

KLINICKÉ OBRAZY DERMATOMYKÓZ

MUDr. Magdalena Skořepová, CSc.

Centrum pro dermatomykózy, kožní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Článek uvádí stručný přehled klinických obrazů nejčastějších kožních povrchových mykóz, se kterými je možno se setkat v praktické ordinaci pro dospělé. Podle etiologie jsou rozděleny na dermatofytózy, kožní kandidózy a pityriasis versicolor. Dermatofytózy jsou dále členěny podle lokalizace na postižení kůže, hladké kůže obličeje, trupu a proximálních částí končetin, dále na postižení akrálních částí končetin a posléze mykózy nehtů. V každé lokalizaci jsou popsány charakteristické klinické obrazy. Kandidózy jsou rozděleny na postižení sliznice ústní, sliznice genitální, postižení kůže a nehtů.

Klíčová slova: dermatofytózy, kožní kandidózy, klinické obrazy.

CLINICAL PICTURES OF DERMATOMYCOSES

The article presents a review of clinical pictures of the commonest superficial skin mycoses encountered in adult general practice. As to the etiology, the diseases are classified as dermatophytoses, cutaneous candidoses and pityriasis versicolor. The dermatophytoses are further divided according to localization into tinea of the scalp, the glabrous skin of the face, trunk and proximal parts of the extremities, and the tinea of the acral parts of the extremities and the nails. Characteristic clinical presentation is described in every localization. The candidoses are divided into lesions of the buccal mucosa, the genital mucosa, and the skin and nails.

Key words: dermatophytoses, cutaneous candidoses, clinical pictures.

Mykotické infekce kůže dělíme do tří širokých kategorií: na dermatofytózy, kandidózy a pityriasis versicolor.

1. DERMATOFYTÓZY

Synonymem pro dermatofytózu je pojem tinea. Infekce dále dělíme podle lokalizace. Z praktických důvodů jsou klinické obrazy v dalším textu uspořádány podle frekvence, s jakou se vyskytují v dermatologické ordinaci.

1.1. Tinea pedis

Postihuje plosku a meziprstí dolních končetin. V anamnéze často zjišťujeme, že se objevila už v mladém věku (18–20 let), zpravidla v souvislosti se sportovními aktivitami („athlete's foot“ v angloamerické literatuře) (1). V etiologii vysoko převažuje *Trichophyton (T.) rubrum*, vzácnější je *T. interdigitale (T. mentagrophytes var. interdigitale)*, stále řidčeji se setkáváme s *Epidermophyton floccosum*. Z ložisek tinea pedis lze vykultivovat i kvasinky (*Candida albicans*, *C. parapsilosis*, *Trichosporon mucoides*). U iritovaných a macerovaných forem je fungální flóra potlačena a přerůstá bakteriemi (difteroidy nebo gramnegativními tyčinkami). Rozlišujeme tři základní formy tinea pedis (5):

1.1.1. Interdigitální forma začíná nejčastěji ve 4. meziprstí jako bílá macerovaná kůže. Postihuje hlavně osoby se zvýšenou potivostí nohou. Projevy svědí. Po odeznění akutní fáze zůstává suché olupování bez subjektivních potíží. V této formě může tinea pedis přetrvávat dlouhá desetiletí. Občas dochází k akutním exacerbacím, zejména při zapaření. Proces může být dále komplikován bakteriální superinfekcí nebo ekzematizací. Interdigitální mykóza představuje vstupní bránu pro erysipel dolní končetiny.

1.1.2. Hyperkeratotická forma je charakterizovaná červenými zhrubělými ložisky s drobným olupováním. Ložiska se objevují na plosce, na patě a na hranách nohy („mokasinový typ“). Onemocnění zpravidla nevyvolává subjektivní potíže a má vysloveně chronický průběh. Spolu s chronickou interdigitální tineou představuje epidemio-

logicky nejzávažnější zdroj infekce, neboť probíhá po dlouhá léta neléčeno.

1.1.3. Vesikulo-bulózní forma se projevuje výsevy vezikul a pustul na ploskách. Onemocnění probíhá ve střídavých atakách a remisích. Silně svědí. Často však ve skutečnosti jde o plantární psoriázu nebo dyshidrotický ekzém, které jsou klinicky k nerozeznání.

