

Tinea incognito, mint differenciáldiagnosztikai probléma a bőrgyógyászatban

Tinea incognito: a differential diagnostic problem of dermatology

MÁTHÉ MIKLÓS DR., PÓNYAI KATINKA DR., OSTORHÁZI ESZTER DR.,
HARMOS FERENC DR., ERŐS NÓRA DR., HÁRSING JUDIT DR., KÁRPÁTI SAROLTA DR.

Semmelweis Egyetem Budapest Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

ÖSSZEFOGLALÁS

Tinea incognitonak nevezzük a bőr dermatophyton gombák okozta megbetegedését, amikor a klinikai képet téves kezdeti diagnózis, vagy korábbi kórelőzmény miatt alkalmazott kortikoszteroid-tartalmú gyógyszerek jelentősen módosítják, tovább nehezítve a korrekt diagnózis felállítását. A tinea incognito főként ekzema, pyoderma klinikai képét utánozva jelentkezik, de számos más bőrbetegséggel is összekeverhető, mint pl. psoriasis, discoid lupus erythematosus, rosacea, seborrhoeás dermatitis stb.

A tinea incognito korrekt diagnosztikája csak laboratóriumi módszerekkel lehetséges. A kórkép felhívja a figyelmet a mikológiai vizsgálat nélkül, kizárólag klinikai kép alapján felállított diagnózisok veszélyeire erythemás, hámló, vagy pustulosus tünetek esetén.

Kulcsszavak:
tinea incognito - szteroid - mikológiai vizsgálat

SUMMARY

Tinea incognito is a cutaneous dermatophytic infection in which topical or systemic corticosteroids or rarely other immunosuppressants were administered due to dermatological misdiagnosis or in pre-existing other pathologies. This medication modified the clinical symptoms, transforming the typical ringworm and presenting further diagnostic difficulties. Tinea incognito often mimicks other skin diseases, mainly psoriasis, discoid lupus erythematosus, rosacea or seborrheic dermatitis.

The diagnosis of tinea incognito should be always confirmed by laboratory studies. Mycological examination is always suggested in erythematous, desquamating or pustular skin symptoms.

Key words:
tinea incognito - steroid - mycological examination

A tinea incognito mint betegség a modern bőrgyógyászati kezelések eredményeivel párhuzamosan jelent meg, főként a kortikoszteroidok nem rendeltetésszerű használatából adódóan.

Először 1968-ban írta le *Ive and Marks* (1), mint szteroid-tartalmú externa kiterjedt alkalmazásának következtében szétterjedő dermatomycosis, amelyet kezelés lokális mellékhatásai is színezhetnek (bőratrófia, teleangiectasia) (1, 2).

Ismert tény, hogy az induló mikózist a betegek nem egyszer önkezeléssel – ez gyakran szteroid tartalmú externát jelent – próbálják megoldani, különösen ha valamilyen korábbi bőrgyógyászati betegségben ez hatásosnak bizonyult, vagy a páciensnek amúgy is állandó, kezelt dermatológiai alapbetegsége van. Egy 207 esetet feldolgozó közlés szerint a tinea incognitoban szenvedő betegek egyharmada

psoriasisban is szenved, vagy atópiás kórelőzménnyel bír (2) Sajnos számos esetben a kezelőorvos (házi orvos, dermatológus stb.) állít fel téves iránydiagnózist – kizárólag a tünettan alapján, mikológiai vizsgálat nélkül.

A fertőzés oka zömmel antropofil kórokozó (főként *Trichophyton (T.) rubrum*) ez esetben kiinduló forrás lehet a beteg lábán levő interdigitális, vagy onychomycosis; vagy zoofil (*Trichophyton (T.) mentagrophytes var. mentagrophytes*, *Microsporum (M.) canis*, stb.), ritkán geofil fertőzés (*Microsporum (M.) gypseum*) (2- 5). A zoophil fertőzések általában hevesen zajlanak és jelentős pustulaképződés figyelhető meg, ezért akár pyoderma-val keverhetők (2).

