

Grzybica skóry twarzy u dziecka powikłana zakażeniem szpitalnym *Stenotrophomonas maltophilia* – opis przypadku

Tinea faciei in a child complicated by nosocomial infection with *Stenotrophomonas maltophilia* – a case report

Hanna Myśliwiec, Iwona Flisiak, Anna Baran, Bożena Chodynicka

Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Bożena Chodynicka

Przegl Dermatol 2010, 97, 386–389

STRESZCZENIE

SŁOWA KLUCZOWE:
grzybica skóry twarzy,
zakażenie szpitalne,
Stenotrophomonas maltophilia.

KEY WORDS:
tinea faciei, nosocomial
infection, *Stenotrophomonas
maltophilia*.

Wprowadzenie. W krajach rozwiniętych grzybica skóry twarzy należy do rzadkich zakażeń. Prawidłowe rozpoznanie czynnika etiologicznego jest kluczowe dla włączenia skutecznego leczenia.

Cel pracy. Przedstawienie chorego, u którego nieprawidłowe rozpoznanie i leczenie doprowadziło do powikłań i w efekcie do deformacji twarzy.

Opis przypadku. W obrębie skóry okolicy bródkowej u 11-letniego chłopca powstała drobna zmiana zapalna, która szybko uległa powiększeniu, tworząc głęboki naciek. Mimo nacięcia chirurgicznego, drenażowania oraz szerokowachlarzowej antybiotykoterapii w warunkach szpitalnych, zmiany skórne uległy nasileniu z wytworzeniem owrzodzenia wielkości ok. 2 × 3 cm wypełnionego martwiczym strupem. W bezpośrednim badaniu mikologicznym stwierdzono obecność strzępek grzybni, a z posiewu bakteriologicznego wyhodowano *Stenotrophomonas maltophilia*. W wyniku zastosowanego leczenia ogólnego terbinafiną oraz trimetoprimem z sulfametoksazolem uzyskano prawie całkowite wygojenie z pozostawieniem blizny i deformacji dolnej części twarzy.

Wnioski. W diagnostyce różnicowej zmian zapalnych w obrębie okolicy bródkowej twarzy należy przed rozpoczęciem leczenia zawsze uwzględnić i wykluczyć lub potwierdzić grzybicę.

ABSTRACT

Introduction. Tinea faciei is quite a rare infection in the developed countries. Proper diagnosis of the causative pathogen is essential for successful treatment.

Objective. To present the case of an 11-year-old patient in whom wrong diagnosis and treatment led to complications and finally to face deformation.

Case report. A small inflammatory skin lesion appeared on the chin and extended quickly to form a deep infiltration. Despite surgical incision, drainage and broad-spectrum antibiotics, the skin lesion progressed to an ulceration of 2 × 3 cm in diameter with necrotic crust. In direct mycological smear hyphae were observed and in the culture *Stenotrophomonas maltophilia* was found. Systemic treatment with terbinafine and trimethoprim-sulfamethoxazole led to almost complete healing with a scar and chin deformation as a result.

ADRES DO KORESPONDENCJI:
dr n. med. Hanna Myśliwiec
Klinika Dermatologii
i Wenerologii
Uniwersytet Medyczny
ul. Żurawia 14
15-640 Białystok
e-mail: haniem@umwb.edu.pl

Conclusions. In the differential diagnosis of skin lesions on the chin fungal infection should always be considered, confirmed or ruled out before starting the therapy.

WPROWADZENIE

Grzybice skóry i paznokci, mimo dostępności metod diagnostycznych i leczenia, stanowią nadal istotny problem społeczny. Szacuje się, że 20–25% ludzi na świecie cierpi na te schorzenia, co sprawia, że grzyby są jednym z najczęstszych patogenów człowieka [1]. Najczęściej zmiany skórne wywołują: *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton tonsurans*, *Epidermophyton floccosum* [1]. Do zakażenia może dojść przez kontakt bezpośredni z zakażonym człowiekiem, zwierzęciem lub pośrednio przez ekspozycję na zanieczyszczoną odzież czy nawet glebę. Szczególnie ważnym zagadnieniem jest występowanie różnych postaci grzybicy u dzieci [2, 3]. Narastającym problemem w Europie staje się grzybica skóry głowy, szczególnie u dzieci pochodzących z Afryki [4]. Badania wskazują na rosnącą częstość izolacji dermatofitów ze skóry stóp u dzieci w wieku szkolnym, która nie wiąże się ze zwiększoną zapadalnością na grzybicę paznokci w badanej grupie [3].

CEL PRACY

Przedstawienie 11-letniego chorego, u którego nieprawidłowe rozpoznanie i leczenie doprowadziło do powikłań i w efekcie deformacji dolnej części twarzy.

