Neprepoznate dermatomikoze lica

Koro, Gino

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:190396

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Gino Koro

Neprepoznate dermatomikoze lica

DIPLOMSKI RAD

Zagreb,2016

Ovaj diplomski rad izrađen je u Katedri za dermatovenerologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom prof.dr.sc. Mihael Skerleva i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016

Sadržaj

1.SAŽETAK

2.SUMMARY

3.UVOD 1

4.DERMATOMIKOZE 2

4.1. Definicija 2

4.2. Etiologija 2

4.3.Dijagnostika 2

4.4. Klasifikacija dermatomikoza 3

4.4.1. Dermatomikoza vlasišta(Tinea capitis) 3

4.4.2. Dermatomikoza lica(Tinea faciei) 3

4.4.3. Dermatomikoza trupa i ekstremiteta (Tinea corporis) 4

4.4.4. Dermatomikoza prepona (Tinea cruris) 5

4.4.5. Dermatomikoza stopala (Tinea pedis ili "atletsko stopalo") 5

4.4.6. Dermatomikoza šaka (Tinea manuum) 5

4.4.7. Onihomikoza (Tinea unguium, onychomycosis) 6

4.4.8.Majocchijev granulom 6

4.4.9. Kerion (Kerion Celsi) 7

4.4.10.Neprepoznata dermatomikoza (Tinea incognita) 8

5.FAKTORI RIZIKA 9

6.DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA DERMATOMIKOZA 12

7.TINEA INCOGNITA ILI NEPREPOZNATA DERMATOMIKOZA 13

7.1.Definicija 13

7.2. Etiologija 13

7.3.Epidemiologija 14

7.4. Etiopatogeneza 14

7.5. Klinička slika 15

7.6. Dijagnostika 18

7.7.Diferencijalna dijagnoza 18

7.8. Terapija 19

8. ZAKLJUČAK 20
9. ZAHVALE 21
10. POPIS LITERATURE 22
11.ŽIVOTOPIS

1.SAŽETAK

Neprepoznate dermatomikoze lica

Gino Koro

Tinea incognita je naziv za neprepoznatu dermatofitnu infekciju, izgled koje je bitno promijenjen uslijed neadekvatne i dugotrajne primjene kortikosteroidnih ili drugih neprimjerenih lokalnih pripravaka. Klinički, ove promjene imaju manje izražene rubove i manje se ljuskaju od „standardnih“ dermatofitoza. Pogrešna djagnoza na samom početku liječenja, kao i „over-the-counter“ (OTC) pristup steroidima i drugim imunosupresivima u nekim zemljama doprinose činjenici da je incidencija tinea incognita veća nego ranije. Navedeni lijekovi suprimiraju normalan kožni imuni odgovor na dermatofite,.Važno je da se, po postavljenoj dijagnozi, prekine terapija lokalnim steroidima. Površinske lezije odgovaraju terapijski povoljno na antimikotične kreme (npr. klotrimazol, mikonazol, ekonazol, oksikonazol, terbinafina). Opsežne lezije zahtijevaju i peroralnu antimikotičnu terapiju. Važna je, stoga, svijest o mogućnosti pojave dermatomikoze na licu kako bi se, na temelju rezultata mikološke obrade, postavila ispravna dijagnoza i spriječilo neadekvatno liječenje.

Ključne riječi: Tinea incognita, kortikosteroidi, mikološka obrada, (ne)adekvatna lokalna terapija.

2.SUMMARY

Unrecognized facial dermatomycoses

Gino Koro

Tinea incognita is a dermatophyte infection with atypical clinical features modified by the improper use of corticosteroids or other topical drugs as a result of dermatological misdiagnosis, having modified the clinical appearance of the fungal infection and transforming the typical ringworm infection and mimicking the other skin diseases. Clinically, these lesions have a less raised margin and are less scaly than common dermatophytosis. Over-the-counter (OTC) access to steroids and other immunosuppressants in some countries, as well as the increase in medications containing steroids, makes tinea incognita more likely, and therefore, the true diagnosis is frequently missed or delayed. These drugs suppress the normal cutaneous immune response to dermatophytes, thus enhancing the development of fungal superficial infections .It is, thus, important to discontinue the topical steroid treatment. Superficial lesions respond to antifungal creams (e.g. clotrimazole, miconazole,econazole, oxiconazole, terbinafine) Extensive lesions might sometimes require the oral antimycotictherapy, as well.The awareness of the possibility of the facial fungal infection is important in order to establish the proper diagnosis and to avoid the inappropriate treatment.

