

Eczema nummulare rezistentní k terapii

MUDr. Kateřina Macháčková

Sirnaté lázně, Ostrožská Nová Ves

Autorka uvádí kazuistické sdělení torpidní dermatózy u 4letého chlapce, která byla primárně považována za nummulární ekzém. Po aplikaci lokálních kortikosteroidních extern (hydrocortisoni butyras) došlo k mírnému zlepšení a problednutí ložiska, avšak krátce po vysazení přípravku dochází k opětovnému vzplanutí a rozšíření ložiska. Následná aplikace antimykotik (clotrimazol crm, koupel KMnO4) byla bez výrazného terapeutického efektu. Kultivační mykologické vyšetření prokázalo mykotickou etiopatogenezi (*M. canis*) klinického obrazu a potvrdilo předpokládanou diagnózu tinea incognita.

Klíčová slova: ekzém, kortikosteroidy, tinea incognita, mykologická kultivace, terapie.

Nummular eczema resistant to treatment

The author reports a case of refractory dermatosis in a 4-year-old boy which was primarily considered to be nummular eczema. Following an application of a local corticosteroid external medication (hydrocortisone butyrate), there occurred a minor improvement and discolouration in the site; however, shortly after the drug had been discontinued, exacerbation and expansion occurred. Subsequent administration of antifungal drugs (clotrimazole crm, KMnO4 bath) failed to exert any significant therapeutic effect. Mycological examination by culture revealed fungal aetiopathogenesis (*M. canis*) and confirmed the diagnosis of tinea incognito which had been suspected.

Key words: eczema, steroids, tinea incognita, mycotic cultivation, therapy.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(1): 35–37

Úvod

Tinea corporis je poměrně běžné kožní onemocnění vyskytující se u dětí i dospělých. Patogeny lidské kůže rozdělujeme mezi tzv. dermatofyty (např. *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *Microsporum canis*), kvasinky (např. *Candida albicans*) nebo plísňe. Zdrojem těchto patogenů bývají jak domácí zvířata (mezi tzv. zoofilní dermatofyty patří *Microsporon canis*, *Trichophyton verrucosum* nebo *Tr. mentagrophytes* var. *mentagrophytes*), tak lidé. Mezi antropofilní patogeny (přenášené mezi lidmi) patří např. *Tr. rubrum* a *Tr. mentagrophytes*. K nákaze dochází kontaktem s kůží zvířat, lidí nebo kontaktem s půdou, kde se také mikroskopické houby nacházejí. K přenosu infekce může docházet též kontaminovanými předměty. Nemocný je zdrojem infekce v kolektivech školek, jeslí atd. Rozvoji onemocnění napomáhá vlhko, teplé počasí, pocení a oslabení organismu souběžným celkovým onemocněním.

Při ošetřování mykotických ploch přípravky s glukokortikoidy dochází k útlumu zánětlivé reakce a částečnému problednutí, což navodí zdánlivý obraz klinického zlepšení, ačkoli se mykotická infekce šíří dál. Skutečná diagnóza je maskována a vzniká obraz tzv. tinea *incognita*. Kultivační mykologické vyšetření je v případě „ekzému“ nereagujícího na standardní terapii nezbytné.

Klinický obraz

Klinický obraz je charakteristický okrouhlými ložisky, na jejichž periferii se nachází vyvýšený lem, současný je nález drobných šupinek v erytematózním ložisku. Při progresi nacházíme také puchýřky

a pustulky. Charakteristicky v centru ložiska dochází k odhojování projevů, v periférii naopak k jejich akcentaci. Vznikají tak typické terčovitě „iris“ morfy. Predilekční lokalizací je krk, trup, obličej, končetiny.

Diferenciální diagnostika

Diferenciálně diagnosticky nutno odlišit: ekzémová onemocnění, zejména kontaktní alergický ekzém, **numulární formu atopické dermatitidy**, **pityriasis alba simplex**, nummulární ekzém, granuloma anulare, psoriasis vulgaris a parapsoriasis.

Diagnóza

Pro onemocnění je signifikantní kulturační, event. mikroskopické mykologické vyšetření.

Léčba

Spočívá v aplikaci lokálních, event. celkových antimykotik. Nejčastěji jsou aplikovány přípravky ze skupiny azolů – clotrimazol, bifonazol atd. (např. Canesten crm.). Alternativou je použití pyridonů – cyklopiroxolamin (Batrafen dr. crm., dr. sol.) nebo allylaminů-naftifin (Exoderil dr. crm., dr. sol.). Dříve hojně užívaná organická barviva a sol. Castellani opouštíme pro estetický diskomfort a používáme pouze jako doplněk léčby. K očištění ložiska před aplikací léčebného přípravku s úspěchem aplikujeme speciální mycí externa, např. pěnu Cytéal (kombinace hexamidinu, chlorhexidinu a chlorocresolu).