1.2. Tinea unguium

Onychomykóza je poněkud širší pojem než tinea unguium, protože vedle dermatofytických afekcí zahrnuje také postižení vyvolané kvasinkami a oportunními hyfomycetami. Drtivá většina onychomykóz je však dermatofytického původu, navíc onychomykózy jiné etiologie nelze zpravidla klinicky odlišit (s výjimkou sekundárního postižení nehtu při kandidovém paronychiu). Rozlišujeme čtyři klinické typy onychomykózy (4):

1.2.1. Distální subungvální typ je nejčastější. Začíná jako onycholýza na volném okaji nehtu a postupuje směrem k zadnímu nehtovému valu. Postupně se přidává vznik podnehtových hyperkeratóz, ztlustění, deformace a dyscolorace nehtu. Většinou předchází dlouholetá anamnéza tinea nohou. V etiologii opět dominuje *T. rubrum*, následované ostatními antropofilními dermatofyty, občas lze ale z mykotických nehtů vykultivovat i zoofilní původce (např. *Microsporum canis*). S kvasinkovou etiologií se setkáváme spíše na nehtech rukou.

1.2.2. Proximální subungvální forma je vzácná. Změny jsou obdobné, ale začínají od zadního nehtového valu. Tuto formu mohou vyvolávat oportunní hyfomycety.

1.2.3. Povrchová bílá forma (leukonychia mycetica) je rovněž zřídka. Vyskytuje se zejména u osob s imuno-deficitem. Vyvolavatelem bývají *T. interdigitale* nebo kvasinky.

1.2.4. Totální dystrofická onychomykóza je ve své nejtypičtější formě charakteristická pro chronickou mukokutánní kandidózu. Časem se však může vyvinout ze všech ostatních forem nehtové mykózy.

1.3. Tinea corporis

Je to dermatofytóza postihující hladkou, t.j. nevlasatou kůži trupu a proximálních částí končetin. Vytváří anulární erytematoskvamózní ložiska s infiltrovaným papulózním lemem, centrifugální progresí a hojícím se centrem. Vyvýšený okraj často obsahuje pustuly nebo vezikuly, zejména při postižení zoofilními dermatofyty. Ložiska zpravidla svědí. Chronické, méně zánětlivé projevy vyvolává nejčastěji *T. rubrum*. Postupem vláken hluboko do vlasových folikulů vzniká hluboká forma tinea corporis, zvaná také Majocchiho (nebo trichofytický) granulom. Typicky vzniká po neadekvátní léčbě kortikoidy (6)

1.4. Tinea cruris

Jde o dermatofytickou infekci v tříselné oblasti a na přilehlých částech stehén. Postihuje na prvním místě mladé muže, častěji v letních měsících a po zapáření v těsném oděvu. Opět jde o anulární ložisko s vyvýšeným papulózním lemem. V této lokalizaci mohou být přítomny na lemu pustuly i při infekci antropofilním dermatofytem, což v jiných lokalitách nebývá.

1.5. Tinea capitis

V našich podmínkách jde nejčastěji o infekci zoofilními dermatofyty postihující děti do puberty. Nejčastějším vyvolatelem je *Microsporum canis* a zdrojem kořata. Projevu se okrouhlými ložisky krátce ulámaných vlasů ve kštici. Zánětlivá složka mohou být různě vyjádřena: většinou nacházíme nánosy šupin, leckdy zarudnutí. Výrazně zánětlivá ložiska až přechod do hluboké formy, zvané kerion Celsi, nacházíme u atopiků. Epidemie tinea capitis vyvolaná antropofilním *Trichophyton tonsurans*, která je v současné době velkým problémem v USA, na naše území dosud nedorazila.

1.6. Tinea faciei

Antropofilní dermatofyty vyvolávají na hladké kůži obličeje anulární nebo circinární ložiska analogická projevům tinea corporis. Ve vousích u mužů vzniká tinea barbae, čili sycosis parasitaria, klinicky těžko odlišitelná od infekce pyogenními bakteriemi. Zejména zoofilní dermatofyty vyvolávají hluboké hnisavé folikulitidy až infiltráty podobné karbunklům.

1.7. Tinea manus

Patří mezi neobvyklé dermatofytózy. Zpravidla jde o infekci přenesenou z nohou, a pak je typické, že mykóza postihuje obě nohy, ale jenom jednu ruku (6). Při postižení hřbetu ruky je klinická diagnóza snadnější, ložiska opět vypadají podobně jako u tinea corporis. Při postižení dlaní a prstů nacházíme jen necharakteristické difúzní olupování až hyperkeratózy. Bez laboratorního vyšetření nelze odlišit ekzém, psoriázu, nebo tzv. mykid, toxoalergickou reakci na vstřebané fungální produkty při mykóze nohou.

2. KANDIDÓZY KŮŽE

Vyvolatelem je nejčastěji *Candida albicans*, ale je nutno počítat i s dalšími druhy: *C. parapsilosis*, *C. glabrata*,

C. krusei, *C. tropicalis*. Nejasná je patogenetická role kvasinek rodu *Trichosporon* (na kůži zejména *T. mucoides*) a *Rhodotorula*. U povrchových kožních afekcí se zpravidla považují za kontaminaci nebo sekundární kolonizaci (6).

