A leggyakoribb gombás megbetegedések a mindennapi orvosi gyakorlatban

A gombás betegségek előfordulási gyakorisága a megváltozott életkörülményeknek következtében ugrásszerűen megnövekedett. Az egyre hatékonyabb immunszupresszív kezelések térhódítása a szisztémás gombás megbetegedések előfordulását segíti elő. Az új antimikotikumok bevezetésével a terápia hatékonyabb, a mellékhatások elhanyagolhatók. A mindennapi betegellátásban leggyakoribb betegségek közé tartoznak, felismerésük könnyű, ha gondolunk jelenlétükre.

Dr. Battyáni Zita PhD
Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály

A gombák klorofil nélküli valódi sejtmaggal és sejtfallal bíró élőlények. A százezres nagyságrendű gombafajból csak pár száz esetében bizonyosodott be, hogy emberi megbetegedések kórokozója lehet, a napi gyakorlatban csak néhány, jól meghatározott csoportról ismert és elfogadott kóroki szerep. A dermatofitonok, penészek, sarjadzó és dimorf gombák tartoznak ebbe a csoportba. Valamennyien kedvelik a nedves, meleg, és sötét környezetet.

A gombák okozta megbetegedések a gombák allergén hatása (mikidek), toxinképző hatása (mikotoxonok) vagy szövetkárosító hatása (gombák szöveti beáramlása) által kiváltott morfológiai változás következménye. A gombás fertőzések jelentős része a gazdaszervezet és a gomba szoros fizikai kapcsolata, és egyéb hajlamosító tényezők következtében alakul ki. Kevés az a gombafajta, mely közvetlenül az embert betegíti meg. A gombákat a terjedésük alapján három csoportba sorolhatjuk: antropofil, zoofil és geofil. A dermatofitonok bírnak a legnagyobb jelentősséggel, valamint a sarjadzó gombák csoportjába tartozó candida-fajok váltják ki a legtöbb megbetegedést. A gombás megbetegedések a bőrön felületes vagy mély elváltozásokat eredményezhetnek. A felületesen terjedők alkotják a leggyakoribb emberi fertőzéseket, zárt közösségben pedig akár 100%-ot is elérhet a fertőzöttség. Igen fontos problémát okoz, hogy ezek nem respektálják a szöveti határokat.

A fonalas és sarjadzó gombák mellett a dimorf gombák is valódi patogének, az egészséges szervezet megbetegítésére is képesek, máskor csak kolonizálódnak a szervezetben. Latens fertőzések után hosszú ideig tartó immunitás vagy elhúzódó lefolyású betegség alakul ki. A hajlamosító tényezők körének bővülése (cukorbetegség, immunhiányos állapotok, széles spektrumú antibiotikumok és immunszupresszív szerek, citosztatikumok alkalmazása) lényegesen megváltoztatta a gombás folyamatok lefolyását és egyes betegségcsoportok incidenciáját is. Az emberről emberre vagy állatról emberre terjedő fertőzések direkt módon vagy időnként közvetítő segítségével (uszoda) alakulnak ki. A klinikai kép alapján a betegség felismerése nem nehéz, ha minden esetben gondolunk az előfordulás lehetőségére. Diagnosztikus probléma esetén mindenképpen ajánlatos a pontos kórokozó kiderítése érdekében a mikológiai vizsgálatok elvégzése. A legegyszerűbb és leggyorsabb a natív anyag mikroszkópos vizsgálata, melyben a gombafonalak 20% KOH-kezelést követően jól láthatók. A vizsgálat sikeréhez hozzátartozik a megfelelő mintavétel, mely mindig a kezeletlen bőrelváltozás széli részéről történjen. A hajas fejbőr vizsgálatánál a hámkaparék vétele mellett elengedhetetlen a hajszálak mikroszkópos vizsgálata is. A kórokozó fajtájának pontosabb megállapítására a tenyésztés áll rendelkezésünkre, mely speciális táptalajt és gyakorlati jártasságot igényel. Bizonyos gombafajtáknál gyors diagnosztikus lehetőséget biztosít a Wood-fény alkalmazása, a 365 nm körüli sugárzás mellett az érintett területek zöldes fluorescenciája figyelhető meg, szemben az erythrasma vöröses színével. A módszer jól alkalmazható iskolás gyerekek hajas fejbőr fertőzöttségének szűrésére. A továbbiakban a mindennapi gyakorlatban gyakrabban előforduló gombás betegségek jellemző tulajdonságait emeljük ki, ily módon megkönnyítve a diagnózis felállítását.

