

Prikaz primera

Glivična okužba kože obraza pri otoku

Jasmina Demšar
Vlasta Dragoš

Dermatophytic face skin infection

Izveček

Prispevek obravnava primer devetletne deklice z glivično okužbo kože obraza, ki jo je povzročil *Microsporum canis*. V Sloveniji je to najbolj razširjena dermatofitija, ki prizadene predvsem otroke med 6 in 10 letom starosti. Zaradi neprepoznavanja bolezni in nepravilne uporabe kortikosteroidnih mazil je prišlo do razširjene oblike bolezni, ki je zahtevala dolgotrajno lokalno in sistemsko zdravljenje z antimikotiki.

Abstract

The article describes a case of a nine year old girl with dermatophytic infection of the skin on her face, which was caused by *Microsporum canis*. In Slovenia this is the most common dermatophytic infection affecting mostly children between 6 and 10 years of age. Late recognition of the disease and inappropriate usage of local corticosteroids allows the disease to spread, so long term systemic and local antimycotic treatment is needed.

Jasmina Demšar, dr. med, zdravnica pripravnica, Streliška pot 2, 5000 Nova Gorica

Vlasta Dragoš, dr. med, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

Ključne besede

dermatofitija, *Microsporum canis*, obraz, otrok

Key words

dermatophytia, *Microsporum canis*, face, child

Uvod

Dermatofiti so najpogostejši povzročitelji povrhnjih glivičnih okužb kože. Glede na obliko makrokonidijev jih delimo v tri večje skupine: genus *Microsporum*, genus *Trichophyton*, genus *Epidermophyton*. Naravno okolje dermatofitov so zemlja, živali ali človek. Posledično ločimo geofilne, zoofilne in antropofilne dermatofite. Izločanje keratinaze jim omogoča hranjenje s keratinom, ki se nahaja v roženi plasti epidermisa dlak in las. Posledica razgradnje keratina, ki je osnovni strukturni protein kože, je luščenje kože, lomljenje las in krušenje nohtov. Za okužbo je potreben neposreden stik z okuženo zemljo, živalmi ali ljudmi. Pomemben je podatek, da lahko bolezen prenašajo tudi na videz zdrave živali. Okužba se lahko prenaša tudi posredno preko okuženih kožnih lusk, dlak ali predmetov (1, 2). Infektivnost dermatofitov ni velika. Okužbe se pojavljajo v manjših izbruhih. V anamnezi je pogosto prisotna travmatska poškodba kože, maceracija ali slabša higiena (3). Okužba ne povzroči nastanka trajne imunosti, tako da so ponavljajoče okužbe z istim organizmom možne (2). Naravni rezervoar gliv iz skupine *Microsporum* so mačke, psi, glodalci, konji, redkeje ostale živali in človek (1). *Mikrosporija*, ki jo povzroča *Microsporum canis* je pri nas razširjena bolezen, predvsem pri otrocih v starosti med 6 in 10 let (4). Opaziti je tudi pogostejšo pojavnost pri deklicah, ki pogosteje ljubkujejo živali.

V članku predstavlja primer devet letne deklice, ki se je na otroškem oddelku Dermatovenerološke klinike zdravila zaradi razširjene glivične okužbe obraza.

Prikaz primera

Dva tedna pred sprejemom so na koži obraza okoli ustnic prvič opazili dve manjši okrogli žarišči. Pojavili sta se na mestu, kjer jo je opraskal morski prašiček. Pri zdravniku v sosednji državi, kjer je bila na počitnicah,



Slika 1. Vzbrsti na obrazu.

