

problemă prea complexă (medicină, religie, filosofie, antropologie etc.) pentru a da un răspuns univoc (5).

### **Bibliografie**

1. Bucur Gh., Opriș Dana Angela. Boli dermatovenerice – enciclopedie. Editura Medicală Națională, ediția a II-a, București, 2002, 928 pag.
2. Enciclopedie-Album, 1000 de tablouri ale unor pictori de geniu, Editura Aquila, Oradea, 2006, 544 pag.
3. Gariff David. Cei mai influenți pictori din lume și artiștii pe care i-au inspirat. Editura RAO, București, 2008, 192 pag.
4. Nedelciuc Boris. Dermatovenerologie eponimică, toponimică și acronimică. Tipografia Centrală, Chișinău, 2010, 212 pag.
5. Popescu-Bălcești Aurel. Clonarea omului, începutul sfârșitului. Editura Triumf, 2002, București, 106 pag.
6. Rassner G., Steinert U., Schlagenhauff B., Dermatologie – manuel et atlas. Les édition Maloine, Paris, 2006, 502 pag.
7. Roth Walter. Dermatologia în artă. Dermatovenerologie, revista SRD, 2008, nr.3, 53: 201-204.

## **ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ȘI CLINICO-EVOLUTIVE ALE MICOZELOR PLANTARE**

**Vladislav Gogu, Galina Sorici, Iulia Emeț**

Catedra Dermatovenerologie USMF "Nicolae Testemițanu"

### **Summary**

#### ***Epidemiological and clinical aspects of Tinea pedis***

Tinea pedis cause pain and discomfort limiting working capacity of patients. Some diseases such as: diabetes mellitus, eczema, psoriasis, pathology of peripheral vessels are often associated with Tinea, worsening a process current. In this article are present some epidemiological and clinical aspects of Tinea pedis at 235 patients which were treated in the Republican Clinic of Dermatology during last 2 years. For more effective clinical monitoring and for optimisation of treatment at 14 patients has been defined the severity index of Tinea pedis and onychomycosis, using clinical scales such as SCIO, AFSS, SCETP.

### **Rezumat**

Micozele plantare cauzează durere și disconfort, fiind capabile să limiteze activitatea de zi cu zi a pacienților. În plus, unele boli cum ar fi: diabetul zaharat, eczema, psoriazisul, patologiiile vasculare periferice se asociază frecvent cu aceste patologii, agravând evoluția infecției micotice. În acest articol sînt elucidate unele aspecte epidemiologice și clinico-evolutive la 235 pacienți tratați în Clinica Republicană de Dermatovenerologie în ultimii doi ani. Pentru un monitoring clinico-evolutiv cât mai efectiv și pentru optimizarea tratamentului la 14 pacienți a fost estimat gradul de severitate în tinea pedis și onicomicoză utilizând scorurile clinice SCIO, AFSS, SCETP.

### **Actualitatea temei**

Micozele plantare sînt infecții fungice, provocate de către dermatofiți, mucegaiuri sau levuri, care afectează prioritar pielea și unghiile plantelor și au particularități clinico-epidemiologice, patogenetice, terapeutice similare [3, 4].

Tinea pedis și onicomicoza sînt cele mai frecvente dermatomicoze, înregistrînd pînă la 40% din acestea. După datele OMS, fiecare al 5-lea locuitor al planetei suferă de tinea pedis, iar fiecare al 10-lea - de onicomicoză [9].

Există numeroși factori ce predispun spre apariția micozei plantare, de care trebuie de ținut cont la instituirea tratamentului și pentru profilaxie, principalii fiind cei habituali: practicarea sportului, profesia și modul de viață. O afecțiune intrafamilială este frecventă, pînă la 1/3 din pacienți au rude bolnave de micoză. Purtarea încălțămintei închise, fără aerare joacă un rol important, mai ales în țările înalt dezvoltate. Maladiile asociate, factorii imuni, posibil genetici sînt incriminate în apariția infecției fungice a picioarelor [7].

