

Povrchové kožní mykózy a péče o pokožku postiženou plísní

MUDr. Lucie Růžičková Jarešová

L DermaMedEst s. r. o, Praha

Dermatovenerologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Povrchové mykózy kůže vznikají v důsledku infekce parazitickými houbami. V letním období se počet případů zvyšuje vzhledem k vyšším teplotám, pocení, neprodyšnému oblečení, obuvi, vyššímu počtu sportovních aktivit. Dle etiologie můžeme povrchové mykózy rozdělit na kandidózy a dermatofytózy. Dermatofytózy dělíme dle lokalizace. Ve většině případů je postačující lokální terapie, která musí být zahájena včas, musí být důsledná a dlouhodobá. Celková terapie je indikována v případech, kdy hrozí rozšíření do hlubších tkání nebo při postižení rozsáhlých ploch nebo při neúčinnosti lokální léčby. Více ohroženi mykotickou infekcí jsou např. pacienti s poruchou imunity, diabetici a děti. Ve sdělení je stručný souhrnný přehled nečastějších kožních povrchových mykóz.

Klíčová slova: povrchová mykóza, dermatofytóza, kandidóza, lokální terapie, celková léčba, tinea.

Superficial skin mycoses and care of skin affected by fungus

Superficial skin mycoses occur as a result of infection with parasitic fungi. In the summer time, the number of cases rises due to higher temperatures, sweating, tight clothing and footwear, and increased frequency of sports activities. Based on aetiology, superficial mycoses can be divided into candidiasis and dermatophytoses. Dermatophytoses are classified according to localisation. In most cases, local treatment is sufficient. It must be initiated early and be thorough as well as long-term. Systemic treatment is indicated when there is a risk of spread into deeper tissues, involvement of large areas or failure of local treatment. More at risk of fungal infection are, for instance, patients with impaired immunity, those with diabetes, and children. The paper presents a brief overview of the most common superficial skin mycoses.

Key words: superficial mycosis, dermatophytosis, candidiasis, local treatment, systemic treatment, tinea.

Úvod

Povrchové mykózy kůže vznikají v důsledku infekce parazitickými houbami. Zahrnují 20 % všech mykotických infekcí. 80 % postižení zahrnuje onemocnění nehtové ploténky. V letním období se počet případů zvyšuje vzhledem k vyšším teplotám, pocení, neprodyšnému oblečení, obuvi, vyššímu počtu sportovních aktivit. Dle etiologie můžeme povrchové mykózy rozdělit na kandidózy, dermatofytózy a keratomykózy. Dermatofytózy dělíme dle lokalizace (capitis, faciei, barbae, corporis, manus, inguinalis, cruris). Ve většině případů je postačující lokální terapie, která ale musí být zahájena včas, musí být důsledná a dlouhodobá. Celková terapie je indi-

kována při podezření na riziko rozšíření infekce do hlubších tkání nebo při postižení rozsáhlých ploch, při generalizaci. Více ohroženi mykotickou infekcí jsou např. pacienti s poruchou imunity a diabetici, ale i děti.

Definice a epidemiologie mykóz

Etiologie a patogeneze

Infekci vyvolávají všechny druhy dermatofytů a kvasinek. Rozsah postižení závisí na vyvolavateli a jedinci. Původci jsou nejčastěji dermatofyty, např. *Trichophyton (T) mentagrophytes*, *T. rubrum*, *T. verrucosum*, *Microsporum canis*, z kvasinek *Candida (C.) albicans*, *C. pa-*

rapsiosis, *C. krusei*. Zdrojem infekce jsou nejčastěji zvířata, která bývají nositeli (např. kočka, pes, morče, křeček) i původci (hlodavci). Děti jsou postiženy především dermatofytem *Microsporum canis*, který se vyskytuje u koček, psů a morčat.

