

Postępy w diagnostyce i leczeniu grzybic stóp i paznokci



Prof. dr hab. med. Eugeniusz Baran
Przewodniczący Sekcji Mikologicznej PTD
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
Akademia Medyczna we Wrocławiu



Dr n. med.
Ewa Plomer-Niezgoda

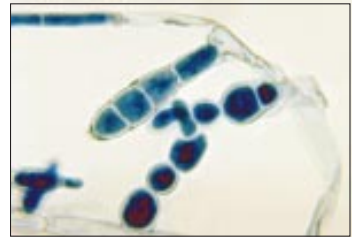


Dr n. med. Anita
Hryncewicz-Gwóźdź

GRZYBICA STÓP (*Tinea pedum*)

Grzybica stóp jest powszechną infekcją, której częstość występowania w populacji oceniana jest na 15–30%. Wyższy odsetek zachorowań obserwuje się w klimacie wilgotnym i ciepłym oraz w niektórych środowiskach, np. wśród górników czy sportowców.

Do czynników predysponujących należą: nadmierna potliwość, podeszły wiek, nieprzestrzeganie higieny, noszenie obuwia ze sztucznego tworzywa, co sprzyja wzrostowi temperatury i wilgotności.



Do najczęstszych czynników etiologicznych należą grzyby dermatofitowe:
T. rubrum (60%), *T. mentagrophytes* (25%), *E. floccosum* (10%).

Odmiany kliniczne grzybicy stóp:

- międzypalcowa – zmiany skórne lokalizują się najczęściej między III i IV oraz IV i V palcem. Klinicznie obserwuje się złuszczenie, rumień oraz pęknięcia naskórka. Zmianom towarzyszy świąd.



- potnicowa (dyshydrotyczna) – widoczne drobne, liczne pęcherzyki lub krosty mogące zlewać się w duże pęcherze. Zmiany zlokalizowane są na podeszwowej powierzchni stóp.
- złuszcząca (hiperkeratyczna, mokasynowa) – z zajęciem bocznej i przyśrodkowej części stopy; często na obwodzie widoczny rumień. Tej odmianie może towarzyszyć grzybica paznokci.
- z odczynem alergicznym – drobne pęcherzyki trichofitydy.
- wrzodziejąca – odmiana występująca u pacjentów z cukrzycą.



Diagnostyka

Materiał stanowią zeszkrobiny naskórka ze zmian chorobowych podejrzanych w kierunku grzybicy, pobierane do badania mikologicznego po ich przetarciu spirytusem.

W przypadku odmiany potnicowej do badania pobiera się pokrywę pęcherzy lub krost.

Diagnostyka zakażeń dermatofitowych skóry gładkiej i paznokci

ocena zeszkrobiny naskórka ze zmian chorobowych (w grzybicy paznokcia – zeszkrobiny spod płytki paznokcia)

badanie bezpośrednie
(KOH + DMSO)

dodatnie (+)
w mikroskopie widoczne nici grzyba

hodowla

(podłoże Sabourauda z chloramfenikolem i aktidionem)

identyfikacja szczepów (podłoża różnicujące)

mikrohodowle

(ocena elementów owocujących – mikro- i makrokonidiów, układu strzępek i chlamydospor)

w przypadkach trudnych diagnostycznie,
gdy kilkakrotne posiewy są ujemne:

badanie hist.-pat. z barwieniem metodą PAS
elementy grzybów wybarwiają się na kolor karminowy

Podstawowe przyczyny błędów w leczeniu grzybic:

- niezastosowanie leku przeciwgrzybiczego z powodu fałszywie ujemnych wyników badań mikologicznych,
- rozpoznawanie grzybicy wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego.

Profilaktyka

- używanie obuwia gumowego w łaźniach publicznych i na basenach,
- osuszanie stóp,
- noszenie przewiewnego obuwia i bawełnianych skarpetek w miesiącach letnich,
- po wyleczeniu infekcji odkażenie obuwia np. 10% formaliną,
- w celu zapobiegania nawrotom stosowanie zasypek i aerozoli przeciwgrzybiczych.

Leczenie

- Leczenie miejscowe trwające około 4 tygodni jest zazwyczaj wystarczające; w przypadkach opornych można czas leczenia wydłużyć.
 - ❖ klotrimazol (Clotrimazolium, Canesten – krem) 2–3 x dziennie przez 4 tyg.
 - ❖ ekonazol (Pevaryl, Pevazol – krem) 2 x dziennie przez 2–4 tyg.
 - ❖ ketokonazol (Nizoral – krem) 2 x dziennie przez 2–4 tyg.
 - ❖ mikonazol (Daktarin, Mikonazol – krem, Miconal – żel, Mycosolon – maść) 2 x dziennie przez 4–6 tyg.
 - ❖ flutrimazol (Micetal – krem, płyn) 2 x dziennie przez 2–3 tyg.
 - ❖ izokonazol (Travogen – krem) 1 x dziennie przez 2–4 tyg.
 - ❖ cyklopiroks (Batrafen – krem, płyn na skórę; Haşcofungin – krem, Pirolam – żel, zawiesina, roztwór) 2 x dziennie przez 2–4 tyg.
 - ❖ terbinafina (Lamisilatt Dermgel, Lamisilatt – krem, płyn w aerozolu, Tenasil, Terbiderm, Undofen Max – krem) 2 x dziennie przez 2 tyg.
 - ❖ naffifina (Exoderil – krem) 2 x dziennie do ustąpienia zmian, następnie kontynuacja leczenia jeszcze przez 2 tyg.