Necătfînd la progresele obținute în micologie (noi tehnici de diagnostic, tratament etiologic eficient), incidența micozei plantare rămîne a fi crescută, fiind și pînă la moment una dintre cele mai frecvente dermatomicoze [1]. Un control terapeutic al infecției fungice a plantelor ar fi facilitat de: evidențierea factorilor de risc ce mențin nivelul îmbolnăvirii crescut, utilizarea scorurilor clinice pentru evaluarea atât a severității bolii, ce permite aplicarea tratamentului conform schemelor standardizate, cât și pentru evaluarea eficacității tratamentului.

### **Obiectivele lucrării**

- Elucidarea factorilor de risc în declanșarea și menținerea prevalenței micozelor plantare la bolnavii luați în studiu;
- Analiza tabloului clinico-evolutiv al micozelor plantare la pacienții din lotul de studiu;
- Aplicarea optimală a scorurilor clinice pentru estimarea gradului de severitate în tinea pedis și onicomicoze în vederea optimizării monitoringului al evoluției clinice și al conduitei terapeutice la acești bolnavi.

### **Material și metode**

Pentru realizarea obiectivelor trasate a fost realizat un studiu retrospectiv și prospectiv, efectuat pe un lot de 249 de pacienți, care prezentau diverse forme de micoză plantară, tratați în Clinica de Dermatovenerologie a USMF "N.Testemițanu", amplasată în cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Dispensarul Dermatovenerologic Republican. În studiul retrospectiv au intrat 235 pacienți, tratați staționar pe perioada anilor 2008-2009, în studiul prospectiv – 14 pacienți, tratați staționar în perioada lunilor februarie-martie 2010. Toți pacienții au fost supuși unui protocol clinic care a inclus parametrii: vîrsta, sexul, istoricul bolii, simptomatologia subiectivă și obiectivă, metodele de diagnostic ale micozelor plantare, la pacienții din studiul prospectiv au fost aplicați indicii clinici: SCIO - Scoring Clinical Index for Onychomycosis [6, 8], AFSS - Athlete's Foot Severity Score[2], SCETP – Scorul Clinic de Evaluare a Tiniei Pedis [5].

### **Rezultate și discuții**

S-a efectuat analiza fișelor de observație clinică a 235 pacienți, dintre care 128 (54,46%) au fost internați în anul 2008, iar 107 (45,53%) – în anul 2009. Pacienții prezentau diferite forme de micoză plantară: tinea pedis – 193 (82,13%), onicomicoză – 168 (71,49%); dintre care – tinea pedis în combinație cu onicomicoza – 126 (53,62%), tinea palmoplantară – 12 (5,11%), tinea diseminată (tinea pedis și tinea corporis) – 15 (6,38%). Micoza plantară ca patologie de bază a fost la 95 (40,43%) pacienți, iar ca patologie concomitentă la 140 (59,57%) pacienți.

Vîrsta pacienților a variat între 19 și 88 ani. Incidența micozei plantare crește marcant odată cu vîrsta, astfel 77% din totalitatea cazurilor de micoză plantară aparține pacienților după 50 ani, vîrstă în care, datorită particularităților fiziologice și patologice, organismul uman este mai predispus către apariția acestor infecții.

Numărul pacienților de sex masculin 154 (65,53%) depășește de 2 ori numărul pacientelor de sex feminin 81 (34,47%). Repartiția micozei plantare în dependență de vîrstă și sex nu este uniformă: pînă la vîrsta de 40 ani incidența tinea pedis este constantă, atât la pacienții de sex

feminin, cât și la cei de sex masculin. După vârsta de 50 de ani este un decalaj, numărul bărbaților fiind aproape de două ori mai mare decât al femeilor.