OPIS PRZYPADKU

Do Kliniki Dermatologii i Wenerologii w Białymstoku przyjęto 11-letniego chłopca z powodu zmian skórnych trwających od ok. 2 miesięcy. Pierwsza zmiana opisywana przez matkę jako „czerwona grudka na skórze brody” powstała w połowie lipca w trakcie pobytu chłopca na obozie harcerskim. Zmiana szybko szerzyła się obwodowo, tworząc naciek. Pod koniec lipca chłopiec był hospitalizowany na oddziale chirurgii dziecięcej, gdzie zmianę nacięto i drenowano, nie uzyskując treści ropnej. Wynik posiewu bakteriologicznego był ujemny, zdjęcie RTG kości czaszki nie wykazało odchyłań od normy. W leczeniu zastosowano ogólnie amoksylicynę z kwasem klawulanowym oraz klindamycynę. Mimo antybiotykoterapii zmiana ulegała progresji,

powiększył się naciek zapalny, w części centralnej powstało głębokie, owalne ognisko martwicy o średnicy ok. 2 × 3 cm. Konsultujący chłopca dermatolog zalecił wykonanie bezpośredniego badania mikologicznego, w którym stwierdzono strzępki grzybni. Pacjent został przyjęty do Kliniki Dermatologii i Wenerologii. Chory nie gorączkował, oprócz zmiany w okolicy brodkowej (ryc. 1.) obserwowano powiększenie węzłów chłonnych podżuchwowych oraz trzy niewielkie ogniska rumieniowo-złuszczające na skórze owłosionej głowy (ryc. 2.). W badaniach laboratoryjnych obserwowano wzrost wskaźników stanu zapalnego. Do leczenia włączono terbinafinę w dawce 125 mg/dzień. W wykonanym ponownie posiewie bakteriologicznym ze zmian skórnych wyhodowano *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*) wrażliwy na trimetoprim/sulfametoksazol oraz piperacylinę z tazobaktamem. W leczeniu dodatkowo zastosowano trimetoprim/sulfametoksazol w dawce 960 mg/dzień przez 14 dni. Po kilku



Rycina 1. Martwicy strup wypełniająca owrzodzenie – zmiany w chwili przyjęcia do kliniki

Figure 1. Necrotic crust filling an ulcer – lesions at admission



Rycina 2. Zmiany w skórze owłosionej głowy w chwili przyjęcia do kliniki

Figure 2. Skin lesions on the scalp at admission



Rycina 3. Zmiany skórne po miesiącu leczenia

Figure 3. Skin lesions after one month treatment

dniach stan zapalny się zmniejszył, martwicze tkanki zostały usunięte. Po miesiącu leczenia terbinafiną zmiana skórna uległa prawie całkowitemu wygojeniu, niestety z dość znacznym ubytkiem tkanek miękkich (ryc. 3.). Chłopca skierowano do dalszego leczenia rekonstrukcyjnego w Klinice Chirurgii Szczękowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

OMÓWIENIE

W opisywanym przypadku początkowe postępowanie było wynikiem mylnej diagnozy. Grzybica skóry może mieć nietypowy obraz kliniczny, co często jest przyczyną stawiania błędnego rozpoznania [5, 6]. Bezpośrednie badanie mikologiczne wykonano dopiero, kiedy zastosowane leczenie okazało się nieskuteczne. Niestety, nie udało się wyhodować i zidentyfikować gatunku grzyba ani znaleźć źródła zakażenia. Przed wystąpieniem zmian chłopiec miał kontakt z prawdopodobnie zdrowym psem kolegi, a w czasie obozu harcerskiego spał na sianie i miał kontakt ze zwierzętami hodowanymi w gospodarstwie rolnym. Potwierdzeniem grzybiczej etiologii zakażenia, poza obecnością strzępek grzybni, była szybka poprawa kliniczna po włączeniu terbinafiny do leczenia ogólnego. Obecność nietypowych dla grzybicy zmian martwiczych może tłumaczyć wtórna infekcja *S. maltophilia*, która była prawdopodobnie wynikiem zakażenia szpitalnego.

Stenotrophomonas maltophilia (wcześniej nazywany *Pseudomonas maltophilia* lub *Xanthomonas maltophilia*) jest nieprzetrwalnikującą Gram-ujemną pałeczką