Klinický obraz

Klinický obraz závisí na typu vyvolavatele. Kvasinky vytvářejí erytematózní papulky splývající v numulární až rozsáhlá ložiska, při okrajích těchto projevů bývají papulky. Tinea vyvolaná dermatofytem tvoří nejčastěji anulární ložiska – erytematózní ložiska se zvýrazněným okrajem, v centru bledší barvy až velká mapovitá ložiska,



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Lucie Růžičková Jarešová, lucie.jaresova@centrum.cz
L DermaMedEst s.r.o, Praha
Roentgenova 2/37, 150 30 Praha 5

Cit. zkr: Dermatol. praxi 2016; 10(1): 20–23
Článek přijat redakcí: 31. 1. 2016
Článek přijat k publikaci: 7. 3. 2016

plochy s infiltrovaným erytematózním lemem a olupováním kůže. Projevy zpravidla svědí, jsou ostře ohraničené, šíří se centrifugálně.

Diagnóza

Klinická diagnóza se stanovuje dle lokálního nálezu, v nejistých případech je možné provést mykologické vyšetření šupin kůže z okrajů ložiska, popř. odebrat vzorek kůže na histologické vyšetření. V diagnostice nám může pomoci použití Woodovy lampy, houby fluoreskují.

Nejčastější povrchové kožní mykózy

Tinea

Povrchové kožní mykózy jsou způsobeny nejčastěji *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*. Onemocnění dělíme dle lokalizace projevů – capitis, barbae, corporis, inguinalis, cruris, manus. Tinea corporis postihuje různé části trupu. S tímto onemocněním se setkáváme nejčastěji v dětském věku. Vždy je nutná podrobná anamnéza. Nejčastějším přenašečem bývají domácí mazlíčci. Zvíře může mít projevy nenápadného charakteru, které mohou spontánně vymizet. Zvíře by mělo být důkladně vyšetřeno veterinářem. Tinea se projevuje tvorbou anulárních, ostře ohraničených útvarů, které mohou splývat. Centrální výbled je pro onemocnění typický, ložiska mohou, ale nemusí svědit. V intertriginózní lokalizaci se šíří na genitál, hráz o do oblasti podbřišku. Tinea capitis je onemocnění v oblasti křtice. Je způsobeno nejčastěji dermatofytem *Trichophyton mentagrophytes*. Ložiska se nacházejí ve vlasaté části hlavy, obočí a řas a postižení se nejvíce vyskytuje u dětí předškolního a školního věku. Zašupená ložiska na erytematózní spodině s výpadem vlasů svědí a dítě se často škrábe, je nesoustředěné. Někdy bývá přítomný zápach po myšně. Tinea barbae postihuje oblast vousů, obočí i řas, na erytematózní spodině se tvoří zánětlivé papuly až pustuly, vous lze lehce vytáhnout, opět bývají přítomna alopetická ložiska. Nejčastěji bývají postižení muži. Postižení rukou bývá méně časté. Jedná se o asymetrické poškození kůže dlaní, často unilaterální, růžová až erytematózní ložiska jsou suchá, olupující se, dalším typem je tvorba čirých vezikul, které svědí. Často bývá toto postižení sekundární, které vzniká při mykotické infekci nehtů nebo chodidel. Pokud jsou

postiženy hřebety rukou, jsou ložiska podobná postižení trupu při tinea corporis. Zvláštní formou mykotické infekce je hyperergická reakce na produkty vzniklé při mykotickém postižení. Svědivé papuly a vezikuly ve dlaních a hřebetech rukou vznikají především na rukou při postižení nehtů plísní nebo postižení nohou a označují se mykid – mykidová reakce.

Candidosis

Kvasinky vyvolávají infekční zánět sliznic a kůže. Predisponujícím faktorem je např. porucha imunitních mechanismů, oslabení organismu, cukrovka, hyperhidróza, terapie kortikosteroidy nebo antibiotiky, okluze plenami. Z kůže bývá postižena nejčastěji intertriginózní lokalizace a místa, kde dochází k vlhké zapáře.

