

D MYKOLOGIE FORUM G

Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft e.V.



- Editorial: 40 Jahre DMyKG
- Rundbrief
- 34. Myk 2000 in Berlin
- Greifswalder Colloquium Mycologicum
- Preis der Seeliger-Stiftung an H. C. Korting
- Interview
- Leserforum / MYKolumne

Mykologie Forum
Mitteilungen der
Deutschsprachigen
Mykologischen
Gesellschaft e.V.

Ausgabe 4/2000



Ancotil® Flucytosin Plus Amphotericin B

VERSTÄRKUNG DES ANGRIFFS VERBESSERUNG DES ANSPRECHENS

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

**Generalisierte
Candidose,
Chromoblastomykose,
Kryptokokkose**

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

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

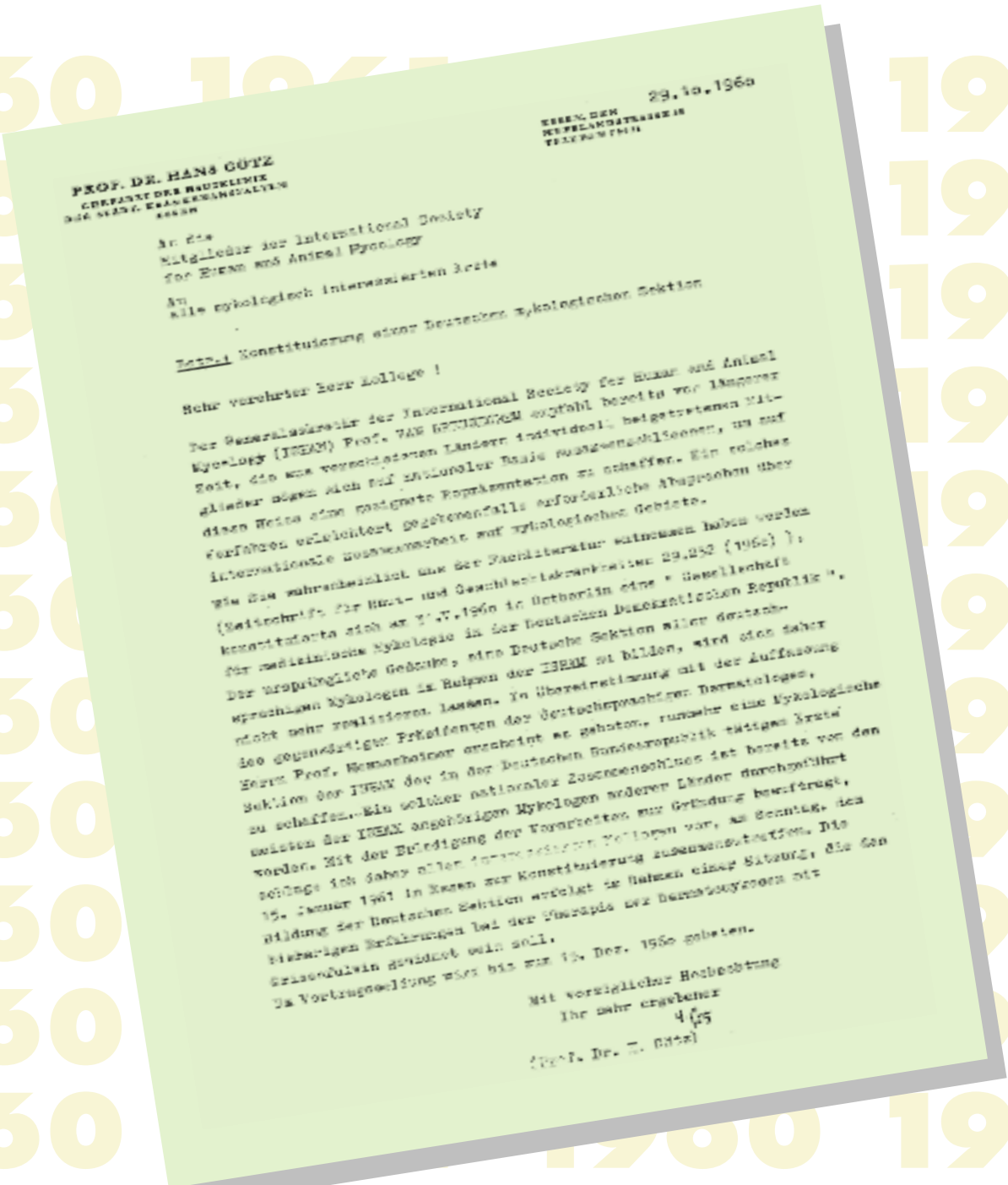


ICN Pharmaceuticals Germany GmbH
Bologarostrasse 82 – 84
65929 Frankfurt am Main

Editorial

Die Jahre 1960 und 1961 haben zentrale Bedeutung gehabt für die Organisation der medizinischen und veterinärmedizinischen Mykologie im deutschsprachigen Raum im Rahmen einer eigenständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Aus Anlaß des 40jährigen Bestehens der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft sei deshalb ein Brief von Professor Dr. Hans Götz wiedergegeben, mit dem er unter Hinweis

auf eine entsprechende Empfehlung des damaligen Generalsekretärs der International Society for Human and Animal Mycology zur Gründungsversammlung einer „deutschen Sektion“ im Rahmen einer wissenschaftlichen Sitzung aufruft, die dem Thema „Therapie der Dermatomykosen mit Griseofulvin“ gewidmet sein sollte. Als Termin wurde in dem an alle Mitglieder der ISHAM in Deutschland versandte Brief der 15.



29.10.1960
HERREN DER
DEUTSCHEN BUNDEREPUBLIK IN
TELEFON 21111

PROF. DR. HANS GÖTZ
KLINIK DER HAUTKLEINIK
3000 STADT, KRANKENHAUSSTRASSE
10000

An die
Mitglieder der International Society
for Human and Animal Mycology
An
alle mykologisch interessierten Ärzte

Thema: Konstituierung einer Deutschen Mykologischen Sektion

Sehr verehrter Herr Kollege!

Der Generalsekretär der International Society for Human and Animal Mycology (ISHAM) Prof. VAN KOTTINGHAM ergreift bereits vor längerer Zeit, die aus verschiedenen Ländern individuell beigetretenen Mitglieder wegen sich auf internationaler Basis zusammenzuschließen, um auf diesem Wege eine geeignete Repräsentation zu schaffen. Ein solches Vorhaben erleichtert gegebenenfalls erforderliche Absprachen über internationale Zusammenarbeit auf mykologischem Gebiete.
Wie Sie wahrscheinlich aus der Fachliteratur wissen haben werden (Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 29.252 (1960)): Kenntnisstands sich am 1.1.1960 in Ostberlin eine "Gesellschaft für medizinische Mykologie in der Deutschen Demokratischen Republik". Der ursprüngliche Gedanke, eine Deutsche Sektion aller deutschsprachigen Mykologen in Rahmen der ISHAM zu bilden, wird sich daher nicht mehr realisieren lassen. In Übereinstimmung mit der Auffassung des gegenwärtigen Präsidiums der deutschsprachigen Dermatologen, Herr Prof. Neumann erachtet es geboten, zunächst eine mykologische Sektion der ISHAM der in der Deutschen Bundesrepublik tätigen Ärzte zu schaffen. Ein solcher nationaler Zusammenschluß ist bereits von den meisten der ISHAM angehörigen Mykologen anderer Länder durchgeführt worden. Mit der Beilegung der Vorarbeiten zur Gründung beauftragt, schlage ich daher allen interessierten Kollegen vor, am Sonntag, den 15. Januar 1961 in Kassel zur Konstituierung zusammenzutreffen. Die Bildung der Deutschen Sektion erfolgt im Rahmen einer Sitzung, die dem Griseofulvin gewidmet sein soll.
Da Vortragenehung über bis zum 15. Dez. 1960 geboten.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Ihr sehr ergebener
4/65
(Prof. Dr. H. Götz)

Editorial

Januar 1961 benannt und als Veranstaltungsort Essen, wo Professor Götz damals als Chefarzt der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten tätig war. Dieser 15. Januar 1961 sollte letztlich zum Gründungstag der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft werden, der Gesellschaft, der heute auch die einschlägig interessierten Kollegen aus den neuen Bundesländern angehören, die sich bereits am 31. Mai 1960 in Berlin zur Gründung einer „Gesellschaft für Medizinische Mykologie in der Deutschen Demokratischen Republik“ zusammengefunden hatten. Hingewiesen sei auch auf die Tatsache, dass ausdrücklich der Konsens mit dem Präsidenten der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft angesprochen wird, einer heute ebenfalls in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften integrierten, bereits seit dem 19. Jahrhundert bestehenden medizinischen Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum, die mit der DMykG seit Gründung im Sinne einer Assoziation zusammenarbeitet. Als ganz wesentlich hat sich in der Folge die Interdisziplinarität innerhalb der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft erwiesen im Sinne einer vertrauensvollen Zusammenarbeit, insbesondere von Dermatologen



Prof. Dr. med. H. C. Korting

und Mikrobiologen, aber auch Vertretern anderer medizinischer Fachgebiete wie Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Kinderheilkunde. Es ist hier nicht der Ort, um die weitere Entwicklung der Gesellschaft nach Gründung eingehend abzuhandeln, es sei aber doch vor dem Hintergrund des inzwischen von den Mitgliedern der Gesellschaft Geleisteten gestattet, Herrn Professor Götz posthum noch einmal ganz herzlich für seine so wegweisende Initiative zu danken!

*H.C. Korting, München
Vorsitzender der DMykG e.V.*



DIFLUCAN® 50 mg, 100 mg, 200 mg Kapseln; Saft, Trockensaft 50 mg/5 ml; i.v.-100 mg, i.v.-200 mg, i.v.-400 mg. Wirkstoff: Fluconazol. Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 Kapsel Diflucan 50 mg/100 mg/200 mg enthält 50/100/200 mg Fluconazol. 10 ml Saft (1/2 Messb.) enthalten 50 mg Fluconazol. Trockensaft 50 mg/5 ml: 3,05 g Trockensaftsubstanz zur Zubereitung von 5 ml (1/4 Messb.) Suspension enthalten 50 mg Fluconazol. 1 Infusionsflasche Diflucan i.v.-100 mg/i.v.-200 mg/i.v.-400 mg enthält 100/200/400 mg Fluconazol in isotoner wässriger Lösung.

