

# Odrębności obrazu klinicznego mięczaka zakaźnego u osób z obniżoną odpornością

## Differences in the clinical picture of molluscum contagiosum in immunocompromised patients

Julia Nowowiejska, Anna Baran, Iwona Flisiak

*Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

### STRESZCZENIE

Mięczak zakaźny jest wirusową chorobą skóry, najczęściej dotyczącą dzieci i osób dorosłych — aktywnych seksualnie oraz z obniżoną odpornością. W przypadku osób z prawidłową odpornością wykwity mają charakter samoograniczający, a w leczeniu można wdrożyć postawę wyczekującą. U osób z niedoborami odporności obserwuje się pewne odrębności obrazu klinicznego, przede wszystkim dużą liczebność i większy rozmiar wykwitów, często o atypowej morfologii, dłuższe utrzymywanie się zmian i niejednokrotnie trudności w leczeniu. U dorosłych z mięczakiem zakaźnym zasadne wydaje się wykonanie testu na obecność HIV.

**Forum Derm. 2020; 6, 3: 73–76**

**Słowa kluczowe:** mięczak zakaźny, niedobór odporności, HIV, immunosupresja

### ABSTRACT

Molluscum contagiosum is a viral skin disease, most frequently affecting children and sexually active or immunocompromised adults. In immunocompetent people skin lesions are self-limiting and non-intervention strategy is usually advised. In immunocompromised people, on the other hand, the clinical picture might be different, lesions are multiple and bigger in diameter, often of atypical presentation, they are more persistent and frequently difficulties considering treatment occur. In adults with diagnosed molluscum contagiosum it seems reasonable to perform an HIV test.

**Forum Derm. 2020; 6, 3: 73–76**

**Key words:** molluscum contagiosum, immunodeficiency, HIV, immunosuppression

### WPROWADZENIE

Mięczak zakaźny jest powszechną chorobą skóry wywoływaną przez wirusa mięczaka zakaźnego (MCV, *molluscum contagiosum virus*). Spośród czterech typów wirusa, najczęstszym jest MCV-1, natomiast MCV-2 jest odpowiedzialny za wywoływanie zmian u osób aktywnych seksualnie oraz z niedoborami odporności [1]. Choroba ta cechuje się wysoką zakaźnością i może być przenoszona przez kontakt bezpośredni, jak również korzystanie ze wspólnych przedmiotów albo na drodze autoinokulacji [2, 3]. Najczęściej mięczak zakaźny obserwowany jest w populacji pediatrycznej, u osób aktywnych seksualnie oraz u chorych o obniżonej odporności [3]. U osób z prawidłową odpornością charakteryzuje się występowaniem białoróżowych, perłowych grudek, czasami

guzków, z pępkowatym zagłębieniem na szczycie [2, 3]. U dorosłych zmiany te lokalizują się zwykle w okolicach płciowych, podbrzusza czy ud, a u dzieci w obrębie okolic wyprzeniowych, twarzy lub kończyn [2, 3]. Wykwity mają zwykle charakter samoograniczający się, nie sprawiają dolegliwości i ustępują bez pozostawienia śladu [3, 4]. Diagnoza stawiana jest na podstawie obrazu klinicznego, choć w niektórych przypadkach przydatna może być również dermoskopia. Można wówczas zaobserwować pępkowate zagłębienie, wielopłatowe białozółte struktury amorficzne oraz obwodowo kręte naczynia krwionośne [3]. Ze względu na łagodny charakter dermatozy i tendencję do samoistnego ustępowania, aktualnie w leczeniu rekomenduje się postawę wyczekującą, aczkolwiek istnieje szereg dostępnych metod terapii [3, 5].

