

Tinea faciei – Trichophytia profunda

Tinea faciei – Trichophytia profunda

Mažgútová, E.

Dermatovenerologická klinika, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave a Univerzitná nemocnica Martin

korešpondencia: erika.mazgutova@gmail.com

Súhrn

Trichophytia profunda predstavuje ochorenie, u ktorého sú typickým vyvolávateľom zoofilné druhy dermatóz. Základom správnej diagnostiky je nesmierne dôležité zamerať sa najmä na epidemiologickú anamnézu u pacienta s následnou kombináciou systémovej antimykotickej terapie s lokálnou liečbou. V kazuistike je popisovaný prípad 55-ročnej pacientky s impetiginizovanými prejavmi na podklade erytému v oblasti tváre unilaterálne, kde boli postupne v rámci diferenciálnej diagnostiky zvažované viaceré ochorenia, vrátane herpetickej infekcie, aktinomykózy, kontaktnej dermatitídy.

Kľúčové slová: tinea faciei, zoofilné dermatózy, antimykotická liečba

Abstract

Trichophytia profunda is a disease in which zoophilic species of dermatoses are the typical causative agents. It is very important to focus mainly on the epidemiological history of patient for the right diagnosis, with combination of systemic antimycotic therapy with local treatment. The case report describes a 55-year-old patient with impetiginized symptoms in the area of erythema in the unilateral facial area, where several diseases were initially considered as part of the differential diagnosis, including herpetic infection, actinomycosis, contact dermatitis.

Key words: tinea faciei, zoophilic dermatosis, antimycotic treatment

Úvod

Trichophytia profunda patrí medzi ochorenia, ktorých hlavným vyvolávateľom sú zoofilné druhy dermatóz. Hlavného hostiteľa predstavuje Trichophyton verrucosum (hovädzí dobytok), Trichophyton mentagrophytes (drobné hlodavce), ale je možný prenos taktiež nepriamo cez kontaminované predmety alebo samotné prostredie [1].

Klinický obraz

Pri ochorení dochádza k šíreniu infekcie cez folikuly do hlbších vrstiev, a teda spočiatku sa ochorenie prejavuje ako povrchová forma infekcie, rýchlo prechádzajúca z erytematovezikulóznej do erytematoinfiltratívnej a erytematosupuratívnej formy. Medzi typické prejavy patrí výskyt ložiska okrúhleho tvaru, ostrého ohraničenia, o veľkosti do 10 cm, s prítomným erytémom a početných krúst v danom teréne [1].

Diagnostika

Pri diagnostike ochorenia je nutné zamerať sa predovšetkým na epidemiologickú anamnézu s dôrazom taktiež na sociálno-pracovnú situáciu

pacienta. Nutnosťou pre potvrdenie diagnózy je realizovanie mikroskopického a kultivačného vyšetrenia. Medzi pomocné vyšetrenia patrí aj vyšetrenie Woodovou lampou s viditeľnými ložiskami fluoreskujúcimi na zlatožlto [2, 3].

Liečba

Základom liečby mykotických ochorení, konkrétne tinea faciei je kombinácia systémovej a lokálnej antimykotickej terapie. Liekom prvej voľby je terbinafin, z lokálnych antimykotík sú to najčastejšie prípravky s účinnou látkou flutrimazol alebo klotrimazol [2, 3].

Kazuistika

V kazuistike popisujeme prípad 55-ročnej pacientky s impetiginizovanými prejavmi v oblasti tváre na podklade erytému, v úvode v rámci diferenciálnej diagnostiky zvažované diagnózy tinea faciei, herpetická infekcia, actinomycosis, ale aj dermatitis contacta.

