

Prikaz primera / Case report

**PITYRIASIS VERSICOLOR PRI OSEMLETNEM DEČKU –
PRIKAZ PRIMERA****PITYRIASIS VERSICOLOR IN AN 8 – YEAR-OLD BOY –
CASE REPORT**O. Točkova¹, M. Krstić², M. Starbek Zorko¹*(1) Dermatovenerološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija**(2) Zdravstveni dom Škofja Loka, Škofja Loka, Slovenija***IZVLEČEK**

Pityriasis versicolor je glivična bolezen povrhnjih plasti kože, katere povzročitelji so kvasovke iz rodu *Malassezia spec.* S pestrimi kliničnimi simptomi se pojavlja predvsem na koži zgornjega dela trupa pri mlajših odraslih. V otroški dobi je bolezen redka. Za postavitev diagnoze sta pomembni anamneza in klinična slika, potrdimo pa jo z dodatnim laboratorijskim diagnosticiranjem. V prispevku predstavljamo primer osemletnega dečka z redko, izolirano obliko pityriasis versicolor na koži obraza.

Ključne besede: pityriasis versicolor, otrok, diagnosticiranje, zdravljenje.

ABSTRACT

Pityriasis versicolor is a common, benign, chronic, superficial fungal infection of the skin caused by the hyphal (filamentous) form of *Malassezia spp.* The occurrence of PV before puberty or after the age of 65 years is uncommon. The involved skin regions are usually the trunk, the back and the proximal extremities. Isolated facial involvement is rare. The diagnosis, based on clinical presentation, should be confirmed by potassium hydroxide (KOH) examination. We present a case of an 8-year-old, previously healthy boy, with rare presentation of PV infection.

Key words: pityriasis versicolor, children, diagnostics, treatment.

UVOD

Pityriasis versicolor (PV) je kronična, blaga in navadno asimptomatska glivična bolezen povrhnje plasti epidermisa. Povzročajo jo kvasovke iz rodu *Malassezia spec.* (*Pityrosporum*), najpogosteje *Malassezia furfur* in *Malassezia globosa* (1–6). V saprofitni, nemicelijski obliki so lahko omenjene kvasovke del normalne mikroflore kože. Za prehod v patogeno (micelijsko) obliko in pojav bolezni je potreben vpliv različnih predispozicijskih dejavnikov (7). PV se začne pojavljati v puberteti, vrh obolevnosti pa je pri mlajših odraslih. Pri otrocih in starejših ljudeh je bolezen redka. Pri odraslih se bolezenski znaki večinoma pojavljajo na koži zgornjega dela trupa, ramenih, vratu in zgornjih delih rok. Spremembe na koži obraza so redke in nenavadne ter v nasprotju z odraslimi pogostejše pred puberteto (8–10). Za bolezen so značilne pestra klinična slika in pogoste ponovitve.

PRIKAZ PRIMERA

Predstavljamo primer osemletnega dečka, ki je zaradi suma na vtiligo obiskal našo ambulanto. Poročal je o dva tedna trajajočih asimptomatskih belih lisah, ki so se sprva pojavile na koži čela, od koder so se dokaj hitro razširile na zgornjo polovico obraza (Slika 1). Deček je bil sicer zdrav in brez znanih bolezni, rednega zdravljenja in znanih alergij. Težav s kožo do tedaj ni imel, prav tako v družini nihče ni imel podobnih kožnih sprememb.

Ob pregledu so bile po koži čela s širjenjem na periokularni del in zgornjo polovico kože nosu in lica vidne okrogle, dokaj ostro omejene in drobno luščiče se hipopigmentirane makule, ki so se zlivale v večje areale. Na ostali koži nismo ugotavljali podobnih bolezenskih sprememb. V splošnem kliničnem statusu ni bilo posebnosti.

Ob značilni klinični sliki in sumu na glivično okužbo kože smo opravili nativni mikroskopski pregled



Slika 1. Pityriasis versicolor na koži obraza.