Keywords: Tinea incognita, topical steroids, (in)appropriate treatment**.**

3.UVOD

Dermatomikoze su među najčešćim bolestima unutar velike grupe dermatoveneroloških bolesti i razlog su čestih posjeta liječnicima obiteljske medicine i dermatovenerolozima.

Gljive mogu biti patogeneza čovjeka na više načina. Gljive imaju sposobnost direktnog naseljavanja kože i unutrašnjih organa uzrokujući tako dermatomikoze i/ili sistemske mikoze, produkciju mikotoksina ili alergensku stimulaciju. Gljive su vrlo čestiuzročnici oportunističkih infekcija jer je njihova patogenost izrazito ovisna o imunosnom odgovoru domaćina. Razvojem i sve većom primjenom imunosupresivne i antibiotske terapije te zbog ostalih razloga koji smanjuju prirodnu otpornost organizma, kao što su pojava HIV-infekcije/AIDS-a, ova problematika je i dalje vrlo aktualna .

Gljive imaju invazivne, keratinolitičke sposobnosti te je sama patogeneza i klinička slika u ovisnosti odnosa između jačine imunosnog odgovora nosioca i invazivnosti gljive. U obrani od infekcije sudjeluju nespecifični i specifični imunosni mehanizmi. Jedan od nespecifičnih mehanizama je i zdrava intaktna koža koja tvori čvrstu barijeru za prodor dermatofita, dok oštećena koža i vlaga mogu pogodovati invaziji dermatofita pa je stoga i češća lokalizacija dermatofitoza na dijelovima kože koji se međusobno taru (intertriginozne regije) poput interdigitalnih prostora stopala, pazušnih jama, područja ispod dojki (1).

4.DERMATOMIKOZE

4.1. Definicija

Dermatomikoze su površinske gljivične infekcije (grčki: μύκες=gljiva),ograničene na kožu i kožne adnekse (vlasište,nokti).Danas je poznato više od 100.000 vrsta gljiva od kojih njih pedesetakmože biti patogeno za čovjeka.Zajedničko svojstvo dermatofita je sklonost invadiranju rožnatog sloja kože, noktiju i dlaka i sposobnost razgradnje keratina. Dermatofiti su najčešći uzročnici gljivičnih bolesti kože i posvuda su rasprostranjeni(1).

4.2. Etiologija

To su vrlo česte površne kožne infekcije uzrokovane jednim od tri roda gljiva:

- *Microsporum,*
- *Epidermophyton,*
- *Trichophyton*

4.3.Dijagnostika

Dijagnoza površinskih gljivičnih infekcija uglavnom se temeljina kliničkim karakteristikama, a potvrđuje se na temelju rezultata mikološke obrade (nativni mikroskopski preparat, kultura, ponekad i pregled UVsvjetlom). .

4.4. Klasifikacija dermatomikoza

Površinske dermatomikoze najčešće se klasificiraju u skladu s zahvaćenim dijelom tijela na:

4.4.1. Dermatomikoza vlasišta(Tinea capitis)

Tinea capitis je većinom bolest djece, zarazna je i može izazvati epidemije.Nakon puberteta, promjene u sadržaju masnih kiselina sebuma inhibiraju rast dermatofita i dovode do dramatičnog pada incidencije bolesti. Tinea capitis manifestira se kao pojava okruglih suhih, ljuskavih područja i/ili alopecije. Tinea capitis se rjeđe očituje difuznim ljuskanjem, nalik na perut ili u vidu difuznih pustuloznih promjena (2,3). Klinički razlikujemo površinske i duboke mikoze vlasišta.

4.4.2. Dermatomikoza lica(Tinea faciei)

Najčešće je uzrokovana gljivom roda *Trichophyton (T.)*, najčešće vrstom *T.mentagrophytes*, ili *T.rubrum*(3). Ponekad se prenosi s kućnih ljubimaca , ali se također može prenositi od oboljelih osoba s dermatofitnom infekcijom na tijelu.

