

Μυκητιάσεις

Νικόλαος Σταυριανέας

*Αναπλ. Καθηγητής Δερματολογίας, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός*

Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή για μένα να είμαι εδώ μαζί σας σήμερα. Βεβαίως οφείλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον εκλεκτό φίλο καθηγητή κ. Σέκερη τον οποίο ιδιαίτερος αγαπώ και εκτιμώ, στην κα Γραμματικοπούλου που οργάνωσε με υποδειγματικό τρόπο την όλη εκδήλωση και βεβαίως στην εταιρεία Novartis. Πιστεύω ότι μόνο συγκαρπητήρια αξίζουν σε ανάλογες πρωτοβουλίες, που δείχνουν την ευαισθητοποίηση απέναντι στο ζήτημα της προβολής κοινωνικών θεμάτων. Ακόμα, νιώθω ιδιαίτερη χαρά γιατί η ομιλία μου έπεται των εισηγήσεων φημισμένων και αγαπημένων μου δασκάλων –κ.κ. Στρατηγός και Βαρελιζίδης–, που έχουν συνδράμει ουσιαστικά στην καριέρα μου.

Απόψε θα εξετάσουμε το ζήτημα των μυκήτων. Η παθολογία των μυκήτων έχει ευρύτατες διαστάσεις, αφορά όλες τις ηλικίες και, καθώς αυξάνεται το προσδόκιμο της ζωής, μέλλεται να γίνεται ολοένα και πιο αισθητή. Επιπλέον, αυξάνονται οι ιατρικές παρεμβάσεις που αφορούν τη λεγόμενη ιατρική ανοσοκαταστολή, παράγοντας που ευνοεί τις μυκητιάσεις: η αυξημένη λήψη αντιβιοτικών κι η συχνότερη εμφάνιση του διαβήτη συμπήτουν με την επίρρωση των

μυκητιάσεων. Όσον αφορά την ανοσοκαταστολή του έπιζ, ανάμεσα στις άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις αναπτύσσονται και οι μύκητες, που συχνά παρουσιάζουν ιδιαίτερη εικόνα και συμπτωματολογία.

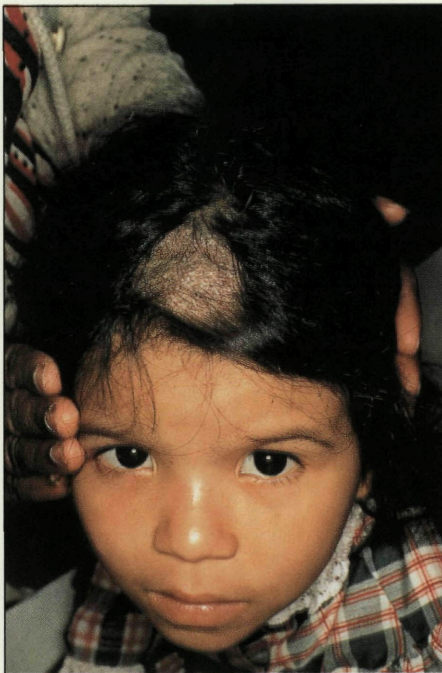
Υπάρχουν πολλά είδη μυκήτων, καθώς πρόκειται για ένα πολύ διαδεδομένο παθογόνο στοιχείο. Οι μύκητες είναι μονοκύτταροι ή πολυκύτταροι ευκαιριακοί μικροοργανισμοί, ιδιαίτερα εξαπλωμένοι στο νερό, στη φύση, γύρω από τις ρίζες των δέντρων και στα φυλλώματα των δέντρων, που προσβάλλουν τα φυτά, τα ζώα και τον άνθρωπο.

Τα διάφορα είδη μυκήτων κατατάσσονται σε κατηγορίες, οικογένειες, τάξεις και είδη. Λόγω έλλειψης χρόνου, δεν θα ασχοληθούμε με το σύνολο των μυκήτων αλλά μόνο με κάποιες επιμέρους μυκητιάσεις που είναι πιο συχνές και αφορούν την ανθρώπινη παθολογία.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των μυκητολόγων, ο αριθμός των μυκήτων υπολογίζεται σε 250.000 μέχρι και 1.500.000, ανάλογα με την εκάστοτε περιοχή. Βεβαίως πολλοί λίγοι, ίσως μόλις περισσότερα από 100 στελέχη, αφορούν την ανθρώπινη παθολογία. Στη χώρα μας συχνότερα εμφανίζονται οι επιφανειακοί μύκητες και οι επιφανειακές μυκητιάσεις, που διακρίνονται στις δερματομυκητιάσεις και στις καντινιτιάσεις.

