

# FARKLI KLİNİK GÖRÜNÜMLERDE TİNEA İNKOGNİTO: OLGU SERİSİ

## Tinea Incognito With Different Clinical Presentation: Case Series

Birgül TEPE

### ÖZET

Tinea inkognito, genellikle uygunsuz topikal steroid kullanımından kaynaklanan, atipik klinik özelliklere sahip yüzeysel bir mantar enfeksiyonudur. Farklı şekillerde karşımıza çıkabilir veya birçok dermatozu taklit edebilir. Atipik görünümünden dolayı, ayırıcı tanısı klinisyen için zor olabilir. Hastalığın tanısında %20 potasyum hidroksit ile mikrobik inceleme (nativ preparat), basit ve ucuz bir testtir. Bu nedenle; eritemli skuamlı deri lezyonlarında topikal steroid tedavisi başlamadan önce, nativ preparat yapılması tinea inkognito gelişimini azaltacaktır. Bu yazıda; kliniğimizde farklı klinik görünümüyle çeşitli dermatozlara benzeyen, tinea inkognito tanısı ve tedavisi almış 15 olgu sunulmaktadır. Olguların tümünde nativ preparatta hifa ve sporlar görüldü. Ekzema ve abse benzeri tinea inkognito en sık tip idi. Daha az olarak eritema multiforme, morfea, diskoid lupus eritematozus, liken simpleks kronikus ve kserozis benzeri tinea inkognito gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** *Tinea inkognito; Topikal steroid; Vaka serisi; Nativ preparat.*

### ABSTRACT

Tinea incognito is a superficial fungal infection with atypical clinical features which usually is caused by an improper use of topical steroids. Its clinical presentation may vary and mimic the most of dermatoses. Differential diagnosis may be challenging for the clinician due to its atypical presentation. Microscopic examination with 20% potassium hydroxide (native preparation) is a simple and inexpensive test in diagnosis of disease. Thus, performing native preparation for erythematous scaly skin lesions before starting topical steroids will reduce tinea incognito development. Herein, 15 cases of tinea incognito which resembling various dermatoses with different clinical appearance were diagnosed and treated in our clinic is presented. All cases were seen hyphae and spores on the native preparation. Eczema-like and abscess-like tinea incognito were the most common type. Its were less observed erythema multiforme, morphea, discoid lupus erythematous, lichen simpleks chronicus and kserosis-like tinea incognito.

**Key words:** *Tinea incognito; Topical steroid; Case series; Native preparation.*

Serbest Dermatolog, 06600,  
Ankara, Türkiye

Birgül TEPE, Uzm. Dr.

#### İletişim:

Uzm. Dr. Birgül TEPE  
Adres: Bademlidere mah. 259.sok.  
No:14 Çankaya/ Ankara, Türkiye  
Tel: 0(533) 4182354  
e-mail:  
birgul\_tp@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 17.10.2016  
Kabul tarihi/Accepted: 17.10.2016

Bozok Tıp Derg 2017;7(1):100-4  
Bozok Med J 2017;7(1):100-4

## Giriş

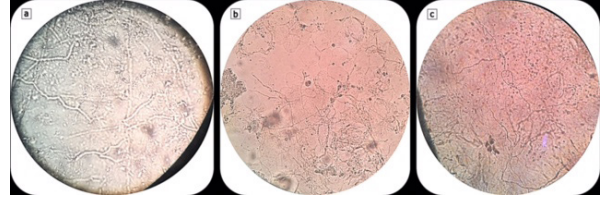
Tinea inkognito (TI), mantar enfeksiyonu bulunan bir bölgeye, uygunsuz topikal steroid veya kalsinörin inhibitörlerinin kullanımı ile gelişen, olağan klinik görünümünü kaybetmiş bir dermatofitoz'dur (1-3). İlk kez 1968 yılında Iwe ve Marks tarafından "steroid ile değişmiş tinea" olarak tanımlanmıştır (2-5). TI, steroidlerin fungus üzerine doğrudan farmakolojik etkilerinden ziyade, konağın mantar enfeksiyonuna yanıtını değiştirmesi sonucu gelişir (3,5). Uygulanan topikal steroidler, lokal immün yanıtı bloke eder ve fungal gelişimi kolaylaştırır. Böylece, tuhaf biçimsiz bir klinik görünüm ortaya çıkar. Tutulum bölgesine göre, birçok deri hastalığına benzeyebilir. Bu da, doğru tanı ve tedavinin gecikmesine neden olur (1-6).