Sonstige Bestandteile: Diflucan Kapseln: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat, Gelatine, Titandioxid (E 171), Schellack, Eisenoxid, schwarz (E 172); zusätzlich bei Diflucan 50 mg: Patentblau V (E 131); zusätzlich bei Diflucan 100 mg: Patentblau V (E 131), Erythrosin (E 127); zusätzlich bei Diflucan 200 mg: Erythrosin (E 127), Indigocarmin (E 132); Diflucan Saft: Saccharose (1,334 g/10 ml, entspr. 0,11 BE), Glycerol, gereinigtes Wasser, Citronensäure-Monohydrat, Natriumcitrat, Aromastoffe; Diflucan Trockensaft 50 mg/5 ml: Saccharose (2,88 g/5 ml zubereiteter Suspension, entspr. 0,24 BE), hochdisperses Siliciumdioxid, Titandioxid, Xanthan Gummi, Natriumcitrat-Dihydrat, Citronensäure (wasserfrei), Natriumbenzoat, Aromastoffe; Diflucan Infusionslösungen: Natriumchlorid (9 mg/ml), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Mykosen, die durch Hefepilze (Candida und Kryptokokken) hervorgerufen werden, insbesondere: a) Systemcandidosen einschließlich Candidämie, Candidurie, disseminierte und andere invasive Candida-Infektionen, wie z. B. Infektionen des Peritoneums, der Lunge und des Darmtraktes. b) Candidosen oberflächlicher Schleimhäute wie rezidivierende oropharyngeale und ösophageale Candidosen; chronisch-atrophische orale Candidosen (Mundhöhlenkrankungen bei Zahnprothesenträgern, bei denen zahnhygienische oder lokale Maßnahmen nicht ausreichen); nichtinvasive bronchopulmonale Candidosen. c) Kryptokokken-Meningitis, Behandlungsversuch zur Vorbeugung der Kryptokokken-Meningitis (Rezidivprophylaxe) bei AIDS-Patienten. d) Zeitlich begrenzter Behandlungsversuch zur Vorbeugung von Candidosen bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen während der Chemo- oder Strahlentherapie und bei abwehrgeschwächten Patienten (z. B. bei AIDS oder Chemotherapie). Zuordnung der Indikationen zu den verschiedenen Darreichungsformen siehe Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Fluconazol oder verwandte Azole, schwere Leberfunktionsstörungen. Aufgrund geringer therapeutischer Erfahrungen Anwendung bei Kindern unter 16 Jahren nur bei fehlender therapeutischer Alternative, bei Kindern unter 1 Jahr, einschließlich Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht nur Diflucan Saft oder Diflucan Trockensaft 50 mg/5 ml verwenden. Die gleichzeitige Gabe von Terfenadin und Fluconazol in Dosierungen von 400 mg/die und höher ist kontraindiziert. Schwangerschaft und Stillzeit: Es liegen Berichte über multiple, kongenitale Anomalien bei Kindern vor, deren Mütter für die Dauer von 3 Monaten oder länger mit Fluconazol in hoher Dosierung (400 mg/die bis 800 mg/die) gegen Coccidioidomykose behandelt wurden (keine zugelassene Indikation). Ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Fluconazol und diesen unerwünschten Ereignissen kann nicht ausgeschlossen werden. Vor Beginn einer Therapie mit Fluconazol sollte eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Bei gebärfähigen Frauen sollte eine Schwangerschaft mittels geeigneter kontrazeptiver Maßnahmen bis zu 7 Tage nach Behandlungsende verhindert werden. Die Anwendung von Fluconazol bei stillenden Müttern wird nicht empfohlen, da Fluconazol in der Muttermilch die gleichen Konzentrationen erreicht wie im Plasma. **Nebenwirkungen:** Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall, Blähungen, Hautausschlag, Haarausfall, Kopfschmerzen, Krämpfe, periphere Nervenstörungen, Leukozytopenie, einschließlich Neutropenie und Agranulozytose, Thrombozytopenie. Bei einigen Patienten, insbesondere mit schweren Grunderkrankungen wie AIDS oder malignen Erkrankungen, wurden während der Behandlung mit Diflucan Veränderungen der hepatischen und renalen Laborparameter sowie hämatologische Veränderungen, wie z. B. Leukozytopenie und Thrombozytopenie, beobachtet. Die entsprechenden Laborparameter sind engmaschig zu kontrollieren. In Einzelfällen, insbesondere bei Patienten mit schweren Grunderkrankungen, schwere Leberunverträglichkeit einschließlich tödlichem Ausgang ohne Zusammenhang mit Tagesdosis und Therapiedauer von Fluconazol sowie Alter und Geschlecht der Patienten. Die Leberunverträglichkeitssymptome waren nach Absetzen von Fluconazol in der Regel reversibel. Patienten mit Verschlechterung der Leberwerte unter Fluconazol-Therapie sollten sorgfältig überwacht und Fluconazol sollte abgesetzt werden, sobald klinische Symptome einer Leberschädigung auftreten, die mit Fluconazol in Zusammenhang stehen könnte. In Einzelfällen schwere Überempfindlichkeitsreaktionen sowie schwere Hautreaktionen insbesondere bei AIDS-Patienten mit Exfoliation wie Stevens-Johnson-Syndrom und toxische epidermale Nekrolyse. Patienten, die einen Hautausschlag entwickeln, sollten sorgfältig beobachtet und Diflucan sollte abgesetzt werden, sobald Blasen entstehen oder sich ein Erythema multiforme entwickelt.

Wechselwirkungen: Wirkungsverstärkung von Cumarin-Derivaten, oralen Antidiabetika vom Sulfonylharnstoff-Typ, Theophyllin und Phenytoin; ggf. ist die Dosis dieser Medikamente zu senken. Bei gleichzeitiger Gabe von Rifampicin können die Fluconazol-Spiegel erniedrigt sein; ggf. Dosiserhöhung von Diflucan. Auch sollten Kontrolluntersuchungen bei gleichzeitiger Gabe von Xanthin-Basen, weiteren Antiepileptika und Isoniazid durchgeführt werden. Die gleichzeitige Anwendung von Diflucan und Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Rifabutin, Tacrolimus und Zidovudin kann zu einer Erhöhung der Serumspiegel dieser Substanzen führen; Patienten, die gleichzeitig Diflucan und diese Substanzen erhalten, sind sorgfältig zu überwachen. Bei gleichzeitiger Anwendung von Ciclosporin wird eine routinemäßige Kontrolle der Ciclosporin-Spiegel empfohlen. Pharmakokinetischen Interaktionsstudien zufolge besitzt die Gabe von Diflucan keinen nachteiligen Effekt auf die Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva. Gleichzeitige mehrmalige Gabe von Hydrochlorothiazid kann die Plasmaspiegel von Fluconazol erhöhen; eine Dosisanpassung von Diflucan ist jedoch nicht erforderlich. Nahrung, Cimetidin, Antacida oder Ganzkörperbestrahlung im Rahmen einer Knochenmarktransplantation beeinflussen die Aufnahme von oral gegebenem Fluconazol ins Blut nicht signifikant. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Packungsgrößen und Preise:** Diflucan 50 mg: Packung mit 20 Kapseln (N1) DM 250,29; 50 Kapseln (N2) DM 620,36; 100 Kapseln (N3) DM 1.230,79. Diflucan 100 mg: Packung mit 20 Kapseln (N1) DM 413,20; 50 Kapseln (N2) DM 1.018,40; 100 Kapseln (N3) DM 1.920,64. Diflucan 200 mg: Packung mit 20 Kapseln (N1) DM 742,75; Packung mit 50 Kapseln (N2) DM 1.792,41. Packung mit 100 Kapseln (N3) DM 3.131,37. Diflucan Saft: 1 Flasche mit 150 ml Lösung (N1) DM 166,53. Diflucan Trockensaft 50mg/5ml: 1 Flasche mit 21,34 g Trockensaftsubstanz zur Zubereitung von 35 ml Suspension (N1) DM 83,59. Diflucan i.v.-100 mg (Infusionsflaschen mit je 50 ml Infusionslösung): Packung mit 5 Infusionsflaschen (N1) DM 280,67. Diflucan i.v.-200 mg (Infusionsflaschen mit je 100 ml Infusionslösung): Packung mit 5 Infusionsflaschen (N1) DM 496,98. Diflucan i.v.-400 mg (Infusionsflaschen mit je 200 ml Infusionslösung): Packung mit 5 Infusionsflaschen (N1) DM 891,58. Klinikpackungen.

Bitte beachten Sie außerdem unsere Fachinformation.
PFIZER GmbH, 76139 Karlsruhe

Stand: August 2000
9V18-0802DF-0-0-B251



Risiko Immunsuppression:

Candida: Die unterschätzte Gefahr



**800 mg/Tag
Standarddosierung***

Fluconazol oral / i. v.
DIFLUCAN®

Weltweiter Maßstab in der Candidose-Therapie

- Hochaktiv gegen Candida albicans und andere pathogene Hefen
- Vielfach bewährt - breit dokumentiert
- Ausgesprochen günstig im Nutzen-Risiko-Verhältnis
- Flexibel und einfach: Kapseln, Saft, i.v., nur 1 x tgl.

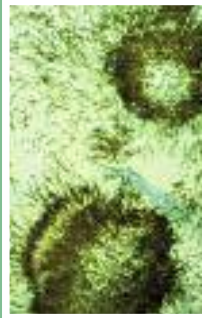
* bei lebensbedrohlichen Candida-Infektionen

Seite 3 Editorial



40 Jahre DMykG e.V.
Prof. Dr. med. H. C. Korting, München

Seite 16



ISHAM Buenos Aires
Prof. Dr. J. Müller

Seite 8 Rundbrief



**Rundbrief der
Deutschsprachigen
Mykologischen
Gesellschaft e. V.**
von Prof. Dr. med.
C. Seebacher, Dresden

Seite 18



DAGNÄ e.V.
**10. Deutscher
Workshop in Köln
am 2. Sept. 2000**

Seite 14 Vorankündigung



**MYK 2001
in Marburg
13. – 15. Sept. 2001**

Seite 19



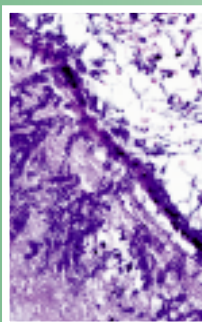
**Kongress-Berichte
2. Veterinär-
medizinisch
mykologisches
Symposium**
Prof. Dr. P. Kielstein, Jena

Seite 15



**MYK 2000
in Berlin**
Dr. Klaus A. Schmidt, Köln

Seite 21



**Colloquium
Mycologicum**
Prof. Dr. H. Bernhardt

Seite 23 Seeliger-Preis



Laudatio

Seite 25 Interview



**ECMM in Barcelona –
Meilenstein der
Mykologie auf
europäischer Ebene**

Prof. Josep M. Torres-Rodriguez

Seite 27 In letzter Minute



Veranstaltungsankündigung

Leserforum

Weihnachtsgrüsse aus Ägypten

Seite 27 MYKolumne



Weihnachtswünsche

IMPRESSUM

MYKOLOGIE FORUM

Mitteilungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.

Herausgeber:

Vorstand der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.
(DMyKG e.V.) H. C. Korting, Vorsitzender; H. Hof, stellv. Vorsitzender;
W. Fegeler, Kassenwart; C. Seebacher, Schriftführer.

Wissenschaftlicher Beirat:

Dietrich Abeck, München; Hannelore Bernhardt, Greifswald;
Margarete Borg-von Zepelin, Göttingen; Jochen Brasch, Kiel;
Norbert H. Brockmeyer, Bochum; Isaak Effendy, Marburg;
Gabriele Ginter, Wien; J. Hacker, Würzburg; Dag Harmsen, Würzburg;
Gerhard Haase, Aachen; Gudrun Just-Nübling, Frankfurt;
Ursula Kaben, Rostock; Manfred Knoke, Greifswald;
Marianne Kretschmar, Mannheim; Peter Kujath, Lübeck;
Peter Mayser, Gießen; Werner Mendling, Berlin;
Joachim Morschhäuser, Würzburg; Fritz Mühlshlegel, Würzburg;
Frank-Michael Müller, Würzburg; Johannes Müller, Emmendingen;
Pietro Nenoff, Leipzig; Jörg Ritter, Münster; Martin Schaller, München;
Günter Schwesinger, Greifswald; Hans-Jürgen Tietz, Berlin.

Redaktion:

Gabriele Henning-Wrobel

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

Verlag:

PVV Science Publications
Siemensstr. 12 · 40885 Ratingen

Herstellung/Druck:

Preuss GmbH

ISSN-Nr. 1439-5673

Anzeigen:

SENT Science & Entertainment
Im Niederfeld 20 · 59597 Erwitte
Telefon 0 29 43 / 48 68 81
Telefax 0 29 43 / 48 68 82

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

Auflage 5.000

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

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

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

Mitteilungen des Vorstandes

- Vom 14.-16. September 2000 fand in Berlin die 34. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft statt. Diese Tagung wurde von Frau Prof. Dr. M. Schäfer-Korting und Herrn Prof. Dr. H.-J. Tietz organisiert. Sie fand in einer sehr schönen Umgebung und in harmonischer Atmosphäre im traditionsreichen Harnack-Haus statt. Sowohl hinsichtlich des wissenschaftlichen Programms als auch des anspruchsvollen Rahmenprogramms war sie sehr gut organisiert und der Vorstand spricht allen an der Organisation beteiligten Damen und Herren den herzlichsten Dank aus.

Anlässlich der Myk'2000 wurden verschiedene Ehrungen vorgenommen:

- Zu Ehrenmitgliedern der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft wurden gewählt und anlässlich der Festveranstaltung im Palais unter den Linden die Urkunden überreicht an Frau Prof. Dr. Hannelore Bernhardt, Greifswald, Herrn Prof. Dr. Otto Male, Wien, und Herrn Akademischen Direktor Dr. Detlef Hanschke, Essen-Kettwig. Die Ehrenmitgliedschaft wird für besondere Verdienste um die Forschung auf dem Gebiet der Medizinischen Mykologie bei den drei genannten Persönlichkeiten aber auch für ihre herausragenden Verdienste bei der Förderung und Weiterentwicklung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft verliehen.



Prof. Dr. M. Schäfer-Korting



Prof. Dr. Hannelore Bernhardt, Greifswald



Prof. Dr. H.-J. Tietz



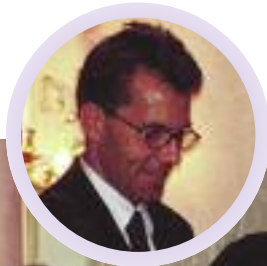
Prof. Dr. Otto Male, Wien

**Akademischer Direktor Dr. Detlef Hanschke,
Essen-Kettwig**



- Mit dem mit DM 10.000,- dotierten Forschungsförderungspreis der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft wurde Herr Dr. Friedrich Mühlshlegel, Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, ausgezeichnet. Dem Hause Janssen-Cilag sei für die Spende von DM 5.000,- gedankt.