Οι δερματομυκητιάσεις αφορούν τα δερματόφυτα. Υπάρχουν πολλά στελέχη και πολλά είδη δερματοφύτων. Έχουμε επίσης τις επιφανειακές και τις εν τω βάθει μυκητιάσεις: οι πρώτες σχετίζονται με την προσβολή της επιδερμίδας, των τριχών και των βλεννογόνων όπως επίσης και των ονύχων, ενώ οι δεύτερες αφορούν το χόριο, το υπόδερμα και τα άλλα υποδόρια όργανα. Οι επιφανειακές μυκητιάσεις διακρίνονται στις δερματομυκητιάσεις, που οφείλονται σε δερματόφυτα, και στους ζυμομύκητες. Μια ευκολούνη ταξινόμηση είναι να διακρίνουμε ανθρωπόφιλα στελέχη, ζωόφιλα στελέχη και γαιοφιλα. Τι σημαίνει αυτό; Κατά πρώτον υπάρχουν μύκητες που μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο, κατά δεύτερον υπάρχουν μύκητες που βρίσκονται στο τρίχωμα των κατοικίδιων συνήθως ζώων από τους οποίους ενδέχεται εξίσου να μολυνθεί ο

άνθρωπος και τέλος υπάρχουν τα γαιόφιλα στελέχη που από τα φυτά και τα δέντρα μπορεί επίσης να μεταδοθούν στον άνθρωπο. Ανάλογα με τις περιοχές όπου εμφανίζονται οι μυκητιάσεις, μπορούν να διακριθούν σε μυκητιάσεις που εκδηλώνονται στο τριχωτό της κεφαλής (εικ. 1) (κυρίως αφορούν τα παιδιά και σπάνια τον ενήλικα), στην περιοχή του γενιού (εικ. 2) και το μουστάκι, στον κορμό (εικ. 3), το πρόσωπο, τις μηρογενικές πτυχές, τα άκρα και βεβαίως τα νύχια.



Εικόνα 1
Μυκητίαση τριχωτών κεφαλής σε παιδί



Εικόνα 2



Εικόνα 3

Η χρήση βιομηχανικών υλικών, οι τρόποι ενδύσεως και υπόδησης της σύγχρονης ζωής, οι απορρυπαντικές ουσίες, τα αντισηπτικά σαπούνια, η χρήση αντιβιοτικών και ανοσοκατασταλτικών είναι παράγοντες που ευνοούν τις μυκητιάσεις (πίν. I).

Στην εποχή μας υπάρχουν αίσίως αποτελεσματικές θεραπείες. Σε παλαιότερες εποχές, όμως, οι άνθρωποι επινοούσαν τρομακτικές μεθόδους για να θεραπεύσουν τους μύκητες, όπως επάλειψη με καυτή πίσσα για αποψίλωση του τριχωτού της κεφαλής σε παιδιά που είχαν μολυνθεί και ακτινοβο-

λία του τριχωτού της κεφαλής με αποψιλωτικές δόσεις των ακτινών Ρένγκεν (πίν. II). Σε πολυάριθμες ανάλογες περιπτώσεις, πολλά χρόνια μετά, αναπτύσσονται καρκίνοι βασοκυτταρικοί και ανθοκυτταρικοί στο έδαφος αυτών των

Επιπολής Μυκητιάσεις - Μεταβολές Κλινικών Εκδηλώσεων

- ◆ Χρήση βιομηχανικών υλικών
- ◆ Απορρυπαντικών ουσιών
- ◆ Αντισηπτικών σαπουνιών
- ◆ Αντιβιοτικών
- ◆ Ανοσοκατασταλτικών

Πίνακας I

Θεραπεία Επιπολής Μυκητιάσεων Ιστορικά Δεδομένα

Αρχές του αιώνα

- ♦ Ζέουσα πίσσα στο κεφάλι - Αποψίλωση

Μέσα του αιώνα

- ♦ Ακτινοβολήση της κεφαλής - Αποψίλωση

Ι.Δ. Στρατηγός, 20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο, Αθήνα 1994

Πίνακας II

ακτινοβοληθέντων επιφανειών του τριχωτού της κεφαλής. Βλέπουμε λοιπόν πόσο καταστροφικές και αδέξιες ήταν αυτές οι παλιές θεραπείες.

Α. ΔΕΡΜΑΤΟΦΥΤΙΕΣ

Όπως αναφέρθηκε, οι μύκητες που προκαλούν τις δερματοφυτίες ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες ομάδες (γένη):

- 1) Τα τριχοφύτα (εντοπίζονται στο δέρμα, τις τρίχες και τα νύχια)
- 2) Τα μικρόσπορα (εντοπίζονται στο δέρμα και το τριχωτό της κεφαλής)
- 3) Τα επιδερμόφυτα

Θα εξετάσουμε τον επιπολασμό των δερματομυκητιάσεων ανάλογα με την εντόπιση των μυκήτων που τις προκαλούν.