Figure 1. Pityriasis versicolor on the facial skin of the face.

skarifikata obolele kože, ki je pokazal kratke, široke in fragmentirane hife ter skupke velikih spor, pod Woodovo svetilko pa so prizadeta mesta obraza fluorescirala zelenkastorumenno. Postavili smo diagnozo PV ter glede na doktrinarna priporočila svetovali večtedensko lokalno zdravljenje z imidazolnim antimikotikom v kombinaciji z ustreznim protiglivičnim šamponom. Za preprečitev ponovitve bolezni smo priporočili vzdrževalno večmesečno zdravljenje z antimikotičnim šamponom, predvsem v začetku poletja (11). Repigmentacijo hipopigmentiranih lis smo kljub ustreznem zdravljenju pričakovali šele v naslednjih mesecih, kar smo pojasnili tudi bolnikovim staršem.

Priporočenega ponovnega obiska dermatološke ambulante zaradi vztrajanja ali ponavljanja kožnih simptomov deček v naslednjih dveh letih ni potreboval. Pred kratkim so pri bolniku ugotovili atopijo in diagnosticirali bronhialno astmo.

EPIDEMIOLOGIJA

PV je razširjena po vsem svetu, predvsem v tropskih področjih s toplo in vlažno klimo, kjer pri nekaterih populacijah dosega kar 50 %, medtem ko je v Skandinaviji razširjenost samo 1 % (12). Bolezen se pojavlja neodvisno od rase in spola ter predvsem pri

mlajših odraslih, najpogosteje med 15. in 24. letom starosti, ko so žleze lojnice najbolj aktivne. Po 65. letu starosti in v otroštvu se bolezen pojavlja redko; pri otrocih je pojavnost približno 10 % (8–10).

ETIOLOGIJA

Najpogosteje izolirani izmed številnih vrst liofilnih kvasovk sta *Malassezia furfur* in *Malassezia globosa* (2–6). Za prehod glive v patogeno obliko in pojav bolezni je nujna prisotnost različnih dejavnikov, predvsem vlažnega okolja. Na pojav bolezni vplivajo med drugim izdatno znojenje, topična uporaba različnih oljnih pripravkov ter jemanje kortikosteroidov in kontracepcijskih zdravil pa tudi pridružene bolezni (npr. Cushingova bolezen), bolnikovo imunsko stanje in prehranjenosti (13–16). Bolezen ni nalezljiva in ni povezana s higienskimi navadami (17, 18). **K pojavu bolezni verjetno pomembno vpliva tudi genetska nagnjenost, saj pri približno 20 % bolnikov ugotavljamo bolezen v družini (19, 20).** Prisotnost lipofilnih kvasovk je pri otrocih in mladostnikih z atopijo enaka kot pri vrstnikih brez znane atopije, vendar pri bolnikih z atopijskim dermatitisom ugotavljajo prisotnost protiteles IgE proti povzročitelju *Pityrosporum* (21).

Patogeneza bolezni ni v celoti pojasnjena, najverjetneje pa igrajo pomembno vlogo dejavniki, kot so potenje, spremembe v sestavi kožnih lipidov pred puberteto in po njej ter tudi spremembe v sestavi aminokislin in depozita zunajceličnega glikogena v prizadeti koži (22, 23). Tovrstna dogajanja govorijo v prid hipotezi, da PV ni le posledica razraščanja gliv v površinskem delu epidermisa.

KLINIČNA SLIKA

Za bolezen so značilne večinoma asimptomatske ali rahlo srbeče in ostro omejene ovalne do okrogle makule, ki se pogosto med seboj združujejo v večje, nepravilno oblikovane lise, ki se pojavljajo

na zgornjem delu trupa, ramenih, vratu in proksimalnih delih zgornjih udov. Kožne spremembe so lahko različnih barvnih odtenkov (od tod poimenovanje *versicolor*). V večini vidimo drobno luščiča se žarišča rožnatorjavkaste barve (*variatio fusca*), lahko pa se pojavijo hipopigmentirana žarišča (*variatio alba*), ki so posledica inhibitornega vpliva azelainske kisline kvasovke na tirozinazo (24, 25). Bolezen se lahko kaže tudi z asimptomatskimi papulami (26). Pri imunsko oslabeledih bolnikih opisujejo inverzno različico PV, ki prizadene izolirane dele kože obraza in udov ter pregibe. Izolirane spremembe na koži obraza so sicer zelo redke, a pri otrocih bolj pogoste kot pri odraslih (1, 9, 17). **Poročajo tudi o prizadetosti nenavadnih delov telesa, kot so spolovila, veke, areole, dlani in podplati (8, 17, 27, 28).**