### Adres do korespondencji:

lek. Julia Nowowiejska, Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, e-mail: julia.nowowiejska94@gmail.com

Wybór metody leczenia powinien być dobrany indywidualnie i dostosowany do wieku pacjenta, stanu jego odporności, a także liczby i lokalizacji zmian skórnych. U osób immunokompetentnych mięczak zakaźny zwykle ustępuje samoistnie, ale pacjenci z niedoborami odporności, osoby z powikłaniami oraz wyjątkowym nasileniem zmian, które sprawiają także defekty estetyczne, powinni być leczeni [3]. Wśród miejscowych środków farmakologicznych, które mają zastosowanie w terapii znajdują się: wodorotlenek potasu (w stężeniu 5% lub 10%), kwas salicylowy, glikolowy i mlekowy, nadtlenek benzoilu, tretynoina czy azotan srebra [3]. Innym preparatem miejscowym jest 5% imikwimod w kremie, przydatny w leczeniu zmian okolicy anogenitalnej, stosowany poza wskazaniami rejestracyjnymi („off-label”) czy roztwór lub krem z podofilotoksyną, również stosowany „off-label” [3, 6, 7]. Oba powyższe preparaty w charakterystyce produktu leczniczego zawierają informację o przeciwwskazaniu do stosowania u dzieci [6, 7]. Lekiem polecanym, ale niedostępnym w Polsce, jest także kantarydyna, miejscowy inhibitor fosfodiesterazy [3].

W terapii można wykorzystać także leki do stosowania ogólnego takie jak doustna cymetydyna — antagonist receptorów histaminowych  $H_2$  [2, 3].

Wśród metod zabiegowych w terapii można zastosować wyłóżeczkowanie, krioterapię, laseroterapię czy elektrokoagulację [3, 5]. Poza tym, należy pamiętać o utrzymaniu odpowiedniego reżimu sanitarno-higienicznego, a więc unikać drapania zmian oraz dzielenia przedmiotów z innymi domownikami [3].

Biorąc pod uwagę rosnącą liczbę osób z upośledzoną odpornością, zwłaszcza na skutek chorób nowotworowych, zakażenia HIV, stosowanego leczenia immunosupresyjnego czy wrodzonych niedoborów odporności, należy spodziewać się częstszego obserwowania nietypowych postaci mięczaka zakaźnego w praktyce klinicznej oraz większej oporności na standardowo stosowane leczenie.

## ODRĘBNOŚCI OBRAZU KLINICZNEGO U OSÓB Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ

Osoby o obniżonej odporności są jedną z grup szczególnie predysponowanych do zachorowania na mięczaka zakaźnego. Szacuje się, że częstość jego występowania u pacjentów zakażonych HIV wynosi ok. 20%, a u osób chorych na AIDS sięga nawet 30% [3, 8]. Zmiany skórne u takich pacjentów różnią się od tych obserwowanych u osób z prawidłową odpornością. Przede wszystkim wykwitów lokalizują się w nietypowych okolicach [3]. Istnieją doniesienia o częstszej lokalizacji zmian na twarzy, w tym na powiekach, policzkach, wargach i języku, na górnej połowie klatki piersiowej, jak również na pośladkach, podszewkach stóp czy nawet skórze owłosionej głowy [4, 9–11]. Z kolei metaanaliza przeprowadzona przez Gur dotycząca pacjentów