1. ΚΕΦΑΛΗ

α) *Τριχοφυτία του τριχωτού της κεφαλής*. Οφείλεται στα διάφορα είδη του τριχοφύτου κι είναι νόσος κυρίως της παιδικής ηλικίας. Κατά περιέργο τρόπο, θεραπεύεται αυτόματα με την αρχή της ήθης. Σπανίως παρατηρείται σε ενήλικους και είναι μεταδοτική. Ο μύκητας προσβάλλει το στέλεχος της τρίχας και φθάνει μέχρι τη ρίζα (ενδόθριξ), χωρίς να μένουν ουλές εκτός αν υπάρχει δευ-

τερογενής μόλυνση από κοινά μικρόβια. Κλινικώς εμφανίζονται μικρές ερυθροματώδεις κυκλικές πλάκες με λεπτή απολέπιση ή μεγαλύτερες πολυκυκλικές που σχηματίζονται από τη συνένωση μικρών πλακών. Οι τρίχες είναι κομμένες σε διάφορο ύψος, μερικές δε στο ύψος του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής. Μεταξύ αυτών υπάρχουν και υγιείς τρίχες. Η διάγνωση είναι κλινική και εργαστηριακή (άμεση εξέταση, καλλιέργεια), γίνεται δε διαφορετική διάγνωση από τη σηψηγοτροϊκή δερματίτιδα, τη γυροειδή αλωπεκία, την ψωρίαση, την τριχοπλλομανία κ.λπ.

Το κνήριον του Κέλσου ή έμπυος τριχοφυτία είναι κλινική μορφή της τριχοφυτίας. Εντοπίζεται στους ενήλικους, κυρίως στο γένειο και στα παιδιά στην κεφαλή. Χαρακτηρίζεται συνήθως από μία (σπάνια 2 ή 3) βλατιδοοζώδη πλάκα που καλύπτεται από φλυκταινίδια και μελπόχροες εφελκίδες. Το περιεχόμενο είναι μυκητύλλια και σπάνια νεκρά κύτταρα και τρίχες· αν πιέσουμε την πλάκα από τα πλάγια εξέρχονται σταγονίδια πύου από τα στόμια των τριχοσηψηματογόνων θυλάκων. Σπάνια θα πρέπει να γίνει διαφορετική διάγνωση (δ.δ.) από τον δοθίνα ή από άλλη μορφή πυοδερματίτιδας. Η παρατηρούμενη αυτόματη ίαση αποδίδεται στην καταστροφή της τρίχας και την έλλειψη της απαραίτητης κερατίνης για τη διατροφή των μυκήτων. Μετά τη θεραπεία ενδέχεται να παραμείνουν ουλές.

β) *Μικροσπορία του τριχωτού της κεφαλής* (βλ. εικόνα 1, σελ. 71). Οφείλεται κυρίως στα μικρόσπορα *audouinii* που προέρχεται από τον άνθρωπο και *canis* από τα ζώα. Είναι εξώτρυκα και ενδότρυκα και δίνουν ζωηρό πράσινο φθορισμό με τη λυχνία του Wood.

Κλινικώς παρατηρούνται μία ή συνήθως περισσότερες πλάκες στρογγυλές ή ωοειδείς (όταν ενωθούν πολλές μαζί γίνονται πολυκυκλικές) και καλύπτονται από λεπτά λέπια. Οι τρίχες είναι κομμένες σχεδόν όλες στο ύψος της επιφάνειας του δέρματος, έχουν χρώμα υπόφαιο και αποσπώνται χωρίς αντίσταση. Χωρίς θεραπεία η ίαση είναι αυτόματη κατά την ήβη και δεν εγκαταλείπονται ουλές. δ.δ. θα γίνει από την τριχοφυτία, την ψωρίαση, την πιτυρίαση του τριχωτού της κεφαλής κ.λπ.

γ) *Η Αχωρ του τριχωτού της κεφαλής* είναι μια πολύ μεταδοτική νόσος που οφείλεται στο τρικόφυτο *schoenleini*. Σήμερα είναι σπάνια και παρατηρείται