Anamnéza

U pacientky pretrvávali ťažkosti v trvaní po dobu približne jedného mesiaca, spočiatku ako drobné začervenanie v oblasti pod ľavým okom s postupnou

progresiou prejavov, subjektívne popisované intenzívne svrbenie, pálenie až bolestivosť kožných prejavov, štipanie a pálenie v oblasti ľavého oka. Z hľadiska osobnej anamnézy je pacientka bez výrazných komorbidít, lieči sa na arteriálnu hypertenziu, je sledovaná pre rhinosinusitis, v minulosti absolvovala operáciu karpálneho tunela l. sin, rodinná anamnéza cielene bez pozoruhodností. Pacientka užíva antihypertenzívum perindopril v dávke 2 mg denne. Zaujímavosťou je práve sociálno-pracovná anamnéza, nakoľko pacientka pracuje dlhodobo na družstve ako dojička pri hovädzom dobytku.

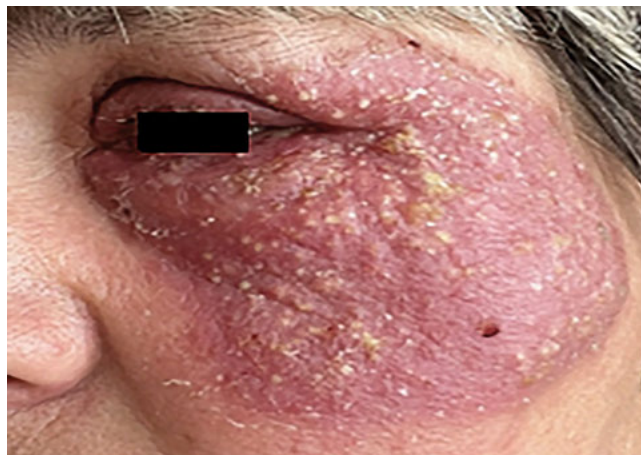
Pacientka bola sprvoti liečená opakovane indikovanou antibiotickou liečbou metronidazolom, následne azitromycínom, avšak bez výrazného efektu a zhoršovaním spolu s novotvorbou prejavov. Pacientka bola liečená aj antivirotickou terapiou, taktiež bez efektu. Lokálne boli použité kortikoidné externá.

Klinický obraz

Pacientka v úvode prišla s prejavmi v podobe ostro ohraničeného erytému periorbitálne vľavo v oblasti tváre, prejavy s výraznou impetiginizáciou, v danom teréne s početnými pustulami a krustami žltého koloritu. Pridružený bol aj edém mihalnic ľavého oka, periorbitálnej oblasti, tiahnuci sa až do oblasti ľavého líca. Pri vyšetrení koža bola palpačne bez výraznejšej hyperémie oproti okoliu, dutina ústna bez patologických nálezov (Obr. 1).

Diagnostika

Z laboratórnych výsledkov bola dokázaná ľahká elevácia zápalového parametra CRP 10,7 mg/l, výrazná elevácia ASLO parametra (antistreptolyzín-O) s hodnotou 689,6, z ostatných vyšetrení laktátdehydrogenáza v norme, ľahká hypercholesterolémia a hyperbilirubinémia, ostatné parametre vrátane krvného obrazu bez patologických odchýlok. U pacientky boli realizované stery z kože tváre v oblasti prejavov s nálezom *Staphylococcus hominis*, kultivačne na kvasinky s negatívnym výsledkom. Za účelom vylúčenia fokusov boli realizované komplexné vyšetrenia, vrátane očného vyšetrenia, pričom bolo vylúčené ochorenie spojené s oftalmologickou diagnózou, pľúcne vyšetrenie spolu so zobrazovacími vyšetreniami, zahrňujúcimi RTG hrudníka a CT pľúc s negatívnym výsledkom, taktiež bolo realizované funkčné vyšetrenie pľúc s výsledkom v norme, Mantoux test negatívny, s vylúčením novej spojitosti so sarkoidózou. U pacientky bolo tiež realizované otorinolaryngologické vyšetrenie s pozitívnym nálezom výteru z tonzíl, kde bola potvrdená prítomnosť *Staphylococcus aureus* a pacientka bola následne liečená podľa citlivosti antibiotickou terapiou s účinnou látkou amoxicilin. Pre jednoznačnejšie potvrdenie diagnózy bola počas