z obniżoną odpornością, zwłaszcza w przebiegu zakażenia HIV, zaskakująco w większości analizowanych badań nie wykazała różnic w lokalizacji czy morfologii zmian u tych chorych [12]. Odmienne wyniki uzyskali Schwartz i Myskowski, którzy u ponad połowy analizowanych pacjentów zakażonych HIV obserwowali wyłączone zajęcie twarzy i szyi przez mięczaka zakaźnego [13]. Podobnie Thompson i wsp. u wszystkich badanych — 31 osób zakażonych HIV — obserwowali zmiany w przebiegu mięczaka jednocześnie w różnych okolicach ciała, przy czym najczęściej zajęte były łącznie głowa, szyja i tułów [14]. Dermatoza ta cechuje się ponadto często znaczną liczbą wykwitów, które mogą zlewać się w większe ogniska, i rozległością zajmowanej powierzchni [3, 11]. Grudki mogą mieć u takich pacjentów odmienną niż zwykle morfologię: większy rozmiar, niekiedy ponad 1 cm, jak również brodawkowatą powierzchnię, bez charakterystycznego pępkoatego zagłębienia [3, 11, 12]. Wykwity mogą niekiedy przypominać zaskórniki, ropnie, czyraki czy gruczolaki potowe [11]. Opiswane są liczne przypadki błędnej diagnozy mięczaka zakaźnego u osób z niedoborami odporności na skutek atypowej manifestacji klinicznej; dermatoza bywa najczęściej mylona z rogowieniem kolczystokomórkowym, rakiem podstawnokomórkowym czy rogiem skórnym [15]. W różnicowaniu mięczaka zakaźnego w tej grupie chorych należy wziąć pod uwagę także histoplazmozę, kryptokokozę i pneumocystozę [3, 10, 15]. Wykwity mogą często ulec owrzodzeniu, nadkażeniu bakteryjnemu i wykazywać cechy intensywnego zapalenia, co implikuje dolegliwości bólowe [9]. Zmianom może towarzyszyć także świąd [10].

Mimo, iż mięczak zakaźny diagnozowany jest zwykle na podstawie obrazu klinicznego, w przypadku osób z atypową manifestacją, gdy brak jest pewności co do rozpoznania, wskazane jest pobranie wycinka skórniego do badania histopatologicznego [11].

## METODY LECZENIA U OSÓB Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ

Leczenie wykwitów o charakterze mięczaka zakaźnego u osób z obniżoną odpornością jest niekiedy wyzwaniem. Wykwity utrzymują się dłużej, nie ustępują samoistnie i są odporne na powszechnie stosowane metody leczenia. Postuluje się, że chorzy z niedoborami odporności mogą odnieść największe korzyści z zastosowania terapii łączonej. Oprócz standardowych metod opisanych powyżej, zwłaszcza często stosowanego imikwimodu, u takich chorych mają zastosowanie także inne szczególne strategie terapeutyczne [4]. Wykazano, że cydofowir (analog nukleozydowy) w postaci 1–3% kremu jest skuteczny u pacjentów z osłabioną odpornością w tym z AIDS [3]. W Polsce nie jest jednak zarejestrowany. Możliwe jest również zastosowanie cydofowiru podawanego dożylnie, zwłaszcza w rozsianym mięczaku