**Dr. Friedrich Mühlshlegel,
Institut für Hygiene und Mikrobiologie
der Universität Würzburg**



- Das Dr. Manfred Plempel-Stipendium erhielt Herr Dr. med. Markus Niewerth, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilian-Universität München.
- Mit dem Nachwuchs-Förderpreis für Klinische Mykologie wurde Frau Dr. Katrin Hohaus (geb. Süß), Dresden, für die Arbeit: P. Nenoff, K. Süß, C. Flemming, U.F. Haustein „Differentiation of Candida strains by lectin-mediated agglutination kinetics“ ausgezeichnet. Diese Arbeit gibt wesentliche Inhalte der Dissertation von Frau Dr. Hohaus wider. Der Nachwuchs-Förderpreis wird von der Firma Novartis gestiftet.

Rundbrief

**Dr. Katrin Hohaus (geb. Süß),
Dresden**



- Folgende Posterpreise wurden zum Abschluss der Myk'2000 durch die DMykG vergeben:

Hans Rieth Posterpreis an Frau Prof. MUDrDrSc. Alena Tomiková, Pilsen, für ihr Poster „Durch Hefen verursachte septische Erkrankungen“.

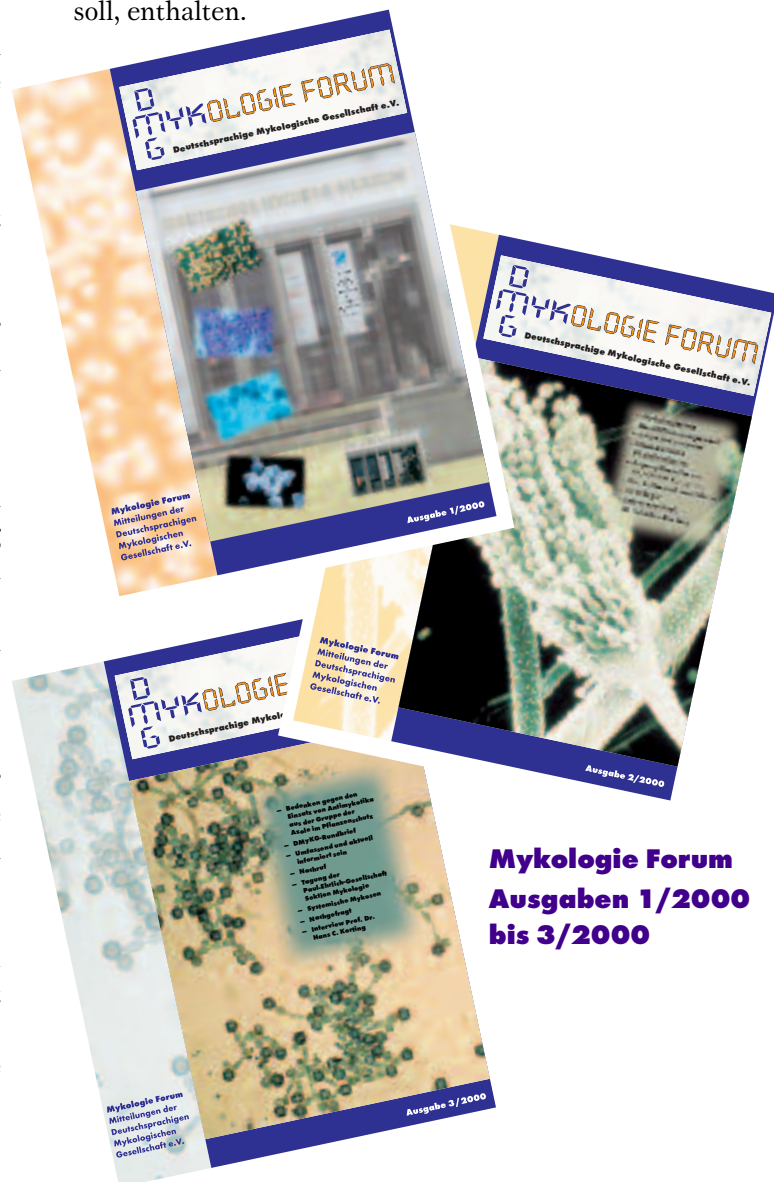
An die Arbeitsgruppe O. Bader, J. Kukula, B. Tews, F. Mühlshlegel, W. Schäfer und B. Hube, für das Poster „Kex2 Mutanten von Candida glabrata sind hypersensitiv gegenüber Antimykotika“.

Die Arbeitsgruppe B. Manz, P. Nenoff, M. Mittag, M. Rytter und U. F. Haustein „Eumyzetom (Maturafuß)“.

Die Arbeitsgruppe R. Rüchel, M. Schaffrinski, K.-R. Seshan und G.-T. Cole „Parenterale Vitalfärbung von Pilzelementen in mykotischen Mäusen mit dem Aufheller Blankophor“.

- In Bayern werden in acht Orten Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Antimykotika“ in Zusammenarbeit zwischen der Bayrischen Landesapothekerkammer und der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft stattfinden. Für die Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft wird Herr Prof. H.-J. Tietz, Berlin, als Referent mitwirken.

- Der Vorsitzende der DMykG, Herr Prof. Dr. H.C. Korting, hatte kürzlich Gelegenheit zu einem ausführlichen Interview zum Thema „Hautpilzkrankungen, speziell der Füße“, mit dem Tagesspiegel Berlin, das in der Sektion Natur und Umwelt am 24.08.2000 abgedruckt wurde.
- Der stellvertretende Vorsitzende der DMykG, Herr Prof. Dr. H. Hof, hat in der Sendung „Frontal“ vom ZDF, gesendet am 10.10.2000, Gelegenheit zu einem kurzen Interview gehabt.
- Am 11.09.2000 fand in München eine Sitzung der Ständigen Konferenz der Infektiologischen Fachgesellschaften unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Ruf, Leipzig, statt, an der der Vorsitzende der DMykG, Herr Korting, teilgenommen hat. Der 6. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin wird in der Zeit vom 03.-06.05.2001 in Leipzig stattfinden. Dem Präsidium gehören die Vorsitzenden der SKIF-Mitgliedsgesellschaften an.
- Der Vorsitzende der DMykG, Herr Prof. Dr. H.C. Korting, München, hat im August 2000 Gelegenheit erhalten, in der Sendung ARD-Ratgeber-Gesundheit, moderiert von Frau Dr. A. K. Kühnemann, über Fußmykosen zu sprechen. Dabei ging es unter anderem um deren Häufigkeit und die heutigen therapeutischen Möglichkeiten.
- Der Vorsitzende der DMykG, Herr Prof. Dr. Korting, München, hatte Gelegenheit, im September 2000 in der neugestalteten Zeitschrift „Weltbild“ Stellung zu Pilzkrankungen der Haut zu nehmen, die am Ende des Sommers vermehrt beobachtet werden, wie z.B. importierte Pilzkrankungen durch *Mikrosporum canis*.
- Während der Myk'2000 fand die Mitgliederversammlung der DMykG in Berlin statt. Auf dieser Mitgliederversammlung konnte der Vorsitzende eine stolze Bilanz über die geleistete Arbeit im zurückliegenden Jahr ziehen. Als besonders bemerkenswert hob er die angelaufenen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Diagnostik von Mykosen hervor. Ringversuche in der Mykologie werden jetzt angeboten für die Bestimmung von Dermatophyten, Sprosspilzen und *Candida*-Serologie. Diese Ringversuche werden über INSTAND organisiert.
- Bei dem 1999 durchgeführten Ringversuch zur Bestimmung von Dermatophyten waren über 2000 Teilnehmer registriert worden, eine Zahl, die in keinem Ringversuch bisher erreicht wurde. Neben diesen Ringversuchen wird eine strukturierte Weiterbildung organisiert, wo den Teilnehmern in Form praktischer Übungen das Erlernen von Untersuchungstechniken vermittelt wird.
- Als weitere Aktivität des zurückliegenden Jahres ist die Herausgabe des DMykG Mykologie Forums zu nennen. 3 Ausgaben sind bisher erschienen, die 4. liegt Ihnen mit diesem Heft vor. Auch in Zukunft sollen pro Jahr 4 Hefte erscheinen. Als wesentlicher Bestandteil dieser Hefte ist der DMykG Rundbrief, der die Mitglieder unserer Gesellschaft über die Aktivitäten des Vorstandes zeitnah informieren soll, enthalten.



**Mykologie Forum
Ausgaben 1/2000
bis 3/2000**

- Auf der Mitgliederversammlung in Berlin wurden folgende Persönlichkeiten in Anerkennung ihrer großen wissenschaftlichen Verdienste um die Mykologie und um die Gesellschaft zu neuen Ehrenmitgliedern gewählt:

1. Herr Prof. Dr. med. Siegfried Nolting, Münster, in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen, aber auch seiner Tätigkeit als stellvertretender Vorsitzender und als Vorsitzender unserer Gesellschaft.
2. Herr Prof. Dr. med. vet. habil. Peter Kielstein, Jena, in Anerkennung seiner Leistungen auf dem Gebiet der Veterinärmykologie und seiner jahrzehntelangen Mitarbeit im Vorstand der Gesellschaft für Medizinische Mykologie der DDR.
3. Herr Prof. Dr. med. vet. habil. Karl Heinz Böhm, Hannover, in Anerkennung seiner hervorragenden Leistungen bei der Erforschung tierischer Mykosen.

Prof. Dr. med. Siegfried Nolting, Münster



Prof. Dr. med. vet. habil. Peter Kielstein, Jena

Für die Herren Kielstein und Böhm ist in mycoses 43, Suppl. 1, 2000 auf den Seiten 1 und 2-3 eine Laudatio erschienen. Die Ernennungsurkunde wird den drei neuen Ehrenmitgliedern unserer Gesellschaft während der Myk'2001 in Marburg überreicht werden. Die Mitglieder und der Vorstand der Gesellschaft gratulieren den drei Herren zu dieser ehrenvollen Berufung auf das herzlichste.

- Geburtstage (soweit sie dem Vorstand bekannt sind):

Im August 2000 feierte Herr Prof. Dr. F. Staib seinen 75. Geburtstag. Herr Prof. Staib hat sich große Verdienste um die Entwicklung der Medizinischen Mykologie erworben. Als Beispiele seien nur seine grundlegenden Arbeiten zur Cryptococcose, vor allen Dingen zu den Infektionswegen genannt, aber auch seine wegweisenden Arbeiten zur Aspergillose als nosokomiale Infektion, haben auch heute hohe Aktualität. Viele Jahre hat Herr Prof. Staib die mykologische Abteilung am Robert Koch Institut des Bundesgesundheitsamtes in Berlin geleitet. Für seine herausragenden Verdienste um die mykologische Wissenschaft wurden ihm die Ehrenmitgliedschaft der ISHAM und der DMykG verliehen. Der Vorstand gratuliert Herrn Prof. Staib zu seinem 75. Geburtstag nachträglich sehr herzlich. Leider haben wir erst verspätet von diesem Jubiläum Kenntnis erhalten.

Am 01. 11. 2000 wäre Herr Prof. Dr. Heinz P.R. Seeliger 80 Jahre alt geworden. Herr Prof. Seeliger zählte zu den Gründungsmitgliedern, sowohl der ISHAM als auch der DMykG. Er leistete Grundlagenarbeiten zur Hefeserologie und führte zahlreiche Untersuchungen zur Pathogenese von Pilzinfektionen durch. Eine ausführliche Würdigung seines wissenschaftlichen Werkes und seines Beitrages für die Entwicklung der DMykG und auch der ISHAM ist in einem Nachruf von J. Müller in mycoses 41, Suppl. 1, S. 13-14, nachzulesen. Die DMykG gedenkt mit Respekt und Hochachtung der Leistung von Prof. Dr. H.P.R. Seeliger.

- Der Vorstand möchte Sie auf die folgende Website / Homepage hinweisen:

Adresse: <http://fungusweb.ut-mb.edu/mycology>

Autor: Medical Mycology Research Center,
University of Texas (Galveston)

Sprache: Englisch

Inhalt. Die Website wendet sich an Ärzte und an der Mykologie interessierte Angehörige medizinischer Berufe.

Der Besucher wird zuerst mit der Vielfalt der mykologischen Nomenklatur vertraut gemacht. Später werden die einzelnen Pilzarten und die möglichen klinischen Erscheinungsbilder aufgeführt. Dabei wird auf eine gute Strukturierung der Informationen Wert gelegt.

Synonyme, Definition, Vorkommen und typische Erreger werden angeführt.

Die Website von Medical Mycology stellt ein für Ärzte und in medizinischen Berufen tätige Personen gleichermaßen überaus interessantes Angebot an Informationen zur Mykologie bereit. Eine sehr übersichtliche Strukturierung der Website und der verfügbaren Informationen erleichtert das Zurechtfinden.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

im Jahr 2001 begeht die DMykG ihr 40jähriges Jubiläum. Dieser Zeitraum umfasst praktisch ein ganzes Arbeitsleben, so dass viele der Gründungsmitglieder unserer Gesellschaft heute nicht mehr im Beruf stehen und einige inzwischen bereits verstorben sind.

