



## Εν τω βάθει μυκητίαση – Παρουσίαση περιστατικού με οζίδια και πλάκες

Ιωάννα Λάκουρα, Βασίλειος Παπαρίζος, Βαρβάρα Βασάλου, Αλέξανδρος Ι. Στρατηγός

Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, ΕΚΠΑ – Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός

## Deep Mycosis – Case Presentation with nodules and plaques

Ioanna Lakoura, Vasilios Paparizos, Varvara Vasalou, Alexandros Stratigos

1st Department of Dermatology – Venereology, NKUA – Andreas Sygros Hospital

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εν τω βάθει μυκητίαση του δέρματος είναι μία σπάνια νοσολογική οντότητα με χαμηλή επίπτωση στους ανοσοεπαρκείς ενήλικες. Όμως οι υποδόριες και συστηματικές μυκητιασικές λοιμώξεις είναι σχετικά συχνές στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς ή σε τροπικά κλίματα. Σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία των λοιμώξεων αυτών, καθώς μπορεί να ταλαιπωρούν τους ασθενείς για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>1</sup>

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** Εν τω βάθει μυκητίαση, υποδόριες μυκητιασικές λοιμώξεις

### ABSTRACT

Deep cutaneous mycosis is a rare pathological entity with a low incidence in immunocompetent adults. However subcutaneous and systemic fungal infections are relatively common in immunocompromised patients or in tropical climates. The early recognition and treatment of these infections is important, as they may cause serious problems to the patients for a long time.<sup>1</sup>

**KEYWORDS:** Deep mycosis, subcutaneous fungal infections

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μυκητιάσεις του δέρματος διακρίνονται σε επιπολής ή επιφανειακές, εν τω βάθει ή υποδόριες και συστηματικές. Οι επιπολής μυκητιάσεις του δέρματος και

των εξαρτημάτων του είναι επιφανειακές λοιμώξεις (προσβάλλουν την κερατίνη στιβάδα) και οφείλονται κυρίως σε δερματόφυτα, σε ζυμομύκητες του γένους *Candida* και σε λιπόφιλους ζυμομύκητες του γένους *Malassezia* (γνωστοί και ως *Pityrosporum*). Οι εν τω



βάθει μυκητιάσεις αφορούν βαθύτερες στιβάδες του δέρματος (το χόριο, τον υποδόριο ιστό, ακόμη και τα οστά). Οι βαθύτερες μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων τη σποροτρίχωση και τη χρωμοβλαστομύκωση. Οι συστηματικές μυκητιάσεις χωρίζονται σε 2 (δύο) επιμέρους κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει μυκητιάσεις που οφείλονται σε «αληθινά» παθογόνους μύκητες με κύριους εκπροσώπους την ιστοπλάσμωση, βλαστομύκωση, κοκκιδιοϊδομύκωση και παρακοκκιδιοϊδομύκωση. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει μυκητιάσεις που οφείλονται σε «ευκαιριακά» παθογόνους μύκητες και εκδηλώνονται σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται η συστηματική καντιντίαση, η ασπεργίλωση και η κρυπτοκόκκωση.<sup>2</sup>

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζουμε μία περίπτωση εν τω βάθει μυκητίασης σε έναν ασθενή του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», η οποία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Πρόκειται για έναν άρρενα ασθενή 76 ετών, ο οποίος προσήλθε στα Ιατρεία του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» λόγω εμφάνισης εξανθήματος, αποτελούμενο από οζίδια, ερυθματολεπιδώδεις διηθημένες πλάκες καθώς και ολιγάριθμες εξελκώσεις με συνοδό απολέπιση, όπως φαίνεται στις Εικόνες 1-4. Η εντόπιση του εξανθήματος αφορούσε στα άνω άκρα και συγκεκριμένα σε δάκτυλα, παλάμες, αντιβράχια και αγκώνες καθώς και στα κάτω άκρα σε πέλματα και δάκτυλα. Το



**ΕΙΚΟΝΑ 1** | Οζίδια και διηθημένες πλάκες σε άκρες χείρες.



**ΕΙΚΟΝΑ 2** | Οζίδια και διηθημένες πλάκες σε αριστερή άκρα χείρα.



**ΕΙΚΟΝΑ 3** | Ερυθροϊώδη οζίδια σε αγκώνα.



**ΕΙΚΟΝΑ 4** | Οζίδια σε δείκτη.

εξάνθημα εμφανίστηκε προ τριμήνου και είχε πορεία βραδέως επεκτεινόμενη. Χαρακτηριστική ήταν η απουσία κνησμού. Ο ασθενής είχε εφαρμόσει στο εξάνθημα διάφορες τοπικές θεραπείες όλο το διάστημα αυτό, χωρίς όμως να παρατηρηθεί βελτίωση της κλινική του εικόνας.