Prezența factorilor de risc agravează evoluția infecției micotice, care duc la menținerea procesului infecțios, cu apariția reinfecțiilor, crează dificultăți terapeutice care în final se poate solda cu eșec terapeutic, afectând foarte mult complianța pacientului. Din totalul pacienților incluși în studiu, 207 (80,09%) au cel puțin o patologie concomitentă, dintre care, majoritatea sînt diverse dermatoze 176 (74,89%). Cea mai frecvent întâlnită dermatoză este eczema, care a fost înregistrată la 103 (43,83%) pacienți, dintre care, la 81 (34,47%) pacienți a fost eczema microbiană, la 3 (1,28%) – paratraumatică, la 16 (6,81%) – eczema de stază și la 3 (1,28%) pacienți – eczema dishidroxică. Pacienți cu psoriazis au fost înregistrați 22 (9,36%), cu piodermite (dintre care și erizipel) 10 (4,26%), cu afecțiuni alergice (urticarie, dermatita alergică, ș.a.) – 12 (5,11%), cu rozacee 18 (7,66%), ulcere trofice ale gambei – 23 (9,79%), veruce plantare 5 (2,13%). Cele mai frecvente afecțiuni de fond înregistrate au constituit: patologii ale sistemului cardiovascular în 44 (18,72%), insuficiența venoasă cronică – 35 (14,89%) cazuri, diabetul zaharat în 18 (7,66%) cazuri, patologii ale tractului digestiv - 12 (5,11%) cazuri. Malformații ale sistemului locomotor de tipul halus valgus, picior plat au avut 29 (12,34%) pacienți, hiperhidroza la moment sau în anamneză au raportat 36 (15,32%) pacienți, iar 17 (7,23%) au prezentat hipohidroza marcată.

Activitatea profesională poate determina apariția micozei plantare. În lotul studiat, cota esențială revine persoanelor angajate în câmpul muncii 115 (48,94%), apoi urmează pensionarii 71 (30,21%), invalizii 31 (13,19%), persoane neangajate - 36 (15,32%). Din totalul slujbașilor, studii superioare posedă 25(21,74%), studii medii speciale – 32(27,83%), studii medii/medii incomplete – 55(47,83%).

Prezența unei forme de micoză plantară la membrii familiei s-a înregistrat la 57 (24,26%) pacienți. Aceste date pledează în favoarea rolului microclimatului familial în transmiterea și reinfecția micozei plantare și subliniază necesitatea tratării tuturor membrilor familiei, pentru întreruperea lanțului epidemiologic ale acestei infecții fungice.

Divizarea bolnavilor conform locului de trai, ne furnizează raporturi aproape egale, cu o ușoară prevalență a pacienților din mediul urban - 130 sau 55.09%. Explicația constă, probabil, în accesibilitatea orașenilor la serviciile de medicină. Totodată, trebuie de ținut cont, că frecventarea unor locuri publice care pot servi ca factor de transmitere a micozei plantare (saune, piscine, săli de sport) este mai mare în rândurile locuitorilor din orașe.

Durata micozei plantare a variat de la o săptămână pînă la 35 ani, iar marea majoritate a bolnavilor - 195 (82,98%) au o evoluție îndelungată a infecției, ceea ce se motivează prin lipsa adresibilității timpurii a pacienților la medic în formele inițiale, cât și prin faptul că formele acute, ușoare ale micozei plantare se tratează ambulator. Formele acute ale tinea pedis sînt mai frecvente la pacienții cu o vechime mică a bolii. Astfel, din totalul pacienților 29 (12,34%) care au prezentat durată mică a bolii – pînă la 6 luni: tinea pedis forma interdigitală și dishidroxică au 15 (51,72%), tinea palmoplantară – 5 (17,24%), tinea diseminată – 12 (41,38%) pacienți. Pacienții care au o durată îndelungată a bolii, mai mult de 3 ani – prezentau: tinea pedis combinată cu onicomicoza 117 (49,78%), dintre care 7 (5,98%) pacienți au avut tinea pedis palmoplantară cu onicomicoză, iar onicomicoza fără tinea pedis – 42 (35,90%). De remarcat că toți 61 (25,96%) pacienții cu o vechime a bolii peste 10 ani prezentau o oarecare formă de onicomicoză, printre care predomină afectarea hipertrofică cu hiperkeratoză subunghială 49 (80,33%) cazuri.

