologie kann ein Kliniker aber nur in Zusammenarbeit mit einer kompetenten labor diagnostischen Unterstützung abdecken. Eine glückliche Fügung führte Wegmann mit dem Basler Industrie-Mykologen Hans Scholer zusammen, der bei Hoffmann-La Roche die Tropenmedizin betreute. Scholer hatte sich als Mykologe mit seinen Arbeiten über die humanpathogenen Zygomyceten einen Namen gemacht und eine mykologische Forschungsabteilung aufgebaut, in der partiell Hannelene Müller als bereits renommierte Mykoserologin mitarbeitete und zu der dann noch Annemarie Polak stieß. Hier wurde eine moderne mykologische Labordiagnostik aufgebaut, die neben dem kulturellen Erregernachweis auch die Mykoserologie abdeckte und in die Scholer seine histopathologische Kompetenz einbrachte. Die intensive Kooperation mit dem Internisten Wegmann setzte die Gruppe um Hans Scholer in Stand, eine fruchtbare kliniknahe Antimykotika-Forschung zu betreiben. Nachdem kurz zuvor bei Roche-Basel die Vollsynthese des Antimykotikums Griseofulvin gelungen war, wurde nun das 5-Fluorocytosin (5-FC) zur klinischen Anwendungsreife entwickelt, das zwei Jahrzehnte lang in Kombination mit Amphotericin B die Therapie der tieflokalisierten Mykosen beherrschte, insbesondere bei Candidose und Cryptococcosis. So gab es in den Siebziger Jahren in Basel spezialisierte Workshops, in denen Mykosesituationen kasuistisch klinisch, labor diagnostisch und histopathologisch, gewissermaßen „aus einer Hand“, vorgestellt wurden, was die Kenntnisse über tieflokalisierte, insbesondere opportunistische Mykosen enorm erweiterte. In diesem Geschehen war Wegmann eindeutig der führende Kliniker, und Scholers Basler mykologische Sitzungen wurden wegweisend für die Darstellung dieser Thematik auf den Tagungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft.

Das Aufblühen der Medizinischen Mykologie um das Zweigespann Scholer-Wegmann hatte noch weitere Folgen. Beide waren sich einig, dass für die Bekämpfung der rasch zunehmenden opportunistischen Mykosen eine breite medizinische Weiterbildung notwendig war. Es ist der Firma Hoffmann-La Roche Basel-Grenzach hoch anzurechnen, dass sie in der Prä-Azolantimykotika-Ära so gut wie die gesamte Weiterbildung in Medizinischer Mykologie organisierte und finanzierte. Scholer band auch den Schreiber dieser Zeilen in diese Weiterbildung mit ein, so dass über ein- einhalb Jahrzehnte ein Fünfer team das Problem der opportunistischen Mykosen den Therapie-bestimmenden Klinikern im deutschsprachigen Raum nahebrachte. Das war damals ein Bohren harter Bretter, denn die Mehrzahl der Klinikern war Mykose-unerfahren und scheute sich aus Angst vor gravierenden Nebenwirkungen Amphotericin B einzusetzen. Hier war hilfreich, dass in der Kombination mit 5-FC die Amphotericin B-Dosis bei Candidose und Cryptococcosis halbiert werden konnte und dass das in der parenteral verabreichten 5-FC-Zubereitung enthaltene Kochsalz die Nierentoxizität des Amphotericins B deutlich verminderte. Langsam, sehr langsam wurde so ein klinisches „Mykosebewusstsein“ entwickelt, und wenn heute die Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft mit Markus Ruhnke erstmals von einem Internisten geführt wird, dann hat Theodor Wegmann dafür eine gewichtige Grundlage geschaffen. Auf der Mykologentagung 1986 in Freiburg i. Br. wurde Theodor Wegmann gemeinsam mit Hans Scholer für ihre Pionierarbeit die DMykG-Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Wegmanns mykologische Kompetenz spiegelt sich in seinem umfangreichen publikatorischen Oeuvre wieder. Bereits 1961 gab er zusammen mit G. Polemann und A. Stammler die Monographie: „Klinik und Therapie der Pilzkrankungen“ heraus, im Thieme-Verlag erschienen. Wegmanns 70 Zeitschriftenbeiträge und 15 Handbuchbeiträge behandeln mykologische Themen – einmalig unter den deutschsprachigen Internisten seiner Generation. Neben den Schwerpunkten der opportunistischen Mykosen Candidose, Aspergillose, Cryptococcosis und Zygomycose hat er auch die primären außereuropäischen Mykosen in Übersichten dargestellt. Sein publikatorisches Anliegen war stets auf den Kliniker am Krankenbett zugeschnitten, war

stets die Gesamtschau von klinischer Symptomatik, Laborbefundung und kundiger Therapiestrategie. Diese Sichtweise kulminierte in seiner Monographie „Medizinische Mykologie – ein praktischer Leitfad“⁴, die von 1979 bis 1994 sechs Auflagen erlebte und auch ins Englische übersetzt wurde: Hier war in einprägsamer Didaktik mit ausgezeichnetem Bildmaterial das klinisch-mykologische Wissen der Zeit komprimiert und dabei das Wesentliche in markanten Leitsätzen hervorgehoben – ein idealer Führer für den Arzt am Krankenbett.

Wegmanns mykologische Lebensleistung wäre nicht vollständig ohne Würdigung seines Wirkens in der Sektion „Antimykotische Chemotherapie“ der Paul Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie. Diese Sektion hat er zusammen mit Manfred Plempel seit ihrer Gründung geleitet, nach Plempels Ausscheiden zusammen mit dem Schreiber dieser Zeilen, und ihre Arbeit strukturiert. Gestaltungsziele waren damals nicht nur Fragen der antimykotischen Chemotherapie, sondern – entsprechend dem lückenhaften Kenntnisstand der damaligen Zeit – auch Probleme der Indikationsstellung im weitesten Sinn. In den Sitzungen gab es zur Effizienzsteigerung thematische Bündelungen, alle Fragen konnten ausdiskutiert werden, und es gab Arbeitsgruppen für Methodenentwicklungen, so z.B. eine Arbeitsgemeinschaft zur Entwicklung der Sensibilitätstestung an Pilzen für Antimykotika: Sensibilitätstestungen waren zu jener Zeit ein Dauerthema auch in den anderen PEG-Sektionen. Hier entfaltete Wegmann seine ganze Prägekraft, und zu seinem 70. Geburtstag ehrte ihn die Sektion mit einer lateinischen Gratulationsadresse.

Wegmann leitete eine internistische Klinik mit 360 Betten, die größte schweizerische Klinik ihrer Art mit einem Einzugsgebiet, das bis nach Vorarlberg und Südwestdeutschland hineinreichte. Die stolze Zahl von 23 Doktoranden zeugt von seinem Wirken auch im akademischen Raum. Die Fülle seiner Publikationen, davon ein Viertel mykologische Titel, sowie über 500 Vorträge belegen seine immense pädagogische Ausstrahlungskraft. Er war ein beeindruckender, mitreißender Redner von großer Klarheit und rhetorischer Brillanz. Bei aller Präzision im klinischen Detail sah er immer den ganzen Patienten in der Komplexität seiner Krankheit, und einige seiner Artikel zeigen, dass ihm hierbei auch ein bemerkenswerter ethisch fun-

dierter philosophischer Hintergrund zu Gebote stand – Titel wie „Fehldiagnosen und ihre Hintergründe“ oder „Krankheit und Tod aus der Sicht des Klinikers“, belegen dies.

Teddy Wegmanns Bildung ist phänomenal, viele Talente sind ihm in die Wiege gelegt, die er klug neben seinem Beruf entwickelt hat. Seine erste Sprache war Malayisch, er lernte sie als Kind in Sumatra, dort wo 2004 der Tsunami wütete. Neben Hochdeutsch und Zürcherdütsch beherrscht er perfekt die englische und französische Sprache, und er könnte aus dem Stehgreif ein medizinisches Kolleg auf Lateinisch halten, wenn er dafür eine sprachverständiges Auditorium hätte. Seinem Freund Hans Knothe hat er 1979 eine umfangreiche lateinische Geburtstagslaudatio gewidmet. Aus Neigung, Verständnis und Bedürfnis ist er allem Schönen zugetan. Sein absolutes Gehör hätte ihn beinahe Musiker aus Profession werden lassen – Mozarts spätes Leiden hat er medizinisch sachkundig kommentiert. Ebenso haben es ihm aber auch Philosophie und Religionswissenschaft angetan – die Nachsitzen bei Tagungen und Workshops in seiner Gesellschaft waren stets ein geistvolles Feuerwerk. Reiten war seine Leidenschaft, bis Altersbeschwerden dies nun nicht mehr zulassen. Der Tod seiner Frau und einer Tochter hat ihn tief getroffen.

Mögen Dir, lieber Teddy, noch viele Ruhestandsjahre im geistigen und körperlichen Wohlbefinden beschieden sein. Dein wacher Geist wird sie zu erfüllen wissen.

**DU UVNT VOLENTEM FATA,
NOLENTEM TRAHUNT.**

Den Verständigen wohl leiten besorgt die Geschicke.
Wer indes widerstrebt, den zerrt das Los hinterher.