Intertrigo se vyskytuje nejčastěji pod prsy, ve tříslích, v oblasti scrota, ale také v meziprstí. Projevy jsou svědivé, erytematózní, ohraničené, místy splývající, bývá přítomna macerace kůže a prasklinky. Na okrajích ložisek může být viditelné olupování kůže a tvorba červených papulek.

Muži bývají ohroženi zánětem v oblasti glans penis, po pohlavním styku se za několik hodin tvoří erytematózní papulky, popř. zarudlá ložiska s vezikulami až pustulami.

Dalším onemocněním je kandidové paranochium. Jde o bolestivý zánět nehtového valu vznikající na podkladě traumatizace nebo zarůstání nehtu a také u lidí, kteří často máčejí ruce ve vodě. Při zmáčknutí valu může dojít k viditelné žlutavé nebo bělavé sekreci. Častá je kontaminace bakteriemi.

Keratomykóza

Pityriasis versicolor (Tinea versicolor) je infekce vyvolaná *Malassezia furfur*. Častější je výskyt u pacientů např. s poruchou imunity, u gravidních žen, u diabetiků, při změně kožního mazu, při léčbě s kortikosteroidy.

Projevy se vyskytují hlavně v oblasti horní poloviny zad, ramen a dekoltu, ale ložiska mohou postihnout i rozsáhlejší plochy. Na kůži jsou viditelná pravidelná oválná ložiska, ostře ohraničená, s deskvamací. Místy mohou projevy splývat ve větší plochy. Na slunci tvoří viditelná „depigmentovaná“ ložiska, která vznikají na podkladě působení produktu hub s přenosem melaninu z melanozomů do melanocytů inhibicí tyrozinázy. Onemocnění je často nenápadné a pacient přichází k lékaři pro obavu ze ztrá-

ty pigment, která je viditelná na opálené kůži. Onemocnění je chronické a recidivující. Nutné je informovat pacienta, že i po léčbě mohou přetrvávat pigmentové změny, a neznamenaají neúčinnost léčby. Tato ložiska se po vystavení UV záření doopálí.

Diferenciální diagnóza povrchových mykóz

Infekce způsobené houbami mohou imitovat např. numulární ekzém, kontaktní ekzém, seborrhoickou dermatitidu, psoriázu, mycosis fungoides, pityriasis rosea Gilbert, erythema chronicum migrans, erytrasma.

Dermatitis nummulare – vzniká nejčastěji na podkladě bakteriální senzibilizace, ložiska jsou okrouhlá, růžová, s jemným olupováním, popř. s infiltrací, šupinami nebo krustami, s tendencí šíření do okolí. Svědění kůže je typické.

Eczema contactum allergicum – erytematózní ložiska, někdy s přítomností drobných papulek až vezikul, projevy svědí.

Dermatitis seborrhoica – růžová až červená makulózní ložiska se suchými nebo mastnými šupinami, ostře ohraničená. Nejčastěji při vlasové hranici, v oblasti glabely, nosoretních rýh a ve křtici.

Psoriasis vulgaris – světle růžové až červené papuly splývající v ostře ohraničená ložiska krytá stříbřitou šupinou.

Mycosis fungoides – počínající forma onemocnění, tzv. premykotické stadium, projevy jsou růžové až červené, ohraničené, olupující se.

Pityriasis rosea Gilbert – primární největší oválné erytematózní ložisko, mírně se šupící s následným výsevem menších růžových až červených ložisek v čarách štěpitelnosti kůže.

Erythema migrans – ložisko s centrálním výbledem a lividním okrajem, větší než 5 cm, okrouhlé nebo oválné, které se zvětšuje a šíří do okolí.

Erytrasma – bakteriální onemocnění způsobené korynebakteriemi, ložiska jsou nejčastěji v axilách nebo inguinálně, světle hnědá.

