



Abb. 1 li.: Totaler Befall des Großzehennagels (TDO), eine vollständige Ausheilung ist nur durch eine systemisch-topische Kombinationstherapie möglich.  
Re.: Ca. 30% der Nagelplatte des Großzehennagels sind befallen (DSO), eine alleinige topische Therapie ist möglich.

## Die Nagelpilztherapie hängt vom Befallsmuster ab

# Wann topisch, wann auch systemisch?

**Grad und Muster des Nagelbefalls bestimmen das therapeutische Vorgehen. Eine ausschließlich topische Behandlung ist bei der weißen oberflächlichen (WSO) und insbesondere bei der distal-subungualen Onychomykose (DSO) möglich, vorausgesetzt der Nagel ist zu weniger als 50% befallen.**

— Befallsgrad und -muster bestimmen das therapeutische Vorgehen (Tab. 1).

### Topische Therapie

Für die topische Behandlung der Nagelmykose stehen verschiedene Nagellacke mit dem Wirkstoff Ciclopirox (Nagel Batrafen®, Ciclopirox Winthrop® und Ciclopoli Nagellack®) und Amorolfin (Loceryl® Nagellack) zur Verfügung, die entweder das Pilzwachstum hemmen (fungistatisch) und/oder die Pilze abtöten (fungizid).

Amorolfin (Loceryl®) ist als wasserbeständiger Nagellack verfügbar, der ein 7-Tage-Wirkstoffdepot bildet und daher nur einmal pro Woche aufgetragen werden muss. Den Wirkstoff Ciclopirox gibt es als wasserunlösliche (Batrafen®)

oder als wasserlösliche (Ciclopoli®) Lackzubereitung. Letztere ermöglicht eine gute Wirkstoffdurchdringung der Nagelplatte. Dieser neuartige Nagellack wird jeden Abend aufgetragen. Da er wasserlöslich ist, wird er mit dem nächsten Duschen wieder abgewaschen.

Auch die atraumatische Ablösung des befallenen Nagels mit Harnstoff (Canesten® extra Nagelset; 40% harnstoffhaltige Paste, die zusätzlich das Antimykotikum Bifonazol enthält) ist eine Therapieoption.

### Zusätzlich systemisch therapieren

Eine zusätzliche Behandlung mit Tabletten ist nötig, wenn bei der DSO mehr als 50% des Nagels befallen sind, und immer bei PSO und TDO (siehe

Abb.1). Die Wirkstoffe Terbinafin, Itraconazol und Fluconazol sind für die Nagelpilzbehandlung zugelassen, wobei Terbinafin die stärkste und Fluconazol die schwächste Wirkung aufweist.

Neben der leitliniengestützten kontinuierlichen Einnahme haben sich in den letzten Jahren individualisierte Intervall-Behandlungsprotokolle bewährt (Tab. 2). Behandelt wird bis zum vollständigen Herauswachsen der befallenen Nagelanteile. Realistischerweise ergibt sich daraus bei Einsatz der wirkungsstärksten Substanz Terbinafin eine Therapiedauer von sechs Monaten bei Finger- und zwölf Monaten bei Zehennägeln.

### Medikamenteninteraktionen

Alle drei Substanzen weisen relevante Interaktionen auf. Aufgrund der Metabolisierung über das Cytochrom-P450-System sind diese für die Azole Itraconazol und Fluconazol deutlich stärker ausgeprägt als für Terbinafin.

DR. CAROLA GÖRING ■

Klinik	Befalls-grad	Topisch	Topisch-systemisch
Distale-subunguale Onychomykose (DSO): → Der Nagel ist vom freien Rand aus (distal) unterschiedlich stark befallen	< 50%	x	
	> 50%	x	x
Proximale-subunguale Onychomykose (PSO): → Der Nagel ist im Bereich der Nagelmatrix (proximal) befallen		x	x
Total-dystrophische Onychomykose (TDO): → Die Nagelplatte ist komplett verpilzt		x	x
Weißer oberflächliche Onychomykose (WSO): → Die Infektion durchdringt die Nagelplatte nicht		x	

Substanz	Leitliniengestützt	Intervalltherapie	
		Dosierung Woche 1 + 2	Anschließend
Terbinafin	250 mg/die → für 2 Monate bei Fingernagelbefall → für 3 Monate bei Zehennagelbefall	250 mg/die	250 mg/die 2x /Woche
Itraconazol	400 mg/die für 7 Tage; → 2 Zyklen im Abstand von 4 Wochen bei Fingernagelbefall → 3 Zyklen bei Zehennagelbefall	200 mg/die	200 mg/die 2 x/Woche
Fluconazol	150 oder 300 mg/die 1 x/Woche, 5–12 Monate	150 mg, 1 x/Woche	150 mg, 1 x/Woche