In herzlicher Verbundenheit
Dein Weggefährte

Johannes Müller

*Herzlichen
Glückwunsch!*

38. Tagung der Arbeitsgruppe Klinische Mykologie der DMykG e.V. in Göttingen

Am 10. und 11. Februar d. J. hat im Göttinger Hygiene Institut – organisiert durch R. Rüchel und Mitarbeiterinnen und unterstützt durch die Firma Pfizer – die **38. Tagung der Arbeitsgruppe Klinische Mykologie der DMykG** mit 41 Teilnehmern stattgefunden.

Einleitend berichtete U. Reichard (Göttingen) über das internationale Genom und Proteom-Projekt von *Aspergillus* und über seine daran gekoppelte Suche nach potentiellen Antigenen für einen Impfstoff gegen Aspergillose.

J. Lugauer (Koblenz) erläuterte die mikrobiologisch-mykologische Diagnostik bei der Bundeswehr, die auf Container gestützt, auch im Ausland durchgeführt werden kann und dabei ihren dortigen Patienten täglich „Visiten“ per Internet angedeihen lässt.

Ins heimisches Milieu führte S. Schauder (Göttingen) mit einem Fall von Dermatomykose, bei dem *T. mentagrophytes* von infizierten Meerschweinchen in ein Waschbecken, und von dort auf mehrere Familienmitglieder übertragen worden war, die eine *Tinea corporis* erlitten.

Auch zwischen ganz verschiedenen Mikroben kann es beim Menschen Interaktionen geben: Das vermuten D. Rimek und R. Kappe (Erfurt), die nach dem Einfluss von viraler oder bakterieller Enteritis auf die intestinale Sprosspilz-Flora fahnden.

Die Wirkung von anaerobem Milieu mit niedrigem Sauerstoffpartialdruck auf den Effekt von Azolantimykotika an *Candida*-Hefen wurde von H. Bernhardt und M. Knoke (Greifswald) referiert. Sie berichteten über gute Wirksamkeit der Substanzen auch im sauren Milieu von Abszessen.

Die Epidemiologie von Fungämien wird durch das Nationale Referenzzentrum für Systemmykosen mit Hilfe von derzeit über 40 Einsendern untersucht. M. Borg v. Zepelin (Göttingen) berichtete über den Stand dieser Untersuchung, nach der *C. albicans* immer noch über 50% der Isolate ausmacht. Die Resistenz derselben vor allem gegen Fluconazol ist immer noch niedrig.

Die Adhärenz von Mikroben an Textilien ist ein Problem, dem sich Uta-Christina Hipler (Jena) gewidmet

hatte. Sie berichtete über ein Gewebe aus Zellulosefasern, das mit Hilfe von Algen mit „Nano-Silberpartikeln“ getränkt worden ist; es wirkt antimikrobiell, hält bis zu 60 Waschgänge aus, und ist auch für medizinische Zwecke verwendbar.

M. Seibold (Berlin) berichtete über Probleme bei der in vitro Resistenztestung von Schimmelpilzen –speziell von *Fusarium* sp.. Diese Isolate müssen einzeln getestet werden; sie sind am ehesten empfindlich gegen Amphotericin in Kombination mit Terbinafin.

G. Schröder (Greifswald) berichtete über einen entsprechenden Fall, bei dem mit Posaconazol behandelt worden war, das trotz entsprechender Zulassung nicht zum Erfolg führte.

Dabei kann auch ein Eagle Phänomen (Wirkeinschränkung bei Dosiserhöhung) eine Rolle spielen, das von Penicillinen bekannt ist und jetzt auch bei Antimykotika beobachtet wird, wie R. Fleck (Mannheim) berichtete.

Über einen Fall von klinischem Versagen von Caspofungin berichtete J. Bäsecke (Göttingen) bei pulmonaler Aspergillose; hier wurde der Mangel an interpretierbaren cut off-Werten bei der in vitro Testung schmerzhaft fühlbar.

K. Tintelnot (Berlin) berichtete sodann über Fälle von importierter, nosokomialer *Scopulariopsis*-Mykose am Auge und die Möglichkeit, das öffentliche Gesundheitssystem auf diese Fälle aufmerksam zu machen.

Auf die geänderten Bewertungsindices für den *Aspergillus* Galactomannan Antigen EIA machte R. Rüchel (Göttingen) aufmerksam, der dazu eigene Fallbeispiele brachte.

W. Fegeler (Münster) berichtete dann über eine mehrjährige, kooperative Studie der DMykG an über 8.000 Hefeisolaten, nach der die Kreuzresistenz unter den Triazol-Antimykotika noch eine Ausnahme ist und Flucytosin weiterhin als Kombinationspartner von Triazolen in Betracht kommt.

M. Seibold (Berlin) referierte schliesslich eigene Ergebnisse und amerikanische Studien, wonach der interpretierbare cut-off von Caspofungin gegenüber Hefen im Bereich von 0,5-2,0 µg/ml anzusetzen sein wird. Ob es aber jemals zu solchen Werten kommt, scheint nach anderer Meinung zweifelhaft.

R. Rüchel, Göttingen

Anidulafungin – neues Echinocandin zur Therapie invasiver Candida-Infektionen in den USA zugelassen

Mit ca. 60.000 Fällen pro Jahr in den USA sind Candidämien ähnlich häufig wie Septikämien mit Staphylokokken oder Enterokokken.¹⁾ Gefährdet sind vor allem Patienten mit immunkompromittierenden Erkrankungen oder Therapien, Intensivpatienten und Patienten mit großen Operationen. Trotz der substanziellen Fortschritte der antimykotischen Therapie in den letzten beiden Jahrzehnten ist die Letalität der Candidämie nicht gesunken und liegt außerhalb klinischer Studien heute bei etwa 50%. Systemische *Candida*-Mykosen gehören nach wie vor zu den problematischen Nosokomialinfektionen, für die neue wirksame Therapieoptionen dringend erforderlich sind.

Am 17. Februar hat die amerikanische Food and Drug Administration die Zulassung für Anidulafungin (Eraxis®; Pfizer Inc.) zur Therapie von Candidämien und invasiven Candidosen erteilt.²⁾ Damit steht erstmals ein Antimykotikum zur Verfügung, für das in dieser Indikation eine Überlegenheit vs. Fluconazol dokumentiert wurde. Während vorangegangene Vergleichsstudien zur Candidämitherapie mit anderen Antimykotika die jeweils gleichwertige Wirksamkeit der geprüften Substanzen gezeigt hatten, ergab die im vergangenen Dezember auf der ICAAC-Konferenz in Washington D.C. vorgestellte Doppelblind-

studie³⁾ signifikant höhere Erfolgsraten in der Anidulafungin-Gruppe (Abbildung 1).

An der randomisierten Multizenterstudie nahmen insgesamt 256 Patienten mit systemischen *Candida*-Mykosen teil. Die meisten Patienten (89%) litten an einer Candidämie, bei einigen lagen zusätzlich invasive *Candida*-Mykosen vor. Der APACHE-II-Score war bei der Mehrzahl der Patienten ≤ 20 , bei Randomisierung hatten 3% der Patienten eine Neutropenie. Ausgeschlossen waren Patienten mit dokumentierter Infektion durch *Candida krusei*, die konstitutiv Fluconazol-resistent sind. Die Mehrzahl der nachgewiesenen Isolate waren *C. albicans* (60%), gefolgt von *C. glabrata*, *C. parapsilosis* und *C. tropicalis*. Nach Stratifikation (APACHE II; Neutropenie) und Randomisierung erhielten die Patienten entweder Anidulafungin