μόνο σε περιοχές όπου δεν τηρούνται στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής. Μεταδίδεται άμεσα ή έμμεσα, κυρίως με κοινή χρήση κτενών. Προσβάλλει συχνότερα τα παιδιά αλλά και τους εφήβους ή ενήλικους και δεν υπάρχει τάση αυτόματης ίασης αν μείνει χωρίς θεραπεία. Κλινικώς εμφανίζονται αρχικά μικρές ερυθρές κηλίδες, επί των οποίων μετά 2-3 εβδομάδες δημιουργούνται οι χαρακτηριστικές βλάβες, τα σκυφία. Είναι κυπελλοειδείς εμβαθύνσεις της επιδερμίδας, στρογγυλές, διαμέτρου 1-2 κιλ., έχουν χρώμα κιτρινόφαιο και χαρακτηρισικά δυσάρεστη οσμή. Περιέχουν μυκητύλλια και σπόρια του άχορα, ως και νεκρά επιδερμιδικά κύτταρα, στις θέσεις δε αυτές δημιουργείται νέκρωση γι' αυτό και παρατηρούνται ουλές μετά την υποχώρηση των βλαβών. Πολλά σκυφία ενώνονται και σχηματίζουν μεγάλες εφελκιδώδεις επιφάνειες με φλεγμονώδη αντίδραση.

Οι τρίχες είναι ξηρές, αλαμπίες και αποχρωματισμένες, αποσπώνται εύκολα και με τη λυχνία του Wood δίδουν ωχρό πράσινο φθορισμό. Εκτός από την τυπική αυτή μορφή του άχορα αναφέρονται και παραλλαγές όπως η πιτυριασική μορφή, η κηρώδης και η παπυροειδής.

2. ΔΕΡΜΑ

α) *Τριχοφυτία του ψιλού δέρματος.* Τα διάφορα είδη τριχόφυτου προσβάλλουν και τα παιδιά και τους ενήλικους. Η νόσος αρχίζει σαν μικρή ρόδινη λεπιδώδης βλατίδα που μεγαθύνεται προς την περιφέρεια ενώ οι βλάβες στο κέντρο της πλάκας που σχηματίζεται, ιώνται. Το σχήμα των πλακών είναι χαρακτηριστικά στρογγυλό ή πολυκυκλικό (αν συνενωθούν πολλές πλάκες) και η περιφέρεια είναι ερυθρή και φυσαλιδώδης. Η διάγνωση είναι συνήθως εύκολη, σε δύσκολες περιπτώσεις γίνεται εργαστηριακώς με όλους τους τρόπους αναζήτησεως των μυκήτων. Επί μόλυνσεως με τριχόφυτο *schoenleini* δημιουργούνται συνήθως μονήρη σκυφία και δεν εγκαταλείπουν ουλές.

β) *Επιδερμοφυτία.* Οφείλεται στο επιδερμόφυτο *floccosum* ή *curis* του οποίου το χαρακτηριστικό είναι ότι αναπτύσσεται μόνο στην κεράτινη σιβάδα της επιδερμίδας και δεν προσβάλλει τρίχες ή νύχια. Ανάλογα με την εντόπιση διακρίνουμε:

β₁) Το *παρυφώδες έκζεμα ή βουβωνική επιδερμοφυτία*. Η νόσος είναι συχνότερη στους άνδρες, εμφανίζεται με τη μορφή ερυθματώδους πλάκας μονόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης, η οποία επεκτείνεται στην περιφέρεια, ενώ το κέντρο τείνει προς ίαση ή γίνεται μελαγχρωματικό. Η επιφάνεια της πλάκας καλύπτεται από λεπτά λέπια και εφελκίδες, η δε περιφέρεια είναι φυσαλιδώδης. Η νόσος εντοπίζεται συνήθως στις μηρογεννητικές πτυχές και επεκτείνεται συχνά στους μηρούς, στο όσχεο και το περίνεο. Κατά τη συνηθισμένη αυτή εντόπιση το επιδερμόφυτο μπορεί ακόμα να επεκταθεί στις μασχάλες, τις υπομαζικές πτυχές και στις μεσοδακτύλιες πτυχές χεριών και ποδιών. Έχει εξάρσεις και υφέσεις και χωρίς θεραπεία έχει μεγάλη διάρκεια. Η διάγνωση γίνεται κλινικώς και εργαστηριακώς η δε διαφορική διάγνωση γίνεται από το παράτριμμα, το ερύθρασμα, την ψωρίαση, την τριχοφυτία του ψιλού δέρματος και την καντιντίαση των μηρογεννητικών πτυχών.

β₂) Η επιδερμοφυτία των μεσοδακτύλιων πτυχών είναι μια συχνή και επίμονη δερματομυκητίαση, παρατηρείται συνήθως στους άνδρες και ιδίως σε αθλητές –εξ ου και ο όρος *athlete's foot*– εντοπίζεται δε εκλεκτικά στο διάστημα 4ου και 5ου δακτύλου. Η μεσοδακτύλιος πτυχή είναι λευκή λόγω διαβροχής της επιδερμίδας, συχνά δε η επιδερμίδα αποκολλάται και δημιουργούνται επώδυνες και κνησιώδεις διαβρώσεις και ραγάδες. Το δέρμα της γύρω περιοχής (πλάγια επιφάνεια των δακτύλων, πλάγια του άκρου ποδός και ποδική καμάρα) ενδέχεται να εμφανίσει φυσαλίδες, διαβρώσεις, λέπια και εφελκίδες λόγω επεκτάσεως της νόσου. Η επιδερμοφυτία χωρίς θεραπεία διατηρείται επί πολύ με εξάρσεις τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω της εντονότερης εφίδρωσης των άκρων ποδών.

