

Grzybica głęboka o nietypowej lokalizacji – opis przypadku

Tinea profunda of atypical location – case report

Anna Tchórzewska¹, Michał Zdrodowski², Małgorzata Janczyło-Jankowska¹, Bożena Zdrodowska-Stefanow¹, Iwona Flisiak¹

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Przeł Dermatol 2016, 103, 35–39

DOI: 10.5114/dr.2016.57739

SŁOWA KLUCZOWE:

Trichophyton mentagrophytes, grzybica głęboka, nietypowa lokalizacja.

KEY WORDS:

Trichophyton mentagrophytes, tinea profunda, rare location.

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Grzybica głęboka umiejscawia się głównie w obrębie skóry owłosionej głowy i brody. Lokalizacja w obrębie wzgórka łonowego należy do rzadkości.

Cel pracy. Przedstawienie przypadku grzybicy głębokiej o nietypowej lokalizacji.

Opis przypadku. Pacjentka 19-letnia, właścicielka chomika, wyczuła w obrębie wzgórka łonowego niebolesny guzek. Kilka dni wcześniej wykonała depilację mechaniczną tej okolicy. Po paru dniach w okolicy guzka pojawiło się zaczerwienienie i niewielkie złuszczenie naskórka. W leczeniu ambulatoryjnym stosowała początkowo miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe, a następnie doustne antybiotyki. Pomimo leczenia stan zapalny się nasilił. Chora została przyjęta do Kliniki Ginekologii, skąd po konsultacji została przeniesiona do Kliniki Dermatologii z rozpoznaniem ropnego zapalenia skóry sromu i wzgórka łonowego. Wyniki wykonanych dwukrotnie badań bakteriologicznych były ujemne, natomiast w badaniu mikologicznym bezpośrednim wykazano obecność grzybni. Na podstawie hodowli zidentyfikowano *Trichophyton mentagrophytes varietas granulorum*. W leczeniu ogólnym zastosowano terbinafinę oraz flukonazol z dobrym efektem.

Wnioski. Nietypowe umiejscowienie infekcji grzybiczej może stanowić poważny problem diagnostyczno-terapeutyczny.

ABSTRACT

Introduction. Tinea profunda typically involves the scalp and beard. Infection within the mons pubis is rare.

Objective. To present a case of tinea profunda in a rare location.

Case report. A 19-year-old female, the owner of a hamster, noticed a nodule on her mons pubis. She had shaved this part of the skin some days before. The skin surrounding the nodule became erythematous and slightly scaly soon. She was treated with topical corticosteroids and oral antibiotics after consultation at an outpatient clinic. Despite the treatment, exacerbation of skin lesions was observed. The patient was admitted to the Department of Gynecology and, after consultation, was referred to the Department of Dermatology with the preliminary diagnosis of bacterial skin infection of the mons pubis and vulval area. Bacteriological tests were negative twice. Fungal mycelium was demonstrated on direct mycological examination and *Trichophyton men-*

ADRES DO KORESPONDENCJI:

lek. med. Anna Tchórzewska
Klinika Dermatologii
i Wenerologii
Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku
ul. Żurawia 14
15-540 Białystok
tel.: +48 85 740 95 72
e-mail:
tchorzewska.ann@gmail.com

tagrophytes var. *granulosum* was cultured. The patient was successfully treated with terbinafine, then fluconazole.

Conclusions. Atypical location of fungal infection may cause a diagnostic and therapeutic dilemma.