A nem gyógyuló folyamat gyakran *circulus vitiosus*-t indít be: a súlyosbodó tünetek a szteroid még kiterjedtebb használatához vezethetnek, amely a lokális immunszup-



1. ábra

A tinea faciei jelentős differenciáldiagnosztikai probléma, különösen korábbi helytelen kezelés esetén

resszió miatt testszerte fölgyorsítja a gombák terjedését a szárazrétegben. A viszkető tünetek exkoriációjával a beteg maga viszi szét a körme alatt meggyűlő kaparékkal a fertőzést. A súlyosbodó tünetekre gyakran még potensebb kezelés a válasz (1, 2).

Ha nem történik meg a diagnózis revíziója, következő lépcsőfokként *per os* kortikoszteroid adása is bekövetkezhet. Az így általánossá váló immunkompromittált állapotban a szétterjedő, megtévesztő megjelenésű mikózis akár kórházi fekvőbeteg osztályra történő felvételhez vezethet.

Másrésről, a krónikus bőrbetegségben szenvedők, akik vagy helyi kezelésként vagy szisztémásan kortikoszteroid terápiában részesülnek, esendőbbek a fertőzések – így a gombás infekciók – iránt. A tinea incognito 40%-ában a beteg szisztémás szteroid kezelésben részesül valamilyen bőr, – vagy belgyógyászati okból, az esetek egyharmadában pedig psoriasis vagy ismert atópiás dermatitis áll fent (2). A kialakult, az immunszuppresszív kezelés által is módosított kevert klinikai kép megtévesztő lehet, mert a szuperinfekció gyakran fokozza, triggereli az alapbetegség tüneteit is.

Klinikai megjelenése és a felállított téves diagnózisok igen változatosak: egy kiterjedt olasz vizsgálat (2) szerint az esetek 40%-ban ekzemaként, 17%-ban pyodermaként

kezelték. Elgondolkodtató, hogy a bőrfolyamat a cikk adatai szerint 8% -ban rosaceát utánozó megjelenési formában jelentkezett, illetve 3,5%-ban seborrhoeás dermatitis-szerű képet adhat.

Ez utóbbi tény – az ekzema – szerű tineákkal együtt-felhívja a figyelmet a tinea faciei-re, mint differenciáldiagnosztikában fontos betegségre (1. ábra). Irodalmi adat szerint tinea faciei esetén a betegek 35%-át téves kórismével félrekezelik (2, 6, 7).

A fel nem ismert gombás fertőzés az esetek mintegy 6,5%-ában psoriasist utánozott, 7%-ban pedig discoid lupus erythematosus-nak diagnosztizálták a beteget. De előfordult morphea és lichen ruber planus, illetve ritkán purpura szerű, vasculitist utánozó forma miatti téves diagnózis is (2).

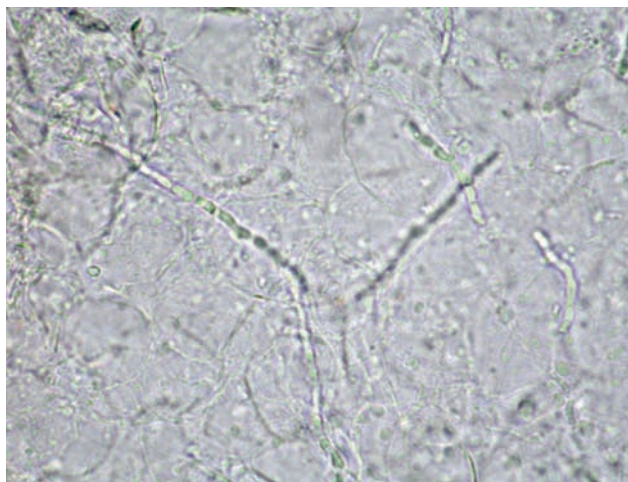
Az egyre komplikáltabbá váló klinikai képpel és a beteg kálváriájával ellentétben maga a mikológiai diagnózis általában igen egyszerű – feltéve, hogy a tinea lehetősége már felmerült. Sem kimutatásában, sem kezelésében nem különbözik a kiterjedt tinea corporisban megszokott protokolloktól.

Mindez felhívja figyelmet arra, hogy a korrekt mikológiai diagnosztika (KOH, és tenyésztés) elengedhetetlen számos bőrgyógyászati kórkép differenciáldiagnosztikájában.