je prejela kortikosteroidno mazilo, po katerem so se žarišča močno razširila na kožo brade in lic ter dodatno vnela. Ob sprejemu na otroški oddelek Dermatovenerološke klinike je imela na koži obraza okoli ust in po licih močno pordela, ob robovih poudarjena, zlivajoča se, drobno luščiča žarišča (slika 1). Ostali somatski status je bil normalen. V epidemiološki anamnezi je navajala en mesec trajajoč stik z morskim prašičkom, ki je imel ob uhlju luščiče se spremembe z izpadanjem dlake. Ostali družinski člani so bili brez kožnih sprememb. Osnovni laboratorijski testi vključno z jetrnimi testi niso odstopali od normalnih vrednosti. Nativni mikroskopski izvid je potrdil prisotnost micelija. Rezultat kulture iz žarišča je potrdil okužbo z *Microsporum canis*. Na podlagi klinične slike in pozitivnega nativnega mikroskopskega pregleda je deklica prejela lokalni in sistemski antimikotik. Sistemski antimikotik terbinafin je prejela v dozi 6 mg/kg telesne teže na dan. V prvem tednu zdravljenja je prejela lokalno klotrimazol kremo v kombinaciji z betamezonom, po umiritvi vnetja je zdravljenje nadaljevala le z lokalnim antimikotikom terbinafinom. Tretji teden zdravljenja so se pričele spremembe zmanjševati in izginjati. Bolnica je z zdravljenjem nadaljevala doma. Skupno je zdravljenje trajalo 6 tednov, v tem času je nastopila popolna klinična regresija sprememb. Mikološki izvidi so tudi postali negativni.

Razpravljanje

Glivična okužba kože na obrazu se kaže večinoma z okroglimi pordelimi, ostro omejenimi žarišči s privzdignjenim robom. Izgled žarišč pri glivični okužbi je v veliki meri odvisen od vnetnega odziva, ki je še posebej buren pri okužbah z zoofilnimi dermatofiti, kamor spada *Microsporum canis* (1). Vnetni odziv povzroči hitrejše razmnoževanje keratinocitov in posledično luščenje kože, kar pripomore k zaustavitvi okužbe (2). Klinična slika glivične okužbe kože je pogosto spremenjena in neznačilna zaradi uporabe različnih mazil ali kozmetičnih izdelkov. Klinično sliko glivične okužbe kože močno poslabša uporaba lokalnih kortikosteroidov. Kortikosteroidi namreč upočasnijo luščenje kože in omogočajo prodiranje glivic globlje v kožo, kar vodi v razvoj globoke oblike glivične okužbe kože (2). V takih primerih je postavitve diagnoze bistveno težja.

Najbolj pomemben del diagnostike je nativni mikroskopski pregled kužnine, kultivacija kužnine na gojišču in pregled z Woodovo svetilko. Pred odvzemom materiala za mikološki pregled moramo najmanj za tri dni ukiniti kakršnokoli lokalno terapijo, saj ostanki mazil onemogočajo natančen pregled kužnine pod mikroskopom (1, 3). Pri nativnem mikroskopskem pregledu pod mikroskopom opazujemo prisotnost hif, micelija ali skupke

spor. Kultivacija kužnine je edina metoda, ki nam omogoča identifikacijo povzročitelja. Pod Woodovo svetilko *M canis fluorescira* briljantno zeleno (1).

Zdravljenje razširjenih površinskih glivičnih okužb gladke kože zahteva kombinacijo sistemskega in lokalnega antimikotika (5). Pri zoofilnih dermatofitih, kjer je prisoten močan vnetni odziv se glede na stopnjo vnetja individualno odločimo tudi za kratkotrajno lokalno aplikacijo antimikotika z dodatkom kortikosteroida.

Za sistemsko zdravljenje dermatofitij so v preteklosti uporabljali griseofulvin in ketokonazol, ki so ju danes nadomestili novodobni antimikotiki: itraconazol, terbinafin in flukonazol. Vsi so pri nas tudi registrirani. V primerjavi z griseofulvinom se je pri otrocih okuženih z glivami iz skupine Trichophyton terbinafin izkazal kot učinkovitejše sredstvo v smislu krajšega časa zdravljenja in hitrejšega izboljšanja klinične slike, brez večjega pojavljanja stranskih učinkov (6, 7). Zdravili pa sta pri uspešnosti odpravljanja infektivnega agensa približno enako učinkoviti (7). Terbinafin spada v skupino alilaminov, zdravil, ki blokirajo nastanek ergosterola, elementa celične membrane gliv. Pri nas se terbinafin nahaja v obliki kreme ali tablet po 125 mg in 250 mg. Terbinafin se dozira glede na telesno težo. Pri otrocih težkih manj kot 20 kg je doza 62,5 mg/dan, pri 20-40 kg 125 mg/dan in pri težjih od 40 kg 250 mg/dan (7). Trajanje zdravljenja je odvisno od povzročitelja. Pri okužbah z glivami iz skupine Trichophyton traja v povprečju štiri tedne. Odziv gliv iz skupine Microsporum pa je počasnejši, poleg tega so potrebne višje doze zdravila tudi več kot 6 mg/kg na dan (8). Peroralno dajanje terbinafina lahko povzroči številne nezaželene učinke, ki so sicer izjemno redki. To so: simptomi s strani gastrointestinalnega trakta, različne vrste kožnih eksantemov, opisanih je nekaj redkih primerov Steven-Johnsonovega sindroma in toksična epidermalna nekroliza (9).