Burada, 2014 yılı içinde kliniğimize farklı zamanlarda başvuran ve değişik klinik görünümlere sahip toplam 15 TI olgusu sunulmaktadır. Amacımız, büyük taklitçilerden biri olan TI'ya dikkat çekmektir.

## OLGULAR

TI tanısı alan 15 hastanın 9'u erkek (%60), 6'sı kadın (%40) idi. Kadın/erkek oranı 0.66 olarak hesaplandı. Hastaların yaşları 7-66 yaş arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları 34 yıl idi. Hastalığın ortalama süresi, 4.3 ay ( minimum-maksimum ay: 1-12 ay) idi. Lezyonlar hastaların 14'ünde (%93) lokalize, 1'inde (%7) yaygındı. Hastaların hepsinde klobetazol propiyonat, metilprednisolon aseponat gibi güçlü ve orta etkili bir topikal steroid kullanım öyküsü mevcuttu. Topikal pimekrolimus veya takrolimus kullanım öyküsü yoktu. Topikal steroid hastaların 12'sinde (%80) doktor kontrolünde, 3'ünde (%20) ise kendilerince uygulanmıştı. Hastalar TI tanısı almadan önce, sırasıyla ekzema (n=4, %25), allerjik kontakt dermatit (AKD) (n=3, %20), iritan kontakt dermatit (İKD) (n=1, %7), morfea (n=1, %7), diskoid lupus eritematozus (DLE) (n=1, %7), dermatit (n=1, %7) ve prurigo (n=1, %7) tanıları ile takip ve tedavi edilmişti. Üç hastada ise topikal steroid kullanımı kendileri tarafından olduğu için, önceki tanıları yoktu. Lezyonlar, en sık el sırtı/eller (n=7, %46.6)'de görüldü. Daha az sıklıkta ise kol (n=3, %20), yüz (n=2, %13.3), göbük (n=1, %6.7), meme altı (n=1, %6.7) ve kalça (n=1, %6.7) tutulumuna

rastlandı. Hastaların hepsinde mantar elementleri açısından, potasyum hidroksit (KOH) ile direkt bakı pozitif idi (Resim 1).



**Resim 1:** %20 KOH ile yapılan direkt bakıda dallanmış septalı hifalar (x40, x10).

TI'nın en sık gözlenen klinik tipi, tinea manum (n=7, %46.7), tinea corporis (n=6 %35.7) ve tinea fasiyalis (n=2, %14.3) olarak gözlemlendi. Ayrıca üç hastada tinea pedis, 1 hastada tinea cruris, 1 hastada el onikomikozu ve 1 hastada ayak onikomikozu vardı. Altı hastada (%40) mevcut lezyonlarda kenar aktivasyonları korunmuştu. El sırtı tutulumu olan hastaların 2'sinde (%28.57) lezyonlar abse (Resim 2a), 3'ünde (%42.85) ekzema (Resim 2b), 1'inde (%14.29) kserozis ve 1'inde (%14.29) eritema multiforme (EM), (Resim 2c) benzeri görünümde idi. Diğer bölgelerde ise; psöriasisiform, seboreik dermatit (SD), ekzema (Resim 2d), DLE (Resim 2e), morfea (Resim 2f) ve liken simpleks kronikus (LSK) benzeri görünümler tespit edildi. Hastaların hepsine 2-6 hafta arasında değişen sürelerde sistemik terbinafin ve topikal antifungal tedaviler verildi. Ayrıca abse benzeri lezyonu olan 2 hastaya, sekonder bakteriyel enfeksiyon açısından trimetoprim/sulfametaksazol tedavisi de eklendi. Tedavi sonrası lezyonlar hastaların tümünde düzeldi.



**Resim 2:**

- a) Sol el sırtında " abse benzeri" plak lezyon (olgu 6).  
b) Sağ el sırtında " ekzema benzeri" plak lezyon (olgu 12).  
c) Bilateral el sırtı ve kollarda "eritema multiforme benzeri" lezyonlar (olgu 4).  
d) Bilateral el ve kollarda yaygın " ekzema benzeri" plak lezyon (olgu 2).  
e) Burun sırtında " DLE benzeri" plak lezyon (olgu 1).  
f) Sol ön kolda "morfea benzeri" plak lezyon (olgu 15).

Hastalara ait demografik özellikler, klinik ve laboratuvar bulgular Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1:** Olguların demografik, klinik ve mikroskopik özellikleri.