Im Sinne der Traditionspflege wollen wir zumindest an die Mitglieder unserer Gesellschaft erinnern, die im besonderen Maße sich für die Belange der DMykG eingesetzt haben. In zwangloser Folge soll im Mykologie Forum dieser Personen gedacht werden. Im Mykologie Forum Heft 2, Seite 17 hat Herr Prof. Müller die Aktivitäten der DMykG innerhalb der ISHAM Ihnen bereits zur Kenntnis gegeben. Heute wollen wir alle Vorstandsmitglieder, die seit 1961 die Geschicke der DMykG gelenkt haben, namentlich in Erinnerung rufen:

Amtperiode	1. Vorsitzender	2. Vorsitzender	Schriftführer	Kassenwart
1961 - 1963	H. Götz	H. Grimmer	H. Rieth	D. Janke
1963 - 1966	H. Götz	H. Grimmer	H. Rieth	F. Fegeler
1966 - 1969	H. Götz	H. Grimmer	H. Rieth	F. Fegeler
1969 - 1972	H. Grimmer	G. Polemann	H. Rieth	W. Meinhof
1972 - 1975	G. Polemann	O. Male	H. Rieth	W. Meinhof
1975 - 1978	O. Male	W. Meinhof	H. Rieth	L. Krempl-Lamprecht
1978 - 1981	W. Meinhof	W. Adam	H. Rieth	L. Krempl-Lamprecht
1981 - 1984	W. Adam	W. Loeffler	H. Rieth	L. Krempl-Lamprecht
1984 - 1987	W. Loeffler	W. Meinhof	H. Rieth	L. Krempl-Lamprecht
1987 - 1990	W. Meinhof	J. Müller	H. Rieth	L. Krempl-Lamprecht
1990 - 1993	J. Müller	S. Nolting	H. Rieth	L. Krempl-Lamprecht
1993 - 1996	S. Nolting	H. Bernhardt	H. Rieth/Reinel	W. Fegeler
1996 - 1999	H. Bernhardt	H.C. Korting	C. Seebacher	W. Fegeler
1999 - 2002	H.C. Korting	H. Hof		C. Seebacher W. Fegeler

Die Tagungen der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e. V.:

Nr.	Datum	Tagungsort	Tagungsleiter
1.	05. Januar 1961	Essen	H. Götz
2.	13. März 1962	Hamburg	J. Kimmig, H. Rieth
3.	06. - 07. Juli 1963	Wiesbaden	H. Grimmer
4.	30. - 31. Okt, 1964	Freiburg	H.-J. Heite
5.	17. - 18. Juli 1965	München	K. Ullrich
6.	15. - 17. Juli 1966	Wien	A. Wiedemann, J. Tappeiner
7.	21. - 22. Juni 1969	Krefeld	G. Polemann
8.	04. - 05. Juni 1971	Frankfurt/Main	H. Grimmer
9.	24. - 25. Juni 1972	Wiesbaden	H. Grimmer

10.	26. - 27. Mai 1973	Krefeld	G. Polmann
11.	26. - 28. Sept. 1974	Basel	H. Scholer
12.	11. - 13. Sept. 1975	Baden bei Wien	O. Male
13.	09. - 11. Sept. 1976	Hannover	J. Potel, K.H. Böhm
14.	06. - 08. Juli 1978	Tübingen	W. Adam, W. Loeffler
15.	02. - 04. Mai 1980	Aachen	W. Meinhof
16.	01. - 03. Mai 1981	Erlangen	H. Hauck
17.	29. Apr.-1.Mai 1983	Luxemburg	J. Reiffers-Mettelock
18.	04. - 06. Mai 1984	Bremen	G. Brandt, W.P. Hermann
19.	10. - 13. Okt. 1985	Würzburg	H. Seeliger
20.	22. - 24. Mai 1986	Freiburg	J. Müller
21.	17. - 20. Sept. 1987	Münster	S. Nolting
22.	08. - 10. Sept. 1988	Baden bei Wien	O. Male
23.	07. - 10. Sept. 1989	Hamburg	H. Rieth, D. Reinel
24.	14. - 17. Juni 1990	Göttingen	S. Quadripur, R. Rüchel
25.	29. - 31. Aug. 1991	Essen	D. Hantschke
26.	03. - 06. Sept. 1992	Granz	G. Ginter
27.	30. Sept.-3.Okt.,1993	Greifswald	H. Bernhardt, M. Knoke
28.	29. Sept.-2.Okt.1994	Montreux	S. Nolting, W. Fegeler
29.	07. - 10. Sept. 1995	Dresden	R. Blaschke-Hellmessern, C. Seebacher
30.	19. - 22.Sept. 1996	Kiel	J. Brasch
31.	18. - 21. Sept. 1997	Achen	H.F. Merk
32.	17. - 19. Sept. 1098	Frankfurt/Oder	W. Mendling
33.	03. - 06. Juni 1999	Dresden	H. Bernhardt, R. Blaschke-Hellmessen C. Seebacher

zugleich 5th Congress of the European Confederation of Medical Mycology

34.	14. - 16. Sept. 2000	Berlin	M. Schäfer-Korting, H.J. Tietz
35.	13. - 15. Sept. 2001	Marburg	R. Happle, I. Effendy

Tagungen der Gesellschaft für Medizinische Mykologie der DDR

1.	23. - 24. März 1962	Leipzig	H. Braun
2.	24. - 25. April 1964	Leipzig	H. Braun, G. Wildführ
3.	13. - 15. Mai 1966	Leipzig	H. Braun, G. Wildführ
4.	10. - 12. Mai 1968	Leipzig	H. Braun, G. Wildführ
5.	07. - 10. Mai 1970	Leipzig	H. Braun, G. Wildführ
6.	11 - 13. Mai 1972	Leipzig	W. Braun
7.	29. - 31. Mai 1975	Halle/Saale	W. Braun
8.	13. - 15. April 1978	Erfurt	H.A. Koch
9.	13. - 16. April 1982	Erfurt	H.A. Koch
10.	24. - 26. April 1986	Rostock	U. Kaben
11.	25. - 27. April 1990	Rostock	U. Kaben

Zum Abschluß des ereignisreichen Jahres 2000 wünschen wir Ihnen allen eine geruhsame Weihnachtszeit und Gesundheit, Glück und Zufriedenheit für das kommende Jahr 2001

Für den Vorstand der DMykG e.V.

Prof. Dr. med. C. Seebacher
Schriftführer

Vorankündigung

MYK 2001 in Marburg
13. – 15. September 2001



VORANKÜNDIGUNG

35. Wissenschaftliche
Tagung der Deutschsprachigen
Mykologischen Gesellschaft

**MYK
2001**

**13. – 15. September
MARBURG**

Einladung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
wir möchten Sie herzlich zur 35. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft nach Marburg einladen.

Praxisrelevante Mykologie sollte neben aktuellen mykologischen Forschungsergebnissen ein Schwerpunktthema der MYK 2001 bilden. Mykologische Kurse, Satellitensymposien sowie Industriearbeitungen werden den Kongreß vervollständigen.

Wir freuen uns darauf, Sie in Marburg persönlich begrüßen zu können.

Mit den besten Grüßen

R. Happle
Prof. Dr. Rudolf Happle
Kongresspräsident

Isaak Effendy
Prof. Dr. Isaak Effendy
Tagungsleiter

Allgemeine Hinweise

Veranstalter:
Deutschsprachige Mykologische Gesellschaft e.V.

Tagungspräsident:
Prof. Dr. med. Rudolf Happle

Tagungsleiter:
Prof. Dr. med. Isaak Effendy
e-mail: effendy@mail.med.uni-marburg.de

Wissenschaftliches Sekretariat:
Frau H. Wagner
Dermatologische Klinik der Philipps-Universität
Deutschhausstraße 9, 35037 Marburg
Telefon (06421) 286 24 88
Telefax (06421) 286 23 24
e-mail: wagner2@post.med.uni-marburg.de

Tagungsort:
Hörsaalgebäude der Universität
Biegenstraße 10
35037 Marburg

Organisation:
CONGRESS ORGANISATION C. Schäfer
Karl-Theodor-Str. 64
80803 München
Telefon (0 89) 307 10 11
Telefax (0 89) 307 10 21
e-mail: sandra.heussner@cocs.de



Rezidivierende Alveolitis durch Candida im Darm - eine Kasuistik / Aus dem Darm in die Lunge - Alveolitis durch Candida

Während die Rolle der Pilz-Besiedlung der Mundhöhle bei der chronisch-rezidivierenden Vaginalmykose heute gut belegt ist, wird die klinische Relevanz einer Besiedlung der Darmschleimhaut mit Hefepilzen weiterhin kontrovers diskutiert. Auf der 34. Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft, MYK-2000, haben *Dr. Jens Schreiber* und Kollegen vom Städtischen Klinikum Dessau nun einen Fall geschildert, bei dem im Darm siedelnde Candida-Hefen Auslöser einer ernsthaften Erkrankung waren.

Die vorher gesunde 67-jährige Frau wurde seit mehr als einem Jahr von plötzlichen rezidivierenden Fieberschüben (bis 40°C) mit Schüttelfrost, Tachypnoe, akuten Muskelschmerzen, wässrigen Stühlen und Husten geplagt. Diesen Symptomen ging eine einmalige Diarrhoe voraus. Feinblasige Rasselgeräusche waren hörbar. Es bestand eine ausgeprägte Gasaustauschstörung mit schwergradiger Hypoxämie. Im Thorax-Röntgen zeigten sich beidseitig flauere Infiltrationen und milchglasartige Trübungen. Außerdem fand sich eine auffällige Leukopenie mit einer relativen Lymphozytose - von Schreiber im nachhinein als erster Hinweis auf zirkulierender Candida-Antigen betrachtet. Die Fieberschübe traten alle 2-4 Wochen auf und sistierten binnen 24-48 Stunden, gänzlich unabhängig vom Aufenthaltsort der Patientin und ebenso unabhängig von der Therapie, die mehrfach mit Antibiotika versucht worden war. Auch die Laborveränderungen normalisierten sich wieder.

Die fokale lymphozytäre Alveolitis, Epitheliodzellgranulome und eine Bronchiolitis obliterans in Lungenbiopsieproben deuteten auf exogen-allergische Alveolitis. In der BAL fand man aber nicht die erwartete Lymphozytose, sondern eine Vermehrung der neutrophilen Granulozyten. Auch eine exogene Allergenquelle wurde nicht gefunden. Die Patientin war für alle Allergene, die häufig eine EAA auslösen, negativ.

Nachdem eine zwischenzeitlich vom Heilpraktiker der Patientin wegen „Pilzen im Darm“ eingeleitete Nystatin-Behandlung zum vorübergehenden Verschwinden der Symptome geführt hatte, erfolgte eine gezielte Suche nach Hefen. IgG- und IgA-Antikörper gegen Candida waren positiv, IgE negativ. Während eines spontanen Fieberschubs konnte zirkulierendes Candida-Antigen im Serum nachgewiesen werden. Die i.c.-

Hauttestung mit *Candida albicans* ergab eine auffällig massive Spätreaktion mit Schwellung des gesamten Unterarms. Der inhalative Provokationstest mit C.a.-Antigen führte nach 6 Stunden zu einer ausgeprägten febrilen Reaktion mit Schüttelfrost, Hypoxämie und obstruktiver Ventilationsstörung. Im Stuhl wurden massenhaft *Candida albicans* und *C. glabrata* gefunden. Weitere Diagnostik ergab lediglich Hinweise auf Laktasemangel. 14-tägige Behandlung mit 200 mg Fluconazol oral ließ die Symptome reproduzierbar für mehrere Monate verschwinden.

In diesem Fall spricht alles für die endogenen Candida-Spezies als Auslöser der interstitiellen Lungenerkrankung, die die histomorphologischen Kriterien einer EAA erfüllt. Offensichtlich ist das Candida-Antigen über die systemische Zirkulation in die Lunge gelangt. Noch ist unklar, wie das Antigen durch die Darmwand gelangt ist.