DIAGNOSTICIRANJE

Postavitev diagnoze temelji na anamnezi in klinični sliki, za potrditev pa moramo opraviti tudi mikološki pregled. Praviloma zadošča nativni mikološki pregled ostružkov z vidnimi kratkimi, širokimi in fragmentiranimi hifami ter skupki velikih spor z značilno sliko »špagetov z mesnimi kroglicami«. Kvasovke iz rodu *Malassezia* absorbirajo dolgovalovno ultravijolično svetlobo in jo odsevajo kot vidno fluorescenco. Pri tretjini bolnikov prizadeta področja pod Woodovo svetilko fluorescirajo rdečkasto ali zelenkastorumenno, kar je v pomoč pri postavitvi pravilne diagnoze (19). V nejasnih primerih se izjemoma odločimo tudi za histološko diagnosticiranje.

DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Hipopigmentirane lise v sklopu PV (*variatio alba*) včasih samo na podlagi klinične slike težko razlikujemo od depigmentiranih žarišč, značilnih za vitiligo, lahko pa jih zamenjamo tudi za hipopigmentirana žarišča bolezni pityriasis alba, ki je značilna

kožna sprememba pri bolnikih z atopijo. Včasih na PV spominjajo tudi rezidualne hipopigmentacije, ki nastanejo po ozdravitvi osnovne dermatoze (luskavica, ekcemi ali druga vnetja), diagnostični problem pa je lahko tudi hipopigmentirana oblika fungoidne mikoze.

PV (*variatio fusca*) lahko posnema različne kožne spremembe, kot so pityriasis rosea, seboroični dermatitis, dermatofitija ali konfluentna retikularna papilomatoza. Ob prizadetosti nenavadnih delov telesa (pregibi) jo moramo razlikovati od kandidomycetičnega vnetja, inverzne luskavice ali eritrazme, ob prisotnosti sprememb na dlaneh ali podplatih pa moramo pomisliti tudi na sekundarni sifilis.

Ključnega pomena za postavitev pravilne diagnoze in uspešno zdravljenje so natančna osebna, družinska in epidemiološka anamneza ter ustrezno laboratorijsko diagnosticiranje.

ZDRAVLJENJE

Pri bolnikih s PV je zdravljenje izbire lokalno zdravljenje. V večini primerov so učinkoviti imidazolski antimikotiki in lokalni alilamini v kremah, raztopinah in suspenzijah ter tudi protiglivični šamponi (7, 29). Izsledki raziskav kažejo, da so lokalni alilamini bistveno manj učinkoviti kot imidazolski antimikotiki. Prvi namreč uspešno izkoreninijo glivice na koži v 45 %, medtem ko drugi v kar 65 %. Ob uporabi šamponov s selenijevim sulfidom dosežemo ozdravitev pri skoraj 97 % bolnikov (11, 30, 31), medtem ko je uspešnost šampona s cinkovim piritinom ali zdravljenja z vodno suspenzijo propilen glikola 100-odstotna (32, 33).

Za sistemsko ali kombinirano antimikotično zdravljenje se odločimo le pri zelo razširjenih oblikah bolezni, ob pogostih recidivih ali pri imunsko oslabilih bolnikih (7, 29). Izsledki raziskav govorijo o približno enaki učinkovitosti obeh sistemskih antimikotikov – itrakonazola in flukonazola (30). Pred

uvvedbo sistemskega zdravljenja moramo diagnozo PV potrditi tudi laboratorijsko (29). Ker se bolezen pogosto ponavlja (30), priporočamo vzdrževalno ali profilaktično zdravljenje (11).