FONALAS GOMBÁK OKOZTA MEGBETEGEDÉSEK

Az arc és törzs fonalas gombák okozta megbetegedésével is egyre gyakrabban találkozhatunk. Ezek lehetnek a szabad bőrfelületet (arc, hát, végtagok) vagy a hajlatokat érintő folyamatok, és leggyakrabban felületes megbetegedést eredményeznek. Leggyakoribb kórokozó a Trichophyton rubrum, Tr. mentagrophytes vagy Epidemophyton floccosum. A mycosis superficialis corporis jellemző klinikai képe a széli részén kokárdaszerűen, terjedő, hiperémiás, finoman hámló, follikuláris papula vagy pusztula koszorúval övezett bőrelváltozás. A középső rész gyógyulása eredményezi a kokárdaszerű rajzolatot. Szakálltájon sokszor kiterjed, akár az arcot átszövő betegség jöhet létre. Felismerésük nem mindig egyszerű, a klinikai képet szteroidtartalmú készítmények alkalmazása sokszor megváltoztatja (steroid modified tinea). Ekcémától, pikkelysömörtől, néha háti elhelyezkedésben felületes bőrdaganatoktól (basalioma, M. Bowen) kell elkülöníteni. Különálló plakk esetén a pityriasis rosea anyafoltja okoz differenciáldiagnosztikai problémát. A mycosis interdigitalis, az ujjak közötti terület fonalas gombás fertőzésekor a bőr fehér, berepedezett, erősen viszket, előrehaladott esetben az egész talpon mokaszinszerű elhelyezkedést mutathat. A nagyhajlatokban szintén felismerhető a széli részén terjedő hólyagos papulózus szegély. Hajlamosító tényezők esetén a folyamat mélybe terjed, heg hátrahagyásával gyógyul. Ilyen a trichophytia profunda corporis, amikor fájdalmatlan, szőrszálakat körülvevő, gennyet ürítő csomók jönnek létre, melyek később a szőrszál kihullásához és maradandó szőrzethiányhoz vezethetnek, leggyakoribb lokalizáció a hajas fejbőr és az arc, de a végtagokon is megfigyelhetünk virágágyszerűen előemelkedő plakkokat. A bakteriális fertőzéstől a fájdalom hiánya alapján tudjuk elkülöníteni.

A FONALAS GOMBÁS FERTŐZÉSEK KEZELÉSE

A felületes és kis kiterjedésű esetekben a helyi gombaellenes készítmények a választandók, elsősorban a krém vagy kenőcs formájában. Az újabb generációs készítmények keratofil tulajdonságuk miatt naponta egyszer alkalmazandók. A kiterjedt és mélybe terjedő kórképekben elkerülhetetlen a szisztémás gombaellenes kezelés. Fontos, hogy a klinikai tünetmentesedés után még 1-2 héttel tovább kell folytatni a keze-

lést, a gyors recidíva megakadályozása céljából. A fonalas gombás fertőzések mellett a sarjadzó gombás megbetegedések száma is gyakori. A fonalas gombákkal ellentétben elsősorban a nyálkahártyákat és az összefekvő bőrterületeket betegítik meg, hiszen a szaporodásukhoz az optimális hőmérséklet 37 °C. Immunszupprimált egyénekben szisztémás kórképek kialakulásával is számolhatunk. A mindennapi gyakorlatban legtöbbször az ún. „napgomba" vagy pityriasis veriscolornak nevezett betegséggel találkozhatunk. Kórokozója lipofil sarjadzó gomba a pityrosporum ovale/orbiculare. A verejtékezés és a szabad bőrfelszín tulajdonságainak megváltozása elősegíti a betegség kialakulását. Emberről emberre ritkán terjed, mindenképpen hajlam kell kialakulásához. Általában a vállakon, sternum feletti területeken, háton, ritkábban testszerte figyelhetünk meg, fél-egy cm átmérőjű kerek, finoman hámló pirosas-barnás foltokat. A téli időszakban jelenlétük nem feltűnő, de a nyári napozás után, a gombatelepek leválása után világosabb, hipopigmentált területek maradnak vissza, melyek aztán orvoshoz viszik a beteget. A színeltérés okára vonatkozóan számos eltérő elképzelés létezik. Fontos a betegséget elkülöníteni az egyéb festékhiányos állapotoktól, így a vitiligótól is.