Bei Vaginalmykose auch die Mundhöhle inspizieren

Eine gewisse Ähnlichkeit zu diesem Fall, hinsichtlich der Distanz von Erregerreservoir und Manifestationsort, besteht bei der wesentlich häufigeren chronisch-rezidivierenden Vaginalmykose, die ebenfalls mit erheblichem Leidensdruck verbunden ist. Bei diesen Patientinnen findet sich in der Mundhöhle meist derselbe Pilz wie in der Vaginalschleimhaut, wie die Gruppe von Prof. Hans-Jürgen Tietz an der Humboldt-Universität mit molekulargenetischen Methoden nachgewiesen hat. Dies hat sich zum Nachteil der Betroffenen offenbar noch nicht genügend herumgesprochen, meinte Tietz auf der Pressekonferenz zur MYK-2000. Denn von 67 Vaginalmykose-Patientinnen, die im vergangenen Jahr in seine Klinik gekommen sind, war keine einzige vom Vorbehandler auf eine Pilzbesiedlung der Mundhöhle untersucht worden. Wenn der Nachweis vorliegt, ist eine oropharyngeale Antimykose obligatorisch. Grundsätzlich spreche nichts gegen einen Heilversuch, z.B. mit Amphotericin oral, wenn der betreuende Arzt eine Mykose vermutet, so Tietz.



Klaus A. Schmidt, Köln

14th Congress of the International Society for Human and Animal Mycology ISHAM, 8.-12. Mai 2000 in Buenos Aires, Argentinien.

Themenkreis: Neue Erkenntnisse in der Diagnostik und Therapie von Pilzinfektionen.

Die ISHAM-Kongresse sind das umfassendste internationale Forum für die Präsentation und den Austausch neuer Erkenntnisse in medizinischer Mykologie. Der in Buenos Aires veranstaltete ISHAM-Kongress war der 14. seit dem ISHAM-Gründungskongress 1954 in Paris. ISHAM-Kongresse werden derzeit alle drei Jahre abgehalten mit Veranstaltungsorten rund um den Globus. Der nächste findet 2003 in San Antonio, Texas, USA, statt. Der Kongress in Buenos Aires war der erste in Südamerika abgehaltene ISHAM-Kongress.

Der 14. ISHAM-Kongress war von 837 wissenschaftlichen Teilnehmern aus 53 Ländern besucht (weltweit gibt es etwa 2000 aktive Mykologen). Dies entspricht nach Besucherzahl und Präsentationsvolumen dem 13. ISHAM-Kongress 1997 in Parma.

Von 37 Round Tables, Panel-Discussions und 7 Übersichtsvorlesungen (insgesamt 137 Vorträge) waren vier der Diagnostik (mit 18 Einzelbeiträgen) und acht der Therapie (mit 20 Einzelbeiträgen) gewidmet.

Die Poster-Beiträge waren in 22 Kategorien eingeteilt, von denen vier der Diagnostik (mit 38 Einzelbeiträgen) und 7 der Therapie (mit 103 Einzelbeiträgen) gewidmet waren.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß von den 560 Kongreßbeiträgen insgesamt 177 = 32 % Diagnostik und Therapie von Pilzkrankheiten betrafen. In diesen Zahlen spiegeln sich wider:

Die zunehmende epidemiologische Bedeutung insbesondere der opportunistischen Mykosen;

das zunehmende klinische Bewusstsein für Mykosen im klinischen Alltag;

die weltweiten Bemühungen um dringend benötigte Fortschritte in Diagnostik und Therapie von Pilzinfektionen.

Grundlagenforschung

In der Grundlagenforschung zeigten sich zwei Schwerpunkte ab: Die raschen Fortschritte auf dem Gebiet der Molekularbiologie starteten eine Vielzahl von Entwicklungsprojekten für diagnostische Fortschritte mit molekularbiologischen Techniken zur Weiterentwicklung nicht-kultureller diagnostischer Methoden. Hier muss allerdings noch erhebliche Evaluierungsarbeit für die entwickelten Methoden geleistet werden. Die Konfektionierung und Kommerzialisierung bereits evaluierter Techniken steht noch völlig aus. Wenn dieses Arsenal molekularbiologischer Techniken für Pilzinfektionen einmal als breites Methodenspektrum kommerziell verfügbar ist, wird dies die Mykosen-Diagnose im klinischen Alltag beschleunigen und sicherer machen. Das wird auch die Marktsituation für Antimykotika ausweiten. Das generelle Problem der diagnostischen Absicherung opportunistischer Pilzinfektionen gegenüber der kommensalen Kolonisation (Candidose) und falsch positiver Aussagen aufgrund von Kontaminationen aus der Umwelt (Aspergillose) wird jedoch bestehen bleiben.

Ein weiterer Schwerpunkt molekularbiologischer Experimente betrifft die Definition potentieller Ziel-moleküle als Angriffsort für Antimykotika. Hier ist bis jetzt viel theoretische Arbeit geleistet worden. Von den bisher eingesetzten oder in der Entwicklung befindlichen Antimykotika hat jedoch noch kein Einzelpräparat hiervon profitiert; hier muss mit langen Fristen in der Umsetzung solcher Erkenntnisse gerechnet werden.

In der immunbiologischen Grundlagenforschung ist weiterhin die pilzbedingte Herabregulierung der Infektabwehr des Wirtes die zentrale Thematik, die leider gegenüber der molekularbiologischen Definition von Virulenzfaktoren im Frühgeschehen einer Pilzinfektion in den Hintergrund getreten ist. Die entscheidenden Schwellenüberschreitungen im Entwicklungsgeschehen einer Mykose dürften jedoch in der Herabregulierung der Immunabwehr beim Wirt liegen. Hier sind derzeit viele Einzelbefunde über die Rolle definierter T-Zellpopulationen und einzelner Zytokine in der Herabregulierungskaskade der Wirtsabwehr zusammengetragen worden. Ein Gesamtbild solchen Geschehens existiert bisher in groben Umrissen nur bei der Cryptococcose. Aus Erkenntnissen dieses Gebietes könnten in Zukunft supportive Therapiestra-

tegien zu erwarten sein, die bislang sämtlich noch als hypothetisch anzusehen sind. Einzig die Möglichkeit des therapeutischen Einsatzes von Kolonie-stimulierenden Faktoren (G-CSF, GM-CSF) sind erprobt worden, bisher aber in den Resultaten enttäuschend geblieben.

Angewandte Forschung

In der Diagnostik scheint die Evaluierung der in den letzten Jahren konfektionierten Differenzierungsnährböden der kulturellen Diagnostik weitgehend abgeschlossen zu sein. Das gleiche gilt für die Etablierung automatisierter Identifizierungssysteme. Beides hat die Diagnostik der Hefe-bedingten Mykosen ganz entscheidend beschleunigt und sicherer gemacht.

Bei den Antigennachweisen sind serologische Techniken weiter verbessert worden (Aspergillose), während molekularbiologische Techniken noch nicht hinreichend evaluiert und konfektioniert erscheinen.

In der antimykotischen Chemotherapie liegt nach wie vor der Schwerpunkt der Entwicklung in der Azol-Gruppe: Derzeit entwickeln 30 Hersteller weltweit Azol-Antimykotika. Bei Entwicklungsprojekten, deren Zulassung und Einführung abzusehen ist, wurden die meisten Daten vorgestellt für Voriconazol und Posaconazol.

Bei Voriconazol lag der Schwerpunkt der Kongressbeiträge bei der Darstellung des gegenüber dem Flucanazol erheblich erweiterten Wirkungsspektrums insbesondere bei Fadenpilzen, darunter solche, die bisher als schwer therapierbar galten. Nach den vorliegenden Informationen wäre aus klinischer Sicht die baldige Einführung des Voriconazols wünschenswert.

Posaconazol (SCH 5666592) befindet sich in klinischen Phase-II-Studien und zeigt neben breiter antimykotischer auch antiparasitäre Wirkung.

Bei der Vorstellung von Revuconazol (BMS 207147) fiel die ungewöhnlich lange pharmakokinetische Halbwertszeit im Menschen auf.

Eine Weiterentwicklung haben jüngst auch die Echinocandine erfahren, nach dem die entwickelnde Firma Lilly ihr Entwicklungsprojekt an Merck abgegeben hat. Diese Wirkstoffgruppe ist grundsätzlich interessant, weil der Angriffsmechanismus, anders als bei den Azolen, im Glucanstoffwechsel liegt, eines basalen Zellwandbausteins der Pilze, bei der eine dort diagnosti-

zierte Stoffwechselstörung nicht ohne weiteres fungistatische oder fungizide Wirkungen hätte erwarten lassen. Dieser andersartige Angriffspunkt ist epidemiologisch besonders interessant insofern, als Kreuzresistenzprobleme mit Azol-Antimykotika nicht zu erwarten sind. Eine Entwicklung bis zur Klinikreife wird bei Echinocandinen allerdings noch Jahre dauern.

Von den 1990 auf der 1. International Conference on Antifungal Therapy in Oiso, Japan, als in Entwicklung befindlichen Präparaten sind in Buenos Aires keine mehr vorgestellt worden. Dies waren Benanomycin und Pradimicin, beides Benzonaphthochinone, Chrysocandin, ein Aminoacylnucleosid, Aureobasidin, ein zyklisches Depsipeptid, das Aminosäurenanalog RI 331 sowie Nikkomycin, ein Neopolyoxin. Alle diese Entwicklungen waren in Japan angesiedelt.

Über Fortschritte in der Entwicklung verschiedenartiger Lösungsvermittler für schlecht wasserlösliche Antimykotika wurde in einem Übersichtsreferat umfassend berichtet.

Eine Vielzahl von Publikationen betrifft Verfeinerungen in der Anwendung bereits bewährter Antimykotika in ihren unterschiedlichen Darreichungsformen. Informationen hierüber wurden teils als spezialisierte Studien vorgestellt, teils waren sie in dem reichen Kasuistikmaterial enthalten, das der detaillierten Darstellung klinischer Einzelfälle gewidmet war. Hier wird eine Charakteristik der opportunistischen Pilzinfektionen deutlich, auf die immer wieder hingewiesen werden muß, daß nämlich diese Krankheitszustände eine unübersehbare Vielfalt variierender Krankheitsbedingungen bilden, bei der jedem dokumentierten Einzelfall ein besonderer Informationswert zukommt - ein enormer Literaturfundus für die Erstellung von Meta-Analysen, deren Ergebnisse über prospektive Studien praktisch nicht zu gewinnen sind.

Im Rahmen eines Pfizer-Symposiums wurde über Verbesserungen der Prüfstrategien für die Candidose-Therapie berichtet mit dem Schwerpunkt in präzisen Candida-Definitionen (proven, probable, possible fungal infection) zur Studiendokumentation. Diese Bemühungen aus dem IFICG-EORTC-Arbeitsbereich werden Studiendesigns in Zukunft wesentlich verbessern und Zulassungsverfahren beschleunigen können.

J. Müller

DAGNÄ e.V. - DREHSCHLEIBE DER HIV-VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND



Dr. med. Heribert Knechten

Nicht nur für die Mitglieder der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. war der 10. Deutsche Workshop ein Highlight. Rund 250 Teilnehmer kamen am 2. September 2000 nach Köln, um sich wissenschaftlich fortzubilden, die therapeutisch neuesten Standards der HIV-Therapie zu diskutieren, Erfahrungen auszutauschen und, um individuelle Wege für eine langfristige Versorgung zu finden trotz der zum Teil drastischen Rationierung von Leistungen im Gesundheitswesen. Wie Dr. Heribert Knechten, Vorsitzender der DAGNÄ e.V., am Rande der Tagung erklärte, habe die DAGNÄ in den vergangenen 10 Jahren Geschichte in der HIV-Versorgung in Deutschland geschrieben. Als entscheidende Schritte bezeichnete er die Entwicklung und Etablierung einer mittlerweile großen Gruppe von HIV-Behandlern in Deutschland. Damit ist eine Organisation und Vertretung entstanden mit dem Anspruch, das Optimale für die Behandlung bzw. Versorgung der Patienten und für die Mitglieder der DAGNÄ zu erreichen.

Der Fortschritt liegt in der Behandelbarkeit

Immer wieder gingen in den vergangenen Jahren überwiegend durch die Laienpresse entweder Horrormel-

dungen in Bezug auf die drohende AIDS-Gefahr oder sensationelle Neuigkeiten über Medikamente, die die Erkrankung „jetzt besiegen können“. Die Realität sehe aber so aus, dass die tödliche, unheilbare Erkrankung aufgrund der antiretroviralen Therapie in eine behandelbare Krankheit übergegangen ist, die immer noch schwer und auch lebensbedrohend sein kann, dies aber längst nicht mehr in dem Ausmaß früherer Zeiten. Die Wertigkeiten haben sich somit verändert, zum Beispiel was langfristiges Leben mit der HIV-Infektion bedeutet u.a. im Zusammenhang mit Fragen koronarer Herzerkrankung, Fragen der Lebensführung, Rauchen, Medikamentennebenwirkungen in Bezug auf Knochenstoffwechsel, Herzerkrankungen usw. Die Wellen der „sensationellen Neuigkeiten“ haben die HIV-Behandler mitgetragen und durchlebt. Damit war und ist eine immer wiederkehrende Flut von Anfragen verbunden, weil die Patienten natürlich von Arzt „endgültige“ Antworten erwarten. Deshalb besteht auch stetiger Bedarf an Erfahrungsaustausch, bei dem die Wertigkeiten des augenblicklich Diskutierten eingeschätzt werden können, um dann herausarbeiten, was für den individuellen Patienten gerade von besonderer Wichtigkeit ist. In derartigen Situationen müsse dem Patienten eine klare Stellung an die Hand gegeben werden.