γ) *Μικροσπορία του ψιλού δέρματος*. Οφείλεται συνήθως σε μικρόσπορα ζωικής προελεύσεως (*M. canis*). Χαρακτηρίζεται από μικρές πλάκες στρογγυλές με κέντρο ροδόφαιο, πιπυρώδες και περιφέρεια επίσης ερυθρόφαιη, φυσαλιδώδη που καλύπτεται από λεπτά λέπια. δ.δ. θα γίνει από την τριχοφυτία του ψιλού δέρματος και τη Νόσο του Gilbert. Διάγνωση θα γίνει εργαστηριακώς, μέσω ανεύρεσης του μικροσπόρου στα λέπια της βλάβης.

3. ΝΥΧΙΑ

Με τον όρο ονυχομυκητιάσεις εννοούμε τις αλλοιώσεις που προκαλούν στα νύχια οι μύκητες. Από τις ομάδες, τις υποομάδες και τα είδη των μυκήτων αυτών, τα νύχια προσβάλλονται από τα δερματόφυτα, τα μη δερματόφυτα και τους ζυμομύκητες. Οι ονυχομυκητιάσεις αποτελούν συχνή λοίμωξη των νυχιών, καλύπτουν το 20% της παθολογίας τους. Εξάλλου, το 30% περίπου των ασθενών που εμφανίζουν μυκητίαση από τα δερματόφυτα σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματός τους πάσχει συγχρόνως και από ονυχομυκητίαση. Οι ονυχομυκητιάσεις είναι συχνότερες στους άντρες. Όμως τα τελευταία χρόνια αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των γυναικών που εμφανίζουν ονυχομυκητιάσεις στα νύχια των ποδιών. Οι ονυχομυκητιάσεις, ωστόσο, είναι συχνότερες στα ηλικιωμένα άτομα. Οι φλεγμονές του περιωνυχίου και η δευτερογενής ονυχομυκητίαση από ζυμομύκητες candida στα δάκτυλα των χεριών είναι συχνότερες στις γυναίκες. Ο λόγος είναι ότι ευνοούνται ιδιαίτερα από την υγρασία της λάτρας. Η μόλυνση γίνεται συνήθως από reservoir του ζυμομύκητα (candida) που υπάρχει στο ίδιο το άτομο.

Η κλινική εικόνα των ονυχομυκητιάσεων δεν είναι ομοιόμορφη αλλά εμφανίζει ποικιλίες. Κατά τον Ζάις, διακρίνονται τέσσερις κλινικοί τύποι. Εδώ όμως μπαίνουμε σε λεπτομέρειες που αφορούν τους δερματολόγους. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι για τις ονυχομυκητιάσεις από δερματόφυτα η προσβολή του νυχιού συνήθως αρχίζει από το ελεύθερο άκρο του ή από τα πλάγια και μεγαλώνει προοδευτικά. Το νύχι χάνει τη γυαλάδα και τη διαφάνειά του, σιγά-σιγά γίνεται κιτρινωπό ή πρασινοκίτρινο, παχύνεται και γίνεται εύθραυστο. Η επιφάνειά του εμφανίζεται ανώμαλη και γραμμωτή.

Το νύχι μπορεί τελικά να μειωθεί σημαντικά σε μέγεθος και να ξεκολλήσει από την κοίτη του. Τα νύχια των ποδιών μπορούν να μολυνθούν είτε από προϋπάρχουσα μυκητίαση του δέρματος των ποδιών του ίδιου ατόμου είτε αν περπατάμε ξυπόλητοι σε έδαφος μολυσμένο από μύκητες. Παρά την κλινική περιγραφή, που επισημαίνει τις κλινικές διαφορές στην εμφάνιση των νυχιών ανάλογα με το είδος των μυκήτων που τους προσβάλλει, τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά. Παρότι ο εξοικειωμένος δερματολόγος συνήθως επιτυχώς προσα-

νατολίζεται στην ορθή κλινική διάγνωση, εντούτοις και πάλι επιβάλλεται να γίνει μυκητολογική εξέταση, συχνά και βακτηριολογική.

