

Případ rozsáhlé tinea capitis u ženy středního věku

MUDr. Kristýna Papajíková, MUDr. Linda Vavříková, MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

Klinika chorob kožních a pohlavních FN a LF UP v Olomouci

Autorky popisují případ 56leté ženy, u níž se rozvinula rozsáhlá dermatofytóza frontální oblasti kštice. K manifestaci onemocnění došlo po epizodě těžké sideropenické anémie způsobené hypermenoreou při myomatóze dělohy. Systémová terapie terbinafinem vedla k regresi kožních projevů s kompletním zráním vlasů.

Klíčová slova: tinea capitis, dermatofytóza, *Trichophyton mentagrophytes*, terbinafin, alopecie.

A case of extensive tinea capitis in a middle-aged woman

Authors describe a 56-year-old woman who developed extensive dermatophytosis of the frontal scalp area. The disease manifested after an episode of severe sideropenic anemia caused by hypermenorrhea due to uterine myomatosis. Systemic therapy with terbinafine led to regression of the skin lesions and complete regrowth of hair.

Key words: tinea capitis, dermatophytosis, *Trichophyton mentagrophytes*, terbinafine, alopecia.

Úvod

Tinea capitis je mykotické onemocnění kůže (dermatofytóza) nejčastěji způsobené patogeny z rodu *Trichophyton* a *Microsporum*. Toto onemocnění je typické pro dětský věk (1, 2, 3). Předložená kazuistika popisuje případ pacientky trpící tinea capitis s rozsáhlým výpadkem vlasů frontální oblasti kštice, která byla hospitalizována a léčena na Klinice chorob kožních a pohlavních ve Fakultní nemocnici Olomouc. U pacientky se začaly rozvíjet kožní a vlasové změny po hospitalizaci na gynekologickém oddělení.

Kazuistika

56letá žena již téměř 10 let trpěla sideropenickou anémií, jejíž příčinou byla hypermenorrhea při myomatóze dělohy. V dubnu roku 2024 byla pro těžkou anémii (hladina hemoglobinu 27 g/l, normální hodnoty folátu a vitamínu B₁₂) hospitalizována na gynekologickém oddělení, kde dostala celkem 5 jednotek transfuze resuspendovaných deleukotizovaných erytrocytů se současným podáním intravenózního přípravku železa. Po ukončení

hospitalizace bylo dále pokračováno v substituční terapii železem perorálně. V období po dimisi z gynekologického oddělení pacientka začala popisovat začátek kožních obtíží, které se toho času projevovaly jako pocit svědění v oblasti šíje.

Pacientka si všimla tvorby erytematózních ložisek, iniciálně retroaurikulárně a v oblasti šíje, v dalších týdnech pak pozorovala rozšíření kožních projevů také na oblast obličeje, včetně očního okolí a následně došlo také k zasažení kštice. S nálezem vyhledala v dubnu 2024 spádového dermatologa, který jí naordinoval zevní léčbu krémem s klotrimazolem, hexamidinem a prednisolonem. Poté v květnu 2024 pro přetrvávání obtíží navštívila praktického lékaře, který jí navíc předepsal praktického lékaře, který jí navíc předepsal krém s hydrokortizonem. V tomto období také došlo k přechodné ztrátě řas a obočí, obojí však se spontánním zráním. Pro postižení očí (na horním víčku popsáno ohraničené zarudnutí, edém, mírně hyperemická spojivka) byla odeslána praktickým lékařem k vyšetření v oční ambulanci, kde jí byla na zánětlivé kožní projevy v oblasti víček ordinována mast s tob-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Dermatol. praxi.* 2025;19(2):81-83

<https://doi.org/10.36290/der.2025.015>

Článek přijat redakcí: 4. 5. 2025

Článek přijat k tisku: 19. 5. 2025

MUDr. Kristýna Papajíková
kristyna.papajikova@fnol.cz

Obr. 1. Klinický obraz při příjmu pacientky na Kliniky chorob kožních a pohlavních FNOL



Obr. 2. Klinický obraz při dimisi pacientky z Kliniky chorob kožních a pohlavních FNOL