Kezelésében elsősorban helyi készítmények jönnek számításba: krém, sampon, oldat formájában. Sokszor a fejbőr seborrheas hámlásával társul, így a fejbőr kezelése elengedhetetlen. Kiterjedt, makacs esetekben javasolt szisztémás, elsősorban fluconazoltartalmú készítmény alkalmazása. Fontos felhívni a betegek figyelmét a tartós kezelésre, melyet célszerű a téli hónapokban megkezdeni, majd a napozásig folytatni. A már kialakult fehér foltok csak a következő napozás hatására szanálódnak. A sarjadzó gombák közül a leggyakoribb kórokozó a candida albicans, mely fakultatív parazita. A megbetegedés emberről emberre terjed, a gombafaj megbetegítő képessége a szervezet általános állapotától függ. A hajlamosító tényezők közül a diabetes mellitus az első helyet foglalja el. A candisosis oris a szájnyálkahártyán, a nyelven és a szájzugban kialakuló fertőzés, mely lehet akut és krónikus lefolyású. Az érintett területeken fehér felrakódás figyelhető meg, mely könnyen letörölhető, de vérzékeny terület marad a helyén. Speciális megbetegedési formák a fekete szőrös nyelv, a median atrophiás glossitis. Elkülönítő diagnosztika szempontjából a nyálkahártyára lokalizálódó egyéb betegségek, lichen oris, aphtak, leukoplakia és a vashiányos anémia szájtünetei jönnek szóba. A genitális fertőzések kialakulásában a cukorbetegség mellett a hormonális fogamzásgátlók szedése is nagy jelentősséggel bír. A vulvitis formájában jelentkező megbetegedés súlyos viszketéssel, égő érzéssel és sűrű fehér fluorral társul. A férfiak ballanitise során a fityma bellemezén eritéma, erózió alakul ki és a sulcus coronariusban váladék halmozódik fel, a viszketés erős lehet. A sarjadzó gombás fertőzések a bőrfelületet elsősorban a nedves, izzadt összefekvő területeken betegítik meg: intertrigo candidomicetica. A nagyhajlatokban, emlők és has alatti redőben, elsősorban elhízott egyéneknél figyelhetünk meg macerációt, eritémás, térképszerű rajzolatot, esetleg pusztulozus folyamatot. A gluteális tájon jelentkező elváltozások elsősorban csecsemőknél és idős, inkontinens betegeknél figyelhető meg. Immunhiányos állapotokban, szervtranszplantáltaknál granulomatozus – verrucosus subcután folyamat is kialakulhat. Súlyos esetekben akár szeptikus állapot is létrejöhet. A hajlati folyamatokat el kell különíteni a hajlatokra lokalizálódó psoriasis inverzától, esetleges kontakt folyamatoktól, fonalas gombák okozta megbetegedésektől.

A SARJADZÓ GOMBÁS MEGBETEGEDÉSEK KEZELÉSE

A betegség kezelésében elsődleges a hajlamosító tényezők tisztázása és lehetőség szerinti kiiktatása. A kezelése kiterjedt esetben fluconazol-, itraconazol-készítmények szisztémás adása. A szájnyálkahártya tünetek esetében a korábban alkalmazott boraxtartalmú készítmények, valamint a fluconazol szuszpenzió jó hatásúak. A fogsor rendszeres fertőtlenítése elengedhetetlen. A genitális terület érintettsége esetén nőknél a hüvelykúpok és hüvelykrémek alkalmazása ajánlott, a partner mindenkori egyidejű kezelésével. A krónikus lefolyású, gyakran recidiváló folyamatokban szisztémás, több cikluson keresztül átnyúló fluconazol, itraconazol szisztémás kezelés vezethet eredményre. A nagyhajlatokban elsősorban a gombák kedvező életkörülményeit kell megszüntetni az izzadtság és nedvesség csökkentésével. Az antimikotikus készítmények elsősorban paszta vagy oldat formájában javasoltak a fertőzött terület speciális tulajdonságai miatt.

ONYCHOMYCOSIS

A köröm és a láb gombás fertőzése napjainkban népbetegségnek számít, kialakulásában mind a fonalas, mind a sarjadzó gombák szerepet játszhatnak. A köröm gombás betegsége az évek során fennálló, kezeletlen ujj közötti gombásodás következménye is lehet, de gyakoribb az elsődleges fertőzés kialakulása. A fertőzésre trauma, bevérzés, keringési zavar is hajlamosíthat. Jellemző rá a körmök elszíneződése, megvastagodása, felrostozódása. A folyamat olyan mértékű lehet, hogy cipőviselési nehézséget okozhat. Kezdetben egy körmöt érint, előrehaladott esetben akár mind a húsz köröm beteg lehet. A fonalas gombák a körmöt általában a szabad szél, míg a sarjadzó gombák elsősorban a körömágy felől betegítik meg. A klinikai megjelenés alapján több formát tudunk különíteni: disztális laterális subunguális, proximális subunguális, fehér superficiális és teljes disztrófiás forma. A fehér szuperficiális forma gyakran figyelhető meg HIV-fertőzéshez társulóan, a disztrófiás formában a körömlemez teljesen destruálódik. A diagnózis felállítása nem nehéz, de időnként differenciáldiagnosztikai problémák lehetnek. El kell különíteni a pikkelysömör körömtüneteitől, a körömdisztrófiától, egyéb köröm alatti elváltozásoktól, mint verruca vulgaris, a koilonychiát és az onycholysist is számításba kell venni. Talán itt emelném ki a gomba azonosításnak fontosságát a sikeres terápia szempontjából. A körömgombásodás nem csak kozmetikai problémát jelent, hanem súlyos következményei is lehetnek. Hosszabb ideig fennálló fertőzések mellett allergiás kórképek (dyshidrosis) alakulhatnak ki. Diabéteszes, polineuropátiás betegeknél a láb súlyos onycho- és interdigitális mikózisa jó lehetőséget biztosít a bakteriális fertőzések behatolására, recidiváló orbáncokat, kiterjedt fekélyeket, akár osteomyelitist okozva.