Neuinfektionen in Deutschland nicht rückläufig

Rückblickend auf die vergangenen 10 Jahre sei die Ansteckungsrate in Deutschland konstant geblieben. Sie liegt nach Einschätzung der Experten bei jährlich ca. 2000 Neuinfektionen. Geändert habe sich aber die Gesamtsituation: Die Anzahl der Patienten, die mit der chronischen Infektion zum Teil auch unter Therapie leben, nimmt ständig zu. Daraus könne folgen, dass langfristig die Rate der Neuinfektionen wieder ansteigt.

Auch im Hinblick auf die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen wird die Versorgung der Patienten nicht einfacher. Wie Knechten erläuterte, sei die Versorgung von HIV-Infizierten im ärztlichen Bereich schon derzeit unter den gültigen Richtlinien kaum für einen Arzt kostendeckend zu leisten. Abgefangen werde die Differenz durch Begleitverträge und zusätzliche Möglichkeiten der Finanzierung. Es sei aber heute schon deutlich, dass ein Kollege der - rein theoretisch - nur HIV-Behandler sein möchten, allein von der Finanzierungsseite her nicht in dazu in der Lage sein wird.

Es liegt zwar zumeist eine „Mischkalkulation“ vor, bei der andere Bereiche die Versorgung der HIV-Infizierten mitfinanzieren. Das Entscheidende ist aber, dass die Begleitverträge, die für die Versorgung von HIV-Patienten geschlossen worden sind, in Zukunft weiter aufgewertet werden und von daher die Versorgung der Patienten auch flächendeckend erhalten bleibt.

Globales Problem

Der Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 2000 verdeutlichte wieder einmal die globale Problematik der AIDS-Erkrankungen, deren schwerste Last der afrikanische Kontinent zu tragen hat. Für die deutschen HIV-Behandler bedeutet dies, dass Migranten und Zuwanderer aus Drittweltländern einer zunehmenden Aufmerksamkeit bedürfen. Dazu gehören Fragestellungen wie Schwangerschaft, kultureller Hintergrund und ein anderes Verständnis von Medizin ebenso wie die Aufklärung in Bezug auf die Infektionsgefahr als Basis für eine effektive Prophylaxe. Wichtig sei, so Knechten, daneben aber ebenso die Förderung von hochentwickelten neuen Methoden wie z.B. die Etablierung von Resistenzanalysen im klinischen Alltag und natürlich auch der Umgang mit Medikamenten, deren Zahl mittlerweile groß ist und damit auch eine besondere Herausforderung an den HIV-Behandler stellen.

Im Fokus des Interesses - neue Medikamente

Das Problem in der Praxis sei heute nicht mehr der „gut laufende“ HIV-Patient mit guter Immunität und

Viruslast unter der Nachweisgrenze, sondern der Patient, der zum Teil auch durch Vortherapien, die aufgrund falscher oder ungenügender Voraussetzungen gemacht haben, jetzt multiresistent ist. Genau auf diese Problemlösung richten sich jetzt die Hoffnungen und deshalb sei, folgerte Knechten, das Interesse an neuen Substanzen so groß, um Resistenzen zu überwinden bzw. hinauszuzögern.

Keine Entwarnung bei opportunistischen Infektionen

Eigentlich seien alle opportunistischen Infektionen weiterhin vorhanden, weil es noch immer zahlreiche Patienten gibt, die nach langen Jahren der Unkenntnis ihrer HIV-Infektion mit AIDS-definierenden Krankheiten kommen. Darunter ist der Mundsoor oftmals ein frühes Anzeichen einer HIV-Infektion und bleibt auch im weiteren Verlauf der Erkrankung eine der häufigsten Begleiterscheinungen, die jedoch wirksam mit einem oralen Antimykotikum aus der Gruppe der Triazole (Fluconazol, DIFLUCAN®) behandelt werden kann. Es sei eines der dringendsten Anliegen, das Wissen und die Aufmerksamkeit um die opportunistischen Infektionen hochzuhalten, trotz der verbesserten antiretroviralen Therapieregime. Von großer Bedeutung seien darüber hinaus die malignen Tumoren bei HIV-Infizierten, sie haben keineswegs abgenommen und erfordern in zunehmenden Maße Aufmerksamkeit.

2. Veterinärmedizinisch-mykologisches Symposium

Am 5. Oktober 2000 trafen sich Mykologen der verschiedensten Ausbildungsfachrichtungen zum 2. Symposium in der Veterinärmedizinischen Fakultät der Universität Leipzig, unter anderem auch aus Anlaß der Verabschiedung von zwei jahrzehntelang mykologisch tätigen Veterinärmedizinern, Professor Dr. K.H. Böhm, Hannover und Professor Dr. P. Kielstein, Jena in den Ruhestand. Dieses eintägige Symposium wurde unterstützt von der DMyG e.V. sowie von der Firma Essex und stand unter Leitung von Frau Professor Dr. M. Krüger, Leipzig, und den Herren Professor Dr. D. Schimmel, Jena, und Professor Dr. G.-F. Gerlach, Hannover. Die Manuskripte der Vorträge wurden von

Herrn Professor Dr. H.J. Müller, Emmendingen, redaktionell bearbeitet und im Supplement 1 der „Mycoses“ 2000, das von der Firma Pfizer gesponsert wurde, herausgegeben.

Die Vorträge des Symposiums verdeutlichen die notwendige enge Verflechtung der Human- und Veterinärmedizin, insbesondere auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten, vor allem der Bekämpfung der pilzbedingten Zooanthroponosen in beeindruckender Weise. Diese enge Zusammenarbeit beider Disziplinen auf dem Gebiet der Mykologie war stets ein vorrangiges Anliegen der wissenschaftlichen Tätigkeit der beiden Jubilare. Dementsprechend waren die thematischen Schwerpunkte der Vorträge auf den Verbraucherschutz ausgerichtet: Rindertrichophytie und

Kongress-Berichte



Prof. Dr.
P. Kielstein, Jena

Cryptococcus-Infektionen, ergänzt durch Beiträge zu Wirt-Erreger-Beziehungen bei Hefen (*Candida*, *Cryptococcus*) sowie zu den molekular-biologischen Methoden zur Differenzierung animaler und humaner Pilzerreger, die heute zum unentbehrlichen Rüstzeug in der Diagnostik und zum Erregerreservoirnachweis gehören.

In einem Vortrag von Gareis, Kulmbach, und Wolff, Detmold, wurden die Probleme der Mykotoxinbelastung der Nutztiere und der pflanzlichen Nahrungs- und Genußmittel des Menschen als ein weiteres gemeinsames Verantwortungsgebiet von Veterinär- und Humanmedizin im Sinne des Verbraucherschutzes angesprochen. Als Ergebnis einer Deutschland-weiten Studie konnte gezeigt werden, dass der Mensch vor allem durch bestimmte Nahrungs- und Genußmittel mit Mykotoxinen belastet wird, aber eine Gefährdung auch durch vom Tier stammende Lebensmittel gegeben ist.

Durch die Vorträge zu Mykozoonosen (Weber, Nürnberg), zur Epidemiologie menschlicher Dermatomykosen durch animale Dermatophyten (Seebacher, Dresden) und zur Bekämpfung der Rindertrichophytie (Bredahl, Oslo) wurde übereinstimmend auf die große Bedeutung dieser in Europa weit verbreiteten Zoonosen hingewiesen. Nach Aufklärung der Epidemiologie und der Pathogenese sowie der immunologischen Abwehrreaktion beim Rind infolge dieser Dermatophytosis profunda sind wichtige Voraussetzungen für

eine systematische Tilgung der Rindertrichophytie geschaffen worden. Eine praktische Umsetzung dieser Erkenntnisse führte zur Herstellung und zum erfolgreichen Einsatz von Lebendimpfstoffen (attenuierte avirulente *T. verrucosum*-Stämme) in befallenen Rinderbeständen, z.B. in der ehemaligen DDR oder z.Z. in Norwegen, wodurch gleichzeitig eine drastische Senkung menschlicher Erkrankungen erreicht werden konnte (Kielstein, Jena; Bredahl, Oslo).

Eine exakte und schnelle Erregerdiagnostik ist eine wichtige Voraussetzung für eine Bekämpfung. Deshalb gewinnen molekularbiologische Verfahren sowohl zur Differenzierung als auch für taxonomische Fragestellungen bereits in der veterinärmedizinischen Routinediagnostik an Bedeutung. Der derzeitige Wissenstand dazu wurde von Blanz, Graz und Gräser, Berlin, dargestellt.

Der einführende Vortrag zur Bedeutung der *Cryptococcus*-Infektion bei Tieren und beim Menschen wurde von Frau Blaschke, Dresden, bei Auswertung von 167 Literaturangaben gehalten und die eindeutige Aussage getroffen, dass die Kryptokokkose eine Sapronose, keine Zooanthroponose ist, jedoch tierische, insbesondere von Tauben und bestimmten Ziervogelarten stammende Fäkalien die Vermehrung von *Cr. neoformans* var. *neoformans* in natürlichen Substraten begünstigen. Ausserdem wurden taxonomische und ökologisch-epidemiologische Aspekte und praktische Hinweise zur phänotypischen Artendifferenzierung von *Cryptococcus* angesprochen.

Auch bei der Hefeinfektion gilt, dass die phänotypische Differenzierung durch Serovarbestimmung und Methoden, wie Fourier-Transform-Infrarot-Spektroskopie, DNA-Sequenzierung und PCR Fingerprinting ergänzt werden muß, insbesondere, wenn Fragen der Infektionskettenbildung zu beantworten sind. Die Serovarbestimmung ist oftmals nur der erste Schritte zum Nachweis des Erregerreservoirs. Bei Haustauben konnte unerwarteterweise ein ausschließliches Vorkommen von Serovar D-Stämmen, bei Ziervögeln dagegen die Serovare A und D, jedoch mit einer Dominanz von A-Stämmen beobachtet werden.

Erstmalig konnte mittels FTIR-Spektroskopie und PCR Fingerprinting festgestellt werden, dass innerhalb der Serovare von aus Taubenkot isolierten *Cryptococcus*-Stämmen eine große genetische Heterogenität besteht. Bei epidemiologischen Fragestellungen, z.B. ob Exkremente von Tauben als Infektionsquelle bei menschlichen Erkrankungen in Frage kommen, muß diese genetische Heterogenität und nicht nur die Serovarbestimmung berücksichtigt werden (Kielstein, Jena).

Auch bei Aufklärung epidemiologischer Zusammenhänge bei *Candida*-Infektionen stellen Genotypisierungsverfahren potente Werkzeuge dar, die die phänotypischen Differenzierungsverfahren ergänzen oder weitgehend ersetzen können (Becker, Münster. In dem Beitrag von Frau Gedek, München, zu Erreger-Wirt-Beziehungen bei Hefeinfektionen wurde betont, dass die Thermotoleranz und die Vermehrungsfähigkeit von Hefen für ihre pathogenen Wirkungen nicht ausreichen. Hinzu kommen müssen für eine parasitäre Lebensweise solche Faktoren, wie Adhärenz, Keim-

konkurrenz, Bildung bestimmter Enzyme und Gene zur Gegenregulation der körperlichen Abwehr des Organismus.

Abgerundet wurde das Symposium durch Beiträge von Frau Keller, Hannover, zu Hefen als Erreger von Mastitiden, von Frau Siesentop, Hannover, zu mykologischen Futtermitteluntersuchungen, von Weiss, Gießen, zur *Malassezia*-Taxonomie, Erreger, die für Human- und Veterinärmedizin in gleicher Weise von Interesse sind, und von Bocklisch, Langensalza, zu möglichen Pilzinfektionen bei Fischen.

Das 2. veterinärmedizinisch-mykologische Symposium in Leipzig spiegelte nicht nur das wissenschaftliche Lebenswerk der Jubilare wider, sondern war ein weiterer wichtiger Meilenstein des erforderlichen engen Miteinanders von Veterinär- und Humanmedizin mit dem Schwerpunkt der Mykozoonosenbekämpfung und damit auch zum aktiven Verbraucherschutz.