Obr. 3. Klinický obraz 8 týdnů po zahájení systémové terapie terbinafinem



Obr. 4. Klinický obraz při poslední ambulantní kontrole



ramycinem a dexamethazonem a ke zklidnění mírně zarudlých spojivek byly doporučeny umělé slzy. V červnu 2024 proběhla další kontrola u spádového dermatologa, který objevil počínající zánětlivé projevy ve formě drobných pustulek ve vlasové části hlavy, pacientce byl nově předepsán krém s metronidazolem a kožní roztok s betamethazonem a kyselinou salicylovou. Tato terapie byla dle pacientky i přes zodpovědnou aplikaci bez výraznější odezvy. Při tomto kožním nálezu byla spádovým dermatologem indikována také systémová ATB terapie amoxicilinem a následně také antivirotická terapie aciklovirem. V srpnu 2024 byla pacientce provedena plánovaná hysterektomie, hodnoty hemoglobinu byly toho času již fyziologické. Další návštěva u spádového dermatologa proběhla až v říjnu 2024 pro progredující kožní nález. V zevní te-

rapii byla nově zkoušena kožní pěna s klobetazolem a krém s trimacinolonom, opět bez výrazného efektu na lokální nález.

V listopadu 2024 byla pro trvající progresi kožního nálezu odeslána praktickým lékařem k vyšetření v ambulanci Kliniky chorob kožních a pohlavních FNOL. Vzhledem k rozsáhlému kožnímu nálezu a vleklému průběhu bez efektu zevní terapie byla pacientka přijata ke komplexnímu přešetření a terapii za hospitalizace (Obr. 1). Po přijetí na lůžkové oddělení kliniky pak byly provedeny laboratorní odběry a stěry z kůže v oblasti čela a vlasaté části hlavy na bakteriální i mykologickou kultivaci. Poté byla zahájena intenzivní zevní terapie. V laboratorních výsledcích byla vstupně přítomna elevace ALT: 1,63 $\mu\text{kat/l}$ [0,10-0,78], AST: 0,86 $\mu\text{kat/l}$ [0,05-0,67], ALP: 4,60 $\mu\text{kat/l}$ [0,77-1,94], GGT: 1,95 $\mu\text{kat/l}$ [0,00-0,63] a sní-

žená hladina zinku. Vzhledem ke klinickému obrazu a neefektivitě antibiotické terapie bylo v klinické diferenciální diagnostice vysloveno podezření na hlubokou mykózu i přes absenci epidemiologické anamnézy a byla zahájena perorální terapie terbinafinem v dávce 250 mg denně. Ve stěru z kůže byla následně mykologickou kultivací prokázána přítomnost *Trichophyton mentagrophytes* v obou vzorcích (Obr. 2).

Osm týdnů po zahájení terapie terbinafinem proběhla plánovaná ambulantní návštěva s kontrolou jaterních parametrů, u nichž došlo k další elevaci. Kožní nález při zavedené terapii regredoval, vlasy pozvolna zarůstaly a na přední straně kožní vlasové hranice byl patrný již jen reziduální erytém (Obr. 3). Do terapie bylo přidáno hepatoprotektivum a byla naplánována další kontrola za týden, s vyšet-

řením jaterních testů a doplněním sérologie hepatotropních virů.

Při následné kontrole v 9. týdnu po zahájení terapie došlo k další elevaci jaterních testů (ALT: 3,64 μ kat/l, AST: 1,96 μ kat/l, ALP: 3,50 μ kat/l, S_GGT: 1,30 μ kat/l), sérologie hepatotropních virů byla s negativním nálezem. Systémová terapie terbinafinem byla proto ukončena a naopak zintenzivněna zevní terapie roztokem a krémem s ciklopirox-olaminem.

Měsíc po vysazení systémové terapie proběhla další ambulantní kontrola, kožní nález byl nadále příznivý, docházelo k dorůstání vlasů a nová alopetická ložiska se již netvořila. V kontrolních laboratorních odběrech provedených cestou praktického lékaře byl již také pozvolný pokles hladin jaterních enzymů.

