

Verfärbter und verdickter Zehennagel Ist das ein „Nagelpilz“?

„Herr Doktor, ich muss Sie mal was fragen.“ So beginnen Patienten oft leicht verschämt das Gespräch, bevor sie ihrem Hausarzt einen verfärbten und/oder verdickten Zehennagel präsentieren. Wir fragten den Münchener Dermatologen Prof. Dietrich Abeck, wie man die Verdachtsdiagnose „Nagelpilz“ abklärt.



Prof. Dr. med.
Dietrich Abeck
München

MMW: Wie häufig ist das Problem Nagelpilz?

Abeck: Die Häufigkeit von Nagelpilzkrankungen liegt in der Gesamtbevölkerung bei über 20%. Die Erkrankungszahlen zeigen eine positive Korrelation mit dem Alter. Jedoch ist Nagelpilz heute auch bei Kindern keine Seltenheit mehr.

MMW: Wie erklärt man sich das?

Abeck: Eintrittspforte für die Erreger sind Schäden am Nagel. „Ältere Nägel“ weisen häufiger Schäden auf als jüngere. Auf der anderen Seite sind heutzutage viele Kinder und Jugendliche sportlich aktiv: Belastungen der Füße und Zehennägel, falsches Schuhwerk und mangelnde Hygiene können zum Pilzbefall des Nagels beitragen.

MMW: Stichwort Hygiene – wie kann man sich vor Nagelpilzinfektionen schützen?

Abeck: Das ist im Prinzip einfach: An Orten mit hohem Ansteckungsrisiko wie öffentliche Schwimmbäder, Duschen, Umkleidekabinen sollte man nicht barfuß laufen, sondern Badeschlappen tragen.

MMW: Gibt es bestimmte Risikogruppen, zum Beispiel Diabetiker?

Abeck: Nein, Diabetiker leiden häufiger unter Interdigitalmykosen, aber nicht unter Nagelmykosen. Männer könnte man als Risikogruppe sehen, da sie häufiger von Onychomykosen betroffen sind. Das liegt jedoch vermutlich daran, dass sie sich

häufiger als Frauen an Orten mit hohem Ansteckungsrisiko aufhalten und dabei weniger auf Hygiene achten.

MMW: Wie sieht das Erregerspektrum aus?

Abeck: Onychomykosen werden überwiegend (in etwa 90% der Fälle) durch Dermatophyten verursacht. *Trichophyton rubrum* ist der seit Jahrzehnten am häufigsten isolierte Erreger in Deutschland. „Platz 2“ nimmt *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* ein.

MMW: Wie zeigt sich eine Nagelpilzkrankung klinisch?

Abeck: Kennzeichen einer Onychomykose sind weiße, gelbe oder gelb-bräunliche Verfärbungen der Nagelplatte. Hinzu kommen strukturelle Veränderungen wie Verdickung oder Aufsplitterung der Nagelplatte und des Nagelbetts mit typischen subungualen Keratosen. Die Veränderungen sind in der Regel auf den Nagel beschränkt. Eine Mitbeteiligung der Nagelumgebung fehlt.

MMW: Welche klinischen Formen lassen sich unterscheiden?

Die Nagelprobe

Nach Desinfektion des befallenen Nagels mit 70%igem Alkohol kann das Untersuchungsmaterial für den Erregernachweis gewonnen werden. Dazu wird der Nagel möglichst weit zurückgeschnitten. Denn an der Grenze zwischen mykotischer Veränderung und gesunder Nagelplatte können meist lebende Pilze sichergestellt werden. Dazu werden möglichst kleine Nagelpartikel abgeschabt und in ein entsprechendes Transportgefäß gebracht. Die kulturelle Anzucht dauert in der Regel zwei bis vier Wochen.



©D. Abeck

Abeck: Das mit ca. 90% aller Fälle am häufigsten auftretende Befallsmuster ist die distale subunguale Onychomykose (DSO). Sehr selten sind die proximale subunguale Onychomykose (PSO) mit einem Befall der Nagelmatrix und die superfizielle weiße Onychomykose (SWO), bei der die Nageloberfläche die initiale Eintrittspforte darstellt. Die totale dystrophe Onychomykose (TDO) als Maximalvariante mit vollständigem Pilzbefall des gesamten Nagels kann aus einer DSO oder PSO resultieren.

MMW: Wann ist eine mykologische Diagnostik nötig?

Abeck: Die klinische Verdachtsdiagnose sollte insbesondere bei geplanter systemischer Behandlung durch den kulturellen Erregernachweis bestätigt werden. Alternativ bietet sich der histopathologische Nachweis mittels PAS-Färbung an. Eine Erregeridentifizierung ist auf diese Weise nicht möglich, jedoch auch nicht therapierelevant. Wichtig ist, dass das beauftragte Labor über ausreichende mykologische Kenntnisse verfügt. Da der Hausarzt den mykologischen Nachweis nicht abrechnen darf, kann er den Patienten auch an einen Dermatologen mit mykologischer Erfahrung zur Mitbehandlung überweisen.

MMW: Wie eindeutig sind die klinischen Zeichen? Welche Differenzialdiagnosen kommen infrage?

Abeck: Am häufigsten bereitet die Abgrenzung zur traumatischen Onychodystrophie Probleme. Bei den traumatisch bedingten Nagelveränderungen sind häufig nur ein Nagel oder wenige Nägel betroffen (z.B. Großzehennägel). Anamnestisch werden v. a. Sportverletzungen angegeben. Nagelveränderungen im Rahmen einer Psoriasis (*Psoriasis unguium*) können auch isoliert ohne weitere Hautveränderungen auftreten. Häufig ist jedoch die Nagelumgebung mitbetroffen (Paronychie).

Interview: Dr. Carola Göring