ZAKLJUČEK

V prispevku smo predstavili primer osemletnega dečka, ki smo ga obravnavali v naši ambulanti zaradi nenadno nastalih asimptomatskih, diskretno luščečih se belih lis na koži zgornje polovice obraza. Z izvidom nativnega mikroskopskega pregleda skarifikata prizadete kože in pregledom z Woodovo svetilko smo na podlagi klinične slike postavljen sum na PV tudi laboratorijsko potrdili. Čeprav lahko povzročitelja bolezni, kvasovke iz rodu *Mallasezia* sp., v saprofitni obliki osamimo tako na koži dojenčkov kot tudi na koži odraslih, se bolezen pred puberteto pojavi zelo redko.

Neobičajen čas pojava bolezni je lahko kazalnik prisotnosti različnih pridruženih bolezni, kot so imunska pomanjkljivost, podhranjenost ali endokrinološke nepravilnosti. Teh pri našem bolniku nismo potrdili kot tudi ne genetske nagnjenosti k nastanku bolezni, saj podatkov o bolezni pri drugih družinskih članih ni bilo. Ker v literaturi ne ugotavljajo statistično pomembno večjega števila lipofilnih kvasovk pri otrocih z atopijo, ugotovljena atopija pri našem bolnikov verjetno ni vzrok pojava bolezenskih znakov. Kljub pogostejši prisotnosti sprememb na koži obraza pri otrocih so izolirane spremembe na koži obraza v otroštvu redke in nenavadne (17). Dejavniki, ki bi lahko vplivali na pojav bolezni na nenavadnih mestih (34), še ne poznamo.

PV je pri otrocih pred puberteto zelo redka, a možna. Zaradi pestrih za bolezen značilnih kliničnih znakov moramo ob pojavu hipopigmentiranih področij na koži čela in obraza v otroštvu vedno pomisliti tudi na možnost omenjene bolezni. S postavitvijo pravilne diagnoze in uvedbo ustreznega zdravljenja lahko pričakujemo popoln umik kožnih simptomov.