ONYCHOMYCOSIS KEZELÉSE

A megbetegedés kezelése meglehetősen nehézkes, hosszantartó. Amennyiben a körömágy nem érintett, és csak 1-2 köröm megbetegedésével

találkozhatunk, mindenképpen megfontolandó a helyi kezelés alkalmazása. Amorolphin-tartalmú körömlakk heti egyszeri alkalmazása eredményhez vezethet, de ne feledjük el, hogy a köröm elsősorban az öregujjon, havonta 1 mm-t nő, így a teljes lenövés hosszabb időt vesz igénybe. A több körmöt vagy körömágyat is érintő megbetegedésekben egyértelműen szisztémás kezelésre van szükség. Fonalas gombás fertőzések esetén elsősorban a terbinafin-, kevert fertőzések esetében itraconazol-, és sarjadzó gombás fertőzésekben fluconazolkészítmények a választandók. A kézkörmök érintettsége esetén 6–8 hetes kezelés elégséges, de a lábkörmöknél elengedhetetlen a 12 hetes alkalmazás, fluconazolt a köröm teljes lenövéséig kell szedni. Az új készítmények hepatotoxikus hatása elhanyagolható, intraconazol és fluconazol esetén gyógyszerinterakciókkal kell számolni. Nagyon jó tapasztalatok vannak a helyi (körömlakk) és szisztémás kezelés kombinációjával. A gyógyulási arány nagyobb és a visszafertőződés veszélye is csökken. A sikeres és kitartó kezelés mellett elengedhetetlen a cipők megfelelő fertőtlenítése, melyet a teljes lenövésig, rendszeresen ismételni kell, ily módon tudjuk a reinfekciót megelőzni. A gombás betegségek jelentősége napjainkban ugrásszerűen nő, és a leggyakrabban előforduló bőrbetegségek. A mindennapi gyakorlatban állandóan gondolni kell a lehetőségére. Bizonytalan, atípusos esetekben is gondoljunk rá. Diagnosztikus munkánkban mindenképpen a gomba kimutatása, rezisztenciavizsgálat alapján történő célzott kezelése előnyben részesítendő azokkal az újabban elterjedt – alternatív – feltevésekkel, hogy majdnem minden (általunk nem diagnosztizált, de a betegnek tartós panaszokat okozó) betegség „hátterében” gombafertőzés áll, és ex juvantibus adjunk antimikotikumokat. Amennyiben nincs pontos diagnózisunk, az elsődleges kezelésként a dezinficiens készítményeket részesítsük előnyben, és csak második választásként folyamodjunk a helyi szteroidok alkalmazásához, így elkerülhetjük a folyamatok krónikussá és súlyossá válását.

IRODALOM

1. Alley M.R., Baker S.J., Beutner K.R., Plattner J.: Recent progress on the topical therapy of onychomycosis. Expert Opin Investig Drugs. 2007;16(2):157–160.
2. Gong J.Q., Liu X.Q., Xu H.B., Zeng X.S., Chen W., Li X.F.: Deep dermatophytosis caused by Trichophyton rubrum: report of two cases. Mycoses. 2007;50(2):102–108.
3. Gupta A.K., Ryder J.E., Chow M., Cooper E.A.: Dermatophytosis: the management of fungal infections. Skinmed. 2005;4(5):305–310.
4. Gupta A.K., Chaudhry M., Elewski B.: Tinea corporis, tinea cruris, tinea nigra, and piedra. Dermatol Clin. 2003;21(3):395–400.
5. Lin R.L., Szepietowski J.C., Schwartz R.A.: Tinea faciei, an often deceptive facial eruption. Int J Dermatol. 2004;43(6):437–440.
6. Sanchez-Castellanos M.E., Mayorga-Rodriguez J.A., Sandoval-Tress C., Hernandez-Torres M.: Tinea incognito due to Trichophyton mentagrophytes. Mycoses. 2007;50(1):85–87.
7. Scher R.K., Tavakkol A., Sigurgeirsson B., Hay R.J., Joseph W.S., Tosti A., Fleckman P., Ghannoum M., Armstrong D.G., Markinson B.C., Elewski B.E.: Onychomycosis: diagnosis and definition of cure. J Am Acad Dermatol. 2007;56(6):939–944.