

ZAKAŻENIA GRZYBICZE

W PRAKTYCE LEKARZA
RODZINNEGO



JOANNA NARBUTT

**ZAKAŻENIA GRZYBICZE
W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO**

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne nieraz opinie na temat diagnozowania i leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji terapeutycznej uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2021

Autor: prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska
Redaktor tekstu: AD VERBUM Iwona Kresak
Opracowanie skorowidza: Aleksandra Ozga
Projekt layoutu: Andrzej Kuriata
Projekt okładki: Beata Poźniak

ISBN 978-83-66960-39-8

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel.: + 48 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Skład i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

SPIS TREŚCI

WSTĘP	vii
1. Prawidłowa flora skóry	1
2. Diagnostyka powierzchniowych grzybic	5
3. Łupież pstry i inne choroby wywoływane przez <i>Malassezia</i> spp.	9
4. Zakażenia skóry wywołwane przez dermatofity	17
5. Zakażenia drożdżakowe (<i>candidiasis</i>)	41
6. Przewlekła kandydoza skórno-śluzówkowa	49
PIŚMIENNICTWO	51
SKOROWIDZ	53

Rozdział 3

ŁUPIEŻ PSTRY I INNE CHOROBY WYWOŁYWANE PRZEZ *MALASSEZIA* SPP.

ŁUPIEŻ PSTRY

Łupież pstry (*Pityriasis versicolor*) jest łagodną, przewlekłą chorobą skóry wywołaną przez zakażenie skóry grzybami drożdżopodobnymi *Malassezia* spp. Klinicznie charakteryzuje się obecnością owalnych ognisk ze złuszczeniem na powierzchni, koloru jasnobrunatnego, bądź plam odbarwieniowych. Zmiany lokalizują się przede wszystkim na górnych częściach tułowia, mogą też być obecne na szyi, brzuchu. Części dystalne są zazwyczaj wolne od zmian chorobowych.

Choroba występuje we wszystkich regionach świata, częściej w obszarach tropikalnych, dotyczy osób obu płci i w każdym wieku, aczkolwiek częściej występuje u nastolatków i młodych dorosłych. Nie wykazano związku łupieżu pstrego z innymi chorobami, m.in. z nabytym niedoborem odporności (AIDS), jednakże zauważono, że częściej choroba występuje u pacjentów cierpiących na idiopatyczną lub jatrogenną postać zespołu Cushinga.

Nie została całkowicie poznana przyczyna zakażenia skóry przez *Malassezia*. Zaobserwowano między innymi związek patogenetyczny z aktywacją genu *MGL_3741*, kodującego enzym – dehydratazę dihydroksykwasów (DHAD) w grzybach *M. globosa*. Charakterystyczny jest też brak stanu zapalnego w obrębie zmian skórnych, prawdopodobnie związany z hamowaniem aktywności limfocytów T poprzez lipidowe komponenty ściany grzybów.

W badaniach nad powstawaniem zmian przebarwieniowych i odbarwieniowych w łupieżu pстрыm stosowano m.in. badania mikroskopii elektronowej, w których stwierdzono, że w plamach z nadmierną hiperpigmentacją obecne są bardzo duże melanosomy, podczas gdy w zmianach odbarwieniowych struktury te są istotnie mniejsze niż prawidłowe. Dodatkowo za odbarwienia odpowiada produkcja kwasów dikarboksylowych przez *Malassezia* spp., m.in. kwasu azelainowego, które kompetywnie hamują tyrozinazę, a także prawdopodobnie wywierają bezpośrednio toksyczny wpływ na nadmiernie pobudzone melanocyty.

Zmiany skórne wywoływane są przez *M. globosa*, *M. sympodialis* oraz *M. furfur*.

OBRAZ KLINICZNY

Pierwsze zmiany chorobowe występują jako dobrze odgraniczone plamy koloru czerwonoawobrunatnego, nieznacznie łuszczące się na powierzchni. Zmiany mają tendencję do zlewania się, tworząc rozległe ogniska przebarwieniowo-odbarwieniowe, którym może towarzyszyć świąd o bardzo niewielkim nasileniu (ryc. 3.1, ryc. 3.2 i ryc. 3.3). Najczęstszą lokalizacją jest górna część tułowia, ale zmiany chorobowe mogą rozprzestrzeniać się również na szyję i skórę brzucha. Rzadko obserwuje się ogniska chorobowe w dołach pachowych, pachwinach, na udach, w okolicach narządów płciowych, a jedynie sporadycznie na przedramionach i grzbietach rąk. Uznaje się, że



Rycina 3.1 Łupież pstry.