WPROWADZENIE

Dermatofity są bardzo rozpowszechnione na świecie. Znanych jest ponad 40 gatunków, z czego około połowa to dość częste patogeny człowieka. Ze względu na miejsce bytowania dermatofity dzieli się na grzyby antropofilne, zoofilne i geofilne. Naturalnym środowiskiem dla dermatofitów zoofilnych są zwierzęta, wywołują one grzybicę zarówno u ludzi, jak i zwierząt. Gdy dochodzi do zakażenia człowieka, zazwyczaj powstaje nasilony odczyn zapalny. Do tej grupy należą m.in. rodzaje *Trichophyton* (T.) i *Microsporum*. Najbardziej liczny i zróżnicowany jest rodzaj *Trichophyton*. W badaniach nad epidemiologią zakażeń dermatofitowych w populacji dolnośląskiej najczęściej izolowanym patogenem w latach 2003–2008 był *T. rubrum* (59,27–59,4%) [1–3]. Podobne były wyniki badań pacjentów Pracowni Mikologicznej Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Bydgoszczy w latach 1996–2000. Wśród dermatofitów najczęściej stwierdzano *T. rubrum* (41,6%) i kolejno *T. mentagrophytes* (*T. mentagrophytes* varietas – var. *granulosum* i var. *interdigitale*) (26,9%) oraz *Microsporum canis* (8,2%) [4]. W ośrodkach gdańskim i dolnośląskim najczęstszym czynnikiem etiologicznym grzybicy u dzieci i młodzieży był *M. canis* [3, 5].

Trichophyton mentagrophytes var. *granulosum* wywołuje różne postacie kliniczne grzybicy u ludzi, głównie grzybicę strzygącą głęboką brody i owłosionej skóry głowy oraz grzybicę skóry gładkiej [6]. Grzybica głęboka (zwana też grzybicą z odczy-

nem zapalnym) zlokalizowana w obrębie wżgórka łonowego należy do rzadkości. *Trichophyton mentagrophytes* wywołuje także grzybicę strzygącą u wszystkich zwierząt hodowlanych i laboratoryjnych, a także u zwierząt dzikich. Najczęściej infekcja występuje u koni, osłów, zwierząt futerkowych oraz bydła, owiec, psów i kotów. U małych gryzoni (świniki morskie, króliki, chomiki) może nastąpić samoistne wyleczenie pierwotnego ogniska, choć pozostają one nosicielami i mogą stanowić źródło zakażenia. W przypadku *T. mentagrophytes* var. *granulosum* bardzo łatwo dochodzi do szerzenia się zakażenia ze zwierzęcia na człowieka [5–7].

CEL PRACY

Przedstawienie pacjentki z rozpoznaną grzybicą głęboką zlokalizowaną w obrębie wżgórka łonowego.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka 19-letnia, uczennica liceum, właścicielka chomika, została przyjęta do Kliniki w celu leczenia zmian zapalnych w obrębie skóry sromu i wżgórka łonowego. Przy przyjęciu w badaniu dermatologicznym obserwowano w tej lokalizacji liczne bolesne palpacyjnie nacieki zapalne z obecnością wydzieliny ropnej, zasychającej w powierzchowne strupy (ryc. 1). Stwierdzono ponadto powiększone, bolesne węzły chłonne pachwinowe po stronie lewej bez odczynu zapalnego skóry okolicy pachwiny. W badaniach laboratoryjnych nie obserwowano odchyleń od normy.

Z danych z wywiadu wynikało, że pierwsza zmiana skórna o charakterze niebolesnego guzka wielkości ziarna grochu zlokalizowana w obrębie wżgórka łonowego pojawiła się miesiąc po wykonaniu depilacji mechanicznej tej okolicy. Po kilku dniach w okolicy guzka wystąpiło zaczerwienienie i niewielkie złuszczenie naskórka. W leczeniu ambulatoryjnym zastosowano początkowo miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe, a następnie doustnie amoksylicynę z kwasem klawulanowym. W trakcie antybiotykoterapii stan zapalny nasilił się, wystąpiły stany podgorączkowe i pojawił się ból w obrębie pachwiny lewej utrudniający ruchy kończyny dolnej. W szóstej



Rycina 1. Grzybica głęboka okolicy łonowej przed leczeniem

Figure 1. Tinea profunda of mons pubis before treatment

dobie przyjmowania antybiotyku z powodu braku klinicznej poprawy pacjentkę skierowano do poradni chirurgicznej. Część nacieków zapalnych nacięto i założono sączki. Zlecono empirycznie sulfameto-ksazol/trimetoprim i metronidazol doustnie. Pomimo tego leczenia pacjentka gorączkowała (temperatura do 38,0°C). Chorą skierowano do Kliniki Ginekologii, gdzie zastosowano leczenie klindamycyną i cefotaksymem dożylnie – bez efektu terapeutycznego, a po konsultacji pacjentkę przeniesiono do Kliniki Dermatologii.