Με βάση την εικόνα του εξανθήματος και κυρίως την παρουσία των οζιδίων η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο διάφορα κοκκιωματώδη νοσήματα, όπως φαίνεται παρακάτω:

- Φυματίωση
- Λέπρα
- Λοίμωξη από άτυπα μυκοβακτηρίδια (Avium, Marginum κλπ)
- Λειψμανίαση
- Σαρκοείδωση
- Εν τω βάθει μυκητίαση
- Δακτυλιοειδές κοκκίωμα
- Συφιλιδικά κομμιώματα

Προς διερεύνηση του εξανθήματος πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος, ο οποίος περιελάμβανε γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο, δείκτες φλεγμονής (ΤΚΕ, CRP) και Quantiferon, ο οποίος δεν ανέδειξε παθολογικά ευρήματα. Ακολούθως διενεργήθηκαν ορολογικός έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και ακτινογραφία θώρακος, χωρίς να διαπιστωθεί κάποια παθολογία που θα μπορούσε να συσχετιστεί με το παρόν εξάνθημα.

Επιπρόσθετα πραγματοποιήθηκε άμεση μικροσκόπηση μετά από λήψη υλικού (λέπια) από τις ύποπτες βλάβες (παλαμιαία επιφάνεια αριστερής άκρας χείρας) και κατεργασία με διάλυμα 10% ΚΟΗ. Το αποτέ-

λεσμα της εξέτασης δεν επιβεβαίωσε την παρουσία υφών μυκήτων στα ληφθέντα παρασκευάσματα.

Την απάντηση στην αιτιολογία του εξανθήματος έδωσε η ιστολογική εξέταση μετά από πραγματοποιηθείσα βιοψία από την αριστερή παλάμη. Σύμφωνα με την ιστολογική έκθεση παρατηρήθηκαν εκσεσημασμένες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις και θέσεις αποστηματοποίησης στο ληφθέν παρασκεύασμα. Η διενεργηθείσα χρώση PAS ανέδειξε την ύπαρξη άφθονων κόκκων ενδοκυτταρίως καθώς και εξωκυτταρίως. Το συμπέρασμα της ιστολογικής έκθεσης κατέληγε στην παρουσία ιστολογικών ευρημάτων συμβατών προς την εν τω βάθει μυκητίαση.

Σχετικά με την καλλιέργεια για μύκητες από το ιστοκό τεμάχιο, δεν απομονώθηκε το είδος του μύκητα στο ληφθέν δείγμα. Ωστόσο παρατηρήθηκαν σπόρια με διπλό τοίχωμα, γεγονός που συνάδει με το αποτέλεσμα της ιστολογικής έκθεσης για εν τω βάθει μυκητίαση.

Ως θεραπεία χορηγήθηκε στον ασθενή συστηματική αντιμυκητιασική αγωγή με ταμπλέτες Τερμπιναφίνης (Terbinafine) 250mg σε δοσολογία 1 (μία) ταμπλέτα ημερησίως. Επιπλέον εφαρμόστηκε τοπική αντιμυκητιασική αγωγή με Κυκλοπιροξολαμίνη (Cyclopiroxolamine) 1 (μία) φορά την ημέρα. Η διάρκεια της θεραπείας ήταν 6 μήνες. Επικουρικά διενεργήθηκε κρυοθεραπεία στις επίμονες βλάβες.

Το αποτέλεσμα μετά από τη χορηγηθείσα θεραπεία ήταν μία θεαματική βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς με σημαντική υποχώρηση των οζιδίων και των διηθημένων πλακών, πλήρη εξάλειψη της φλεγμονής και της απολέπισης και παρουσία ενός μόνο ήπιου ερυθρήματος στις περιοχές του εξανθήματος. Στις Εικόνες 5-6 αναδεικνύεται η σαφώς βελτιωμένη εικόνα του εξανθήματος μετά το πέρας της θεραπείας.