P. Kielstein, Jena

Interdisziplinäre Gastroenterologie und Mykologie **Greifswalder Colloquium** **Mycologicum**

Unter diesem Thema führen wir seit einigen Jahren in Greifswald eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen durch, die sich mit mykotischen Infektionen befassen. Die Pilzkrankungen stehen nach Angaben des Center for Disease Control and Prevention in Atlanta an 7. Stelle der Infektionskrankheiten mit tödlichem Ausgang. Zu den verursachenden Pilzen gehören vor allem die verschiedenen *Candida*-Spezies und *Aspergillen*. Generell ist zu beobachten, dass eine Zunahme der disseminierten Pilzinfektionen sowohl bei den hämatologisch-onkologischen Patienten als auch in den verschiedenen intensivmedizinischen Bereichen festgestellt werden muss. Es ist unser Anliegen, den klinisch tätigen Ärzten in den verschiedenen Fachbereichen Hinweise und Anregungen zu geben, um sie in der Einschätzung mykotischer Infektionen sicher zu machen. Unser Programm ist aber auch so gestaltet, dass den in den ambulanten Bereichen tätigen Ärzten wichtige Informationen über Mykosen gegeben werden. Wir bemühen uns ebenfalls, neue Ergebnisse hin-

Kongress-Berichte

sichtlich der Diagnostik und Therapie darzustellen, um so auch weniger spezialisierten Kollegen Sicherheit zu geben.

Der vorliegende Bericht geht besonders ein auf das 10. Greifswalder Colloquium Mycologicum, das am 08. September 2000 in der Klinik für Innere Medizin der Universität Greifswald stattgefunden hat. Das Thema dieses Symposiums war „Interdisziplinäre Gastroenterologie und Mykologie“. Es ist anlässlich des 65. Geburtstages von Herrn Prof. Dr. Manfred Knoke durchgeführt worden. Wir haben in verschiedenen Vorträgen versucht, die Fachdisziplinen und speziellen Arbeitsgebiete anzusprechen, mit denen sich Prof. Knoke befasst hat, insbesondere mit den gastroenterologischen Erkrankungen in Verbindung mit der Mikroflora einschließlich der Pilze des Menschen. Die Laudatio für Prof. Knoke wird gesondert in „mycoses“ erscheinen. Hier möchte ich nur darauf hinweisen, dass eines seiner besonderen Arbeitsgebiete die Verteilung der *Candida*-Arten in den verschiedenen

Abschnitten des Verdauungstraktes ist und dass mittels Simultansondierung Vergleiche zwischen Magen, Duodenum und Jejunum auch hinsichtlich des Vorkommens von *Candida* möglich waren. Seit langem hat er sich mit den Ösophagusmykosen beschäftigt. Als Endoskopiker sowohl die klinischen Aspekte eingeschätzt als auch die entsprechenden mykologischen Untersuchungen veranlasst zu haben, ist sein besonderer Verdienst. Heute wissen wir über die Inzidenz und die verschiedenen Erscheinungsformen des Ösophagussoors weit mehr als zu Beginn seiner Tätigkeit auf diesem Gebiet etwa ab 1975. Zur Behandlung gab es während der DDR-Zeit praktisch nur Nystatin. Es ist seiner besonderen Initiative zu verdanken, dass zur topischen Behandlung des Ösophagussoors ein Schleim entwickelt wurde, der in der Univ.-Apotheke Greifswald hergestellt worden ist. Sehr viel Aufmerksamkeit hat er der Mykoserologie und deren statistischen Bearbeitung geschenkt. Hier stellte der Jubilar die Verbindung zwischen den mykologisch-kulturellen Befunden und der Klinik mykotischer Infektionen her.

Auch unter dem Aspekt mykotische Infektionen ging W. Teichmann (Hamburg) auf moderne Arten der Behandlung schwerer intraabdomineller Infektionen ein.

D. Junghans und G. Schwesinger (Greifswald) berichteten über die *Candida*-Peritonitis, die sie anhand von Sektionsfällen belegten. Besonders diskutiert wurden die von ihnen beobachteten peritonealen mykotischen Infektionen im Zusammenhang mit PEG-Sonden.

K.-H. Duswald (München) hat viele klinische Beispiele zu systemischen Pilzinfektionen in der Intensivmedizin gezeigt und immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, gerade in diesem Gebiet an die Pilze zu denken. Für den Kliniker ist es immer schwierig zwischen einem saprophytären Vorkommen der *Candida* - der mikrobiologische Befund lautet dann „einige *Candida albicans* nachgewiesen“ - und einer klinischen Infektion zu entscheiden. Das ist im Einzelfall auch heute noch ein ungelöstes Problem. Es erfordert eine detaillierte Kenntnis des behandelnden Arztes bzw. man muss ihm die Möglichkeit geben, entsprechende Fachkollegen, die die klinisch-mykologischen Erkrankungen gut kennen, zu konsultieren.

Als Doktorand berichtete M. Temmler (Seehausen) über die Mykosen bei alkoholbedingten chronischen Leber- und Pankreaserkrankungen. Es ist mittlerweile

besser bekannt, dass diese Patienten eine Risikogruppe darstellen und ein vermehrter Pilznachweis bzw. auch positive serologische Reaktionen, vor allem im Titerverlauf, zu beobachten sind.

Einen besonderen Aspekt zur experimentellen Untersuchung hat K. Zimmermann (Greifswald) mit dem Modell der kontinuierlichen Kultur dargestellt. Dieses anfangs zur Simulation der gastrointestinalen Mikroflora von M. Knoke und H. Bernhardt (Greifswald)

Kongress-Berichte

eingesetzte Verfahren wird von ihr jetzt zur Untersuchung der Antimykotika unter den speziellen Bedingungen einer normalen bzw. gestörten Flora verwendet. Die Antimykotika werden im Langzeitversuch und bei einer den Darmbedingungen entsprechenden sehr langsamen Vermehrung der Mikroorganismen getestet. Die Generationszeit liegt in der kontinuierlichen Kultur um 15 Stunden. Unterschiede in der Azolwirkung zeigen sich beispielsweise je nachdem, ob unter aeroben oder anaeroben Bedingungen getestet wurde. Da die Versuche hier völlig simultan gestaltet werden können, lassen sich die einzelnen Einflussfaktoren sorgfältig analysieren.

Zu einem Modell der Ösophagusmykose berichtete J. Bernhardt (Greifswald). Er hat Kulturen verschiedener Ösophagus-Zelllinien vorgenommen und diese auch mehrschichtig erhalten können. An diesen Modellen konnte er Infektionsversuche mit verschiedenen *Candida albicans*-Stämmen durchführen. Stammspezifische Unterschiede sind hervorzuheben, und es fanden sich Zusammenhänge zwischen Adhärenz und Invasivität.

Aus der Veranstaltung lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass auch heute noch das Erkennen mykotischer Infektionen problematisch sein kann. Das gilt vor allem in den intensivmedizinischen Bereichen. Auf die *Candida*-Peritonitis ist besonders zu achten. Nach wie vor ist die wichtigste Leitlinie: an eine Pilzinfektion zu denken und eine frühzeitige Diagnostik und Therapie einzuleiten, da dann die größten Erfolgchancen bestehen.

H. Bernhardt

Die Heinz P.R. Seeliger - Stiftung vergibt jährlich einen Preis für einen verdienten Forscher auf den Arbeitsgebieten Listeriose, Enteritis bzw. Mykosen. Vom Stiftungsvorstand wurde als

Preisträger 2000

Professor Dr. med. Hans C. Korting

wegen seiner Verdienste um die Mykologie ausgewählt.

LAUDATIO

Als Dermatologe hat sich Herr Professor Korting mit der Labordiagnostik von Pilzinfektionen speziell mit Dermatophyten intensiv beschäftigt. Seine Bemühungen um die Standardisierung und die Steigerung der Qualität der Laborergebnisse haben bereits zu greifbaren Ergebnissen geführt. Dies läßt sich z.B. an den guten Ergebnissen der nationalen Ringversuche in der Medizinischen Mykologie ablesen, die er auguriert hat und fachlich begleitet. Ein weiterer Schwerpunkt seines wissenschaftlichen Interesses galt der Pathogenese von Pilzinfektionen. Seine experimentellen Arbeiten dazu, nämlich die Studien über die Virulenzfaktoren von Hefepilzen, wo er mit den modernen Methoden der Molekularbiologie und der Zellbiologie relevante Probleme angeht, sind in führenden Zeitschriften veröffentlicht. Weiterhin hat er sich als Mitherausgeber der Zeitschrift „Mycosis“ sowie als Vorsitzender der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft um die Promotion des gesamten Fachgebietes Medizinische Mykologie ganz besondere Verdienste erworben.



Preisverleihung durch Frau Seeliger an Professor Korting (mitte), rechts Professor H. Hof

Der Preis, dotiert mit DM 15.000, wurde am 10. November 2000 im Rahmen einer Feier im Hygiene-Institut der Universität Würzburg, dem Wirkungsort von Professor H.P.R. Seeliger bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1989, überreicht.

Laudatio

Gleichzeitig wurde bei dieser Veranstaltung des 80. Geburtstages von Professor Seeliger († 1997) gedacht, der auch heute noch - nicht zuletzt wegen seines Lehrbuchs „Seeliger H.P.R. und Heymer T., Diagnostik pathogener Pilze des Menschen und seiner Umwelt“ erschienen 1981 im Thieme Verlag - den Mykologen wohl bekannt ist.

H. Hof

Ihr Forum!

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



Redaktion:

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



GUT...



...DASS ES DIE ERFOLGREICHE ALTERNATIVE GIBT.

ERHÄLTlich BEI



DIFLUCAN[®] Derm
Die erfolgreiche Alternative

ECMM in Barcelona - Meilenstein der Mykologie auf europäischer Ebene

Nahezu 400 Teilnehmer aus 25 europäischen und außereuropäischen Ländern trafen sich vom 9.-11. November 2000 zur 6th European Confederation of Medical Mycology in Barcelona. Tagungspräsident Professor Josep M. Torres-Rodriguez, Research Institute of the Autonomous University of Barcelona, Faculty of Medicine, hofft, dass diese Tagung für alle Teilnehmer sowohl als wissenschaftliches aber auch als kulturelles Ereignis unvergesslich bleibt. Mit Recht - die ECMM bot hochkarätige Mykologie aus allen medizinischen Fachbereichen und kulturelle Eindrücke, die spanische Kultur in traditionellem und modernen Sinne vereinte. Über den Zielen und Perspektiven der Mykologie im Jahr 2000 berichtete Professor Torres-Rodriguez in einem Gespräch am Rande der Tagung.

Mykologie Forum:

Was ist die wesentliche Zielsetzung dieses Kongresses?

Prof. Torres-Rodriguez:

Da die Mykologie bisweilen als ein Randgebiet der Mikrobiologie betrachtet wird, wollen wir diesem Fachbereich mehr Bedeutung zukommen lassen und darüber hinaus die neuesten Ergebnisse und Entwicklungen aus der Mykologie in Bezug auf Diagnose, Epidemiologie und Therapie auf europäischer Ebene vorstellen, austauschen und diskutieren. Dabei wollen wir Mykologen der unterschiedlichsten medizinischen Fachbereiche, der Forschung und der Epidemiologie einbeziehen. Wir wünschen uns interdisziplinäre Kommunikation.

Mykologie Forum:

Welches sind die Highlights, auf die Sie besonders aufmerksam machen möchten?

Prof. Torres-Rodriguez:

Eigentlich waren wir sehr überrascht wie hochkarätig alle Beiträge waren. Hervorheben möchte ich dennoch das Rundtisch-Meeting von Samstag, den 11. November 2000. Wir wußten bislang nicht sehr viel über die wesentlichen Mykosen in Europa. Jetzt wurden aber Daten präsentiert, die die ECMM zusammengetragen hat und an der alle nationalen mykologischen Gesellschaften mitgearbeitet haben. Gestern haben die natio-

nenal Arbeitsgruppen ihre Ergebnisse hinsichtlich der Inzidenz von Dermatomykosen, Candidosen und Kryptokokkosen in Europa vorgestellt. Diese Ergebnisse waren äußerst aufschlußreich und wichtig und zeigen die Bedeutung der Mykosen insgesamt. Auch die Präsentation der Mykologischen Wissenschaftsmethoden und deren Zukunft sind von hoher Bedeutung. Sie sind sozusagen der Multiplikator unserer Arbeit und ein unverzichtbarer Bestandteil der Kommunikation. Auch wollen wir uns damit von der Mikrobiologie unterscheiden und die Mykologie als eigenen Bereich betrachten.

In Bezug auf die therapeutischen Perspektiven erwarten wir hoffentlich in Kürze eine neue und starke Waffe gegen Mykosen und zwar Voriconazol. Angesichts der vergleichsweise geringen Anzahl von antimykotisch wirksamen Substanzen ist Voriconazol eine äußerst große Bereicherung der Therapie.



Prof. Josep M. Torres-Rodriguez

Mykologie Forum:

Die ECMM zeigt, dass die Mykologie ein europäisches und gleichzeitig wachsendes Problem ist. Welche Aktivitäten wurden inzwischen gestartet oder sind geplant, um diese anstehenden Probleme zu lösen?