Při poslední ambulantní kontrole v březnu 2025 byl konstatován zárůst vlasů již téměř v plném rozsahu, erytém byl v postižené oblasti však stále patrný (Obr. 4). Na základě tohoto nálezu bylo indikováno další pokračování v terapii lokálními antimykotiky do úplného vymizení kožních projevů.

Diskuze

Tinea capitis se může projevit jako forma nezářetlivá, kdy dochází k difúzní deskvamaci

kštice či vzniku oválných alopetických ložisek s pityriaziformně se olupujícím povrchem a ulámanými vlasy. Závažnější je forma zářetlivá, neboli kerion Celsi, která se projevuje tvorbou živě červených, olupujících se ložisek tvořených papulami, pustulami až splývajícími hnisavými a navzájem komunikujícími hrboly. Vlasy se snadno uvolňují tahem a může dojít až k zániku vlasových folikulů a vzniku jizvící alopecie (2, 4). Podle epidemiologických studií pouze 3 až 11 % všech případů tinea capitis na světě postihuje dospělé. Tyto studie však pracují s dnes již historickými daty, a proto je potřeba novějších šetření, která by podrobněji charakterizovala současnou epidemiologickou situaci v dospělé populaci v evropských a severoamerických zemích. I když se tinea capitis vyskytuje po celém světě, největší incidence je zaznamenána v rozvojových zemích s tropickým nebo subtropickým klimatem (1). Rovněž spektrum původců vykazuje velké geografické rozdíly a dynamicky se mění v čase (4). Výskyt tinea capitis ovlivňují socioekonomické podmínky, včetně přelidnění a zejména pak život v těsné blízkosti zvířat (1, 2). Přestože je tinea capitis častější onemocnění v pediatrické populaci, je potřeba na tuto diagnózu myslet také u dospělých pacien-

tů. Tato kazuistika poukazuje na důležitost včasné identifikace etiologie onemocnění, správného zvolení léčby a úpravy terapeutického plánu podle celkové reakce pacienta, zejména pokud se vyskytnou komplikace, jako je například zvýšení jaterních testů při terapii antimykotiky.

Závěr

Tento případ ilustruje komplexnost dermatologické diagnostiky, při které je nezbytné zvažovat širokou paletu možných příčin vypadávání vlasů. Po potvrzení dermatofytózy byla u pacientky za hospitalizace zahájena perorální léčba terbinafinem, což je (spolu s flukonazolem a itrakonazolem) léčbou volby tohoto onemocnění vlasů a kštice, kde je u většiny případů, vzhledem k lokalizaci dermatofytů uvnitř vlasových folikulů, systémová léčba nezbytná (3, 4, 5). V průběhu této léčby je nutné jak pravidelně monitorovat terapeutickou odezvu, tak i věnovat pozornost laboratorním parametrům s cílem minimalizovat riziko nežádoucích účinků. Prognóza u pacientů s adekvátně léčenou tinea capitis je velmi dobrá a většinou dochází k úplnému vyléčení a zárůstu kštice, což se také stalo v případě zde popsané pacientky (3).

LITERATURA

1. Hill RC, Gold JAW, Lipner SR. Comprehensive Review of Tinea Capitis in Adults: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Presentations, and Management. *J Fungi (Basel)*. 2024 May 16;10(5):357. doi: 10.3390/jof10050357. PMID: 38786712; PMCID: PMC11122068.

2. Leung AKC, Hon KL, Leong KF, et al. Tinea Capitis: An Updated

Review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2020;14(1):58-68. doi: 10.2174/1872213X1466620010614562.4. PMID: 31906842.

3. Hercogová J. Klinická dermatovenerologie. 2. díl. Praha: Mladá fronta; 2019:1264-1266.

4. Benáková N. Moderní farmakoterapie v dermatologii. 2.

doplněné vydání. Praha: Maxdorf; 2023:33-45.

5. Fuller LC, Barton RC, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of tinea capitis 2014. *Br J Dermatol*. 2014 Sep;171(3):454-63. doi: 10.1111/bjd.13196. PMID: 25234064.