U više od 70% bolesnika s Tinea faciei, razne druge dermatoze diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir. Tinea faciei je najčešća neprepoznata površinska gljivična infekcija. Može nalikovati na druge dermatoze, kao što su kožni lupus eritematosus, alergijski kontaktni dermatitis, granuloma anulare ili sl. , stoga je u tom smislu i najčešće pogrešno dijagnosticirana.(4).

Jedno ili više eritematoznih žarišta bez anularne strukture često nalikuju drugim dermatozama i to može rezultirati pogrešnom dijagnozom. Najčešće lokalizacije su obrazi,nos, periorbitalno područje, brada i čelo. Neki bolesnici mogu imati višestruke lezije u različitim područjima lica. Klinička slika može biti folikularna, pustulozna ili ekcematizirana. (5).

4.4.3. Dermatomikoza trupa i ekstremiteta (Tinea corporis)

Klasična žarišta na tijelu ili licu pojavljujuse kao kružne lezije prekrivene ljuskama i okružene podignutim rubovima koji mogu, ali i ne moraju biti eritemazni.

Bolesnici koji primaju sustavne kortikosteroide mogu razviti Tinea incognita, u kojoj je klasičnaljuskasta prstenasta granica smanjena ili odsutna, a samo difuzni eritems papulama i pustulama može perzistirati.(5).

4.4.4. Dermatomikoza prepona (Tinea cruris)

Muškarci su zahvaćeni češće od žena zbog bliskog dodira skrotuma i bedara. Izbijanja su češća tijekom ljeta. Prstenaste promjene koje svrbe se tipično protežu od preponana jednoj ili obje strane i protežu prema medijalnom ili unutarnjem dijelu natkoljenica, stidnom i perinealnom području, stražnjici i donjem dijelu trbuha.

Infekcija je najčeće jednostrana. Promjene se mogu „zakomplicirati“ maceracijom, miliarijom, sekundarnom bakterijskom infekcijom. Rubovi mogu biti karakterizirani ljuskanjem, papulama i pustulama; lezije su ponekad vlažne, eksudativne ili ekcematiformne. Osim toga, može doći do iritativnog dermatitisa uslijed češanja. Recidivi su česti. Skrotum uglavnom nije zahvaćen(6).

4.4.5. Dermatomikoza stopala (Tinea pedis ili "atletsko stopalo")

Najčešće je uzrokovana *Trichophyton mentagrophytes* i/ili *T. rubrum*. Širi se kontaktom sa zaraženom kožom i češća je među muškarcima nego ženama i/ili djecom.

4.4.6. Dermatomikoza šaka (Tinea manuum)

Vidi se difuzni eritem i suhoća zajedno s finim ljuskanjem kože na dlanovima, posebno u fleksornim naborima, uz „klasična“ okruglasta eritematozna žarišta koja zahvaćaju dorzum šake.

Obično je zahvaćena jedna ruka i dermatomikoza stopala ponekad koegzistira(5).

4.4.7. Onihomikoza (Tinea unguium, onychomycosis)

Gljivična infekcija noktijuje česta u starijih osoba, bolesnika s dijabetesom i imunokompromitiranih osoba, ali se također pojavljuje i u bolesnika bez predisponirajućih čimbenika. Različiti oblici onihomikoza najčešće započinju na distalnim i bočnim subungualnim rubovima nokta te mogu zahvatiti cijeli nokat. Oboljeli nokti su obično zadebljani i odignuti, s bijelim ili žutim diskoloracijama .Rast nokta može biti smanjen(3).

4.4.8.Majocchijev granulom

Majocchijev granulom karakterizira prisutnost upalnih papularnih, pustularnih ili nodularnih lezija, obično na udovima. **Slika 1.**To je, de facto, folikularna i perifolikularna dermatofitna infekcija dermisa (7). Najčešće je uzrokovan gljivom roda *Trichophyton*.

Postoje dva oblika :

- mala, perifolikularna papularna lokalizirana kožna infekcija obično kod zdravih osoba
- duboki subkutani plakovi ili nodularne lezije koje se javljaju u imunosuprimiranih bolesnika (7)

Slika 1. Granuloma trihcophyticum Majocchi(uz dopuštenje: prof.dr.sc.Skerlev M.)