LITERATURA

1. Gupta AK, Batra R, Bluhm R, Faergemann J. Pityriasis versicolor. *Dermatol Clin* 2003; 21: 413.
2. Crespo-Erchiga V, Florencio VD. Malassezia yeasts and pityriasis versicolor. *Curr Opin Infect Dis* 2006; 19(2): 139-47.
3. Gaitanis G, Velegriaki A, Alexopoulos EC, Chasapi V, Tsigonia A, Katsambas A. Distribution of Malassezia species in pityriasis versicolor and seborrheic dermatitis in Greece. Typing of the major pityriasis versicolor isolate *M. globosa*. *Br J Dermatol* 2006; 154(5): 854-9.
4. Morishita N, Sei Y, Sugita T. Molecular analysis of malassezia microflora from patients with pityriasis versicolor. *Mycopathologia* 2006; 161(2): 61-5.
5. Rincon S, Celis A, Sopo L, Motta A, Cepero de Garcia MC. Malassezia yeast species isolated from patients with dermatologic lesions. *Biomedica* 2005; 25(2): 189-95.
6. Krisanty RI, Bramono K, Made Wisnu I. Identification of Malassezia species from pityriasis versicolor in Indonesia and its relationship with clinical characteristics. *Mycoses* 2009; 52(3): 257-62.
7. Dolenc-Voljč M. Glivične kožne bolezni. V: Kansky A, Miljković J, ur. *Kožne in spolne bolezni*. Ljubljana: Združenje dermatovenerologov 2009; str. 73-90.
8. Terragi L, Lasagni A, Oriani A et al. Pityriasis versicolor in the pediatric age. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 9-12.
9. Bouassida S, Boudaya S, Ghorbel R et al. Pityriasis versicolor in children: a retrospective study of 164 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1998; 125: 581-4.
10. Pontasch MJ, Kyanko ME, Brodell RT. Tinea versicolor of the face in black children in a temperate region. *Cutis* 1989; 43: 81-4.
11. Hersle K. Selenium sulphide treatment of tinea versicolor. *Acta Derm Venereol* 1971; 51: 476-8.
12. Gupta AK, Bluhm R, Summerbell R. Pityriasis versicolor. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 12: 276.
13. Faergemann J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 75-80.
14. Hafez M, El-Shamy S. Genetic susceptibility in pityriasis versicolor. *Dermatologica* 1985; 171: 86-8.
15. Faergemann J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1: 75-80.
16. Mendez-Tovar LJ. Pathogenesis of dermatophytosis and tinea versicolor. *Clin Dermatol* 2010; 28: 185-9.
17. Gupta AK, Bluhm R, Summerbell R. Pityriasis versicolor. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16(1): 19-33.
18. Schwartz RA. Superficial fungal infections. *Lancet* 2004; 364(9440): 1173-82.
19. Hafez M, el-Shamy S. Genetic susceptibility in pityriasis versicolor. *Dermatologica* 1985; 171: 86.
20. He SM, Du WD, Yang S et al. The genetic epidemiology of tinea versicolor in China. *Mycoses* 2008; 51: 55.
21. Wessels MW, Doekes G, van Ieperen-van Kijk AG, Koers WJ, Young E. IgE antibodies to *Pityrosporum* in atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1991; 125: 227-32.
22. Gloor M, Kumpel D, Fiedrich HC. Predisposing factors of the surface of the skin in persons with pityriasis versicolor. *Arch Dermatol Res* 1995; 254: 281-6.
23. Keddi FM. A novel cellular reaction caused by tinea versicolor. Extracellular glycogen deposits. *J Invest Dermatol* 1969; 53: 363-72.
24. Galadari I, el Komy M, Mousa A et al. Tinea versicolor: histologic and ultrastructural investigation of pigmentary changes. *Int J Dermatol* 1992; 31: 253.
25. Nazzaro-Porro M, Passi S. Identification of tyrosinase inhibitors in cultures of *Pityrosporum*. *J Invest Dermatol* 1978; 71: 2015.

26. Suwattee P, Cham PM, Solomon RK, Kaye VN. Tinea versicolor with interface dermatitis. *J Cutan Pathol* 2009; 36(2): 285-6.
27. Kaur I, Handa S, Kumar B. Tinea versicolor: involvement of unusual sites. *Int J Dermatol* 1996; 35(8): 604-5.
28. Huang WW, Tharp MD. A case of tinea versicolor of the eyelids. *Pediatr Dermatol* 2013; 30(6): e242-3.
29. Drake A, Dinehart SM, Farmer Er, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: Pityriasis (tinea) versicolor. guidelines/Outcomes Committee. American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 287-9.
30. Hu SW, Bigby M. Pityriasis versicolor: a systematic review of interventions. *Arch Dermatol* 2010; 146: 1132-40.
31. Hull CA, Johnson SM. A double-blind comparative study of sodium sulfacetamide lotion 10% versus selenium sulfide lotion 2.5% in the treatment of pityriasis (tinea) versicolor. *Cutis* 2004; 73: 425-9.
32. Fredriksson T, Faergemann J. Double-blind comparison of a zinc pyrithione shampoo and its shampoo base in the treatment of tinea versicolor. *Cutis* 1983; 31: 436-7.
33. Faergemann J, Fredriksson T. Propylene glycol in the treatment of tinea versicolor. *Acta Derm Venereol* 1980; 60: 92-3.
34. Sandhu K, Kanwar AJ. Extensive pityriasis versicolor of the face. *J Dermatol* 2004; 31(3): 258-9.

Kontaktna oseba/Contact person:

Olga Točkova, dr. med.

Otroški oddelek

Dermatovenerološka klinika

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Zaloška cesta 2

SI-1000 Ljubljana

Prispelo/Received: 11. 5. 2016

Sprejeto/Accepted: 5. 6. 2016