Ke vzniku kandidózy disponují oblasti kůže se zvýšenou vlhkostí a zejména orificiální sliznice.

2.1. Candidosis mucosae oris

2.1.1. Pseudomembranózní forma je známý soor čili moučnivka s charakteristickými bělavými povlácíky.

2.1.2. Akutní atrofická forma se projevuje pouze zarudnutím a pálením ústní sliznice. Vyskytuje se zejména po užívání širokospektrých antibiotik.

2.1.3. Chronická atrofická kandidóza se nachází pod zubní protézou jako zarudlá ložiska, opět bez povlácíků.

2.1.4. Chronická hypertrofická kandidóza připomíná svým vzhledem leukoplakii ústní sliznice a jeden čas se spekulovalo o možném kancerogenním působení *C. albicans*.

2.1.5. Anguli infectiosi obvykle doprovázejí buď manifestní orální kandidózu, nebo aspoň masivní asymptomatickou kolonizaci ústní dutiny.

2.2. Candidosis intertriginosa

Vyskytuje se jednak v mezprstích rukou (zde často jako profesionální infekce u jinak zdravých osob), jednak v místech vlhké zapáčky na trupu zejména u starších obézních žen. Patří sem i některé případy plenkové dermatitidy u kojenců (v jiných případech jde o prostou iritační dermatitis). Projevu se nejprve zkalenými vezikulami a pustulami, které se mění na červená mokvající erodovaná ložiska, ohraničená límcem macerované rohové vrstvy.

2.3. Vulvovaginitis candidosa

Vaginální sliznice je sytá červená s bělavým tvarohovitým fluorem. Vulva je zánětlivě zduřelá a zarudlá, s bělavými nánosy na labia minora a na vnitřních plochách labia maiora.

2.4. Balanitis candidosa

V mírném stupni se na glans penis přechodně tvoří drobné papuly, obvykle za několik hodin po pohlavním styku, které se mohou přeměnit ve zkalené puchýře nebo pustuly. V těžších případech se tvoří na předkožce svědicí až pálicí zarudlá ohraničená ložiska se šedobílými povlácíky na povrchu, nebo mokvající eroze.

2.5. Kandidové paronychium a kandidová onychomykóza

Postižené nehtové valy jsou zarudlé, zduřelé a bolestivé. Kutikula chybí a nehtový val je odloučen od nehtu. Čas od času se spod něj dá vytlačit hustý bělavý hnis. Nehtové ploténky jsou ve většině případů postiženy sekundárně, obvykle ve své proximální části.

2.6. Chronická mukokutánní kandidóza

Perzistující kandidová infekce sliznic, kůže a nehtů, postihující osoby s kongenitálními imunologickými nebo endokrinologickými poruchami, neodpovídající na běžnou léčbu. Začíná často v prvních letech života (5).

3. PITYRIASIS VERSICOLOR

3.1. Pityriasis versicolor

Postiženy bývají převážně dospělé osoby na místech s největším výskytem mazových žláz – ve střední části přední a zadní plochy hrudníku. Projevy se odtud mohou dále laterálně šířit na horní končetiny a na krk, vzácně mohou být postiženy i vnitřní plochy stehen, pupeční jam-

ka a obličej. Charakteristickým primárním projevem jsou ostře ohraničené okrouhlé skvrnky barvy bílé kávy, s pityriasiformním olupováním na povrchu. V letních měsících je barva postižených míst světlejší než okolní opálené kůže, v zimě naopak tmavší (3, 5).

3.2. Malaseziová folikulitis

Je to chronické onemocnění postihující převážně ženy ve věku 25–35 let. Predispoziční faktory zahrnují okluzi, antibiotickou terapii, imunosupresi, HIV infekci a diabetes mellitus. Charakteristické jsou svědící, folikulárně vázané zánětlivé papuly a papulopustuly na horní polovině trupu, na krku a na horních končetinách (2).

Literatura

1. Caputo R, De Boulle K, Del Rosso J, Nowicki R. Prevalence of superficial fungal infections among sports-active individuals: results from the Achilles survey, a review of the literature. *J. Eur. Acad. dermatol. Venereol.* 2001; 15: 312–316.
2. Crespo Erchiga V, Delgado Florencio V. Malassezia species in skin diseases. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2002; 15: 133–142.
3. Gupta AK, Bluhm R, Summerbell R. Pityriasis versicolor. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2002; 16: 19–33.
4. Pospíšilová A. Onychomykóza – nejen kosmetický problém. *Čas. Lék. Čes.* 1999; 138: 166–169.
5. Vosmík F, Skořepová M. *Dermatomykózy*. Galén Praha, 1995: 140 s.