4.4.9. Kerion (Kerion Celsi)

To je, de facto, duboka dermatomikoza vlasišta. Kerion je apsces uzrokovan gljivičnom infekcijom. Najčešće se pojavljuje na vlasištu (tinea capitis profunda).

Često se pogrešno dijagnosticira kao (samo) bakterijska infekcija.Kerion se klinički manifestira kao vlažni, gnojem ispunjeni inflitrat, često veličine i nekoliko centimetara u promjeru. Dlake unutar keriona su labave i ispadaju pa često rezultiraju lokaliziranom alopecijom. Regionalna limfadenopatija je moguća(8).

4.4.10.Neprepoznata dermatomikoza (Tinea incognita)

Dermatomikoza koju je teško prepoznati, jer je klinička morfologija izmijenjena prethodnom neadekvatnom primjenom lokalnih kortikosteroida.

5.FAKTORI RIZIKA

Okolišni čimbenici

Interakcija s ukućanima koji imaju dermatomikoznu infekciju: iako je prijenos putem izravnog kontakta rijedak .

Upotreba tuđih (zaraženih) predmeta poput češalja, četki, čarapa i ručnika može prenijeti spore drugoj osobi.

Maceracija kože i vlaga iz okoliša, osobito u tropskim područjima.

Trauma nokta je faktor rizika za onihomikozu noktiju i detmatomikozu stopala.

Dermatomikoza prepona je uobičajena tijekom ljetnih mjeseci i u vlažnim klimatskim uvjetima(5).

Imunološki faktori

Stanja koja utječu na imunološki status domaćina povećava učestalost i ozbiljnost gljivičnih infekcija. Kortikosteroidi mogu predisponirati bolesnike

Dob

Starije osobe su pod većim rizikom za razvoja gljivičnih infekcija noktiju(5), dok je mikoza vlasišta znatno češća u dječjoj dobi.Zasićene fungistatične masne kiselineprisutne u loju, koji

izlučuju žlijezde lojnice u pubertetu pod utjecajem hormona,djeluju inhibitorno na rast dermatofita.Njihova se uloga tumači činjenicom da neke mikoze vlasišta spontano regrediraju u pubertetu kada je produkcija loja povećana(9).

Spol

Muški pacijenti su više predisponiraniza dermatomikozu brade,prepona,stopala.

Komorbiditeti

Diabetes mellitus, periferna vaskularna bolest i psorijaza mogu utjecati na lokalnu ili sistemsku imunost te time doprinijeti povećanoj učestalosti dermatomikoze.

Hiperhidroza koja čini kožu vlažnom, može također doprinijeti povećanoj učestalosti gljivičnih infekcija kože.

Pretilost povećava rizik za dermatomikozu prepona jer su kožni nabori u tom slučaju obično vlažni.

Higijena

Nošenje zatvorenih, cipela i čizama povećava rizik za dermatomikozu stopala. Odjeća i rublje koje je usko uzrokuju trenje i znojenje.

Posjekotine tijekom brijanja u brijačnicama ili u frizerskim salonima za vrijeme šišanja mogu prenijeti spore iz zaraženih češljeva i škara.

Dijeljenje osobnih predmeta, kao što su britvice, brijači, češljevi, ručnici povećava rizik od prijenosa gljiva (5).

Zanimanja i rekreativne aktivnosti

Veterinari, radnici u zoološkom vrtu, poljoprivrednici i i radnici u mikrobiološkom laboratoriju imaju uvećan rizik zbog povećane izloženosti gljivičnim infekcijama

Osobe aktivne u kontaktnim sportovima imaju veći rizik za dermatomikozu trupa i ekstremiteta.(5)

6.DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA DERMATOMIKOZA

- Anularna psorijaza
- Atopijski dermatitis
- Granuloma annulare
- Granuloma faciale
- Limfocitna infiltracija kože
- Parapsoriasis
- Pityriasis rosea
- Plak psorijaza
- Seborejični dermatitis
- Lupus eritematosus
- Pitirijaza

7.TINEA INCOGNITA ILI NEPREPOZNATA DERMATOMIKOZA

7.1.Definicija

Tinea incognita je lokalizirana gljivična infekcija, kod koje je izgled izmijenjen primjenom lokalnim kortikosteroidima.Pojam „tinea incognita“ odnosi se na raznolike oblike kliničke gljivičnih infekcija modificiranih neprimjerenim korištenjem lokalnih ili sistemskih kortikosteroida (10).