Mikológiai laboratóriumi diagnosztika

A tinea incognito laboratóriumi diagnosztikája nem tér el a testfelszínen jelentkező, más, dermatophytonok okozta fertőzésétől. A vizsgálat alapvetően bőrkaparék vétele, majd annak feldolgozása KOH tesztre és tenyésztésre kétféle Sabouraud-agar táptalajon, melyekből az egyik penészgátlót (aktidion) tartalmaz, így kifejezetten a dermatophyton fajok kimutatását szolgálja.

Fontos kiemelni, hogy a bőrkaparékból végzett káliumhidroxidos gyors preparátum (KOH-teszt) az ilyen esetek többségében pozitív, tehát akár fél órán belül véget vethet minden diagnosztikus kétségnek! (2. ábra). Kérdéses



2. ábra

Gombafonalak a bőrkaparékban (KOH) teszt, 400X nagyítás



3. ábra.

A fiatal nőbeteg test-szerte pustulosus elváltozások léptek fel, a tenyésztés *T. mentagrophytes* fertőzést igazolt

esetben érdemes lehet 2-3 napig a beteg minden külső kezelését felfüggeszteni, a teszt elvégzésééig.

Tehát ha a betegen levő krém, vagy a közben mégis elkezdett antimikotikus terápia miatt az első mikroszkópos vizsgálat eredménye negatív, azt érdemes megismételni kezelésmentes állapotban. A jóval szenzitívebb tenyésztés pedig csaknem biztos választ ad, mert a fertőzött bőrterületen gyakran szinte „hemzsegek” a kórokozók.

Amennyiben a kaparék vétele eredménytelen, vagy a tünetek nem hámlanak, meg lehet kísérelni, hogy az érintett bőrterületet steril, fiziológiás sóoldatba mártott nedves vattapálcával erőteljesen áttörölve nyerjünk mintát, és azt oltuk le megfelelő táptalajokra.

Ha a KOH teszt igazolja a gombafonalak jelenlétét, a kezelés azonnal elkezdhető, fajsztíntű specifikálás nélkül is.

A kórokozók a tinea incognito esetén sem térnek el a tinea corporisban megszokott fajktól: világszerte leggyakoribbak a *T. rubrum*, utána pedig a *T. mentagrophytes* különböző variánsai (3. ábra). Így saját eseteink tanulsága megegyezik a nemzetközi tapasztalatokkal (2-4).

Ritkán előfordulhat, hogy két különböző pathogén egyszerre van jelen egy betegen, mint egy általunk diagnosztizált esetben is (4. ábra). Esetenként más fajok is okozhatnak tinea incognito-t: *Trichophyton tonsurans*, *M. canis*, *M. gypseum*, *Epidermophyton floccosum*, stb. (2, 6-9).

Esetismertetések

A továbbiakban néhány, a típusostól eltérő klinikai képpel járó saját esetünk bemutatásával hívnánk fel a figyelmet erre a gyakori problémára.

1. eset:

Az egyedül élő 76 éves falusi asszony tünetei mintegy kilenc hónappal korábban indultak, a karokon, combokon és a törzsen megjelenő viszkető, erythemás papulák formájában. Lokális kezelés mellett tünetei progressziót mutattak. A területileg illetékes intézményben góckutatás történt, illetve erőteljesebb lokális szteroid-kezelés, mely után átmeneti javulás mutatkozott. Osztályos felvételére testszerte megjelenő, terápiarezisztens viszkető plakkok és pustulák miatt került sor (4. ábra).

A klinikai kép alapján felmerült psoriasis pustulosa, acut generalizált exanthematózus pustulosis (AGEP) és tinea incognito.

A tinea mellett szólt, hogy a lokális szteroid-kezelés mellett a folyamat progrediált, továbbá az is, hogy a lábkörmök onychomycosisa és a tinea pedis fölmerült fertőző forrásként.

A KOH teszt eredménye a kezelt betegből ugyan negatív volt, azonban a tenyésztés során a testszerte vett hámkaparekból *T. rubrum* tenyésztett ki.

Sajátos módon a lábkörmök kaparekból egy másik faj, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* tenyésztett ki, ezt az eredményt az ismételt vizsgálat is megerősítette.

Lokális antimikotikum adása, valamint az onychomycosis miatt alkalmazott *per os* terbinafin (250 mg/die) kezelés mellett a beteg egy hónap múlva már tünetmentesen jelent meg a kontrollvizsgálaton.