Η προσβολή εξάλλου από τους ζυμομύκητες (*Candida*) των νυχιών των χεριών είναι δευτερογενής. Στην αρχή εμφανίζεται φλεγμονή του περιωνυχίου. Το δέρμα είναι ερυθρό, σπιλννό, τεταμένο, επώδυνο στην πίεση και συχνά στην επαφή με τα νερά. Με την πίεση μπορεί να εξέλθει στα γόνα πύου, πλούσια σε ζυμομύκητες. Κλινικώς, το νύχι κάνει τη διαφάνειά του και γίνεται μαλακό κι εύθραυστο, ξεκολλάει από την κοίτη και μπορεί ακόμη και να πέσει.

Όταν προσβάλλονται τα νύχια των ποδιών, η κλινική εικόνα εμφανίζεται διαφορετική. Σε αντίθεση με τα νύχια των χεριών, στα πόδια η μόλυνση του νυχιού αφορά το ελεύθερο χείλος του ή τα πλάγια του. Γίνεται εύθραυστο, με αποχρώσεις από λευκό, κίτρινοπράσινο, καφέ ή και εντονότατα μαύρο. Το νύχι παχύνεται αρχικά, στη συνέχεια λεπτύνεται κι εμφανίζονται στοιχεία ονυχολύσης. Παρά την κλινική περιγραφή, που επισημαίνει τις κλινικές διαφορές στην εμφάνιση των νυχιών ανάλογα με το είδος των μυκήτων που τους προσβάλλει, τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά. Παρότι ο εξοικειωμένος δερματολόγος συνήθως επιτυχώς προσανατολίζεται στην ορθή κλινική διάγνωση, και πάλι επιβάλλεται να γίνει μυκητολογική εξέταση, συχνά και βακτηριολογική. Από τη στιγμή που η καλλιέργεια των ρινισμάτων των νυχιών αποδειξει την παρουσία μυκήτων και μας υποδείξει την ταυτότητα του υπεύθυνου μύκητα, εφαρμόζεται η θεραπευτική στρατηγική.

Στην εποχή μας διαθέτουμε εξαιρετικά ισχυρά αντιμυκηπιασικά φάρμακα (πίν. III και IV). Το πλούσιο αυτό οπλοστάσιο εναντίον των μυκήτων περιλαμβάνει φάρμακα σε μορφή διαλυμάτων γέλης, κρεμών και λάκας για τοπική χρήση, αλλά και συστηματικά χορηγούμενα φάρμακα. Ειδικώς για τις μυκητιάσεις των νυχιών, ιδιαίτερα των κάτω άκρων, είναι απαραίτητη η χορήγηση αντιμυκηπιασικών φαρμάκων. Τούτο κρίνεται αναγκαίο εάν η προσβολή των νυχιών αφορά πάνω από το 25% της επιφάνειάς τους. Το παλαιότερο συστηματικά χορηγούμενο αντιμυκηπιασικό φάρμακο, η γκριζεοφουλβίνη, έχει παροπλιστεί σχεδόν στην εποχή μας για διάφορους λόγους. Τα νέα αντιμυκηπιασικά, λοιπόν, με κυριότερους εκπροσώπους την τερμινιναφίνη και τους αζό-

Κατηγορίες Αντιμυκητιασικών Φαρμάκων

Χημική κατηγορία	Φάρμακο
Αζόλες	Κετοконаζόλη, Εκοναζόλη, Μικοναζόλη, Θειοκοναζόλη, Ισδοκοναζόλη, Φεντικοναζόλη, Κλοτριμαζόλη, Μπιφοναζόλη
Τριαζόλες	Φλουκοναζόλη, Ιτρακοναζόλη
Αλλυλαμίνες	Τερβιναφίνη, Ναφτιφίνη
Πολυένια	Αμφοτερικίνη Β, Νυστατίνη
Γκριζεοφουλβίνη	
Φθοριούχος Πυριμιδίνη	Φλουκυτοσίνη
Παράγωγα πυριδόνης	Κυκλοπροξολαμίνη
Μορφολίνες	Αμορολφίνη

V. Belfori, A. Tosti - European Handbook of Dermatological Treatments

Πίνακας III

**Αντιμυκητιασικά Φάρμακα
ΑΣΦΑΛΕΙΑ**

Αζόλες Αναστέλλουν τα ένζυμα του κυττοχρώματος P - 450

Lamisil Δεν αλληλεπιδρά με τα ένζυμα του κυττοχρώματος P - 450

Πίνακας IV

λες, χορηγούνται σε διάφορα σχήματα και στρατηγικές, που ο έμπειρος δερματολόγος προτείνει με θαυμάσια πρακτικά αποτελέσματα και μηδαμινή τοξικότητα.