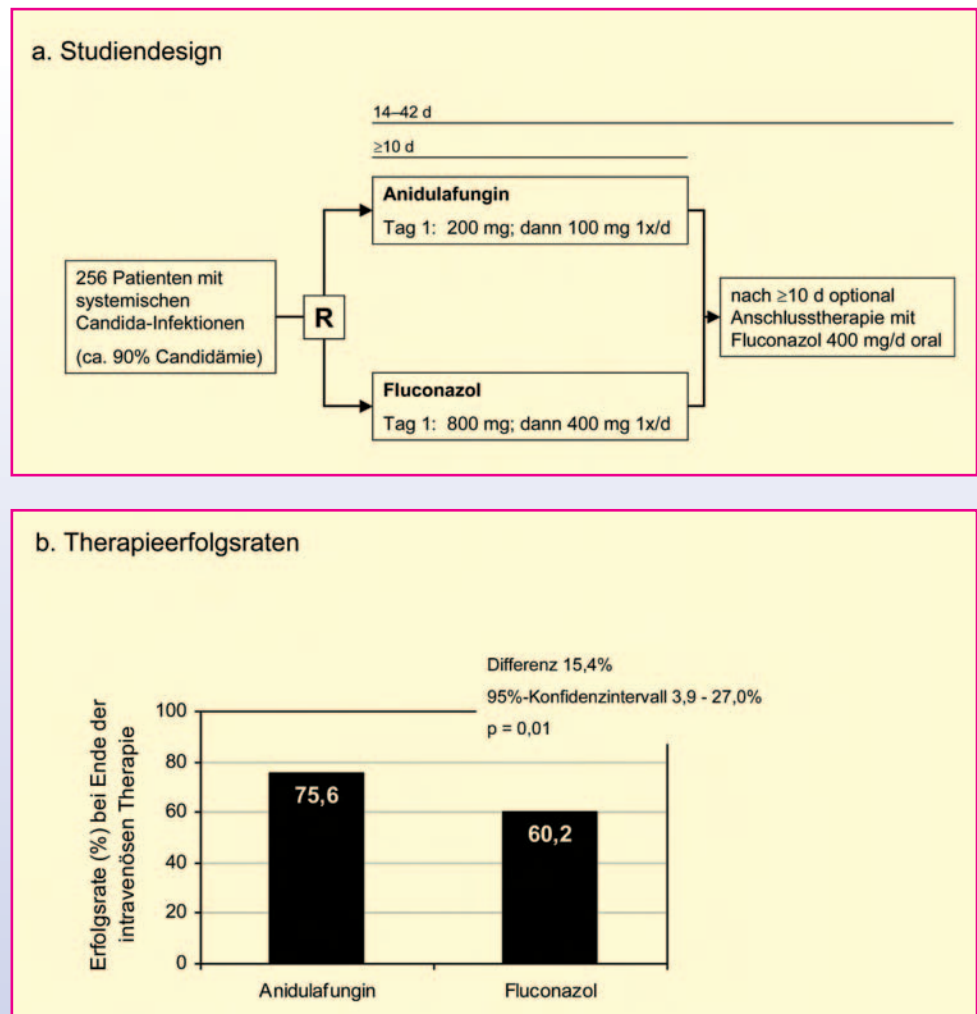


Abbildung 1: Randomisierte Doppelblindstudie zu Anidulafungin vs. Fluconazol bei systemischen Candidainfektionen.³⁾

(1 x 200 mg, gefolgt von 100 mg/d) oder Fluconazol (1 x 800 mg, gefolgt von 400 mg/d) jeweils intravenös für mindestens 10 Tage. Nach Ende der intravenösen Therapie konnten die Patienten beider Gruppen auf oral verabreichtes Fluconazol umgestellt werden. Die Gesamttherapiedauer betrug maximal 42 Tage. In die Auswertung wurden nur Patienten mit Erregernachweis vor Randomisierung einbezogen (N = 245). Ansprechen auf die Therapie war definiert als klinische Heilung oder Besserung, sowie Eradikation der nachgewiesenen Erreger. Bei Ende der intravenösen Therapie lag die Ansprechrate in der Anidulafungin-Gruppe mit 76% vs. 60% signifikant höher als in der Fluconazol-Gruppe. Auch zwei Wochen nach Ende der kompletten Studientherapie war die Erfolgsrate im Anidulafungin-Arm signifikant günstiger. Die Gesamtüberlebensrate im Studienzeitraum war bei den mit Anidulafungin behandelten Patienten höher als in der Fluconazol-Gruppe.

Anidulafungin ist ein semisynthetisches Echinocandin, das ähnlich wie andere Substanzen dieser Klasse die Synthese von Hauptkomponenten der Pilzzellwand inhibiert. Untersuchungen zur antimyketischen Wirksamkeit *in vitro* ergaben günstige MHK-Werte und fungizide Wirkung für ein breites Spektrum von *Candida*-Spezies. Auch gegen problematische Erreger wie *Candida glabrata*, *Candida krusei* und Fluconazol-resistente *Candida*-Stämme ist Anidulafungin sehr gut wirksam.⁴⁾ Potente Aktivität wurde zudem bei *C. glabrata*-Isolaten mit Caspofungin-Resistenz beobachtet.⁵⁾

Das pharmakokinetische Profil von Anidulafungin ist gekennzeichnet durch dosisproportionale Exposition mit geringer interindividueller Variabilität. Die Plasmaspiegel liegen im gesamten Dosisintervall oberhalb der MHK₉₀ für *Candida spp.*. Das Standarddosierungsschema sieht der Studienmedikation entsprechend die einmalige initiale Gabe von 200 mg Anidulafungin gefolgt von 100 mg einmal täglich vor. Dosisanpassungen bei Nieren- oder Leberinsuffizienz sind nicht erforderlich.

Anidulafungin zeigt ein geringes Potential für Arzneimittelinteraktionen, da der Wirkstoff weder über das hepatische Cytochrom-P450-System metabolisiert wird noch dessen Aktivität beeinflusst. Unter anderem bestehen keine klinisch relevanten Interaktionen mit Immunsuppressiva (Ciclosporin, Tacrolimus) oder Antiinfektiva (Voriconazol, liposomales Amphotericin B, Rifampicin).

Hinsichtlich der Verträglichkeit ist die neue Substanz dem langjährig etablierten Fluconazol mindestens ebenbürtig. Die häufigsten Nebenwirkungen von Anidulafungin in klinischen Phase-III-Studien waren gastrointestinale Symptome. Leberwerterhöhungen waren seltener als unter Fluconazol. Insgesamt liegen Erfahrungen von über 900 Patienten und Probanden vor, 480 Patienten wurden für ≥ 14 Tage therapiert.

Bei der europäischen Arzneimittelbehörde EMA ist die Zulassung von Anidulafungin zur Therapie invasiver *Candida*-Infektionen beantragt. Das neue Echinocandin wird also voraussichtlich in naher Zukunft auch in Deutschland erhältlich sein und die Palette der Optionen zur Therapie invasiver *Candida*-Infektionen um eine hochwirksame und gut verträgliche Alternative erweitern.

Literatur:

- 1) Gudlaugsson O, Gillespie S, Lee K, Van de Berg J, Hu J, Messer S, Herwaldt L, Pfaller M, Diekema D. Attributable mortality of nosocomial candidemia, revisited. *Clin Infect Dis*. 2003; 37:1172-7.
- 2) Final package insert for Eraxis (anidulafungin) for injection. FDA, 17. Februar 2006.
<http://www.fda.gov/cder/foi/label/2006/021632s000,021948s0001.bl.pdf>
- 3) Reboli A, Rotstein C, Pappas P, Schranz J, Krause D, Walsh T. Anidulafungin vs. Fluconazole for treatment of candidemia and invasive candidiasis (C/IC). ICAAC 2005; Abstract M718.
- 4) Pfaller MA, Boyken L, Hollis RJ, Messer SA, Tendolkar S, Diekema DJ. In vitro activities of anidulafungin against more than 2,500 clinical isolates of *Candida spp.*, including 315 isolates resistant to fluconazole. *J Clin Microbiol*. 2005; 43:5425-7.
- 5) Wiederhold NP, Graybill JR, Najvar LK, Burgess DS. In vitro pharmacodynamics of anidulafungin (AFG) and caspofungin (CFG) against clinical isolates of *Candida glabrata* including strains with elevated MICs to CFG. ICAAC 2005; Abstract M-2160.

2nd Advances Against Aspergillosis conference – Athens, February 2006

The 2nd Advances Against Aspergillosis conference was held in Athens, Greece, from February 22 to 25, when 450 leading clinicians and scientists from around the world gathered to discuss the latest basic science research in *Aspergillus* and clinical research developments in aspergillosis.

The conference was timely as the incidence of invasive aspergillosis (IA) is increasing and there have been several recent developments in antifungal therapies. Immunocompromised patients are at particularly high risk of morbidity and mortality from aspergillosis, especially patients receiving cytotoxic cancer chemotherapy or hematopoietic stem cell transplants. One of the problems is that IA is notoriously difficult to diagnose yet early treatment is important for successful outcomes. The conference attendees heard how there is important research underway to develop new strategies for early diagnosis and intervention.

Drug interactions in IA

The need to be alert to the possibility of serious drug interactions when treating patients with IA was emphasised by Russell Lewis, PharmD, University of Houston, USA. The magnitude and clinical impact of these interactions were not always predictable, and lead to a need for individualized case management.

Dr Lewis commented that all azoles had some potential for drug interactions. But there were clinically important differences between the drugs. It's a matter of handling and know how. "You have to know the interaction profiles of each drug. You cannot make generalizations that all azoles will interact with a particular drug," stated Dr. Lewis.

Drug interactions that were always significant were those that affected agents with a narrow therapeutic index (e.g., immunosuppressants such as tacrolimus, chemotherapy such as vinca alkaloids) and those that increased the metabolism of antifungals (potentially resulting in ineffective treatment, such as rifamycins and phenytoin).

Also important were interactions leading to prolongation of the QTc interval. There was no doubt that antifungals, especially older azoles, could inhibit potassium channels in the heart which could lead to significant QTc prolongation and rare events of torsades de

pointes arrhythmia. Ketoconazole and itraconazole had a significant risk: not only did they inhibit the metabolism of some drugs that carried high risk for torsades de pointes, they also had inherent inhibitory activity on heart tissue themselves. Many patients were taking several drugs that could prolong the QTc interval and it could be that adding an antifungal "pushes them over the edge" to arrhythmia, Dr. Lewis said.

Clinical trial methodology

In a session on clinical trial methodology, Patricia Ribaud, Hôpital Saint-Louis, France, discussed the challenges of patient recruitment for IA trials. "The main challenge is inclusion of the maximum number of patients for the minimum length of time," she said. One problem was that IA was not a frequently diagnosed disease: the TRANSNET surveillance programme of infection in transplant patients showed around a 2% incidence of IA. Also, most recent trials tended to be non-inferiority trials and these needed many more patients than superiority trials.

Recruitment would be improved by better diagnostic tools (at present, probably over 50% of cases were undiagnosed before death). Also worth considering were "creative" trial endpoints, such as time to response or time to progression, and use of surrogate markers, such as changes in galactomannan index. This might allow shorter studies and fewer patients, Dr. Ribaud said.