W trakcie pobytu w klinice wykonano dwukrotnie badania bakteriologiczne treści ropnej ze zmian skórnych, których wyniki były ujemne, natomiast w badaniu mikologicznym bezpośrednim wykazano obecność grzybni oraz dość licznych zarodników. Na podstawie hodowli zidentyfikowano *T. mentagrophytes* var. *granulosum* (ryc. 2). W tym samym czasie ambulatoryjnie zdiagnozowano i leczono grzybicę skóry gładkiej (wywołaną *T. mentagrophytes*) u młodszej siostry pacjentki, a u chomika zaobserwowano ogniskową utratę sierści. Do leczenia u chorej włączono ogólnie terbinafinę w dawce 250 mg/dobę (28 dni) oraz preparaty miejscowe (40% maść ichtiolowa, bifonazol). Po 4 tygodniach terapii ze względu na dodatni wynik badania mikologicznego bezpośredniego ze skóry wzgórka łonowego podano flukonazol (200 mg co 7 dni przez 7 tygodni) i miejscowo stosowano preparat terbinafiny i jodopowidonu. W wykonanym po zakończeniu leczenia flukonazolem badaniu mikologicznym stwierdzono obecność nielicznych skupisk zarodników. Zalecono

kontynuację terapii flukonazolem w tej samej dawce przez kolejne 7 tygodni.

Po 18 tygodniach leczenia zarówno wynik badania mikologicznego bezpośredniego, jak i hodowla były ujemne. W badaniu dermatologicznym stwierdzono całkowite ustąpienie stanu zapalnego z pozostawieniem niewielkiej blizny (ryc. 3).

OMÓWIENIE

Przypadek opisano ze względu na nietypowe umiejscowienie infekcji, które może stanowić problem diagnostyczno-terapeutyczny, a także w celu podkreślenia roli drobnych udomowionych grzyzoni w szerzeniu się zakażeń grzybiczych. U przedstawionej pacjentki prawdopodobnymi wrotami zakażenia było uszkodzenie bariery naskórkowej wywołane depilacją mechaniczną, a źródłem infekcji – chomik, u którego obserwowano ogniskową utratę sierści. Stosowanie preparatów glikokortykosteroidowych wywołało miejscowy efekt immunosupresyjny, co mogło ułatwić szerzenie się zakażenia w głąb tkanek.

W piśmiennictwie polskim nie znaleźliśmy opisu przypadku grzybicy w tej lokalizacji, natomiast w literaturze zagranicznej – nieliczne prace, w tym 4, gdzie patogenem wywołującym był *T. mentagrophytes* [8–11]. W pozostałych pracach zidentyfikowano *T. verrucosum*, *M. canis* i *T. erinacei* [12]. Czynniki ryzyka opisywanymi przez autorów były depilacja mechaniczna, kontakt ze zwierzętami (fretką, kotem i psem) oraz stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów [8–11]. W terapii stosowano głównie itraconazol oraz terbinafinę.

W dostępnym piśmiennictwie na określenie grzybicy głębokiej okolicy sromu używano dwóch pojęć: ziarniniak Majocchiego oraz kerion [8, 10]. Wydaje się, że terminologia ta stosowana jest wymiennie.