7.2. Etiologija

Glavni etiološki uzročnici su *Trichophyton rubrum, T. mentagrophytes, Epidermophyton floccosum, Microsporum canis, M. gypseum i T. violaceum,*.

T.rubrum je jedan od najčešćih uzroka antropofiličnih dermatofitoza u cijelom svijetu i najčešće izolirani dermatofita u neprepoznatoj dermatomikozi(10). U analizi 100 slučajeva neprepoznatih dermatomikoza, Alteras et al. obznanili su da su *Trichophyton rubrum* i *mentagrophytes* najčešće izolirani dermatofiti u oba slučaja dermatomikoza lica i neprepoznatoj dermatomikozi (12).

7.3.Epidemiologija

Pojam „Tinea incognito“ je izvorno opisan 1968. godine u radu Ive i Marks kod 14 bolesnika s dermatofitnom infekcijom koji su imali atipičnu kliničku sliku uzrokovanu prethodnim liječenjem lokalnim steroidima. Od tada, ostali slučajevi su opisani uz ovakvu primjenu pimecrolimusa i takrolimusa, iako je lokalna ili sistemska primjena kortikosteroida i dalje najčešći uzrok.

Od 200 slučajeva Tinea incognita., sukladno rezultatima studije u Italiji (13), njih 9% je imalo folikulitis. Izvor zaraze bio je antropofilan. Među starijim pacijentima je dijagnoza dermatitisa donjih ekstremiteta, povezanas venskom insuficijencijom, pogrešno postavljena umjesto Tinea incognita. Do 40% bolesnika u ovom istraživanju bilo je na sistemskoj terapijom kortikosteroidima zbog dermatoloških i ostalih nedermatoloških bolesti.

7.4. Etiopatogeneza

Patogeneza Tinea incognita je uglavnom posljedica modificiranog odgovora domaćina na gljivičnu infekciju zbog steroida, a ne izravan farmakološki učinak steroida na gljive (14).Većinom su jaki fluorirani steroidi razlog nastanka Tinea incognita , ali istu kliničku sliku mogu uzrokovati i nefluorirani steroidi (15). Porast broja neprepoznatih dermatomikoza

posljednjih nekoliko godina dijelom je posljedica sve većeg broja pacijenata koji svojevoljno,nekritično, bez liječničkog nadzora i upute , odlučuje primijeniti visoko potentne kortikosteroide te se kasno javljaju liječniku sa značajno pogoršanom kliničkom slikom neprepoznate dermatomikoze.

U novije vrijeme objavljeno je nekoliko slučajeva neprepoznatih dermatomikoza zbog topične upotrebe takrolimusa i pimekrolimusa. Klinička slika u tim slučajevima bila je slična neprepoznatoj dermatomikozi izazvanoj primjenom kortikosteroida (16).

„Over-the-counter“ (OTC) pristup steroidima i drugim imunosupresivima u nekim zemljama, kao i povećanje lijekova koji sadrže steroide, povećava incidenciju Tinea incognita. Ovi lijekovi suprimiraju normalan kožni imuni odgovor na dermatofite, pospješujući razvoj gljivičnih površinskih infekcija.

7.5. Klinička slika

Kao i ostale dermatofitoze, Tinea incognita zahvaća sve dobne skupine oba spola.Lice je najčešća lokalizacija. Kortizonske kreme primjenjene na površinsku gljivičnu infekciju smanjuju upalu, mijenjaju uobičajenu kliničku sliku i dovode do pojave neobičnih i atipičnih kliničkih slika. Ovako izmijenjena klinička slika zove se Tinea incognita.Intenzitet svrbeža je promjenjiv ovisno o prethodnom liječenju. Tinea koja zahvaća ruke često se pogrešno dijagnosticira kao ekcem i tretira se lokalnim steroidima (10).