Georg Maschmeyer, Humboldt University, Germany, spoke about the problems of defining clinical failure for salvage studies. His hypothesis was that many patients who entered a salvage trial were not really clinical failures but might be "pseudo-failures." In some cases, benefit would then be falsely attributed to a second drug when the patient would have improved if the first drug had continued. Professor Maschmeyer also noted that salvage therapy might in fact be combination therapy: for example, patients switched to salvage antifungal after primary therapy with high-dose liposomal amphotericin B would be getting combination therapy because of the persistence of high drug tissue concentrations.

He suggested that future salvage studies might ideally have three arms: continued primary antifungal (unless clearly inappropriate, e.g., resistance) vs. primary antifungal plus salvage antifungal vs. salvage antifungal alone.

Professor Maschmeyer thought there was need "to cool down a bit" and not keep switching antifungals. He

commented: “We have to distinguish between our nervousness and the reality.” It had not really been shown that a switch of drug was of benefit to a patient with IA who had failed full-dose modern antifungal treatment.

Pre-emptive antifungal therapy

Monica Slavin, Royal Melbourne Hospital, Australia, discussed a new approach to antifungal therapy in high-risk patients, using “pre-emptive” therapy guided by new diagnostic tests.

In addition to prophylaxis for high-risk patients, the standard approach was empiric antifungal therapy, prompted by fever that was not responsive to broad-spectrum antibiotics in a neutropenic patient. “We are comfortable with this approach but there are some problems,” Dr. Slavin said. For example, empiric therapy involved treating many patients who were not going to get infection. “Are we overtreating 90% of patients to treat the 10% who have an invasive fungal infection?” Conversely, an increasing proportion of invasive fungal infections (IFIs) occurred in the absence of febrile neutropenia (e.g., in patients with graft versus host disease) and so patients could miss out on therapy. That said, Dr. Slavin concluded, there was no doubt that outcome was better if treatment was started before infection was well established. “The ideal is to target early treatment to patients who absolutely need it. To do this, we need better understanding of how to interpret results of the non-culture diagnostic tests and work out which one, or which combinations, will be best for surveillance of patients.” Dr. Slavin said.

These non-invasive rapid IA diagnostic tests include detection of *Aspergillus* antigens, such as galactomannan and beta-D-glucan, and PCR-based assays to detect *Aspergillus* DNA. There are still a number of problems with the tests but speakers at the conference were largely optimistic that they would be useful.

Dr. Slavin said that a study had just started in Australia – the ASPID study – looking at the impact of using PCR and galactomannan to guide antifungal therapy in patients undergoing allogeneic stem cell transplant or chemotherapy for acute leukaemia. The control group was receiving the standard fever-driven approach to starting treatment. “The aim is to see if we can reduce our use of empiric antifungal therapy,” she explained.

Infection in ICU patients

Although immunodeficiency is key risk factor for IA, *Aspergillus* may also pose a threat to critically ill ICU

patients without evident immunodeficiency, said Koenraad Vandewoude, Gent University Hospital, Belgium.

IA was likely to be underestimated in non-haematological ICU patients, in part because of a low index of suspicion, Dr. Vandewoude said. Positive respiratory tract *Aspergillus* cultures were often discarded as contamination or colonisation.

His group had identified a group of 83 critically ill patients with probable invasive pulmonary aspergillosis, two-thirds of whom did not have haematological malignancy as a predisposing condition. The most frequent underlying condition was COPD requiring chronic systemic steroids.

Allergic aspergillosis

Aspergillosis is classified into three groups: invasive aspergillosis, chronic aspergillosis, and allergic aspergillosis. One of the major allergic diseases is allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA), a hypersensitivity disease of the lungs.

The evidence base for treatment of ABPA was discussed by Richard Moss, Stanford University, USA. He emphasised the paucity of trial data, which was related in part to the fact that patients tended to be treated as outpatients which made trials more difficult.

Oral steroids remained the mainstay of treatment but astonishingly had never been evaluated in a randomised controlled trial, and had high toxicity. An important recent advance had been the use of itraconazole as an adjunct to steroids. There was trial evidence indicating that the antifungal had steroid-sparing effects and may have independent anti-inflammatory activity in this disease.

“Evidence on itraconazole, while not overwhelming, is compelling enough to consider it as standard therapy in both asthma and cystic fibrosis patients with ABPA,” said Dr. Moss, who pointed out that risk of ABPA was now known to be higher in cystic fibrosis than in asthma.

There were limited data on other treatments, and no large controlled trials. Possibilities included inhaled steroids as alternative to systemic steroids – there was “a crying need” to find out if this was effective, Dr. Moss said. Newer azoles, IV pulse steroids, and nebulised amphotericin were also possibilities.

Joanna Lumb, UK

Persönlichkeiten in der Frühzeit der deutschen Mykologie

Der Beginn der medizinischen Mykologie wird mit dem Jahr 1839 datiert, lange vor der medizinischen Bakteriologie. **Johann Lucas Schönlein** (1793-1864),

beschrieb mit nur 23 Zeilen und einer Zeichnung den Favuserreger

(siehe Abbildung auf der nächsten Seite). Schönlein

wirkte damals als Direktor der Medizinischen Klinik

in Zürich, wurde aber noch im gleichen Jahr als

Professor für Innere Medizin an die Charité in Berlin berufen. Die 23

Zeilen und die Zeichnung waren eigentlich ein Brief an den Professor der

Anatomie und Physiologie Johannes Müller (1801-1858)

der Universität in Berlin, der ihn

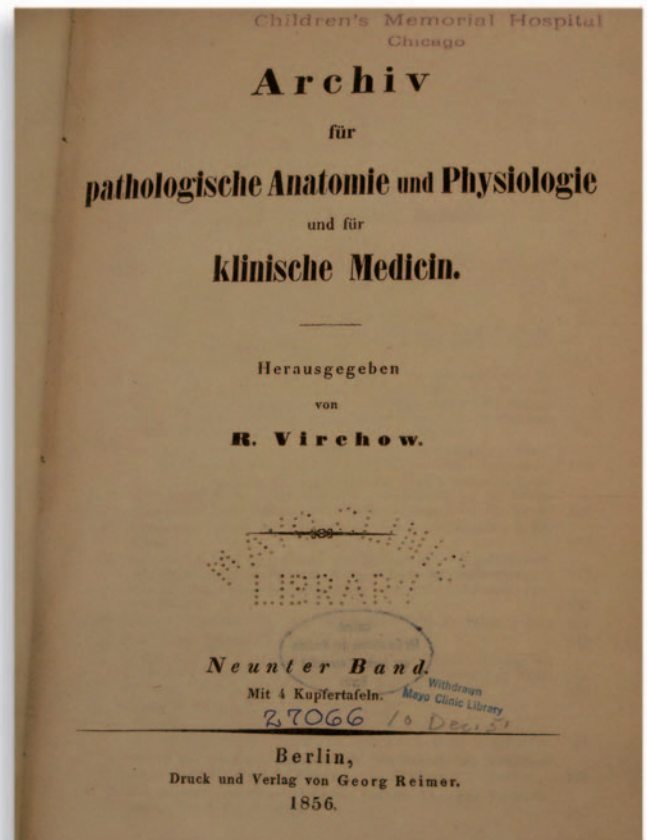
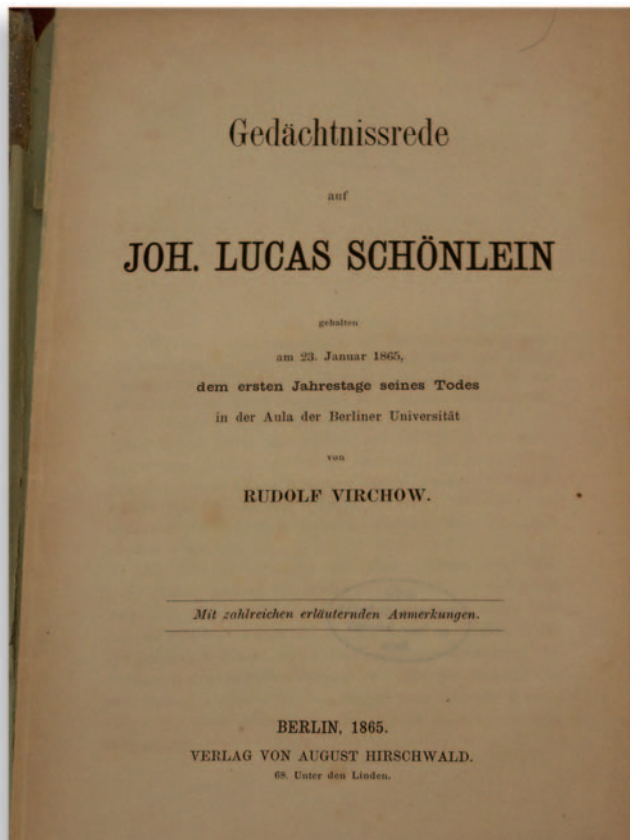
sogleich in dem von ihm herausgegebenen Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medizin (1839; 82, Tafel 3) veröffentlichte.



Den wissenschaftlichen Nachweis der Pilzätiologie des Favus erbrachte sein Schüler Robert Remak (1815-1865) 1842 durch einen Inokulationsversuch an sich selbst. Er benannte den Erreger Achorion schoenleinii.