Olgu no	Cinsiyet (E /K)	Yaş (yıl)	Lokalizasyon ve tip	Süre (ay)	Önceki tanı	Eşlik eden mantar enfeksiyonu	Klinik görünüm
1	E	7	Yüz / Tinea fasiei	1	DLE	yok	DLE bnz
2	E	66	Kollar / Tinea corporis	5	AKD	El/ayak onikomikozu	Ekzema bnz
3	E	45	Göbek / Tinea corporis	2	yok	Tinea pedis	SD bnz
4	K	23	Eller / Tinea manum	3	Ekzema	yok	EM bnz
5	K	48	Memealtı / T. corporis	4	Morfea	yok	Morfea bnz
6	E	32	El sırtı/ Tinea manum	1	Ekzema	yok	Abse bnz
7	E	34	El sırtı/ Tinea manum	1	yok	yok	Abse bnz
8	E	23	Eller / Tinea manum	12	Ekzema	El onikomikozu	Kserozis bnz
9	K	14	El sırtı/ Tinea manum	1	İKD	yok	Ekzema bnz
10	E	41	Kol /Tinea corporis	2	AKD	Tinea pedis	Ekzema bnz
11	E	13	Yüz/ Tinea fasiei	1	Dermatit	yok	Psöriasisiform plak bnz
12	K	22	El sırtı/ Tinea manum	5	Ekzema	yok	Ekzema bnz
13	K	35	Eller/ Tinea manum	12	AKD	yok	Ekzema bnz
14	K	66	Kalça/ Tinea corporis	6	Prurigo	Tinea cruris	LSK bnz
15	E	19	Kol /Tinea corporis	8	yok	yok	Morfea bnz

E: erkek, K: kadın, DLE: Diskoid lupus eritematozus, AKD: Allerjik kontakt dermatit, SD: Seboreik dermatit EM: Eritema .multiforme, İKD: İrritan kontakt dermatit, LSK: Liken simpleks kronikus, bnz: benzeri,

## TARTIŞMA

Dermatofitler, deri, kıl ve tırnak gibi dokulardaki keratini kullanma yeteneğine sahip mantarlardır (1,4). İnsanlarda zoofilik ve jeofilik türler, mikroabseler ve püstüller ile karakterize inflamatuvar lezyonlara yol açarken; antropofilik türler, daha hafif enfeksiyonlara yol açar (4,6). Boynuzsu tabakadaki varlıkları, epidermis altında ekzematöz bir lokal immün yanıtı uyarır. Ekzematöz deri zayıf bir keratin üreticisi olduğu için; dermatofitler besin sağlamak için çevre keratinize dokuya yayılır ve merkezi alanda enfeksiyon spontan kaybolur. Eş zamanlı topikal steroid kullanıldığı zaman, lezyonların tipik klinik görünümü değişir ve çevreye doğru beklenenden daha hızlı büyüme gösterir (6).

Olağan yüzeysel mantar lezyonları, oval veya yuvarlak, keskin sınırlı, skuamli, kenarları deriden kabarık, merkezi kısmi veya tam düzelmiş, kenar aktivasyonu gösteren annüler plak şeklindedir. Psöriaziform, püstüler yada ekzematöz lezyonlar da görülebilir (7). Etkilenmiş bölgeye bağlı olarak SD, rozasea, psöriazis, ekzema, impetigo, nörodermatit, kontakt dermatit, DLE, perioral dermatit, atopik dermatit, pitriyazis rozea (PR), sarkoidoz gibi birçok hastalığa benzeyebilir (2,3). Tı'da uygun-suz topikal steroid kullanımına bağlı olarak, klasik klinik görüntü değişir; skuam olmadan diffüz eritem, papül, püstül, telenjektazi, pigmentasyon değişiklikleri tabloya hakim olur (2,7). Hastanın öyküsü tipiktir. Klinik belirtiler, başlangıçta silikleşir veya kaybolur. İlacın kesilmesiyle yakınmalar tekrar şiddetlenir. Bu, hastanın ilacı defalarca kullanmasına neden olacak bir kısır döngü yaratır (8). Hastalar bu ilaçları genellikle arkadaş, komşu veya eczane tavsiyesi ile alırlar, bazen evde buldukları bir kremi kendi kendilerine uyguluyorlar yada daha sıklıkla doktor tarafından verildiğini söylerler (2,8). Olgularımızın hepsinde yanlış tanı veya uygunsuz kullanıma bağlı topikal steroid ile tedavi öyküsü mevcuttu. Buna göre; 3 olgu kendiliğinden evde bulunan bir topikal steroidi kullanmış, 10 olguya aile hekimi ve 2 olguya cildiye hekimi tarafından topikal steroid verilmişti. Olgularımızın tümü, düzelme ve alevlenme şeklinde tipik bir öykü tarifledi. Ayrıca olgu 1'in gözden kaçırılmış bir aile öyküsü vardı. Altı olguda (%40), lezyonlarda kenar aktivasyonu korunmuştu ve 5 olguda (%33), lezyonlara ikinci bir mantar enfeksiyonu eşlik ediyordu.