Rycina 2. Kolonie *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulosum* na podłożu Sabourauda

Figure 2. Colonies of *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulosum* on Sabouraud agar



Rycina 3. Grzybica głęboka okolicy łonowej po 18 tygodniach terapii ogólnej

Figure 3. *Tinea profunda* of mons pubis after 18 weeks of systemic therapy

Ziarniniak Majocchiego (*granuloma trichophyticum*) jest przewlekłym, śródskórnym lub podskórnym zakażeniem dermatofitowym. Powstaje z powierzchownego zakażenia dermatofitowego z następczym wniknięciem grzybni przez uszkodzone mieszki włosowe do skóry właściwej. W badaniu dermatologicznym stwierdza się w obrębie ognisk rumieniowo-złuszczających przymieszkowe grudki i krosty. Najczęstszym patogenem wywołującym jest *T. rubrum*, jednak stwierdzano także *T. mentagrophytes* [9, 13]. Opisano dwa typy ziarniniaka Majocchiego. Pierwszy, powierzchowny, występuje u ogólnie zdrowych osób, często ze współistniejącą grzybicą stóp, np. u kobiet po goleniu nóg. W obrazie klinicznym przeważają grudki przymieszkowe, mogą także występować krosty. Drugi typ, głęboki, dotyczy osób w stanie immunosupresji, np. z cukrzycą, białaczką, zespołem Cushinga, po przeszczepach, i charakteryzuje się spoistymi lub rozmiękającymi guzami, a także ropniami w obrębie owłosionej skóry głowy, twarzy lub rąk i przedramion. Postać głęboka ziarniniaka Majocchiego może imitować inne choroby, takie jak zapalenie tkanki podskórnej, zakażenie bakteryjne, mykobakteriozy niegruźlicze, a także schorzenia nieinfekcyjne, co może opóźniać ustalenie prawidłowej diagnozy [9].

Kerion ma charakter ostro zapalnego guza z obecnością krost oraz gęstej wydzieliny na powierzchni, z towarzyszącą bolesnością i tkliwością oraz powiększonymi, bolesnymi lokalnymi węzłami chłonnymi. Wtórnie zmiana może być nadkażona bakteryjnie, co w połączeniu ze zmienionymi zapalnie węzłami chłonnymi może utrudniać rozpoznanie grzybicy. Kerion przez niektórych autorów jest uznawany za formę ziarniniaka trichofitycznego i różni się od ziarniniaka Majocchiego lokalizacją. Kerion występuje głównie w skórze owłosionej głowy i brody, a ziarniniak Majocchiego w obrębie skóry goleni i nadgarstka [14].

W przypadku utrzymujących się zapalnych zmian skórnych w obrębie sromu niereagujących na antybiotykoterapię ogólną należy rozważyć diagnostykę w kierunku grzybicy. Ze względu na naturę grzybicy głębokiej samo badanie preparatu bezpośredniego z KOH może nie wystarczyć do ustalenia rozpoznania. Należy wykonać badanie hodowlane włosów, a w razie podejrzenia ziarniniaka Majocchiego wykonać biopsję z barwieniem PAS oraz pobrać materiał do hodowli mykologicznej.

Za główne źródła zakażeń ludzi dermatofitami zoofilnymi uznaje się zwierzęta, zwłaszcza towarzyszące człowiekowi psy i koty. Warto jednak zwrócić uwagę na różne gatunki drobnych ssaków, coraz częściej żyjących w warunkach domowych (np. świnki morskie, chomiki, szczury) jako potencjalne źródła infekcji. *Trichophyton mentagrophytes* jest dermatofi-

tem izolowanym najczęściej od gryzoni [15]. Wśród badanych gatunków zwierząt bezobjawowe nosicielstwo dotyczyło przede wszystkim chomików, u których nie stwierdzano zmian skórnych, a 16,7% było nosicielami *T. mentagrophytes*.