Ebenfalls 1839 veröffentlichte der nacheinander in Göttingen, Kiel und Berlin wirkende Professor für Chirurgie, Bernhard Rudolph Conrad von Langenbeck (1810-1887) die Arbeit „Auffindung von Pilzen auf der Schleimhaut der Speiseröhre einer Typhus-Leiche“ (N. Notiz. Geb. Nat. Heilk. 1839; 12: 145-147). Dieser Pilz war, wie auch der Favuserreger, zunächst taxonomisch noch nicht zuordenbar, erst 1853 benannte der französische Biologe Charles P. Robin (1821-1885) ihn als Oidium albicans. Damit kann das Jahr 1839 mit der Erstbeschreibung einer Dermatophyteninfektion der Haut und unabhängig davon einer Infektion der Ösophagusschleimhaut mit einem Sprosspilz, als Geburtsjahr der Medizinischen Mykologie betrachtet werden. Dabei wird nicht übersehen, dass Pilze schon früher entdeckt worden sind, ebenso ihre Fähigkeit, Krankheiten an Pflanzen und der Seidenraupe zu verursachen.

Carl Ferdinand Eichstedt (1816-1892), Greifswald, beschrieb 1846 den Erreger der Pityriasis versicolor (N. Notiz. Geb. Heilk. 1846; 39: 270 - 271). Die Namensge-



Zur Pathogenie der Impetiginos.

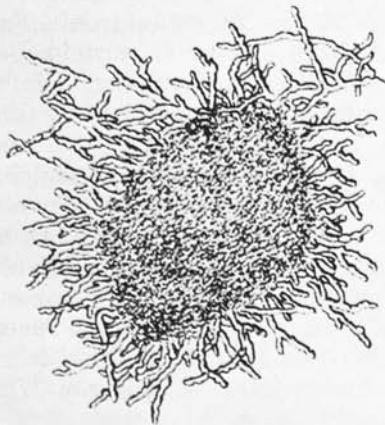
Von

Prof. SCHOENLEIN in Zürich.

(Auszug aus einer brieflichen Mitteilung an den Herausgeber.)

(Hierzu Taf. III. Fig. 5.)

Sie kennen ohne Zweifel Bassi's schöne Entdeckung über die wahre Natur der Muscardine. Die Thatsache scheint mir von höchstem Interesse für die Pathogenie, obgleich meines Wissens auch nicht ein Arzt sie bisher seiner Aufmerksamkeit gewürdigt hatte. Ich liess mir deshalb zahlreiche Exemplare von Seidenwürmern, die an der Muscardine litten, von Mailand kommen, und meine damit angestellten Versuche haben nicht bloss Bassi's und Audouin's Angaben bestätigt, sondern noch einige andere nicht ganz unwichtige Resultate ergeben. Dadurch wurde ich denn wieder an meine Ansicht von der pflanzlichen Natur mancher Impetiginos erinnert, eine Ansicht, die durch Unger's schöne Arbeit über Pflanzen-Exantheme schon früher eine mächtige Unterstützung fand. Da ich gerade glücklicher Weise einige Exemplare von *Porrigo lupinosa* W. im Hospitale hatte, so machte ich mich an die nähere Untersuchung, und gleich die ersten Versuche liessen keinen Zweifel über die Pilz-Natur der sogenannten Pusteln. Anliegend eine mikroskopische Abbildung eines Pustelstückes. Zugleich sende ich einige mit der grössten Leichtigkeit aus der oberen Schichte der Lederhaut am Lebenden ausgeschälte *Porrigo*-Pusteln bei. Ich bin eifrig mit weiteren Untersuchungen über diesen Gegenstand beschäftigt, deren Resultat ich bald zu veröffentlichen gedenke.



bung „*Microsporon furfur*“ erfolgte 1853 wiederum durch Charles Robin. Eichstedt studierte in Berlin und Greifswald Medizin, war in Greifswald Assistent von Prof. Berndt (Innere Medizin) und Prof. Baum (Chirurgie), habilitierte 1847 „Über die Krätzemilben des Menschen“ und erhielt 1851 eine außerordentliche Professur für Geburtshilfe und Gynäkologie in Greifswald. Nach 1858 ist er als praktischer Arzt tätig (Knoke et al.).

Rudolf Virchow (1821–1902), ein Schüler von Schönlein, verfasste 1856 einen wesentlichen Beitrag zur

medizinischen Mykologie: „Beiträge zur Lehre von den beim Menschen vorkommenden pflanzlichen Parasiten“ (Arch. path. Anat. 1856; 9: 557 – 593). In dieser Arbeit wird vorgeschlagen, die „Schimmelkrankheiten unter dem Namen Mykosen zusammenzufassen“ und nach ihrer Lokalisation zu untergliedern. Virchow prägt hier zum ersten Mal den Begriff „Broncho- und Pneumonomycosis aspergillina“. Diese Arbeit gilt als die Erstbeschreibung dieser Mykose. Knoke et al. weisen aber darauf hin, dass Virchow selbst in dieser Arbeit aus der Dissertation aus dem Jahre 1847 von Theodor Slyter (1817-1895) zitiert. „Bei der Section einer an Lungenbrand gestorbenen Frau fanden Baum, Litzmann und Eichstedt in einer Höhle der Lunge die Pilze. Auf den Wänden der Höhle saß eine schwarze Masse, welche aus Fäden mit zwischenliegenden kugeligem Körperchen bestand; einzelne Fäden traten aus der Masse hervor und zeigten an dem angeschwollenen Ende ein Köpfchen, das von eiförmigen Zellen, wie von Blättern umkränzt war“. Damit erweist sich diese Doktorarbeit als die eigentliche Erstbeschreibung einer pulmonalen Aspergillose. Die genannten, die Sektion durchführenden Personen, der ordentliche Professor für Chirurgie Wilhelm Baum, der Pathologe Karl Konrad Theodor Litzmann und der schon erwähnte Carl Ferdinand Eichstedt, wirkten alle zu der Zeit in Greifswald. Die Spezies *Aspergillus fumigatus* wurde erstmals umfassend 1863 von J. B. Georg W. Fresenius (1808-1866) beschrieben (Schmidt).

Schließlich publiziert 1890 Christian Georg Schmorl (1861-1932), Pathologe am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, „Ein Fall von Soormetastase in der Niere“ (Zbl. Bact. 1890; 7: 329-335). Nach Ainiworth ist dies die erste Beschreibung einer disseminierten Candidose.

Otto Busse (1867–1922) und Abraham Buschke (1868–1942), Greifswald, entdeckten 1894 die Cryptococcose. In der Sitzung des Greifswalder medicinischen Vereins am 7. Juli 1894 berichteten Buschke „Über eine durch Coccidien hervorgerufene Krankheit des Menschen“ und Busse „Über parasitäre Zelleinschlüsse und ihre



Züchtung“. Abraham Buschke war 1891 Assistenzarzt in der Chirurgie in Greifswald, wechselte dann nach Breslau in die Dermatologie, 1900 erfolgte die Habilitation in Berlin (Dermatologie), von 1904 bis 1906 war er Leiter der Dermatologischen Abt. im Städtischen Urban-Krankenhaus Berlin und wurde ab 1906 Dirigierender Arzt der Dermatologischen Abt. des Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin. Am 4.11.1942 wurde er nach Theresienstadt deportiert, wo er am 25.2.1943 starb. Otto Busse habilitierte 1896 in Greifswald, erhielt dort 1902 eine außerordentliche Professur (Pathologie), wurde 1904 nach Posen und 1911 nach Zürich berufen, wo er 1922 starb.

In Frankreich hatte bereits seit 1892 Raimond Sabouraud (1864 - 1938) in Raymond begonnen, die Technik der Reinkultur auf die Züchtung von Hautpilzen anzuwenden. Er führte einen standardisierten Nährboden, den noch heute gebräuchlichen Sabouraud-Glukose-Agar, ein.

Paul Gerson Unna (1850-1929) forderte 1896 auf dem Internationalen Dermatologenkongress in London die internationale Einführung eines Standardnährbodens unter Verwendung original Pariser Zutaten.

Hugo Karl Plaut (1858-1928) und Paul Gerson Unna eröffnen 1912 das aus Stiftungsmitteln gegründete Pilzforschungsinstitut für „Schimmelpilze und Hefen“ in Hamburg-Eppendorf. Arbeitsschwerpunkte von Plaut sind u.a. die von Unna beschriebenen „Flaschenbacillen“ und das seborrhoische Ekzem sowie die Mikrosporie. So publizierte er z.B. eine Arbeit: Beitrag zur Kenntnis der Mikroorganismen der Kopfhaut. (Arch. Dermatol. Syph. 1921; 131: 378-383.

Marie Kaufmann-Wolf (1877-1922) eine Berliner Dermatologin, veröffentlicht 1914 eine Arbeit: „Über Pilzkrankungen der Hände und Füße“ (Dermatol. Zschr. 1914; 21: 385 - 396).