Terapie

Léčba povrchových mykóz zahrnuje především lokální terapii (tab. 1) Celková léčba je indikována při rozsáhlém postižení nebo u pacientů s imunodeficitem nebo generalizací. Lokální léčba zahrnuje aplikaci antimykotických krémů nebo roztoků s obsahem cyklopiroxo-

Tab. 1. Lokální antimykotika

Antifugální látka	Obchodní název registrovaný v ČR příklady přípravků
POLYENOVÉ preparáty	
natamycin	Pimafucin
nystatin	Fungicidin, Macmiror
AZOLOVÁ chemoterapeutika	
flutrimazol	Micetal
bifonazol	Canespor
klotrimazol	Canesten
oxikonazol	Myfungar
TRIAZOLOVÉ deriváty	
flukonazol	Diflucan
itraconazol	Sporanox
MORFOLINOVÉ deriváty	
amorolfín	Loceryl
PYRIDINOVÉ deriváty	
ciklopiroxolamin	Batrafen
ALLYLAMINOVÉ deriváty	
terbinafin	Terbinafin
naftifin	Exoderil

laminu, imidazolu nebo allylaminu. Nutné je informovat pacienty, aby krém aplikovali i na místa nepostižená plísní, cca až 2 cm od ložiska onemocnění a ještě minimálně 1 týden po vymizení projevů. Do míst, kde hrozí zapaření, se doporučují přípravky ve formě past, tekutých pudrů nebo gelů. Kožní řasy se oddělují pomocí bavlněných záložek, aby se zabránilo kontaktu kůže na kůži. Při tomto opatření mohou být indikovány též krémy. Krémy se aplikují zpra-

vidla 2x denně. Jednou denně je možná aplikace krému nebo roztoku s naftifinem. Roztok je vhodný do ochlupených míst, do kštice. Ve studiích je za určitých okolností popisován vyšší účinek naftifinu krému proti ekonazolu a klotrimazolu. Výhodou je též účinek antimikrobiální na gram pozitivní a gram negativní bakterie. Při svědivých a ekzematizovaných projevech se používají přípravky v kombinaci s kortikosteroidy.

Dermatofytózu vousů je často nutné léčit celkově.

Celková terapie by měla být nasazena po provedení mykologického vyšetření. Bez mykologického vyšetření je možné nasadit terbinafin v dávce 250 mg denně na dobu 1 měsíce popřípadě déle. Terbinafin zaujímá nižší spektrum účinnosti než itraconazol, itraconazol dobře hubí kvasinky i dermatofyty, ale v posledních letech se zvyšuje rezistence i na tyto léky. Jeho dávkování záleží na typu postižení a rozsahu infekce. Obvyklá dávka je 200 mg denně po dobu 2–4 týdnů.

Prevence

Nedílnou součástí léčby je dezinfekce oděvu a obuvi. Dezinfekce obuvi by měla být minimálně jednou týdně, oblečení je třeba dezinfikovat před praním. Správné vysušení kůže po koupeli vede ke snížení rizika jejího postižení plísní. K umytí se používají mýdla s dezinfekčním účinkem. Po koupeli je třeba kůži důkladně osušit, především v místech kožních záhybů a mezi prsty. Nutná je ochrana nehtů, při jejich poškození se zvyšuje náchylnost ke vzniku mykotického postižení.

LITERATURA

1. Vosmík F, Skořepová M. Dermatomykózy. Galén Praha, 1995: 140 s.
2. Skořepová M. Kožní mykózy a onychomykózy, interní medicína pro praxi 2005; 6: 310 s, www.inetnmedicina.cz.
3. Buchta V, Slezák R, Špaček J, Košťálová M, Vejsová M. Doležal M. Současné možnosti léčby kožních a slizničních mykóz, Solen, Dermatologie pro praxi, 2009: 109 s.
4. Hegyi V, Hegyi E. Aktuálne kapitoly klinickej dermatológie a venerológie, Pre Procter Gamble, Bratislava, 2003: 133–145.
5. Slíva J. Účinek naftifinu na mykózy a srovnání s dalšími antimykotiky. Dermatol. praxi 2013; 7(2): 66–68.
6. Stuchlík D. Diagnostika a léčba mykóz, Dermatologie pro praxi, Solen, 2010: 55–58 s.