**ΕΙΚΟΝΑ 5** | Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Υποχώρηση των οζιδίων και των διηθημένων πλακών.



**ΕΙΚΟΝΑ 6** | Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Υποχώρηση των οζιδίων και των διηθημένων πλακών.



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διάγνωση της εν τω βάθει μυκητιάσης γίνεται συχνά με καθυστέρηση και πολλές φορές είναι δύσκολη η διαφορική της διάγνωση από άλλα νοσήματα, νεοπλασματικά και μη. Βάσει μελετών - που διεξήχθησαν κατά κύριο λόγο σε τροπικές περιοχές - προκύπτει ότι οι εν τω βάθει μυκητιασικές λοιμώξεις εκδηλώνονται με μια πληθώρα κλινικών εικόνων και συμπτωμάτων και χαρακτηρίζονται από βραδεία ανάπτυξη. Διογκώσεις στην περιοχή του προσώπου και του μετωπιαίου κρανίου, ερυθματώδεις πλάκες, ερυθματώδη ή εξελκωμένα ή νεκρωτικά οζίδια, επίσταξη και πόνος είναι μερικές από τις συχνότερες εκδηλώσεις.

Οι εν τω βάθει μυκητιάσεις εμφανίζονται κυρίως ως δερματικές βλάβες σε ανοσοεπαρκή άτομα και συχνά προκαλούν μια φλεγμονώδη απάντηση που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό κοκκιδώματος. Η διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να επιτευχθεί με ιστολογική εξέταση και διενέργεια χρώσης PAS με σκοπό τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μυκήτων. Η κλινική αναγνώριση και η επαρκής γνώση της παθολογίας αυ-

τών των μυκητιάσεων μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των ασθενών.<sup>3,4</sup>

Άτυπη κλινική εικόνα μπορεί να εμφανίσουν οι εν τω βάθει μυκητιασικές λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Οι συνήθεις αιτίες ανοσοανεπάρκειας είναι οι παρακάτω:

- Λοίμωξη από το ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus, HIV)
- Συστηματική κακοήθεια
- Ουδετεροπενία
- Μετά από μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου ή μεταμόσχευση μυελού των οστών
- Μετά από μείζονα χειρουργική επέμβαση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας με έναρξη στην ενήλικη ζωή
- Ακραίες ηλικιακές ομάδες (ηλικιωμένοι ασθενείς, νεογνά - βρέφη)

Στους ανωτέρω ασθενείς οι εν τω βάθει μυκητιάσεις σχετίζονται με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τα ποσοστά θνησιμότητας κυμαίνονται από 4% έως 10% σε εντοπισμένες λοιμώξεις και μπορεί να φτάσουν 83% έως 94% σε διάχυτη νόσο.<sup>4</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Carrasco-Zuber JE, Navarrete-Dechent C, Bonifaz A, Fich F, Vial-Letelier V, Berroeta-Mauriziano D. Cutaneous Involvement in the Deep Mycoses: A Literature Review. Part I-Subcutaneous Mycoses. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Dec;107(10):806-815. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2016.05.017. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27374381
2. Bologna J, Jorizzo J, Rapini R, (2003). *Dermatology*, Spain, Mosby, Elsevier Limited
3. Samaila MO, Abdullahi K. Cutaneous manifestations of deep mycosis: an experience in a tropical pathology laboratory. *Indian J Dermatol.* 2011 May;56(3):282-6. doi: 10.4103/0019-5154.82481. PMID: 21772588; PMCID: PMC3132904
4. Gonzalez Santiago TM, Pritt B, Gibson LE, Comfere NI. Diagnosis of deep cutaneous fungal infections: correlation between skin tissue culture and histopathology. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Aug;71(2):293-301. doi: 10.1016/j.jaad.2014.03.042. Epub 2014 May 15. PMID: 24836547

Συγγραφέας Αλληλογραφίας

**I. Λάκουρα**

Ειδ. Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας

Α' Παν/κή Κλινική Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων «Α. Συγγρός»

email: [ilakouramail@gmail.com](mailto:ilakouramail@gmail.com)