

Keratolysis sulcata

MUDr. Eduard Hrnčíř

Kožní oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., Krajská zdravotní, a. s.

Dermatol. praxi 2012; 6(3): 158



Synonyma: keratoma plantare sulcatum, pitted keratolysis.

Epidemiologie

Poměrně běžná, ale mnohdy chybně diagnostikovaná dermatóza. Popsána celosvětově, jak v tropech, tak mírném klimatu, nejčastěji u mladých dospělých mužů. Vyšší výskyt u dělníků, zemědělců, sportovců, vojáků, bezdomovců.

Etiopatogeneze

Superficiální kožní bakteriální infekce omezená na str. corneum, vyvolaná některými grampozitivními bakteriemi schopnými keratolýzy, např. *Kytococcus sedentarius*, *Dermatophilus congolensis*, *Corynebacterium spec.* Hlavním predispozičním faktorem je zapaření nohou v uzavřené obuvi, hyperhidróza, malá hygiena a v tropických oblastech chůze na bosu, především v období deštů.

Symptomatologie

Keratolysis sulcata (KS) postihuje typicky plošky v tlakových bodech se silnou rohovou vrstvou – nad MTP klouby, paty, bříška prstů, vzácně dlaně. Drobné okrouhlé povrchové dolíčky (pits) v rohové vrstvě velikosti 0,5–7 mm postupně splývají ve větší nepravidelné bělavé mapovité eroze a brázdy, s vlhkým až slizkým macerovaným povrchem. Charakteristický je nepříjemný zápach nohou, podmíněný bakteriálními metabolity (thioly, sulfidy, thioestery).

Subj.: asymptomatické, někdy svědění, pálení až bolestivost projevů vedoucí k obtížím při chůzi.

Komplikace (především v tropech): fisury, kožní ulcerace, erysipel, sepse, amputace prstu.

Diagnostika

Ve většině případů stanovíme diagnózu na základě klinického obrazu doprovázeného charakteristickým zápachem. Histologické kožní vyšetření (nejlépe barvení podle Grama, PAS, Gomori-Grocott) se v klinické praxi rutinně neprovádí, přestože fragment rohové vrstvy z plošky lze snadno odebrat i bez lokální anestezie. Tato rychlá a senzitivní diagnostická metoda ozřejmí kokoidní a filamentózní G+ mikroorganismy, patrně především v oblasti spodiny a ostře ohraničených okrajů povrchových defektů str. corneum. Bakteriální kultivace není klinicky relevantní.

Dif. dg.: tinea pedum, verrucae plantares, eczema dyshidroticum, eczema contactum allergicum, hyperhidrosis pedum, keratolysis exfoliativa, sy. bazocelulárního névu, některé palmoplantární keratodermie.

Terapie

Režimová opatření směřující k udržení suchých a čistých nohou – absorpční bavlněné ponožky s častou výměnou, omezit nošení uzavřené obuvi, pravidelná hygiena, antibakteriální mýdla. Základem místní léčby jsou topická

antibiotika, např. erytromycin nebo klindamycin ve formě roztoků, aplikovaná 2x denně, po dobu 1–2 týdnů. Výhodná je kombinace s lokálními antimykotiky, např. imidazoly, které pokrývají případnou mykotickou koinfekci. K doléčení a prevenci recidiv jsou vhodné pudry s obsahem antiseptik. Při masivním postižení, selhání místní léčby či komplikacích nasazujeme ATB celkově. Adekvátní léčba asociované hyperhidrózy a případných hyperkeratóz plošek zvyšuje terapeutický úspěch a redukuje riziko recidiv.

Prognóza

V našem mírném klimatickém pásu představuje KS nezávažné onemocnění. Efektivně prováděná léčba při důsledném dodržování režimových opatření vede ke zhojení lézí a odstranění zápachu do 3–4 týdnů. Extrémní rezistence k léčbě, časté recidivy až chronicitá je typická pro pacienty neakceptující režimová opatření nebo při povinnosti nošení ochranné obuvi u některých profesí.

Článek přijat redakcí: 6. 3. 2012

Článek přijat k publikaci: 28. 3. 2012

MUDr. Eduard Hrnčíř

Kožní oddělení, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., Krajská zdravotní, a. s.
Sociální péče 3 316/12A, 401 13 Ústí nad Labem
eduard.hrncir@mnul.cz