Sie entdeckt die mykogene Genese der Dyshidrose. Im Bericht zum XI Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft vom 19. bis 25.09.1913 in Wien findet sich unter den „zu Protokoll gegebenen Vorträgen“, ein Autoreferat von Frau Kaufmann-Wolf „Pilzkrankungen der Hände und Füße“. Hier schreibt sie: „...Der Inhalt der Bläschen ist aber trotzdem, wie die Kultur beweist, infektiös. Als häufigster und wichtigster Erreger dieser Erkrankung erwies sich ein von mir zuerst und zwar unter 25 Fällen siebzehnmals gezüchteter Trichophytonpilz, da aber auch ganz andere Pilze

gefunden wurden, ist diese Pilzkrankung als keine ätiologische Einheit aufzufassen.“ Damals glaubte man noch an die Erregerspezifität für die unterschiedlichen Mykosen der Haut. Hinzu kam ein Nomenklaturwarr, da die Pilznamen entweder vom morphologischen Aussehen der Pilzkultur oder vom Krankheitsbild, aus dem der Pilz isoliert wurde, abgeleitet wurden.

In der Kieler Universitäts-Hautklinik untersuchte nach dem I. Weltkrieg Otto Grütz die Frage, inwieweit sich die Sabouraudschen Nährmedien, die nach dem I. Weltkrieg nicht mehr zugänglich waren, durch deutsche Medien ersetzen lassen. Gemeinsam mit Hugo Carl Plaut entwickelte er modifizierte Pilznährmedien, die zunächst als Grütz-Agar I und II eingeführt wurden. Einer davon wurde dann zum Kimmig-Agar weiterentwickelt.

Von Carl Ludwig Karrenberg, der an der Hautklinik am Allgemeinen Krankenhaus St. Georg in Hamburg tätig war, sind zahlreiche interessante Arbeiten zur Epidemiologie und zur Mykoflora von Dermatomykosen veröffentlicht worden. Genannt seien hier: „Die Eignung der von Grütz angegebenen Nährböden zur Bestimmung und Weiterzüchtung der Dermatomyphyten.“ Dermatol. Wschr. 1927; 84: 434-439, „Über kulturellen Nachweis erfahrungsgemäß pathogener Pilze auf klinisch gesunder Haut und über seine Beurteilung.“ Arch. Dermatol. Syph. 1928; 156: 160-172, „Bemerkungen zu aktuellen Fragen der Dermatomykologie. Beiträge zur Epidemiologie der Mikrosporie.“ Arch. Dermatol. Syph. 1932; 166: 14-29.

Ende des 19. Jahrhunderts breitete sich die Bartflechte das „Mentagra“ epidemisch aus. Sie wurde in den Barbierstuben übertragen. 1889 wurden in wenigen Wochen in Mannheim 162 neue Fälle registriert, in Lampertsheim erkrankten nahezu alle erwachsenen männlichen Einwohner. Dieser Bericht von E. Stern erschien im Arch. Dermatol. Syph. 1898; 34/44: 281-292. Als Gegenmaßnahme wird die Alkoholdesinfektion eingeführt. Die Lösung des Problems erfolgt dann mit der Erfindung und Verbreitung des Sicherheitsrasierapparates Anfang des 20. Jahrhunderts. Die Tinea capitis und Tinea barbae waren damals die verbreitetsten Mykosen, die Tinea pedum spielte zu dieser Zeit noch keine Rolle.

Bruno Bloch (1878-1933), Hans Martenstein (1892-1945), Asta von Mallinckrodt-Haupt (1896-1951)

forschten unabhängig voneinander über Immunreaktionen bei Dermatophyteninfektionen. Bloch prägt den Begriff Mykid (Die Trichophytide. In Jadassohn, J. (Hrsg.) Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd 11, Springer, Berlin 1928: 564-606) Hans Martenstein (1892 -1945), von 1930-1945 Chefarzt der Hautklinik Dresden-Friedrichstadt, veröffentlichte, damals noch aus der Breslauer Hautklinik, grundlegende Arbeiten zu Id-Reaktionen der Haut (Tuberkulide, Mykide) .Als Beispiel sei hier genannt: „Experimentelle Beiträge zur Frage der Überempfindlichkeit des Meerschweinchens nach überstandener Trichophytie.“ Arch. Dermatol. Syph.1921; 131: 180-192.

Carl Bruhns und Artur Alexander, beide am Krankenhaus Berlin Charlottenburg tätig, gaben 1928 den Band XI „Allgemeine Mykologie“ in J. Jadassohn (Hrsg.) Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Springer, Berlin, heraus. Das hier niedergelegte Wissen der Zeit, ist es durchaus wert, auch heute noch gelesen zu werden.

Nach dem II. Weltkrieg musste die deutsche Mykologie getrennte Wege gehen. In beiden Teilen Deutschlands war die mykologische Forschung hauptsächlich an dermatologischen Kliniken angesiedelt. Ein Großteil der Leistungsträger der mykologischen Forschung nach dem Krieg waren Kliniker, die sich, oft schon nach der Habilitation, anderen Betätigungsfeldern zugewendet haben, so dass sie jüngeren Kolleginnen und Kollegen durch Tagungsbesuche nicht mehr bekannt wurden. Trotzdem sind ihre Beiträge für die Entwicklung der medizinischen Mykologie von großem Wert. Im Osten erschien das erste mykologische Lehrbuch 1960 von Georg Schabinski, Jena, Grundriß der Medizinischen Mykologie. VEB G. Fischer, Jena und im Westen 1961 das Lehrbuch von Gerd Polemann, T. Wegmann, A. Stammler: Klinik und Therapie der Pilzkrankheiten. Thieme, Stuttgart.

Einen enzyklopädischen Überblick über den Wissensstand bis etwa 1960 über die medizinische Mykologie findet man in den zu dieser Zeit noch herausgegebenen Handbüchern: Götz H: Die Pilzkrankheiten der Haut durch Dermatophyten. In: J. Jadassohn (Hrsg.) Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungswerk (Hrsg. A. Marchionini und H. Götz), Bd.IV/3, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1962. In diesem Band wurde von H. Götz das gesamte damalige Wissen über Dermatophyten und die von ihnen

verursachten Krankheiten auf 498 Seiten dargestellt. Allein das Literaturverzeichnis umfasst 60 Seiten im Kleindruck.

Die Pilzkrankheiten der Haut durch Hefen, Schimmel, Aktinomyceten und verwandte Erreger finden sich in: J. Jadassohn (Hrsg.). Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungswerk (Hrsg. A. Marchionini und H. Götz), Bd.IV/4, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1963. Autoren der einzelnen Kapitel dieses Bandes sind: Ferdinand Fegeler, Rudolf Kaden, Karl Heinz Kärcher und Heinz P. R. Seeliger. Eine umfassende Darstellung der zu dieser Zeit gängigen Antimykotika und der Behandlung von Mykosen enthält der Band: Kimmig, Josef (Hrsg.). Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. In: Jadassohn J: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungswerk, Bd. V/1B/4. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1962. Das umfangreiche Kapitel „Die Antimykotika“ schrieb Hans Rieth und „Die Antibiotika“ unter Berücksichtigung von Nystatin Johannes Meyer-Rohn:

Am 21. Mai 1960 erfolgte in Berlin die Gründung der Gesellschaft für Medizinische Mykologie der DDR durch Harry Braun (Magdeburg) und Georg Wildführ (Leipzig) und am 15. Januar 1961 die Gründung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft durch Hans Götz in Essen.

Claus Seebacher, Dresden

Quellen

- Ainsworth, G. C.: *Introduction to the history of medical and veterinary Mycology.* Cambridge University Press, Cambridge, London, New York, New Rochelle, Melbourne, Sydney 1986. M.
- Knöke, M., Schwesinger G. *Hundert Jahre Cryptococcose. Medizinische Mykologie im 19. Jahrhundert in Greifswald.* mycoses 1994; 37 (Suppl.1): 28-33.
- Knöke, M., Bernhardt, H., Schwesinger, G. *Frühe Beschreibung einer pulmonalen Aspergillose 1847 aus Greifswald.* mycoses 2003; 46 (Suppl. 1) 37-41.
- Meinhof, W. *150 Jahre medizinische Mykologie seit Johann Lucas Schönlein.* In: O. P. Hornstein & W. Meinhof (Hrsg.) *Fortschritte der Mykologie. perimed fachbuch,* Erlangen, 1991.
- Schadewaldt, H. *Anfänge der Medizinischen Mykologie in Deutschland.* Mykosen 1981; 24: 654-667.
- Schmidt, A. *Georg Fresenius und die Spezies Aspergillus fumigatus.* mycoses 1998; 41 (Suppl. 2): 89-91.