V případě generalizovaného postižení či u imunokompromitovaného pacienta aplikujeme celková antimykotika dle citlivosti (např. itrakonazol, terbinafin).

Popis případu

Čtyřletý chlapec byl vyšetřen na kožní ambulanci v září 2008 pro 3 měsíce přetrvávající okrouhlé, zvolna se rozšiřující ložisko s centrálním probedáváním. Okraje ložiska byly plastické s difúzním nálezem drobných stříbřitých šupinek (obrázek 1). Matka udává vznik prvních projevů

v polovině července 2008. Ložisko bylo zpočátku léčeno jako nummulární ekzém aplikací hydrocortison butyrátu v krému, došlo k částečné regresi a probednutí, přestali tedy aplikovat lokální terapii, avšak do 2 týdnů nastala opět výrazná progres, proto byl ordinován u ošetřujícího lékaře clotrimazol (Imazol crm. pst.) a obklady světlým roztokem hypermanganu. Zlepšení bylo velmi mírné, proto byli odesláni na kožní ambulanci. V době návštěvy již zcela bez lokální terapie. Osobní anamnéza bez pozoruhodností, alergie neguje, v celkové medikaci dlouhodobě pouze vitaminy pro děti. Na cílený dotaz matka popírá výskyt zvířat v bytě, dítě nikdy netrpělo ekzémy, obdobné projevy nemá nikdo v rodině. Zjišťujeme však, že koncem června chlapec pobýval u prarodičů, kde byl v denním kontaktu se psem, králíky, kočkou a drůbeží.

Bylo tedy vysloveno podezření na dg. *tinea incognita* a provedeno kulturační vyšetření, které potvrzuje nález *Microsporum canis*. Vzhledem k již proběhlé aplikaci lokálního imidazolového přípravku jsme aplikovali naftifin hydrochlorid v krému (Exoderil dr. crm.) 1 × denně na ložisko a přilehlý 1 cm lem. K očištění doporučen kombinovaný přípravek Cytéal lig. Po 2týdenní aplikaci přípravku dochází ke kompletní regresi kožního nálezu.

Diskuze

Tinea corporis je poměrně běžným onemocněním, které v některých klinických obrazech snadno svádí k diagnóze nummulárního ekzému. Následná aplikace kortikosteroidních extern pak může natolik modifikovat lokální nález, že vede k mylné diagnóze. Vždy je tedy třeba pamatovat na možnost diagnózy *tinea incognita* a v případě, že ekzémové ložisko nereaguje na standardní terapii, neprodleně provést mykologické vyšetření. Nedílnou součástí správné diagnózy je také cílený dotaz na kontakt nemocného se zvířaty. Diagnózu podporuje také výskyt v letním období, kdy dochází ke zvýšenému pocení a vytvoření ide-

Obrázek 1. Ložisko tinea na pravém koleni, zpočátku hodnocené jako nummulární ekzém



álních podmínek pro rozšíření mykózy. V léčbě našeho pacienta jsme zvolili lokální přípravek s obsahem naftifin hydrochloridu. Naftifin je allylaminové antimykotikum, které inhibuje přeměnu skvalenu v lanosterol, a zastavuje tak biosyntézu ergosterolu mikrobiální buňky. Do jeho indikačního spektra spadá právě *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*, *Malassezia furfur*, kandidózy, dále pak smíšené **mykotické** a bakteriální kožní infekce, onychomykózy. Výhodný je také jeho protizánětlivý účinek.

Článkem se autorka snaží připomenout zrádnost kortikosteroidní lokální terapie a význam mykologického vyšetření nejen v dětské dermatologii. ***U sporných případů bez klinicky jasného obrazu je vhodné provést mykologické vyšetření před zahájením lokální léčby, rozhodně před nasazením antimykotické léčby, aby se vyloučila falešná negativita výsledků. V horším případě je nutný alespoň 14denní odstup od poslední aplikace antimykotika, u nehtů dokonce 6týdenní.***

MUDr. Kateřina Macháčková

Širnaté lázně

Kunovská 664, 687 22 Ostrožská Nová Ves

dr.karaskova@post.cz