u osób zakażonych wirusem HIV [3]. Istnieją również doniesienia o włączeniu z powodzeniem u osób z obniżoną odpornością difenocypronu miejscowo [3], peelingu kwasem trójchlorooctowym [4], podaniu do zmiany interferonu  $\alpha$ , 5-fluorouracylu czy antygeny drożdżaka *Candida albicans* [16, 17]. Odnaleźć można również przypadek skutecznego zastosowania miejscowo wstrzykniętego OK-432 (proszku ze szczepem zabitych penicyliną bakterii *Streptococcus pyogenes* o niskiej wirulencji), który dotychczas stosowany był także w leczeniu brodawek zwykłych [18] czy podania domięśniowo ludzkich przeciwciał przeciwko wirusowi półpaśca i ospy wietrznej [19]. Z powodzeniem bywała także stosowana terapia fotodynamiczna i ablacja laserowa [3, 10]. Często samo wdrożenie leczenia przyczynowego choroby zasadniczej skutkującej obniżeniem odporności, jak np. włączenie leków antyretrowirusowych w przypadku HIV, sprzyja ustępowaniu dolegliwości. Z drugiej strony należy podkreślić, że możliwy jest rozwój zespołu rekonstrukcji immunologicznej (IRIS, *immune reconstitution inflammatory syndrome*) po włączeniu terapii przeciwwirusowej, co może stać się przyczyną wystąpienia objawów choroby dotychczas przebiegającej w sposób subkliniczny w ciągu od tygodnia do nawet roku, zwykle jednak są to pierwsze dwa miesiące terapii. Patogeny najczęściej opisywane w związku z IRIS to m.in. prątki gruźlicy, cytomegalowirus (CMV), wirus półpaśca i ospy wietrznej (VZV) czy *Cryptococcus neoformans*. MCV jest zatem mniej typowym czynnikiem chorobotwórczym, dlatego w literaturze można odnaleźć niezbyt liczne doniesienia o wystąpieniu w takim mechanizmie wykwitów o charakterze mięczaka zakaźnego u pacjentów zakażonych HIV. Sugeruje się, że częstość występowania takiego zjawiska jest niedoszacowana [20]. Ponadto obserwuje się także sytuacje, gdy zaprzestanie stosowania leków immunosupresyjnych z powodu choroby podstawowej powoduje wzrost odporności organizmu i eliminację infekcji MCV [4]. Istnieje bowiem wiele doniesień o pojawieniu się mięczaka zakaźnego u pacjentów leczonych metotreksatem, adalimumabem, etanerceptem czy infliksimabem [4]. Pomimo często znacznej liczebności wykwitów u osób z niedoborami odporności, istnieją doniesienia o próbach ich chirurgicznego usuwania [9]. Metody zabiegowe zwykle są u takich chorych bardzo efektywne, niestety niosą jednocześnie ryzyko dodatkowego zakażenia nowymi patogenami, jak również rozsiania już istniejącej infekcji MCV [5]. Metaanaliza przeprowadzona przez Martina wykazała, że u pacjentów zakażonych HIV nie stwierdza się przewagi zastosowania żadnej z metod terapeutycznych [21].

Biorąc pod uwagę, że jedną z częstszych przyczyn nabytych niedoborów odporności jest infekcja HIV, u dorosłych pacjentów z rozpoznaniem mięczakiem zakaźnym postuluje się wykonanie testu na obecność tego wirusa. U dzieci natomiast takie postępowanie nie wydaje się zasadne [12].