*Autor: Prof. Dr. med. Claus Seebacher,
Merseburger Straße 5 in 01309 Dresden
e-mail: claus.seebacher@gmx.de*

Neu in der mykologischen Medienlandschaft – MYCOLOGICAL PROGRESS

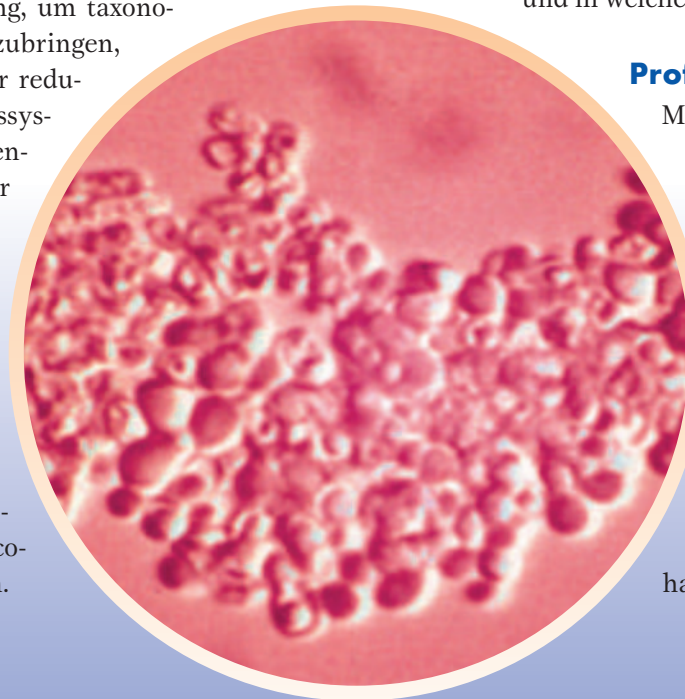
Nicht selten wird die Deutsche Gesellschaft für Mykologie (DGfM) mit der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft (DMyKG) verwechselt. Bei aller Unterschiedlichkeit gibt es doch Schnittstellen und durchaus Gemeinsamkeiten. Dazu fragten wir den Präsidenten der DGfM, Professor Dr. Reinhard Agerer anlässlich der Herausgabe des noch jungen Mediums MYCOLOGICAL PROGRESS im Springer Verlag ab 2006.

Mykologie Forum:

Welche Idee steht hinter der Herausgabe eines neuen Mediums wie Mycological Progress im Springer Verlag?

Prof. Agerer:

Die Idee zur Gründung dieser Zeitschrift im Jahr 2002 basierte darauf, dass wir eine Lücke füllen wollten in der mykologischen Medienlandschaft. Besonders deutlich ist diese Lücke in Europa, wo es als weltweit akzeptiertes, thematisch umfassendes mykologisches Journal nur Mycological Research der British Mycological Society gab. Hier wurde allerdings kaum Alphataxonomie, d.h. Artenbeschreibung oder Charakterisierung von Pilzen thematisiert. Hierfür fehlte ein internationales Publikationsorgan. Es steht dafür zwar auch die in den USA herausgegebene Zeitschrift Mycotaxon zur Verfügung, um taxonomische Arbeiten unterzubringen, aber nur mit einem sehr reduzierten Begutachtungssystem. Viele junge Wissenschaftler brauchen aber ein striktes Peer-Review-System. Dies war unter weiteren Gründen ein Anlass für die Etablierung einer internationalen Zeitschrift. Außerdem wollten wir auch ein Gegengewicht zur schon fast monopolhaften Stellung von Mycological Research schaffen.



Interview

Mykologie Forum:

An welche Zielgruppe richtet sich dieses wiss. Publikationsorgan?

Prof. Agerer:

Zielgruppe sind die wissenschaftlichen Mykologen aller Art und aller Fachrichtungen. Prinzipiell auch für medizinische Mykologen, wenn es sich um Artikel zur Artenbeschreibung und zu Vergleichen handelt. Das Organ der DMyKG, Mycoses, ist vorwiegend auf die medizinisch-klinische Seite gerichtet, wobei es im wesentlichen um Interaktionen zwischen Menschen und Pilzen, sowie um die Wirkung von Therapien geht und weniger um Charakterisierung von Arten. Aber nicht nur taxonomische Beiträge wären ein Thema für Mycological Progress, sondern auch Studien zu Ökologie, Wachstumsverhalten und Chemismus. Um solchen wissenschaftlichen Schnittmengen gerecht zu werden, bemühen wir uns, medizinische Mykologen in unser Editorial Board aufzunehmen. Bisher ist es uns noch nicht gelungen, Autoren aus dem Bereich der medizinischen Mykologie zu gewinnen.

Mykologie Forum:

Wie häufig wird Mycological Progress erscheinen und in welcher Auflage?

Prof. Agerer:

Mycological Progress erscheint viermal im Jahr. Bei positiver Entwicklung könnte die Frequenz auch steigen. Die Auflage betrug bislang 500 und wird ausschließlich über Abonnements vertrieben. Es ist keine Zeitschrift, die den Mitgliedern beitragsfinanziert zur Verfügung gestellt wird. Dafür hat die DGfM noch ein wei-



**Professor Reinhard Agerer,
 Präsident der Deutschen
 Gesellschaft für Mykologie e.V.**

teres Organ: die deutschsprachige Zeitschrift für Mykologie.

Mykologie Forum:

Wie finanziert sich die Zeitschrift, abgesehen von den Abonnentenbeiträgen?

Prof. Agerer:

Die DGfM hat die ersten vier Jahre vorfinanziert. Ab jetzt liegt die finanzielle Verantwortung beim Springer Verlag. Dies war auch ein wichtiger Grund für den Verlagswechsel. Es steht jetzt mit dem international bekannten und weltweit agierenden wissenschaftlichen Verlag ein größeres Volumen bezüglich Marketing, Manpower und Know How hinter Mycological Progress.

Mykologie Forum:

Inwieweit unterscheidet sie sich von MYCOSES?

Prof. Agerer:

Mycoses ist auf medizinische Themen gerichtet. Mycological Progress konzentriert sich auf die nicht-humanpathogene Seite der Mykologie. Die humanpathogenen Pilze stellen überdies im Vergleich zur Gesamtzahl der weltweit bekannten Pilze nur einen sehr kleinen Ausschnitt dar. Für die Medizin sind meines Wissens nur 50 bis 100 Arten relevant, dem stehen 80.000 bekannte Pilzarten gegenüber. Es gibt sogar Hochrechnungen, die von 1,5 Mio. Pilzarten weltweit sprechen.

Mykologie Forum:

Welche Schnittstellen gibt es zwischen der DMykG e.V. und der DMG e.V.

Prof. Agerer:

Die Schnittstellen sind zum einen persönlicher Art; so bin ich zum Beispiel auch Mitglied in der DMykG und Prof. Hof ist Mitglied in der DGfM. Auch Referentenaustausch und diesbezügliche Zusammenarbeit wird gepflegt. Wesentliche Schnittstelle sind die Organismen. Es gibt einige Organismen die humanpathogen sind und zunächst gar nicht als Pilze erkannt worden sind wie z.B. Pneumocystis. Die Zugehörigkeit zu den Pilzen wurde erst vor kurzem von Mykologen erkannt, die mit modernsten Methoden der Systematik arbei-

ten. Auch der Humanparasit Malassezia konnte erst kürzlich genauer in das System der Pilze eingeordnet werden. Er gehört im weitesten Sinne zu den Brandpilzartigen, zu einer Verwandtschaft mit vielen Pflanzenparasiten.

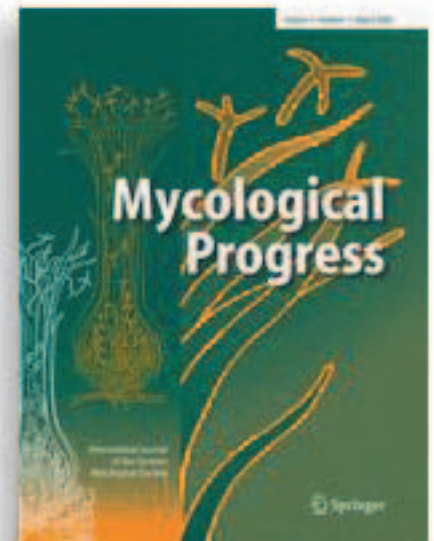
Mykologie Forum:

Inwieweit arbeiten die beiden Gesellschaften zusammen?

Prof. Agerer:

Die Zusammenarbeit besteht im Wesentlichen im Austausch von Referenten. Wir sollten und wollen uns aber auch zukünftig stärker bemühen, dass beide mykologischen Gesellschaften mehr voneinander erfahren und von ihren jeweiligen Intentionen wissen. Meine große Vision wäre es, die Mykologie unter einer Dachorganisation zu vereinen, um damit noch stärker nach außen zu wirken und zeigen zu können, wie wichtig die Pilze für Mensch, Natur, Umwelt und für die Biotechnologie sind. Sie sind kein lästiger Anhang der Pflanzen, sondern stellen ein eigenes Organismenreich dar, das den Tieren weitaus näher steht als den Pflanzen. Eine Vereinigung beider Gesellschaften ist sicher Utopie, aber eine engere Zusammenarbeit realistisch und sinnvoll.

Mit der neuen Zeitschrift wollen wir uns auch international präsentieren und u.a. damit die Voraussetzung schaffen, dass die DGfM von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) als ein Fachverband akzeptiert wird, dem das Recht zusteht, für die Fachkollegienwahlen der DFG Vorschläge zu unterbreiten.



Herzlichen Dank für das Gespräch!

16. Europäischer Kongreß für klinische Mikrobiologie und Toxikologie (ECCMID)

in Nizza 1. bis 4. April 2006
<http://www.akm.ch/eccmid2006/>

1. Rostocker Pharmakovigilanzseminar

Nach einem Vorschlag der International Society of Pharmacovigilance (ISoP) findet das 1. Rostocker Pharmakovigilanzseminar vom:

19. Mai 2006, 9.00 Uhr bis
20. Mai 2006, 17.30 Uhr im
Pharmakovigilanzzentrum der
Universität Rostock, Schillingallee 70 statt.