4. ábra

Viszkető, hámló plakkok test-szerte.

Az eset érdekessége, hogy a beteg tenyésztési eredménye szerint egyszerre hordozta a *T. rubrum* és *T. mentagrophytes* gombákat

Az adott betegen egyszerre két különböző pathogén gombafaj okozott tüneteket, melyeket minden jel szerint különböző időben és forrásból kapott (az onychomycosis a beteg elmondása szerint már évek óta fennállt), azonban a fertőzések pontos módja a mikológiai anamnézis gondos felvétele ellenére sem derült ki.

2. eset:

Az 58 éves férfibeteget asthma bronchiale acut exacerbációja miatt kezelték egy pulmonológiai intézményben, bennfekvése alatt az asthma kezelésére alkalmazott teofillin, ipratropium és fenoterol bromid, szalmeterol és flutikazon-propionát, valamint spironolacton kombinált kezelést kapott, továbbá erős izomfájdalmaira új szerként került bevezetésre az izomrelaxáns tizanidine, valamint a nem – szteroid gyulladáscsökkentő dexibuprofen, a szisztémás szteroid kezelés mellett. Emissziója után 3 nappal újra hospitalizálni kellett pleuropneumonia miatt egy másik kórházban. A tüdőgyulladásra előbb hat napig cephalosporin antibiotikumot (cefuroxim) kapott, majd bőrtünetek jelentkezése miatt légúti fluorokinolonra (levofloxacin) váltottak. Generalizált papulosus bőrlaesióit a helyi kórházi dermatológus konzulens toxicodermának véleményezte. Az elvégzett lymphocita transzformációs teszt valóban pozitív eredményt adott cefuroxim és tizanidine esetén.

Azonban e gyógyszerek elhagyása, dimetindene és per os szteroid (methylprednisolone 2x4 mg, majd 1x32 mg) beállítása ellenére – átmeneti csillapodás után – toxicodermának tűnő bőrtünetei fokozódtak, majd testszerte terápiarezisztens, kiterjedt plakkokká folytak össze. Klinikánk fekvőbeteg osztályára került további kivizsgálás és kezelés céljából. Felvételekor a bal karon, a törzs bal oldalán, valamint a hason, a combok mediális és proximális részén, a mons pubison, valamint a farpofák közt és a lábfejekon erythemás, helyenként anuláris jellegű, pustulákkal tarkított viszkető plakkok helyezkedtek el (5. ábra).



5. ábra

Tinea corporis korábban szteroiddal kezelt betegen.
A kórokozó *T. rubrum* volt



6. ábra

T. rubrum okozta tinea, kután T-sejtes lymphomában szenvedő betegen



7. ábra

Mycosis fungoides és Tinea társulása

A megbeszélésen a látott klinikai kép és az előzmények alapján fölmerült tinea incognito lehetősége, amelyet már a KOH teszt is igazolt: hyphák számai voltak láthatóak a kaparékban. A társuló onychomycosis miatt a beteg a lokális terápia mellett *per os* terbinafin kezelésben is részesült, melyre a bőrtünetek gyorsan javultak.

A tenyésztés eredménye *T. rubrum* lett, kiinduló forrásként a beteg szintén fertőzött lábkörmei szerepelhettek.

3. eset:

Kezelt, krónikus alapbetegség mellett kialakult tinea incognito. Kután T-sejtes lymphomában szenvedő betegünk esetén keresztül szeretnénk bemutatni e kérdéskört.

A 78 éves nőbeteg tünete osztályos felvétele előtt 4 évvel indultak: test-szerte, különösen a törzs bőrén 2-3 cm átmérőjű, különböző fokban beszűrt viszkető plakkok jelentek meg – az elvégzett hisztológia és immunhisztokémia mycosis fungoides diagnózisát állította fel. A malignus alapbetegség miatt számos kezelésben részesült. 2007-ben az onkológiai terápia után néhány héten belül ismételt bőrtünetei jelentkeztek. A laesiók kényszerrel viszkettek, girált plakkok jelentek meg a gluteális tájon és a törzson (6., 7. ábra). A klinikai morfológia, és a módosult tünettől alapján föltételeztük kután dermatophyton-fertőzés jelenlétét az ismert lymphoma mellett. Valóban, a bőrkaparékból elvégzett vizsgálat során *T. rubrum* tenyésztett ki.