WNIOSKI

Nietypowa lokalizacja grzybicy głębokiej może stanowić problem diagnostyczno-terapeutyczny. Przed rozpoczęciem leczenia rozpoznanie grzybicy powinno być potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, gdyż często kliniczne objawy zakażeń grzybiczych mogą przypominać inne dermatozy. Trzeba też pamiętać, że małe, udomowione gryzonia mogą stanowić potencjalne źródło zakażenia dla ludzi.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Kalinowska K., Hrynczewicz-Gwóźdź A., Plomer-Niezgoda E.: Różnicowanie dermatofitów z rodzaju *Trichophyton*. *Mikol Pol* 2009, 16, 171-177.
2. Kalinowska K., Hrynczewicz-Gwóźdź A., Plomer-Niezgoda E., Jagielski T.: Epidemiologia zakażeń grzybami dermatofitowymi w populacji dolnośląskiej w latach 2004-2008. *Mikol Pol* 2010, 17, 165-168.
3. Jankowska-Kosur A., Dyląg M., Hrynczewicz-Gwóźdź A., Plomer-Niezgoda E., Szepietowski J.C.: A 5-year survey of dermatomycosis in southwest Poland, years 2003-2007. *Mycoses* 2011, 54, 162-167.
4. Mrotek M., Zegarska B., Zimna M., Budna W.: Grzyby chorobotwórcze w materiale Pracowni Mikologicznej Wojewódzkiej Przychodni Dermatologicznej w Bydgoszczy w okresie styczeń 1996-sierpień 2000. *Mikol Pol* 2001, 8, 153-157.
5. Lange M., Nowicki R., Barańska-Rybak W., Bykowska B.: Dermatophytosis in children and adolescents in Gdansk, Poland. *Mycoses* 2004, 47, 326-329.
6. Rzewuska D.: Odzwierzęce zakażenia *Trichophyton* sp. u ludzi. *Mikol Pol* 2008, 15, 161-163.
7. Adamski Z., Hasse-Cieślińska M.: Grzybice odzwierzęce. [w:] *Mikologia lekarska dla lekarzy i studentów*. Z. Adamski, H. Batura-Gabryel (red.), UM Poznań, Poznań, 2007, 60-73.
8. Beckheinrich P., Nenoff P., Rytter M., Haustein U.F.: *Tinea corporis* und *kerion celsi* des *mons pubis* durch *Trichophyton mentagrophytes*. *Akt Dermatol* 2001, 27, 37-41.
9. Chang S.E., Lee D.K., Choi J.H., Moon K.C., Koh J.K.: Majocchi's granuloma of the vulva caused by *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses* 2005, 48, 382-384.
10. Bougrine A., Villeneuve-Tang C., Bouffard D., Rouleau D., Chartier S.: Kerion of the vulva caused by *Trichophyton mentagrophytes*. *J Cutan Med Surg* 2014, 18, 206-209.
11. Shreberk-Hassidim R., Ramot Y., Maly A., Horev L., Zlotogorski A.: Kerion celsi of the vulva: an usual location. *J Mycol Med* 2014, 24, 359-361.
12. Grunewald S., Pasch U., Gräser Y., Glander H.J., Simon J.C., Nenoff P.: Scarring tinea profunda in the pubic

- area due to *Trichophyton verrucosum*. *Hautarzt* 2006, 57, 811-813.
13. **Nenoff P., Krüger C., Schaller J., Ginter-Hanselmayer G., Schulte-Beerbühl R., Tietz H.:** Mycology – an update Part 2: Dermatomycoses: clinical picture and diagnostics. *Dtsch J Dermatol* 2014, 12, 749-773.
 14. **Margolis D.J., Weinberg J.M., Tangoren I.A., Cheney R.T., Johnson Jr. B.L.:** Trichophytic granuloma of the vulva. *Dermatology* 1998, 197, 69-70.
 15. **Orłowska B., Compa A., Czujkowska A.:** Małe gryzonie jako potencjalne źródło zakażenia dermatofitami dla człowieka i zwierząt. *Mikol Pol* 2010, 17, 103-107.

Otrzymano: 9 VII 2015 r.

Zaakceptowano: 2 XII 2015 r.