Όμως για να δράσουν αποτελεσματικά τα κατάλληλα δραστικά αντιμυκητιασικά φάρμακα πρέπει να υπάρχει, όπως τονίστηκε, η ορθή διάγνωση. Ειδικά για τις μυκητιάσεις των νυχιών επιβάλλεται η εργαστηριακή (μυκητολογική) επιβεβαίωση. Γιατί αλλοιώσεις σαν και αυτές που αναφέρθηκαν και προκαλούν οι μύκητες στα νύχια ή ανάλογες εμφανίζουν και άλλα νοσήματα, όπως π.χ. η ψωρίαση, ο ομαλός λειχήνας, η γυροειδής αλωπεκία, η σύφιλη στο δεύτερο στάδιο (συφιλιδική περιώνυξη) κ.ά.

Συμπερασματικά, οι ονυχομυκητιάσεις είναι συχνές. Εμφανίζονται κλινικώς με αλλαγή του φυσιολογικού χρώματος των νυχιών, πάχυνση ή λέπτυνση, ευθραυστότητα και αποκόλληση. Η καλλιέργεια των ξεσμάτων του νυχιού αποκαλύπτει τον υπεύθυνο μύκητα. Εάν η διάγνωση γίνει εγκαίρως, η θεραπεία είναι εύκολη, ασφαλής και σύντομη. Χωρίς θεραπεία, υπάρχει συνεχώς μια ενδογενής εστία μυκήτων, που μπορεί να μολύνει και άλλα νύχια και το δέρμα του ατόμου και δευτερογενώς να προκαλέσει άλλες επιπλοκές.

B. ΚΑΝΤΙΝΤΙΑΣΕΙΣ

Είναι λοιμώξεις που οφείλονται στους μύκητες του γένους *Candida* (ο κυριότερος εκπρόσωπος των μυκήτων αυτών είναι η *Candida albicans*). Ανήκουν στους ζυμομύκητες, είναι μονοκύτταροι οργανισμοί και πολλαπλασιάζονται δι' εκβλασπίσεως (βλαστοσπώρια). Τα θυγατρικά κύτταρα άλλοτε χωρίζονται των μητρικών άλλοτε όμως παραμένουν προσκολλημένα, οπότε σχηματίζεται το ψευδομυκητόλλιο. Και οι δύο μορφές είναι θετικές κατά Gram. Είναι μικροοργανισμοί μεγάλης διασποράς τόσο στον άνθρωπο, όπου σαπροφυτούν, όσο και στο περιβάλλον. Συνήθως σαπροφυτούν στη στοματική κοιλότητα, στον κόλπο, στις αναπνευστικές οδούς, έντερο κ.λπ.

Η τοπική ύπαρξη των μυκήτων αυτών δεν συνεπάγεται νόσηση, υπό ορισμένες όμως συνθήκες είναι δυνατόν να ενεργοποιηθούν και να προκαλέσουν κλινικές εκδηλώσεις. Καταστάσεις που ευνοούν ιδιαίτερα την ανάπτυξη της *Candida* είναι ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπερίδρωση, η εγκυμοσύνη και γενικά το περιβάλλον υγρασίας, καθώς επίσης η χρήση αντιβιοτικών, κυτταροστατικών και κορτικοστεροειδών. Η εργαστηριακή διάγνωση των καντινιάσεων γίνεται είτε με άμεση μικροσκοπική εξέταση του υλικού είτε με καλλιέργεια σε Sabouraud ή άλλα θρεπτικά υλικά που είναι εύκολη και γρήγορη.

Ανάλογα με την εντόπιση της *Candida* στον άνθρωπο διακρίνουμε:

1. Καντιντίαση των βλεννογόνων.

Περιλαμβάνει την καντιντίαση του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας και των γεννητικών οργάνων.

- α) *Στοματική κοιλότητα*: ο στοματικός βλεννογόνος γίνεται ερυθρός και ξηρός, ακολούθως σχηματίζονται πλάκες στρογγυλές ή ωοειδείς, που καλύπτονται από ένα χαρακτηριστικά λεπτό επίχρισμα. Μετά την αφαίρεση αυτού ο βλεννογόνος μπορεί να αιμορραγεί.
- β) *Γεννητικά όργανα*: στις γυναίκες εμφανίζεται ως αιδοιοκολπίτιδα και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ερυθρότητα με κατά τόπους λευκωπό επίχρισμα, κνησμό και αίσθημα καύσου ενώ τους άνδρες εμφανίζεται ως βαλανοποσθίτις, χαρακτηρίζεται από διάχυτη ή περιγεγραμμένη ερυθρότητα της βαλάνου ή κατά τόπους στρογγυλές ή ωοειδείς διαβρώσεις και είναι δυνατόν να υπάρχει κνησμός και αίσθημα καύσου.