Klinički, ove promjene imaju manje izražene rubove i manje se ljuskaju od „standardnih“ dermatofitoza. Sam izgled gljivične infekcije je promijenjen zbog suzbijanja upale, i može imati slabo definirane granice, atrofiju kože i teleangiektazije (13)**(Slika 2.)**

Slika 2. Tinea incognita. Treba uočiti ekstenzivnost promjene koja zahvaća gotovo čitavu polovicu lica, nedostatak jasne definicije ruba promjene, osobito u donjem dijelu i ekcematizaciju u gornjem dijelu(uz dopuštenje: prof.dr.sc.Skerlev M.)

Klinička prezentacija ovisno o fazi ciklusa liječenja:

Liječenje s lokalno primijenjenim steroidima:

Lokalno primijenjeni steroidi smanjuju upalu i daju lažni dojam da se osip popravlja rano u tijeku liječenja. Gljiva raste zbog sekundarne lokalne imunosupresije.

Liječenje se zaustavlja:

Osip se vraća kada je liječenje zaustavljeno. Ljuskanje na rubovima može biti odsutno , a dobro definirana granica ne mora biti prisutna i lokalizirani proces se može uvelike proširiti.

Ciklus se nastavlja:

Dermatofitna infekcija se širi te se stvara klinička slika koja može „imitirati“ druge dermatološke bolesti i postaje relativno neprepoznatljiva (10)

U bolesnika s bubrežnim transplantatima, npr. neuobičajena slika atipične tinea je dermatofitni granulom. Lezije mogu klinički nalikovati vaskulitisu (17).

7.6. Dijagnostika

Anamneza je osnovni „korak“, jer klinička prezentacija može biti zbunjujuća. Definitivna dijagnoza se mora postaviti u mikološkom laboratoriju pomoću izravnog testa s kalijevim hidroksidom, koji pokazuje gljivične strukture, odnosno na temelju rezultata kulture. Ponekad se dijagnoza postavlja histopatološkom pretragom(Schiffovim bojanjem, PAS(periodic-acid Schiff)).

7.7.Diferencijalna dijagnoza

Glavna diferencijalna dijagnoza ovisi o zahvaćenom području. Na licu, lezije mogu sličiti atopijskom dermatitisu, seborejičnom dermatitisu, eritematoznom lupusu ili kontaktnom dermatitisu. Na goloj koži, izvan lica, glavna diferencijalna dijagnoza može biti purpura, lihen planus, psorijaza, erythema migrans, erupcija lijekova , kontaktni dermatitis, diskoidni lupus i tuberkuloid lepre(13).

- Ekcem (osobito ruke i noge)
- Folikulitis (Majocchi granulom)
- Rosacea (lice)
- Pityriasis rosea (trup)
- Psorijaza (posebno ruke, noge i prepone)

7.8. Terapija

Ove dermatofitoze obično zahtijevaju sustavnu terapiju oralnim antimikoticima. Liječenje s terbinafinom, itrakonazolom, flukonazolom pokazalo se uspješnijim od liječenja grizeofulvinom. Terapija je općenito 2 tjedna, ali klinički i mikološki odgovor određuje konačno trajanje liječenja(18).

Važno je da se prekine terapija lokalnim steroidima. Površinske lezije odgovoraju na antimikotične kreme (npr klotrimazol, mikonazol, ekonazol, oksikonazol, terbinafina)..(10).

Opsežne lezije ponekad zahtijevaju peroralnu terapiju

- Terbinafin, 250 mg svaki dan tijekom 1-2 tjedna.
- Itrakonazol ,200 mg svaki dan za 1-2 tjedna.
- Flukonazol ,150 mg jednom tjedno za 2-4 tjedna.
- Sekundarne bakterijske infekcije se liječi antibioticima
- Oblozi s hladnom vodom, ili fiziološkom otopinom suprimiraju upalu i „kontroliraju“ svrbež (10)

8. ZAKLJUČAK

Dermatomikoze su sve češći problem u svakodnevnom radu dermatovenerologa, ali i liječnika obiteljske medicine. Stoga je važno prepoznati ovu dermatozu kako bi se izbjegao pogrešan terapijski pristup i moguće produljenje trajanja bolesti. Klinička slika i anamneza su osnove postavljanja dijagnoze. Karakteristični izgled i raspodjela kožnih promjena pobudit će sumnju na dermatomikozu , a anamneza o prethodno korištenim lokalnim kortikosteroidnim pripravcima nam mogu uvelike pomoći u razjašnjavanju netipičnih slučajevakao što je i neprepoznata dermatomikoza lica, čiji je najvažniji etiološki čimbenik u nastanku lokalna primjena kortikosteroida .