Wissenschaftliche Organisation:

Dr. Jürgen Beckmann, Dir. u. Prof., Tel.: 030 8028636
e-mail: j.beckmann.berlin@web.de

Prof. Dr. Bernd Drewelow, Tel.: 0381 494-5780/1
e-mail: bernd.drewelow@med.uni-rostock.de

Technische Organisation:

Fr. Grit Haase, Tel.: 0381 494-5945
e-mail: grit.haase@med.uni-rostock.de

Fr. Jana Spaller, Tel.: 0381 494-5781
e-mail: jana.spaller@med.uni-rostock.de

15th Mediterranean Congress of Chemotherapy (MCC-15) Catania June 25-27, 2006

2nd Announcement Programm
containing the scientific themes of the symposia and further useful information
www.medsochem.org

Annalisa Batistini

O.I.C. srl Firenze
The Organising Secretariat

Phone: 0039/055/50.35.320, Fax: 0039/055/500.1.912
e-mail: a.batistini@oic.it
Congress e-mail: mcc2006@oic.it

16th Congress of the International Society for Human and Animal Mycology Paris, 25-29 June 2006

Info: www.isham.org

ISHAM President:
David W. Warnock, PhD

Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia, United States

Congress Chair:
Bertrand F. Dupont, MD

Hôpital Necker
Paris, France

14th International Symposium on Infections in the Immunocompromised Host

July 2-5, 2006 in Crans-Montana, Switzerland

The 2006 program will cover broad aspects of infection in the immunocompromised host with specific emphasis on infections in transplant patients. An internationally renowned faculty will participate in the Plenary, Round Table and Meet -the-Expert sessions. Of special interest to you, a report will be given on "European guidelines for the management of bacterial and fungal infections in patients with acute leukaemia".

The ICHS is pleased to announce that we will give several best abstracts awards of USD 500.00 each.

More information on the meeting can be found on our *web site www.ichs.org <<http://www.ichs.org/>> .*

Thierry Calandra, MD, PhD

President, International Immunocompromised Host Society

MYK 2006 in Innsbruck 7. bis 9. September 2006

www.dmykg.de
(siehe auch beiliegendes Vorprogramm)

X. Lübecker Fachtagung für Umwelthygiene 11. bis 13. September 2006

„Partikuläre und molekulare Belastungen der Innenraum- und Außenluft“

- Aspergillose
- Schimmelpilze in Staubproben
- Nanopartikel
- Bauphysikalische Grundlagen/Sanierung
- Bewertungsstrategien
- Schimmelpilzkurs für Fortgeschrittene

Veranstaltungsort:

Universität zu Lübeck,
Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck
Hörsaal und Kurssaal T1

Veranstalter:

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität zu Lübeck und Centraalbureau voor Schimmelfcultures (CBS), Institute of the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Utrecht, Netherlands

Schimmelpilzkurs für Fortgeschrittene: Dr. R. A. Samson, Dr. E. S. Hoekstra (11. September 2006):

Insgesamt werden die Teilnehmer ca. 30 Aspergillusarten in Luft- und Staubproben differenzieren.

Der Kurs gibt einen Überblick über opportunistisch pathogene Aspergillusarten, wie z.B. *Asp. fumigatus*, *Asp. niger*, *Asp. flavus*, *Asp. terreus*, *Asp. ustus*, *Asp. candidus*.

Eine weiterführende Behandlung von individuellen Fragestellungen anhand von eigenen Proben ist möglich.

Organisation:

Dr. R. Keller · Tel. 04 51 / 5 00 - 2 796
e-mail: Reinhard.Keller@ukl.uni-luebeck.de

Dr. K. Senkpiel · Tel. 04 51 / 5 00 - 28 12
e-mail: Klaus.Senkpiel@ukl.uni-luebeck.de

III. International Conference on Molecular Mechanisms of Fungal Cell Wall Biogenesis

in Heidelberg (Germany)

August 31 – September 5, 2006

www.cellwall2006.de
www.unitt-kongresse.de

7. Jenaer Mykologiesymposium Jena, 13. bis 14. Oktober 2006

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. P. Elsner und Dr. U.-Ch. Hipler

Ort:

Klinik für Dermatologie und
dermatologische Allergologie, Jena

Unter dem Titel:

„Grenzen und Perspektiven der mykologischen Diagnostik und Therapie“

werden Pathophysiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Mykosen diskutiert.

Auskunft und Anmeldung:

Frau Herzberg

Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie
Erfurter Straße 35 · 07740 Jena
Tel.: 03643772366 · Fax: 03643776733
e-mail: yherzberg@med.uni-jena.de

Dr. Uta-Christina Hipler

Laborleiter
Klinik für Dermatologie und dermatologische Allergologie
Erfurter Straße 35 · 07740 Jena
Tel.: 03641937355 · Fax: 03641937437
e-mail: Christina.Hipler@med.uni-jena.de

Herzlichen Dank – Professor Reinhard Rüchel

Mit der 38. Tagung der Arbeitsgruppe klinische Mykologie der DMykG e.V., die am 10. und 11. Februar 2006 im Hygiene Institut in Göttingen stattfand, verabschiedete sich Professor Reinhard Rüchel als Organisator dieser alljährlichen, sehr erfolgreichen und hochgeschätzten Tagung. Für sein besonderes Engagement möchte sich die DMykG herzlichst bedanken. Die Nachfolge übernimmt Frau PD Dr. Margarete Borg von Zepelin, Göttingen.



Consilium Mycologicum in Berlin

Ein gut besuchtes Consilium Mycologicum fand am 24. und 25. Februar 2006 in Berlin statt. Mittlerweile hat sich diese Tagung zu einem ganz speziellen Forum mykologischen Erfahrungsaustausches entwickelt. Die Mykologen unterschiedlichster medizinischer Fachrichtungen schätzen diese Form der Veranstaltung sehr. Mit großem Engagement gelingt es Initiatorin und Tagungsleiterin Frau Prof. Hannelore Bernhardt, Greifswald, ebenso brennende wie spannende Themen im Programm zusammenzufassen. Ein ausführlicher Bericht folgt in der nächsten Ausgabe des MYKOLOGIE FORUMS.



ISHAM Memberhip – Internationales Engagement ist gefragt

Eine Mitgliedschaft in der ISHAM verschafft der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V. auch international mehr Präsenz und Mitsprache. Deshalb möchten wir Sie „ermuntern“ auch in der ISHAM Mitglied zu werden. Einen Antrag finden Sie auf der Umschlagseite 3 und 4 dieser Ausgabe. Die 16. ISHAM Tagung findet vom 25.-29. Juni 2006 in Paris statt, wo gleichzeitig ein neuer Vorstand gewählt wird. Im Namen des Vorstandes der DMykG bitten wir herzlichst um internationales Engagement aller Mitglieder der DMykG und Teilnahme an der ISHAM in Paris, dem vorerst letzten Tagungsort im europäischen Raum. Die nächste ISHAM 2009 wird in Peking stattfinden.

Mykosen in der Intensivmedizin – vieldiskutiertes Thema auf dem 16. Symposium für Intensivmedizin und Intensivpflege in Bremen

Die Zunahme von Mykosen bei intensivmedizinisch betreuten Patienten ist unumstritten. Laut Kompetenznetz Sepsis (SepNet) sind 17% aller Sepsisfälle auf Pilzinfektionen zurückzuführen. Ein ausführliches Gespräch mit Dr. Rainer Höhl (Klinikum Nürnberg), das den Titel „Beste Chancen bei frühzeitiger Therapie“ trägt und viele praktische Hinweise zur Therapie von Mykosen bei Intensivpatienten gibt, wird in der Ausgabe 3/2006 (März) der Zeitschrift KLINIKARZT (Thieme/Demeter-Verlag) veröffentlicht.

...Und wer glaubte, an diesem Wochenende dem rheinischen Karneval zu entfliehen täuschte sich; auch in der Hauptstadt waren nicht nur Mykologen, sondern auch Jecken unterwegs.



Kurz notiert



Initiation **Regular Memberships** are initiated and renewed in January each year. If your application for a **sponsored ISHAM membership** is approved by the ISHAM Council, you will be entitled to receive all benefits of the Society without any fee for three years (through 2007). Then you will receive a regular renewal notice (for 2008). You may reapply for a second period of sponsored membership at that time.
Unless there are directions to the contrary, membership nominations approved prior to September 1 are credited to the current year, and back issues of the Journal "Medical Mycology" for the current year are furnished, if available. **Nominations approved after September 1 will become effective the following January.**

Dues **Payment in US-Dollars must accompany Application.** Regular annual dues for 2005 are **USD 50.** - . Dues include subscription to The ISHAM Mycoses Newsletter (2 issues per year) and to the Journal "Medical Mycology" (6 issues per year) plus a Congress supplement. ISHAM members pay reduced registration fees for ISHAM meetings.
If your application for ISHAM membership is approved by the ISHAM Council, your membership card, a copy of the current ISHAM member list and statutes, The ISHAM Mycoses Newsletter, and the Journal "Medical Mycology" will be sent within 90 days upon completion of processing.

Basic information substantiating eligibility for the Carlyn Halde Membership Fund

1. Describe problems with payment/reasons for application:

2. Annual income: US-\$ _____

3. Interests, activities, publications in mycology:

Agreement

If elected to membership, I agree to restrict for my own personal use all ISHAM publications to which I subscribe at member rates. I understand my ISHAM membership is not transferable.

_____ Date

_____ Signature

Please submit this form along with your payment to the ISHAM General Secretary.