Prof. Torres-Rodriguez:

Das wichtigste dabei ist, zunächst einmal genau zu verstehen welches Problem wir tatsächlich haben und wie groß es ist. Aus diesem Grund haben wir die Arbeitsgruppen formiert, um herauszufinden, wie häufig die mykotischen Erkrankungen vorkommen. Wenn wir also darüber ausreichende epidemiologische Kenntnisse haben und auch feststellen können, wie empfindlich die Erreger gegen die verfügbaren Antimykot-

tika sind, können wir Richtlinien bzw. Verhaltensempfehlungen geben. Dies ist aber alles noch in den Kinderschuhen, da die ECMM noch sehr jung ist - sie besteht erst seit 6 Jahren. Wir befinden uns noch in einer Phase des Kennenlernens aber es sind schon viele wichtige Ziele definiert und konstruktive Arbeit geleistet worden. Dies ist nicht zuletzt unseren Vorstandsmitgliedern zu verdanken, die ihre Sache sehr ernst nehmen und intensiv arbeiten. Vertreterin der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e.V.(DMyG) ist Frau Professor Hannelore Bernhardt von der Universität Greifswald. Unter ihrer Leitung und ebenfalls mit großem Zuspruch fand die 5th ECMM in Dresden im vergangenen Jahr statt.

Mykologie Forum:

Wie hoch ist die Inzidenz von Mykosen in Spanien und welchen Stellenwert hat die „fungal awareness“?

Prof. Torres-Rodriguez:

Angesichts der hohen Anzahl von HIV-Infizierten in Spanien, war noch bis vor wenigen Jahren das hohe Aufkommen von systemischen Mykosen (Candidosen, Kryptokokkosen) bei HIV-Patienten unser größtes Problem. Aufgrund der verbesserten antiretroviralen Therapien sind die opportunistischen Infektionen bei diesen Patienten jedoch rückläufig.

Nach wie vor haben wir ein hohe Inzidenz von Dermatomykosen wie Onychomykosen, Tinea pedis, Tinea versicolor etc. Weitgehend unbeachtet und unbehandelt waren ebenfalls bis vor wenigen Jahren die nosokomialen Mykosen und die erhebliche Gefährdung immunsupprimierter Patienten, wie onkologische Patienten, Transplantationspatienten etc. Es gab regelrechte Epidemien von Aspergillosen und Candidosen, die die Behörden in Spanien sehr beunruhigten. Das therapeutische Arsenal ist immer noch zu begrenzt und wir benötigen dringend potentere Substanzen auch angesichts der Resistenzentwicklung. Insgesamt ist das Thema „fungal awareness“ in Spanien noch ziemlich jung und entwicklungsbedürftig.

Mykologie Forum:

Sehr häufig wird diskutiert, wann eine antimykotische Therapie beginnen soll. Wie sieht Ihre Strategie zur Therapie beispielsweise einer invasiven Candidiasis aus?

Prof. Torres-Rodriguez:

Zweifellos muß die Therapie immer so schnell wie möglich erfolgen und zwar schon bei Verdacht auf eine



Mykose. Warten auf einen eindeutigen Nachweis kann fatal sein. Eine Therapie kommt dann häufig zu spät.

Mykologie Forum:

Welche antimykotische Substanz ist Ihrer Ansicht nach der therapeutische Hoffnungsträger der Zukunft?

Prof. Torres-Rodriguez:

Es gibt einige neue Substanzen und es bleibt noch abzuwarten wo die Schwerpunkte z.B. für die Echinocandine liegen. Vielversprechend sind die liposomal verkapselten Antimykotika, die allerdings sehr teuer sind. Eine realistische Option sehe ich in den neuen Triazolen wie Voriconazol, das sicher als herausragend zu bezeichnen ist. Es hat ein breites Wirkspektrum und ist zudem nach den bisherigen Ergebnissen eine verträgliche Substanz. Ab wann es zur Verfügung stehen wird, weiß ich nicht genau - aber ich denke, dass wir mit der Zulassung in Europa 2001 rechnen können.

Vielen Dank für das Gespräch!

VERANSTALTUNGSANKÜNDIGUNG

11. Internationales Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege

vom 7. - 9. Februar 2001 in Bremen
Leitung: Prof. Dr. med. W. Kuckelt,
Dr. med. K. Hankeln

Satelliten-Symposium am 7.2.01 / 11 - 13.30 Uhr „Epidemiologie, Pathologie und Klinik invasiver Mykosen“

Vorsitz: Prof. Dr. med. H. Kamp, Bremen

Themen/Referenten:

Pathologie invasiver Mykosen

Dr. med. G. Schwesinger, Greifswald

Bildgebende Verfahren in der Diagnostik invasiver Mykosen

Schwerpunkt HR-CT

Dr. med. J. Malms, Viersen

Mikrobiologie und Diagnostik von Pilzinfektionen auf der Intensivstation

PD Dr. med. W. Fegeler, Münster

Klinik und Therapie systemischer Mykosen in der Intensivstation

Prof. Dr. med. K. Rommelsheim, Bonn

WEIHNACHTSGRÜSSE AUS ÄGYPTEN

Sehr geehrte Frau Henning-Wrobel,
mit grosser Freude habe ich die 3. Ausgabe des Mykologie Forums erhalten.

Ich gratuliere der Gesellschaft zur Herausgabe dieser interessanten und wichtigen Zeitschrift, die uns miteinander verbindet.

LESERFORUM

Durch sie hoffe ich, dass meine Grüsse und Wünsche für frohe Weihnachten

und ein glückliches und gesundes Neues Jahr an alle Mitglieder übermittelt werden.

*Professor Dr. Mohamed Refai
Giza, Egypt*

MYKolumne

Liebe Freunde des Mykologie Forums,

die Idee für diese Mykolumne stammt von meiner 9jährigen Tochter Julie und damit sicherlich stellvertretend von allen Kindern. Es handelt sich um einen Weihnachtswunschzettel, wie ihn mir meine Tochter (natürlich mit ganz anderen Wünschen) in einem eigens gebastelten hauseigenen Briefkasten in den vergangenen Wochen schon mehrfach in diversen Ausführungen zukommen ließ.

Und dies sind die Weihnachtswünsche des Mykologie Forums für alle Leser:

- * Erholende und friedvolle Weihnachtstage
- * Einen schönen Urlaub - in den Bergen, in der Sonne, auf See - oder irgendwo
- * Ein Silvesterabend, so wie Sie ihn sich wünschen
- * Gesundheit im Neuen Jahr
- * Glück und Wärme in der Familie und im persönlichen Umfeld

- * Erfolg und Zufriedenheit im Beruf
- * 4 neue Ausgaben des Mykologie Forums
- * Viele Beiträge von Mykologen und mykologisch Interessierten
- * Erfahrungsaustausch und wissenschaftlicher Fortschritt
- * Erfahrungs- und Wissenschaftstransfer von Generation zu Generation
- * Zufriedene Patienten
- * Erfolgreiche Therapiemaßnahmen
- * Neue Antimykotika
- * Noch mehr Mykologen in allen medizinischen Disziplinen
- * Rechtzeitige antimykotische Therapien
- * Mehr Aufmerksamkeit für Mykosen

... weitere Wünsche von Ihnen werden auch noch 2001 entgegengenommen, nur Mut - viele davon lassen sich erfüllen.

FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GLÜCKLICHES
NEUES JAHR 2001 wünscht Ihnen

Gabriele Henning-Wrobel

EINMAL IST EINFACHER

Vulvovaginal-Mykosen

sind unangenehm, lästig und oft langwierig; ihre Behandlung auch.

Wieso eigentlich?

FUNGATA

Fluconazol

ONE ORAL DOSE

Einfach, wirksam und verträglich.
Da freut sich Ihre Patientin.

FUNGATA® Wirkstoff: Fluconazol. Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 Kapsel enthält 150 mg Fluconazol. **Weitere Bestandteile:** Lactose, Maisstärke, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat, Gelatine, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Vaginale Candidosen, die auf eine lokale Therapie nicht ansprechen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Fluconazol oder verwandte Azole, Kinder unter 16 Jahren, bei schweren Leberfunktionsstörungen nur unter geeigneten Vorsichtsmaßnahmen. Schwangerschaft und Stillzeit: Es liegen Berichte über multiple kongenitale Anomalien bei Kindern vor, deren Mütter für die Dauer von 3 Monaten oder länger mit Fluconazol in hoher Dosierung (400 mg/die bis 800 mg/die) gegen Coccidioidomykose behandelt wurden (keine zugelassene Indikation). Ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von Fluconazol und diesen unerwünschten Ereignissen kann nicht ausgeschlossen werden. Vor Beginn einer Therapie mit Fluconazol sollte eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Bei gebärfähigen Frauen sollte eine Schwangerschaft mittels geeigneter kontrazeptiver Maßnahmen bis zu 7 Tage nach Behandlungsende verhindert werden. Die Anwendung von Fungata bei stillenden Müttern wird nicht empfohlen, da Fungata in der Muttermilch die gleichen Konzentrationen erreicht wie im Plasma. **Nebenwirkungen:** Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall, Blähungen, Hautausschlag, Haarausfall, Kopfschmerzen, Krämpfe, periphere Nervenstörungen, Leukozytopenie, einschließlich Neutropenie und Agranulozytose, Thrombozytopenie. Bei einigen Patienten, insbesondere mit solchen schweren Grunderkrankungen wie AIDS oder malignen Erkrankungen, wurden während der Behandlung mit Fluconazol Veränderungen der hepatischen und renalen Laborparameter sowie hämatologische Veränderungen, wie z. B. Leukozytopenie und Thrombozytopenie, beobachtet. Die entsprechenden Laborparameter sind engmaschig zu kontrollieren. In Einzelfällen, insbesondere bei Patienten mit schweren Grunderkrankungen, schwere Leberunverträglichkeit einschließlich tödlichem Ausgang ohne Zusammenhang mit Tagesdosis und Therapiedauer von Fluconazol sowie Alter und Geschlecht der Patienten. Die Leberun-



verträglichkeitssymptome waren nach Absetzen von Fluconazol in der Regel reversibel. Patienten mit Verschlechterung der Leberwerte unter Fluconazol-Therapie sollten sorgfältig überwacht und Fluconazol sollte abgesetzt werden, sobald klinische Symptome einer Leberschädigung auftreten, die mit Fluconazol in Zusammenhang stehen könnte. In Einzelfällen schwere Überempfindlichkeitsreaktionen sowie schwere Hautreaktionen, insbesondere bei AIDS-Patienten mit Exfoliation wie Stevens-Johnson-Syndrom und toxische epidermale Nekrolyse. Patienten, die einen Hautausschlag entwickeln, sollten sorgfältig beobachtet und eine Behandlung mit Fluconazol sollte beendet werden, sobald Blasen entstehen oder sich ein Erythema multiforme entwickelt. **Wechselwirkungen:** Wirkungsverstärkung von Cumarin-Derivaten, oralen Antidiabetika vom Sulfonylharnstoff-Typ, Theophyllin und Phenytoin; ggf. ist die Dosis dieser Medikamente zu senken. Bei gleichzeitiger Gabe von Rifampicin können die Fluconazol-Spiegel erniedrigt sein; ggf. Dosiserhöhung von Fluconazol. Auch sollten Kontrolluntersuchungen bei gleichzeitiger Gabe von Xanthin-Basen, weiteren Antiepileptika und Isoniazid durchgeführt werden. Die gleichzeitige Anwendung von Fluconazol und Terfenadin, Astemizol, Cisaprid, Rifabutin, Tacrolimus und Zidovudin kann zu einer Erhöhung der Serumspiegel dieser Substanzen führen; Patienten, die gleichzeitig Fluconazol und diese Substanzen erhalten, sind sorgfältig zu überwachen. Bei gleichzeitiger Anwendung von Ciclosporin wird eine routinemäßige Kontrolle der Ciclosporin-Spiegel empfohlen. Pharmakokinetischen Interaktionsstudien zufolge besitzt die Gabe von Fluconazol keinen nachteiligen Effekt auf die Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva. Gleichzeitige mehrmalige Gabe von Hydrochlorothiazid kann die Plasmaspiegel von Fluconazol erhöhen; eine Dosisanpassung von Fluconazol ist jedoch nicht erforderlich. Nahrung, Cimetidin, Antazida oder Ganzkörperbestrahlung im Rahmen einer Knochenmarkstransplantation beeinflussen die Aufnahme von oral gegebenem Fluconazol ins Blut nicht signifikant. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. Bitte beachten Sie außerdem unsere Fachinformation. Stand: März 1998. HEINRICH MACK NACHF. GmbH & Co. KG, 89257 Illertissen