2. Καντιντίαση του δέρματος

- α) Παρατριμματικός τύπος (εικ. 4). Εντοπίζεται στις πτυχές ιδίως παχύσαρκων ατόμων (μπρογεννητικές, υπομαζικές, μεσογλουτιαία, μασχάλη, μεσοδακτύλιες πτυχές). Χαρακτηρίζεται από πλάκες ερυθρές πολυκυκλικές



Εικόνα 4

με επιφάνεια που παρουσιάζει διαβροχή και είναι υγρή. Πολλές φορές οι πλάκες αυτές εμφανίζουν φυσαλλίδες, φλυκταινίδια και εφελκίδες.

β) *Ονύχων - Περιωνυχίου*. Επί εντοπίσεως της *Candida* στα νύχια σχηματίζονται στα πλάγια ή στο ελεύθερο άκρο αυτών αδιαφανείς κηλίδες που όσο προχωρεί η νόσος γίνονται μελανές (το μαύρο αυτό χρώμα είναι χαρακτηριστικό της *Candida*). Τα νύχια παχύνονται και υπεργείρονται κατά το ελεύθερο άκρο, είναι δυνατόν δε να καταστραφούν και να πέσουν. Το περιωνύχιο επίσης χαρακτηρίζεται από επώδυνη φλεγμονώδη διόγκωση δια πίεσεως δε εξέρχονται σταγονίδια πύου.

γ) *Κοκκιωματώδης μορφή* (εικ. 5). Είναι σπάνια μορφή της καντινιάσεως του δέρματος, όπου σχηματίζονται πολλά στρογγυλά βλατιδώδη επάρματα που καλύπτονται από κιτρινόφαιες εφελκίδες, μετά την αφαίρεση των οποίων η επιφάνεια που παραμένει είναι εξέρυθρη, κοκκιωματώδης και ορορρούσα. Οι βλάβες είναι διάσπαρτες ή συρρέουν και σχηματίζουν πλάκες επηρμένες και καλώς αφοριζόμενες από το γύρω δέρμα. Εντοπίζεται εκλεκτικά στο πρόσωπο, το τριχωτό της κεφαλής αλλά και στους αγκώνες κ.λπ. Είναι επίμονη και οφείλεται κυρίως σε ειδικούς προδιαθεσικούς παράγοντες.



Εικόνα 5

Για τη θεραπεία των καντινιάσεων δέρματος, βλεννογόνων και ονύχων-περιωνυχίου χρησιμοποιούνται τοπικά η νυστατίνη, η αμφοτερικίνη -β, η μικοναζόλη κ.ά. υπό μορφή κρεμών, αλοιφών ή διαλυμάτων. Επίσης χρησιμοποιείται με επιτυχία το αλκοολικό διάλυμα Ιωδίου 1 -2%, εφόσον το επιτρέπει η εντόπιση της νόσου.

3. Συστηματική καντινιάση

Είναι βαρύτατη και αφορά εντόπιση της Candida στα διάφορα όργανα και συστήματα (ουροποιητικό, αναπνευστικό, καρδία, μήνιγγες, κ.λπ.). Η θεραπεία γίνεται με Αμφοτερικίνη - Β που χορηγείται ενδοφλεβίως.

Γ. ΠΟΙΚΙΛΟΧΡΟΥΣ ΠΙΤΥΡΙΑΣΗ

Πρόκειται για δερματομυκητίαση που οφείλεται σε μύκητα ο οποίος αναπτύσσεται αποκλειστικά στην κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας, δεν ταξινομείται όμως στα δερματόφυτα και ονομάζεται *Malassezia fur-fur*. Η ανάπτυξη αυτού ευνοείται από ορισμένους προδιαθεσικούς παράγοντες, με σημαντικότερους την υπερέκκριση ιδρώτα και σμήγματος και το θερμό κλίμα.

Προσβάλλει και τα δύο φύλα με θεαματική συχνότητα στα νέα άτομα (18-45 ετών). Κλινικώς εμφανίζονται καφεογαλακτόχρωμες κηλίδες με πιπυρώδη απολέπιση. Η απολέπιση αυτή είναι χαρακτηριστική και ονομάζεται σημείο του ροκανιδίου. Οι κηλίδες είναι μεμονωμένες ή σχηματίζουν πλάκες με ανώμαλη περιφέρεια και εντοπίζονται εκλεκτικώς στους ώμους και τον θώρακα. Χωρίς θεραπεία επεκτείνεται στους βραχίονες, αντιβράχια, κορμό και σπανίως πρόσωπο. Δεν υπάρχει κνησμός. Μετά από ηλιοθεραπεία οι κηλίδες μένουν λευκές ενώ το υπόλοιπο δέρμα παίρνει το χαρακτηριστικό σκούρο χρώμα. Στην περίπτωση αυτή ονομάζεται παρασιπική αχρωμία.