Tentative anterioare de tratament au efectuat aproximativ ½ din pacienți, toți acești bolnavi prezintă onicomicoză în combinație cu tinea pedis. Medicațiile anterioare, urmate atît ambulator, cât și staționar au fost compuse din preparate antifungice din diverse grupe: imidazoli, triazoli, alilamine ș.a., administrate topic și/sau sistemic. De menționat, că curele de tratament indiferent de calea de administrare nu au depășit 20 zile în majoritatea cazurilor – doar 27 (11,50%) pacienți au primit tratament sistemic de durată mare.

Acuzele au fost analizate pe lotul de pacienți internați cu micoză plantară ca fiind patologia de bază – 95 (40,43%). Acestea au constituit: prurit, discomfort în timpul mersului (durere, senzație de arsură), jenă provocată de modificările unghiilor sau mirosul neplăcut de la picioare. Pruritul a fost senzația subiectivă cea mai constant raportată de către pacienți, fiind prezent în 89 (93,68%) cazuri, localizat în spațiile interdigitale și pe pielea tălpii și, în unele cazuri - a palmelor. Durere în timpul mersului au raportat 27 (28,42%) pacienți, senzație de arsură – 17 (17,89%). Mirosul neplăcut de la picioare îi deranjează pe 34 (35,79%) pacienți, iar modificările unghiilor – pe 68 (71,58%).

Spectrul modificărilor obiective a fost analizat pe întreg lotul de pacienți și a constituit: modificări ale integrității pielii picioarelor (eritem, descuamare, vezicule, papule, hiperkeratoză, fisuri, cruste), modificări ale unghiilor (schimbarea culorii, onicoliza sau hiperkeratoza subunghială). Din totalul pacienților cu tinea pedis, eritemul și descuamarea a fost depistate cel mai frecvent: în 179 (91,79%) cazuri – eritemul și în 189 (96,92%) - descuamarea. Fisurile au fost remarcate la 128 (65,64%) pacienți. Vezicule, papule, cruste au fost înregistrate mult mai rar: 13 (6,67%) cazuri. Din totalul pacienților cu afectarea unghiilor, schimbarea culorii unghiilor a fost înregistrată la toți pacienții, onicoliza – la 41(24,40%), hiperkeratoza subunghială – la 98 (58,33%), restul pacienților 29 (17,27%), având modificările unghiilor de tip normotrofic.

Formele clinice de tinea pedis: forma intertriginoasă – 65 (33,68%), forma dishidroxică – 13 (6,74%), forma scuamoasă – 115 (59,58%). Formele clinice de onicomicoză: forma normotrofică – 29 (17,37%), forma atrofică – 41 (24,56%), forma hipertrofică – 97 (58,08%). Diagnosticul de micoză plantară a fost stabilit în corespundere cu criteriile clinice prin confirmare cu date de laborator: examenul micologic. În unele cazuri nesigure, pentru efectuarea diagnosticului diferențial (psoriazis plantar, eczemă, șa) a fost efectuat examenul bacteriologic și examenul histologic. Examenul bacterioscopic a fost efectuat la toți pacienții. Mostrele au fost colectate de pe pielea tălpilei, din unghii, de pe palme și alte focare la necesitate. Rezultatele au fost: filamente miceliene lungi 193 (82,13%) cazuri, în 27 (11,49%) probe au fost identificate pseudomicelii. În unele cazuri 12 (5,11%) rezultatul a fost negativ, ceea ce a necesitat efectuarea prelevării repetate. Însămânțarea pe medii de cultură s-a efectuat în 15 (6,38%) cazuri. Astfel, în majoritatea cazurilor, în focare s-a înregistrat prezența dermatofităilor, și numai în 10% au fost fincriminate levurile.

Conform datelor obiective al studiului prospectiv, onicomicoza poate fi delimitată în următoarele forme clinice: distolaterală – 7 (58,33%), forma proximală – 1 (7,14%), forma distrofică totală – 4 (28,57%). Formele clinice de tinea pedis sînt următoarele: intertriginoasă – 4 (28,57%), hiperkeratozică – 6 (42,86%), dishidroxică - 4 (28,57%).