występującą powszechnie w środowisku wilgotnym (gleba, rośliny, owoce, ścieki, woda) [7]. Jest izolowana także ze sprzętów szpitalnych, takich jak nawilżacze, respiratory, odsysacze lub środki dezynfekcyjne. Uważa się, że w przypadku skolonizowania szpitala, bakterii tej nie da się już z niego wyeliminować. Zakażenie może wystąpić u chorych z obniżoną odpornością, w czasie przedłużającej się hospitalizacji, zwłaszcza na oddziałach intensywnej terapii lub onkologii, a także w czasie szerokowachlarzowej antybiotykoterapii [7–10]. W przypadkach zmian skórnych *S. maltophilia* staje się coraz częściej izolowanym patogenem [11]. Zmiany skórne mogą być wtórne do bakteriemii [12] lub powstać pierwotnie w skórze wcześniej niezmienionej [13]. Spektrum zmian skórnych, które może wywołać *S. maltophilia*, obejmuje: zapalenie tkanki podskórnej, martwicze zapalenie tkanki podskórnej, martwicę tkanek miękkich, niesztowicę oraz owrzodzenia skóry i błon śluzowych. Bakteria jest oporna na leczenie antybiotykami szerokowachlarzowymi, włączając karbapenemy, co wiąże się z trudnościami terapeutycznymi. Trimetoprim/sulfametoksazol jest rekomendowany jako lek z wyboru [14, 15]. Uważa się również, że skuteczna jest tikarcyлина z kwasem klawulanowym. Leczenie to jest zalecane u osób uczulonych na trimetoprim/sulfametoksazol [14].

Podsumowując – w opisywanym przypadku pierwotne zakażenie grzybicze zostało powikłane dodatkowo wewnątrzszpitalnym prawdopodobnie

zakażeniem *S. maltophilia*, co doprowadziło do powstania dużego ubytku skóry i tkanek głębszych. W diagnostyce różnicowej zmian zapalnych w obrębie okolicy bródkowej przed rozpoczęciem leczenia należy zawsze uwzględnić grzybicę i wykonać badania mikologiczne.

Piśmiennictwo

1. Havlickova B., Czaika V.A., Friedrich M: Epidemiological trends in skin mycoses worldwide, *Mycoses* 2008, 51, 2-15.
2. Jankowska-Konsur A., Dyląg M., Szepietowski J.C.: Tinea capitis in southwest Poland. *Mycoses* 2009, 52, 193-194.
3. Pérez-González M., Torres-Rodríguez J.M., Martínez-Roig A., Segura S., Griera G., Triviño L. i inni: Prevalence of tinea pedis, tinea unguium of toenails and tinea capitis in school children from Barcelona. *Rev Iberoam Micol* 2009, 31, 228-232.
4. Hackett B.C., O'Connell K., Caffery M., O'Donnell B.F., Keane F.M.: Tinea capitis in a paediatric population. *Ir Med J* 2006, 99, 294-295.
5. Belhadjali H., Aounallah A., Youssef M., Gocci M., Babba H., Zili J.: Tinea faciei, underrecognized because clinically misleading 14 cases. *Presse Med* 2009, 38, 1230-1234.
6. Criado P.R., Costa A.R., Vasconcellos C., Oliveira Ramos R., Silva C.S. i inni: Tinea faciei in an infant caused by *Microsporum gypseum* simulating a dry impetigo. *Pediatr Dermatol* 2005, 22, 536-538.
7. Apsiarthanarak A., Mayfield J.L., Garsion T., Malendon M., Dipersio J.F., Victoria J. i inni: Risk factors for *Stenotrophomonas maltophilia* bacteremia in oncology patients: a case control study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003, 24, 269-274.
8. Safdar A., Rolson K.V.: *Stenotrophomonas maltophilia*: changing spectrum of a serious bacterial pathogen in patients with cancer. *Clin Infect Dis* 2007, 45, 1602-1609.
9. Son Y.M., Na S.Y., Lee H.Y., Baek J.O., Lee J.R., Roh J.Y.: Ecthyma gangrenosum: a rare cutaneous manifestation caused by *Stenotrophomonas maltophilia* in a leukemic patient. *Ann Dermatol* 2009, 21, 389-392.
10. Ansari S.R., Hanna H., Hachem R., Jiang Y., Rolson K., Raad I.: Risk factors for infections with multi-drug resistant *Stenotrophomonas maltophilia* in patients with cancer. *Cancer* 2007, 109, 2615-2622.
11. Teo W.Y., Chan M.Y., Lam C.M., Chong C.Y.: Skin manifestation of *Stenotrophomonas maltophilia* infection – a case report and review article. *Ann Acad Med Singapore* 2006, 35, 897-900.
12. Guriz H., Ciftci E., Avberkin E., Avsev D., Ince E., Arsan S. i inni: *Stenotrophomonas maltophilia* bacteraemia in Turkish children. *Ann Trop Paediatr* 2008, 28, 129-136.
13. Bin Abdulhak A.A., Zimmerman V., Al Beirouti B.T., Baddour L.M., Tleyjeh I.M.: *Stenotrophomonas maltophilia* infections of intact skin: a systematic review of the literature. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2009, 63, 330-333.
14. Denton M., Kerr K.G.: Microbiological and clinical aspects of infection associated with *Stenotrophomonas maltophilia*. *Clin Microbiol Rev* 1998, 11, 57-80.
15. Nicodemo A.C., Garcia Paez J.I.: Antimicrobial therapy of *Stenotrophomonas maltophilia* infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2007, 26, 229-237.

Otrzymano: 17 XI 2010 r.

Zaakceptowano: 23 XI 2010 r.