## WNIOSKI

Biorąc pod uwagę dużą i wciąż rosnącą liczbę chorych z obniżoną odpornością na różnym tle, możliwe, że każdy lekarz, nie tylko dermatolog, spotka się w swojej praktyce klinicznej z mięczakiem zakaźnym, w tym z mięczakiem o nietypowym obrazie klinicznym utrudniającym postawienie właściwego rozpoznania. Warto więc przyswoić pewne kluczowe informacje ułatwiające diagnozę oraz dostępne metody leczenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Baran A, Flisiak I. Mięczak zakaźny u dzieci - czy leczyć? *Dermatologia dziecięca*. 2015; 5: 18–24.
2. Silverberg NB. Pediatric molluscum: an update. *Cutis*. 2019; 104(5): 301–305;E1;E2, indexed in Pubmed: [31886783](#).
3. Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019; 12: 373–381, doi: [10.2147/CCID.S187224](#), indexed in Pubmed: [31239742](#).
4. Beutler BD, Cohen PR. Molluscum contagiosum of the eyelid: case report in a man receiving methotrexate and literature review of molluscum contagiosum in patients who are immunosuppressed secondary to methotrexate or HIV infection. *Dermatol Online J*. 2016; 22(3), indexed in Pubmed: [27136625](#).
5. Nguyen HP, Franz E, Stiegel KR, et al. Treatment of molluscum contagiosum in adult, pediatric, and immunodeficient populations. *J Cutan Med Surg*. 2014; 18(5): 299–306, doi: [10.2310/7750.2013.13133](#), indexed in Pubmed: [25186990](#).
6. *pl. Tubercle*. 1937; 18(12): 565, doi: [10.1016/s0041-3879\(37\)80228-7](#).
7. [http://chpl.com.pl/data\\_files/Condyline\\_5mgroztworChPL.pdf](http://chpl.com.pl/data_files/Condyline_5mgroztworChPL.pdf), dostęp: 16.10.2017.
8. Molluscum contagiosum. SpringerReference, doi: [10.1007/springer-reference\\_41845](#).
9. Ajithkumar VT, Sasidharanpillai S, Muhammed K, et al. Disseminated molluscum contagiosum following chemotherapy: A therapeutic challenge. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017; 83(4): 516, doi: [10.4103/0378-6323.193619](#), indexed in Pubmed: [27852995](#).
10. Vora RV, Pilani AP, Kota RK. Extensive Giant Molluscum Contagiosum in a HIV Positive Patient. *J Clin Diagn Res*. 2015; 9(11): WD01–WD02, doi: [10.7860/JCDR/2015/15107.6797](#), indexed in Pubmed: [26672647](#).
11. Molluscum Contagiosum Virus. Definitions. 2020, doi: [10.32388/yh-fa9g](#).
12. Gur I. The epidemiology of Molluscum contagiosum in HIV-seropositive patients: a unique entity or insignificant finding? *Int J STD AIDS*. 2008; 19(8): 503–506, doi: [10.1258/ijsa.2008.008186](#), indexed in Pubmed: [18663032](#).
13. Schwartz JJ, Myskowski PL. Molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. A review of twenty-seven patients. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27(4): 583–588, doi: [10.1016/0190-9622\(92\)70226-6](#), indexed in Pubmed: [1357010](#).
14. Thompson CH, de Zwart-Steffe RT, Donovan B. Clinical and molecular aspects of molluscum contagiosum infection in HIV-1 positive patients. *Int J STD AIDS*. 1992; 3(2): 101–106, doi: [10.1177/095646249200300205](#), indexed in Pubmed: [1571379](#).
15. Hairy-cell leukaemia in a renal transplant recipient. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 1996, doi: [10.1093/ndt/11.10.2088](#).
16. Bhattacharjee R, Kumaran MS, Vinay K. Intralesional 5-fluorouracil to treat extensive molluscum contagiosum in an immunocompromised patient: A novel therapeutic modality. *Dermatol Ther*. 2018; 31(5): e12658, doi: [10.1111/dth.12658](#), indexed in Pubmed: [30019365](#).
17. Thomas RM, Gillihan R, Longo M. Successful treatment of recalcitrant molluscum contagiosum in a stem cell transplant patient with Candida immunotherapy. *Dermatol Ther*. 2019; 32(5): e12999, doi: [10.1111/dth.12999](#), indexed in Pubmed: [3122883](#).
18. Inui S, Asada H, Yoshikawa K. Successful treatment of molluscum contagiosum in the immunosuppressed adult with topical injection of streptococcal preparation OK-432. *J Dermatol*. 1996; 23(9): 628–630, doi: [10.1111/j.1346-8138.1996.tb02667.x](#), indexed in Pubmed: [8916664](#).

19. Maiolo C, Marshman G. Zoster Immunoglobulin-VF: A Potential Treatment for Molluscum Contagiosum in Immunosuppressed Children. *Pediatr Dermatol.* 2015; 32(4): e193, doi: [10.1111/pde.12606](https://doi.org/10.1111/pde.12606), indexed in Pubmed: [25962415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25962415/).
20. Sung KUK, Lee HE, Choi WR, et al. Molluscum contagiosum as a skin manifestation of immune reconstitution inflammatory syndrome in an AIDS patient who is receiving HAART. *Korean J Fam Med.* 2012; 33(3): 182–185, doi: [10.4082/kjfm.2012.33.3.182](https://doi.org/10.4082/kjfm.2012.33.3.182), indexed in Pubmed: [22787541](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22787541/).
21. Martin P. Interventions for molluscum contagiosum in people infected with human immunodeficiency virus: a systematic review. *Int J Dermatol.* 2016; 55(9): 956–966, doi: [10.1111/ijd.13267](https://doi.org/10.1111/ijd.13267), indexed in Pubmed: [26991246](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991246/).