Obr. 1 • Pacientka s diagnózou tinea faciei pred zahájením terapie



Obr. 2 • Pacientka po biopsii z prejavu v oblasti tváre vľavo

hospitalizácie pacientky realizovaná biopsia z ložiska s nálezom granulomatózneho hnisavého zápalu, ktorý najskôr môže pripomínať „cat scratch diseases“. Baktérie ani plesne dokázané neboli, tuberkulóza vylúčená, tubera mulgenita, ktorá je vírusového pôvodu, nemožno jednoznačne vylúčiť. Avšak histologický obraz a lokalizácia granulómu nie sú typické pre toto ochorenie (Obr. 2). Pri mikroskopickom vyšetrení šupín z ložiska tváre bol potvrdený výskyt pozitívnych septovaných dlhých vlákien a početných spór. Pri vyšetrení Woodovou lampou boli viditeľné ložiská fluoreskujúce na zlatožlto.

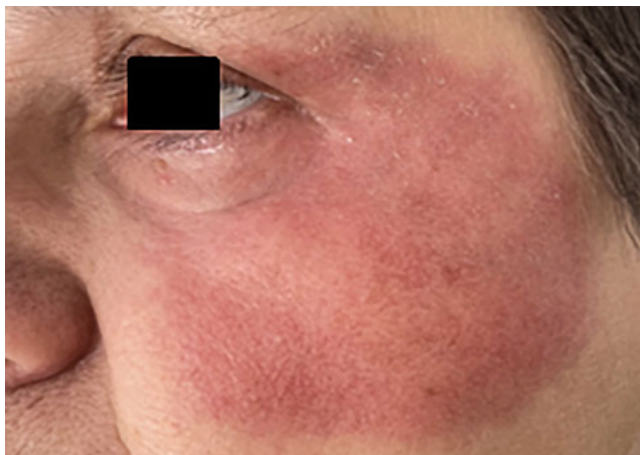
Terapia

Na základe vyššie uvedených vyšetrení v rámci komplexnej diagnostiky bola u pacientky zahájená systémová antimykotická liečba terbinafinom 250 mg

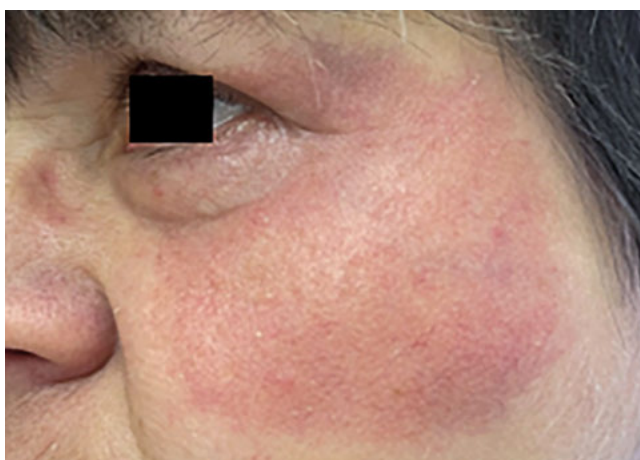
tbl denne v kombinácii s lokálnou liečbou účinnou látkou flutrimazol, s dobrým efektom a výraznou regresiou prejavov (Obr. 3, 4).

Záver

Po zahájení antimykotickej terapie došlo u pacientky k výraznej regresii prejavov, zlepšeniu celkového stavu a úplnému ústupu subjektívnych ťažkostí. Pacientka zmenila zamestnanie, teda aj samotné prostredie, čím došlo k obmedzeniu kontaktu s hovädzím dobytkom.



Obr. 3 • Pacientka po jednom mesiaci užívania lieku terbinafin tbl



Obr. 4 • Pacientka po jeden a pol mesiaci užívania lieku terbinafin tbl

Literatúra

1. Šimaljaková M, Buchvald. Dermatovenerológia. Bratislava 2019; 142-148.
2. Azib S, et al. Nodules on the legs in a renal transplant recipient. Deep dermal dermatophytosis caused by *Trichophyton rubrum*. JAMA Dermatol 2013; 149(4):475-480.
3. Yin B, et al. *Microsporum canis* infection in three familial cases with tinea capitis and tinea corporis. Mycopathologia, 2013; 176(3-4):259-265.