Rycina 3.2 Łupież pstry.



Rycina 3.3 Łupież pstry.

są to atypowe kliniczne formy łupieżu pstrego, związane z obecnością owalnych form drożdży, widocznych w badaniu mikologicznym bezpośrednim.

Kolejną atypową i niezwykle rzadko spotykaną odmianą kliniczną choroby są dobrze odgraniczone ogniska zanikowe lub przypominające anetoderme.

Łupież pstry ma przebieg przewlekły. U części chorych zmiany mogą powstawać w bardzo krótkim czasie i nie odpowiadać dobrze na stosowane leczenie. W części przypadków opornych na terapię izoluje się *M. japonica*, a także obserwuje się wysokie stężenia całkowitego IgE.

W rozpoznaniu różnicowym z bielactwem i przebarwieniami bierze się pod uwagę przede wszystkim obecność lub brak złuszczenia na powierzchni zmian chorobowych.

ROZPOZNANIE

Diagnostyka w lampie Wooda wskazuje na ceglastą fluorescencję. Najważniejsze jest badanie mikologiczne bezpośrednie, w którym identyfikuje się grzyby drożdżopodobne. W przypadku diagnostyki tej jednostki chorobowej można odstąpić od hodowli.

LECZENIE

Leczeniem pierwszego rzutu jest stosowanie miejscowe terapii przeciwgrzybiczej. Szczególnie wysoką przydatność wykazują leki z grup azoli, stosowane zazwyczaj przez 2–3 tygodnie. Ze względu na często zajęte duże powierzchnie skóry, w praktyce klinicznej szerokie zastosowanie odnalazł szampon zawierający ketokonazol. Nakładany jest na tułów oraz skórę owłosioną głowy i zmywany po kilku minutach (około 5 minut) od aplikacji. Leczenie takie stosuje się przez 5 dni z rzędu. Praktyka kliniczna wskazuje na możliwość stosowania następnie jednej aplikacji tygodniowo przez kolejne kilka miesięcy. Badania wskazują również na wysoką skuteczność stosowania kremu zawierającego 1% terbinafinę, można też stosować miejscowe preparaty zawierające cyklopiroks czy amorolfinę.

Proponuje się również stosowanie szamponów przeciwgrzybiczych, gdyż owłosiona skóra głowy jest rezerwuarem tych grzybów (np. szampon z cyklopiroksem 3×/tydzień przez miesiąc, potem 2×/miesiąc jako profilaktyka).

W przypadkach zmian nawrotowych lub bardzo rozległych zaleca się włączenie doustnie itraconazolu w dawce 100 mg/dobę przez 14 dni lub flukonazolu 100 mg/dobę przez dwa tygodnie.

Włączając leczenie, należy koniecznie pacjenta poinformować, że normalizacja pigmentacji (redukcja przebarwień i odbarwień) może nastąpić dopiero po kilku miesiącach od zakończenia procesu terapeutycznego.

ZAKAŻENIA GRZYBICZE W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO



W oddanej w Państwa ręce książce przedstawiono podstawowe informacje dotyczące diagnostyki oraz obrazu klinicznego grzybic, najczęściej spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego. Mam nadzieję, że wiedza znacznie pomoże w ustalaniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w Państwa codziennej pracy.

Prof. dr hab. Joanna Narbutt

Zakażenia grzybicze skóry należą do najczęstszych chorób skóry, z którymi pacjenci zgłaszają się do lekarza rodzinnego lub do dermatologa.

Opisano kilkaset tysięcy gatunków grzybów obecnych w środowisku, jednak choroby u ludzi wywołuje zaledwie około trzystu z nich. Objawy zakażeń wywołanych przez poszczególne gatunki mogą być bardzo zróżnicowane. Różnią się również w zależności od zajętej okolicy ciała.

W praktyce klinicznej wyróżnia się trzy grupy grzybów: dermatofity, drożdże oraz pleśnie.