Determinarea gradului de severitate în tinea pedis s-a efectuat conform indicilor AFSS și SCETP. Scorul AFSS evaluează eritemul, descuamarea, numărul spațiilor interdigitale implicate, iar SCETP evaluează prezența eritemului, veziculelor, descuamării, pustulelor, pruritului, crustelor. Aprecierea se efectuează conform scării de 4 puncte. Evaluarea gradului de severitate conform acestor doi indici, în dependență de forma clinică de tinea pedis este redată în tabelul 1 de mai jos:

Tabelul 1

Analiza comparativă a scorurilor folosite pentru aprecierea gradului de severitate în tinea pedis

Forma clinică de tinea pedis	TP ușoară		TP moderată		TP severă	
	AFSS	SCETP	AFSS	SCETP	AFSS	SCETP
Tinea pedis dishidroxică	4	1	0	1	0	2
Tinea pedis intertriginoasă	1	3	2	0	1	1
Tinea pedis hiperkeratozică	6	6	0	0	0	0

Scorul AFSS este adaptat mai mult pentru determinarea gradului de severitate al formei interdigitale în tinea pedis și nu are suficiente criterii pentru determinarea gravității reale ale altor forme clinice. Totodată, chestionarul SCETP este mai potrivit pentru determinarea gradului de severitate în formele dishidroze și hiperkeratoze.

Indicele SCIO apreciază severitatea onicomicozei, autorii oferind și scheme de tratament optime, în dependență de gradul de severitate [6]. Parametrii clinici evaluați sînt: forma clinică a onicomicozei, distanța unghiei afectată de la matrix, grosimea hiperkeratozei subunghiale, unghia afectată (degetul I, degetele II-V, degetele mîinii) și vîrsta pacientului. La pacienții incluși în studiul prospectiv SCIO a constituit: 6-9p – 1 (8,33%), 12-16p – 2 (16,67%), 16-20p – 3 (25,0%), 20-30p – 6 (50,0%) pacienți. Aceste rezultate demonstrează severitatea onicomicozei și necesitatea administrării tratamentului sistemic, iar în 50,0% cazuri administrarea tratamentului combinat cu înlăturarea unghiei.

### **Concluzii**

- Micozele plantare sînt infecții fungice, care afectează cu predilecție bărbații după 40 ani și au o evoluție frecvent cronică, cu un istoric de recidive și acutizări.
- Persistența infecției este condiționată de prezența patologiei concomitente, de particularitățile tratamentului și profilaxiei ulterioare, de microclimatul familial și nu în ultimul rînd, de nivelul sociocultural al pacienților.
- Printre formele clinice ale micozei plantare predomină tinea pedis hiperkeratozică și onicomicoza hipertrofică, ce condiționează o evoluție mai îndelungată a infecției și crează unele dificultăți de abordare pe plan terapeutic.
- O estimare mai corectă și obiectivă a pacienților cu tinea pedis și onicomicoze este facilitată de aplicarea scorurilor clinice de apreciere a severității procesului patologic, fapt ce permite o conduită terapeutică optimă.

### **Bibliografie**

1. Burzykowski T., Molenberghs G. et al. High prevalence of foot diseases in Europe: results of the Achilles Project. *Mycoses* 2003; 46:496–505.
2. Cohen A.D., Wolak A., Alkan M., Shalev R., Vardy D.A. AFSS: Athlete's foot severity score. *Mycoses* 2002, 45: 97-100.
3. Gheeraert P. Les infections fongique communes des pieds. *Rev Med Brux* 2006; 27: 324-326
4. Gupta A., Ryder J., Chow M., et al. The Management of Fungal Infections. *Dermatology for the Clinician. Le Jacq* 2005; 305-310.
5. James I., Loria Y., Jones T. C. Short-duration topical treatment of tinea pedis using terbinafine emulsion gel: Results of a dose-ranging clinical trial. *J of Dermatological Treatment*. 2007; 18: 163–168.
6. Sergeev A.Y., Gupta A.K., Sergeev Y.V. The Scoring Clinical Index for Onychomycosis (SCIO Index) *Skin Therapy Letter* 2002;7 Suppl 1:6-7.
7. Sigurgeirsson B., Steingrimsson O. Risk factors associated with onychomycosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18: 48–51.
8. <http://www.onychoindex.com/>
9. <http://hinari-gw.who.int/>