Esetünk ismertetésével is szeretnénk felhívni a figyelmet az immunszuppresszív kezelésben részesülő betegek szokatlan formában jelentkező gombás bőrfertőzéseire, mint gyakori differenciáldiagnosztikai problémára.

Megbeszélés

A tinea incognito a cutan mycosisok nem megfelelő kezelése során, minden esetben korábbi bőr-, vagy belgyógyászati terápia eredményeként alakul ki, a klinikum számára elsősorban nem terápia, hanem differenciáldiagnosztikai kihívást jelentve.

Fontos, hogy ne mulasszuk el a kezdeteknél a mikológiai ellenőrzést, és ugyanilyen fontos, hogy az ismert bőrbetegségben szenvedő, rendszeres szteroidkezelésben részesülő betegek új bőrtüneteit ne tulajdonítsuk automatikusan az alapbetegség következményének – különösen ne, ha azok makacsul terápiaerezisztensnek mutatkoznak, vagy nem illeszkednek a várt kórlefolrás dinamikájába.

A megfelelő laboratóriumi módszerekkel e betegség nagy bizonyossággal kimutatható. Ez felhívja figyelmet arra, hogy helytelen gyakorlat kizárólag a tünettan alapján felállítani iránydiagnózisunkat, ha a bőr gombás fertőzéseit nem tudjuk biztosan kizárni (8. ábra) ugyanis a mikológiai vizsgálat ilyen esetben nem megkerülhető.



8. ábra

Alkcema –val kezelt Tinea manuum

IRODALOM

1. *Ive F. A., Marks R.*: tinea incognito. *British med J* (1968) 3, 149-52.
2. *Romano C., Maritati E., Gianni C.*: Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. *Mycoses*. (2006) 49, 383-7.
3. *Romano C., Asta F., Massai L.*: Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. *Pediatr Dermatol*. (2000) 17, 41-4.
4. *Serarslan G.*: Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses*. (2007) 50, 523-4.
5. *Nenoff P., Mügge C., Herrmann J.*: Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. *Mycoses*. (2007) 50, Suppl 2, 20-5.
6. *Romano C., Ghilardi A., Massai L.*: Eighty-four consecutive cases of tinea faciei in Siena, a retrospective study (1989-2003) *Mycoses*. (2005) 48, 343-6.
7. *Krajewska-Kulak E., Niczyporuk W., Lukaszuk C., et al.*: Difficulties in diagnosing and treating tinea in adults at the Department of Dermatology in Bialystok (Poland). *Dermatol Nurs*. (2003) 15, 527-30.
8. *Pustisek N., Skerlev M., Basta-Juzbasia A., et al.*: Tinea incognito caused by *trichophyton mentagrophytes* – a case report. *Acta Dermatovenerol Croat*. (2001) 9, 283-6.
9. *Serarslan G.*: Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses*. (2007) 50, 523-4.

Az Epidermolysis Bullosa Alapítvány köszöni mindazok segítségét, akik 2010. évi személyi jövedelemadójuk 1 %-át felajánlották számára.

Az Alapítvány a befolyt összeget az Alapító Okiratban meghatározott, közhasznú célokra fordítja.

Alapítványunk célja:

- ⇒ az Epidermolysis Bullosa elnevezésű bőrbetegséggel kapcsolatos ismeretterjesztés, a betegség diagnosztizálása
- ⇒ a betegellátás korszerűsítése, minőségének javítása
- ⇒ lehetőségei szerint elősegíti a genetikai feladatokkal is foglalkozó laboratóriumi háttér kiépítését, bővítését, fenntartását és laboratóriumi képzések
- ⇒ szakmai utak, szakmai tanfolyamok, az alapítvány dologi beruházásainak finanszírozása.
- ⇒ Orvosi munkával és társadalmi felvilágosító tevékenységgel – az érintettek és családtagjaik bevonásával – segíti a betegség súlyos szövődményeinek megelőzése.
- ⇒ Ellátja a betegek érdekeinek képviselését és bevonásukkal illetve családtagjaik bevonásával segíti és támogatja a betegségben szenvedőket.

Az Alapítvány kuratóriuma 2011.