Literatura

1. Dolenc-Voljč M. Glivične kožne bolezni. V: Kansky A, ur. *Kožne in spolne bolezni*. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov; 2002. str. 79-88.
2. www.doctorfungus.org
3. Bennett J. E. *Miscellaneous mycoses and algal infections*. In: Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Jameson J, Kasper D, Longo D. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw Hill; 2005. p. 1191-4.
4. Dolenc-Voljč M, Lunder M. Dermatophyte infection in the Ljubljana region Slovenia 1995-2002. *Mycosis* 2005;48(3):181-6
5. Suarez S, Fallon Friedlander S. Antifungal Therapy in Children: An Update. *Pediatric Annals* 1998; 27(3): 177-84.
6. Gupta AK, Sauder DN, Shear NH. Antifungal agents: An overview. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30(6): 911-33.
7. Jones TC. Overview of the use of terbinafine (Lamisil) in children. *Br J Dermatol* 1995; 132: 683-689.
8. Gupta AK, Adam P et al.. Therapeutic Options for the Treatment of Tinea Capitis Caused by Trichophyton Species: Griseofulvin versus the New Oral Antifungal Agents, Terbinafine, Itraconazole and Fluconazole. *Pediatr Dermatol* 2001; 18(5): 433-8.
9. Gupta AK, Cooper EA, Lynde CW. The efficacy and safety of terbinafine in children. *Dermatol Clin* 2003; 21: 511-20.
10. Kyle AA, Dahl MV. Topical therapy for fungal infection. *Am J Clin Dermatol*, 2004;5(6):443-51

Sistemskega zdravljenja z antimikotikom pri otroku nikoli ne pričnemo ne da bi zanesljivo potrdili glivično okužbo kože, izbira sistemskega antimikotika, doza in čas zdravljenja so odvisni od vrste izoliranega dermatofita.

Pri razširjenih glivičnih okužbah je vedno potrebno tudi lokalno zdravljenje z antimikotikom. Uporabljajo se kreme, lotioni ali spreji azolov (mikonazol, klotrimazol), ki delujejo fungistatično in alilaminov (terbinafin), delujejo fungicidno (10). Na žarišča jih nanašamo dvakrat na dan. Po ukinitvi sistemskega antimikotika nadaljujemo z lokalno terapijo do dveh negativnih mikoloških izvidov. Otrokom v času zdravljenja odsvetujemo udeležbo pri šolski telovadbi ter plavanje v bazenih do prvega negativnega mikološkega izvida. Pri pouku morajo imeti obolela žarišča pokrita (1).

Diferencialno diagnostično je pri glivičnih okužbah kože obraza potrebno izključiti številne druge bolezni kože, ki so jim le navidez podobne: seboroični dermatitis, rozaceo, perioralni dermatitis, polimorfno fotodermatozo, alergični kontaktni dermatitis in psoriazo (1).

Zaključek

Neprepoznana glivična okužba kože se ob neprimernem lokalnem zdravljenju zlasti s kortikosteroidnimi mazili razširi in lahko preide tudi v globoko obliko. Za prepoznavanje bolezni so pomembni natančni anamnestični podatki, dobro poznavanje kliničnih značilnosti glivičnih okužb kože in mikološke laboratorijske preiskave. Pred napotitvijo bolnika v mikološki laboratorij moramo vsaj za tri dni ukiniti vsa predhodno predpisana mazila. Le s takim pristopom bomo hitro prišli do pravilne diagnoze in bolnika ustrezno zdravili. Izbira sistemskega antimikotika, doza in čas zdravljenja je odvisna od vrste izoliranega dermatofita.