- Leczenie ogólne stosuje się w razie niepowodzeń terapii miejscowej.
 - ❖ terbinafina (Afugin, Erfin, Lamisil, Myconafine, Onymax, TerbiGen, Terbisil, Verbinaf) 250 mg/dobę przez 2 tyg.,
 - ❖ flukonazol (Diflucan, Flucofast, Fluconazole, Flumycon, Mycosyst) 300 mg/tydz. przez 2 tyg.,
 - ❖ itrakonazol (Orungal, Trioxal) 1–2 pulsy,
 - ❖ ketokonazol (Ketokonazol, Fungores) 200 mg/dobę przez 2–4 tyg.

GRZYBICA PAZNOKCI

(*Tinea unguium*, *onychomycosis*)

Czynniki etiologiczne

- Dermatofity wywołują ok. 80% wszystkich infekcji grzybiczych paznokci: *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*, sporadycznie *E. floccosum* i *Microsporum*,
- Rzadziej przyczyną infekcji są grzyby drożdżakowe *Candida sp.* czy grzyby pleśniowe (*Scopulariopsis brevicaulis*, *Aspergillus sp.*, *Fusarium*),
- Objawy: nadmierne rogowacenie podplytkowe, utrata przejrzystości płytki, łamliwość, onycholiza.

Postacie kliniczne onychomikozy

- o. dalsza i boczna
- o. bliższa podpaznokciowa
- o. powierzchowna
- o. wewnątrzplytkowa
- o. całkowita dystroficzna



Onychomikoza

Czynniki predysponujące

Miejscowe	Środowiskowe	Ogólnoustrojowe
<ul style="list-style-type: none"> ● nadmierna potliwość ● zaburzenia ukrwienia kończyn ● urazy ● suchość skóry 	<ul style="list-style-type: none"> ● wysoka temperatura i wilgotność ● obuwiu ze sztucznego tworzywa sprzyjające okluzji i infekcji ● korzystanie z basenów i wspólnych łaźni ● migracja ludności 	<ul style="list-style-type: none"> ● niedobory immunologiczne nabyte i wrodzone ● rozrosty limforetikularne ● choroby endokrynne (cukrzyca, z. Cushinga, niedoczynność tarczycy) ● czynniki jatrogenne (immunosupresja)

Diagnostyka

Materiał do badania pobiera się jak najgłębiej spod płytki paznokciowej po przetarciu spirytusem. Ważne jest, żeby materiału było jak najwięcej.

Wykonuje się (podobnie jak w grzybicy stóp) badanie bezpośrednie i hodowlę.

Profilaktyka

Identyczna, jak w grzybicy stóp.

LECZENIE MIEJSCOWE

- bifonazol + 40% mocznik (*Mycospor Onychoset*) – maść, przez 7–14 dni aż do złuszczenia zainfekowanej, kruchoj płytki paznokcia; następnie kontynuacja leczenia kremem do całkowitego odrostu płytki
- cyklopiroks (*Batrafen*) – lakier, przez 6–12 m-cy
- amorolfina (*Loceryl*) – lakier 1 x/tydzień przez 6–12 m-cy
- inne: chlormidazol (*Unifungicid* – maść, *Polfungicid* – płyn), *Acfungin forte* – płyn

LECZENIE OGÓLNE

- **terbinafina** – w infekcjach dermatofitowych jest lekiem z wyboru:
 - ❖ *grzybica paznokci rąk* – 250 mg/dobę przez 6 tyg.
 - ❖ *grzybica paznokci stóp* – 250 mg/dobę przez 12 tyg.
- **itakonazol** – szerokie spektrum działania (dermatofity, również drożdże i pleśnie) – leczenie pulsowe:
 - ❖ *grzybica paznokci rąk* – 2 pulsy: 2 x 200 mg/dobę przez 7 dni; następnie 3 tyg. przerwy
 - ❖ *grzybica paznokci stóp* – 3 pulsy
- **flukonazol**
 - ❖ *grzybica paznokci rąk* – dawka jednorazowa 150–300 mg 1 x/tydzień przez okres do 6 m-cy
 - ❖ *grzybica paznokci stóp* – dawka jednorazowa 300–450 mg 1 x/tydzień przez okres do 12 m-cy

Przyczyny niepowodzeń monoterapii w leczeniu grzybicy paznokci:

- postać kliniczna grzybicy paznokci przebiegająca z onycholizą, hiperkeratozą, całkowitym zniszczeniem płytki; grzybica boczna paznokcia,
- zaburzenia wchłaniania leków w przewodzie pokarmowym,
- obniżenie poziomu leku przeciwgrzybicznego w wyniku interakcji pomiędzy stosowanymi lekami,
- wzrost lekooporności szczepów,
- nieregularne stosowanie przez pacjenta zaleceń lekarskich.

Grzybica dalsza i boczna paznokci stóp przed i po leczeniu



foto:
Katedra i Klinika
Dermatologii, Wenerologii
i Alergologii AM
we Wrocławiu

KOMENTARZE TERAPEUTYCZNE

- Większą skuteczność terapii uzyskuje się przy stosowaniu leczenia skojarzonego: miejscowe + ogólne.**
- W przypadku braku poprawy po leczeniu itakonazolem lub terbinafiną oraz uzyskaniu dodatniego wyniku mikologicznego po 1 miesiącu od zakończenia leczenia należy zastosować dodatkowo miesięczną terapię terbinafiną u chorych leczonych wcześniej itakonazolem lub 1 puls itakonazolu u chorych leczonych wcześniej terbinafiną.**
- W przypadku braku efektu leczniczego należy rozważyć wykonanie chirurgicznego usunięcia płytek, zastosowanie leczenia ciągłego terbinafiną 250 mg/dobę lub itakonazolem 200 mg/dobę przez 1 miesiąc, kontynuując leczenie miejscowe.**