

## Kasuistika 8 - Odpověď

**Papilomatózní, vředovité kožní léze na zádech a hýždí po pobytu v Maroku.**

### Otázky:

1. Jaká je diferenciální diagnóza?
2. Jak byste vyšetřovali tohoto pacienta?
3. Jak byste léčili tohoto pacienta?
4. Jaká je prognóza?

### Odpovědi:

#### 1. Diferenciální diagnóza zahrnuje:

Kožní leishmaniózu

Kožní tuberkulózu (lupus vulgaris)

Atypická mykobakteriízu

Mykotickou infekci s kožními projevy

#### 2. Výsledky vyšetření (19.2.2004 provedena kožní biopsie):

**Dermatohistopatologické vyšetření:** verukózní akantóza a papilomatóza až do podoby psuedoepiteliomatózní hyperplázie s malými keratinizačními centry i s monocelulární keratinizací, dilatovaným vlasovým folikulem s hyperkeratoticko-parakeratotickým čepem a polynukleáry. V kóriu difúzní infiltráty tvořené polynukleáry, lymfocyty, plazmocyty, s difúzní příměsí histiocyty tvořících granulomatózní uskupení. PAS barvení na dermatofyta negativní.

**Závěr:** chronická superficiální a hluboká dermatitis s pseudoepiteliomatózní hyperplázií epidermis, diferenciálně diagnosticky odpovídající i chronické pyodermii, případně keratoakantomu. Leishmanie ani jiné parazitické mikroorganismy nezastíženy, doporučena ev. totální excise k dalšímu vyšetření (doc. Pock).

**Kultivace** bakteriální, mykobakteriální a mykotická: neg.

**Otiskový preparát** barvený dle Giemsa: neg

**Kultivace na leishmánie** na specifické půdě: **pozitivní**

**Serologie leishmaniózy:** neg.

**Další laboratorní vyšetření:** Krevní obraz: leu  $11,8 \times 10^9/l$ , jinak KO v normě, CRP, jaterní testy, bilirubin, urea, kreatinin, vyšetření moč + sediment v normě

**Závěr:** **Kožní leishmanióza Starého Světa**, typizace nebyla provedena, s ohledem na epidemiologii a klinické projevy se jednalo velmi pravděpodobně o infekci *Leishmania major*

#### 3. Terapie:

Ketokonazol (**Nizoral tbl.**) p.o. v dávce 2 x 200mg po dobu prvních 14 dnů, poté byla dávka zvýšena na 2 x 300 mg další 3 týdny a současně byl přidán lokálně ketokonazol (**Nizoral crm.**).

**Další léčebné možnosti:**

Terbinafin (**Lamisil**) 300 mg/den p.o.

**Paromomycin** ung. 15%

Chirurgická léčba, kryoterapie, termoterapie

V případě infekce *Leishmania tropica* nebo při infekci kožními leishmániemi Nového Světa, zvl. *L. braziliensis* complex, kdy hrozí mukokutánní diseminace, je nutné podat celkově preparáty pětimocného antimonu – Sb<sup>V</sup> (Glucantime, Pentostam) i.m. nebo i.v., popř. Amfotericin B i.v. (*L. tropica*)

#### 4. Prognóza:

Infekce *L. major* představuje ve většině případů samoúzdavné onemocnění, jež může zanechat jizvy, které mají pouze kosmetický význam. Účinek ketokonazolu je diskutabilní, podává se k urychlení zhojení vředových afekcí.

Léčba proběhla u pacienta bez komplikací. 14.4.2004 byla provedena kontrolní biopsie:

**Kultivace** na leishmanie byla **negativní**, **histologické vyšetření** ukázalo:

Hyperkeratóza, ložiskovitá parakeratóza, crustosquamy s polymorfonukleárními a erytrocyty, subepidermálně jizvení a infiltráty lymfocytů s plasmocyty, histiocyty a obrovskými mnohojadernými buňkami Langhansova typu. Místy je naznačen neostře ohraničený granulomatózní uzlík bez centrální nekrózy.

**Závěr:** Specifický granulomatózní zánět kůže, který může odpovídat leishmanióze, samotné leishmanie jsme však neprokázali (může jít i o důsledek léčby). V **diferenciální diagnóze** je možné zvažovat též non-tuberkulózní mykobakteriózu a lupus vulgaris (doc. Pock).

Video **Kasuistika 8 – po terapii** ukazuje stav lézí při kontrole asi 1,5 roku po léčbě.