Liječenju dermatomikoza, pogotovou slučaju peroralne terapije, pristupamo samo na temelju pozitivnog rezultata kulture. Svaki drugi pristup danas smatra se neprimjerenim i znači *vitium artis (*1).

9. ZAHVALE

Zahvaljujem svom mentoru, prof. dr. sc. Mihaelu Skerlevu na ljubaznosti, strpljenju, pomoći i vodstvu pri izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojim roditeljima, na bezgraničnom strpljenju, financijskoj i psihološkoj potpori i optimizmu tijekom cjelokupnog školovanja.

Hvala Luciji jer je uvijek bila tu uz mene ...

10. POPIS LITERATURE

1. Skerlev M.,Superficial Fungal Infections and Contemporary Treatment Modalities,Medicus,2007. Vol. 16, No. 1, 7 – 12
2. http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/dermatologija/gljivicne-infekcije-koze/tinea-capitis(pristupljeno 20.04.2016)
3. Conn's CurrentTherapy 2015 By Edward T. Bope, Rick D. Kellerman,Elsevier 2015
4. http://emedicine.medscape.com/article/1118316-clinical#showall(pristupljeno 22.04.2016)
5. Lindsey Marcellin, MD, MPH, Contributing Editor, First Consult, Reed Elsevier, Philadelphia, Pennsylvania. July 9, 2013
6. http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/dermatologija/gljivicne-infekcije koze/tinea-cruris(pristupljeno 20.04.2016)
7. Macit Ilkit,Murat Durdu,Mehmet Karakas,Majocchi's granuloma: a symptom complex caused by fungal pathogens, Oxford Journals,Medical Mycology,Volume 50, Issue 5,Pp. 449-457,2012
8. http://www.dermnetnz.org/fungal/kerion.html(pristupljeno 21.04.2016)
9. S. Murat-Sušić ,Skerlev M., Dermatomikoze u djece. Paediatr Croat 2001; 45 (Supl 1): 233-9
10. Thomas P Habif MD, James L Campbell MD MS, M Shane Chapman MD, James GH Dinulos MD and Kathryn A Zug MD,ElsevierInc,2011
11. Romano C, Maritati E, Gianni C, Mycoses, 49 (2006) 383.
12. Alteras I, Sandbank M, David M, Segal R, Dermatologica, 177 (1988) 65
13. Roberto Arenas MD, Gabriela Moreno-Coutiño MD, Lucio Vera DrSc and Oliverio Welsh MD,Clinics in Dermatology, 2010-03-01, Volume 28, Issue 2, Pages 137-139, 2010
14. Marks R, International Journal of Dermatology,Volume 17 ,Pp.301-302,1978
15. Al Aboud KA, AL Hawsawi KA, AL Fadley A ,Acta. DermVenereol., 83(1), 59.2003

16. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E. Pimecrolimus induced tinea incognito masquerading as intertriginous psoriasis. Mycoses 2008;51: 71-3.
17. Arenas R. Atlas dermatología. Diagnóstico y tratamiento. 3rd ed. Mexico: McGraw-Hill; 2005. p. 387-91.
18. Guenova E, Hoetzencker W, Schaller M, Röcken M, Fierbeck G. Tinea incognito hidden under apparently treatment-resistant pemphigus foliaceus. Acta DermVenereol 2008;88:276 7.
19. Ghislanzoni M, Mycoses 51 (2008) 39

11.ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Gino Koro

Datum i mjesto rođenja: 19.07.1991., Split

OBRAZOVANJE

2010. – 2016. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

2006. – 2010. Zdravstvena škola Split

1998. – 2006. Osnovna škola Lučac ,Split

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici: aktivno služenje u govoru i pismu engleskim, njemačkim i nizozemskim jezikom

Rad na računalu: MS Office, Internet