Literatürde likenoid, rozasea, psöriazis, poikiloderma, SD, follikülit, ekzema ve alopesi benzeri farklı klinik görünümlere sahip Tı olguları bildirilmiştir (5). Ansar ve arkadaşları (9)'nın 16 yıl süresince 6325 hasta üzerinde yaptıkları retrospektif bir çalışmada, ekzema, piyoderma, SD, rozasea, psöriazis, DLE, PR, AKD, follikülit, fotosensitif dermatit benzeri klinik görünümlere sahip toplam 56 vaka saptanmıştır. En sık gövde ve yüz tutulumu görülmüştür. Kim ve arkadaşları (10)'nın Kore'de 9 yıl süreyle toplam 283 hasta üzerinde yaptıkları çok merkezli bir çalışmada ise; sırasıyla en sık ekzema, psöriazis ve DLE benzeri Tı gözlenmiştir. Bunların dışında daha az sıklıkta dermatit, impetigo, ürtiker, follikülit, intertrigo, LSK ve vitiligo benzeri görünümler de tespit edilmiştir. Lezyonlar en sık yüz ve gövdede görülürken, hastaların % 91'inde eşzamanlı mantar enfeksiyonu da saptanmıştır. Gerçeker ve arkadaşları (11)'nin ülkemizde 6326 hasta üzerinde yaptıkları retrospektif bir çalışmada da, Tı'lı 21 hasta rapor edilmiştir. Daha önce ekzema, psöriazis, vaskülit, DLE, SD tanıları ile topikal steroid tedavisi alan bu hastalarda; en sık gövde, el ve yüz lokalizasyonlarına rastlanmıştır. Dereli ve arkadaşları (8) da, eritemli-skuamli psöriaziform, impetigo, ekzema ve makülopapüler döküntü benzeri 5 Tı'lu vaka yayınlamıştır. Klinik görünümlerine göre olgularımızda literatürle uyumlu olarak, en sık ekzema ve abse benzeri Tı gözlendi. Farklı olarak olgu 4'te "EM benzeri", olgu 5 ve 15'te "morfea benzeri" ve olgu 8'de "kserozis benzeri" klinik görünüm mevcuttu. Literatürden farklı olarak en sık yerleşim bölgesi, el ve el sırtı olarak tespit edildi. Bu, el ve el ekzeması terimlerinin hekimler tarafından uyumlu bir ikili olarak algılanmasından ve öncelikle topikal steroid reçete edilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Tı genellikle erişkinlerde görülmekle birlikte; Romano ve arkadaşları (5), üç çocuk hastada psöriazis, ekzema ve liken benzeri Tı bildirmiştir. Seraslan (12) da, uygun-suz topikal pimekrolimus kullanımına bağlı püstüler psöriazis benzeri Tı gelişen 11 yaşındaki bir kız çocuğu rapor etmiştir. del Boz ve arkadaşları (13)'nin Tı tanılı 54 çocuk üzerinde yaptıkları bir çalışmada; en sık yüz ve gövde yerleşimli klinik formlara rastlanılmıştır. Tanı, vakaların % 91.5'inde direkt bakı ve % 85.2 'sinde kültür ile doğrulanmıştır. Olgularımızın da 3'ü (%20) çocuk idi ve literatürle uyumlu olarak en sık yüz bölgesi etkilendi.

TI'da tanı, hem anamnez hem de klinik görünümüne dayanır. Ancak tanı, direkt mikroskopik inceleme ve kültür ile doğrulanmalıdır (2,6). Kim ve arkadaşları (10) TI tanısında yardımcı olmak üzere; tipik klinik görünümün kaybolması, steroid veya kalsinörin kullanım öyküsü, KOH incelemesi, mantar kültürü veya deri biyopsi örneğinin değerlendirildiği en az bir mikolojik testin pozitif olması ve antifungal tedavi sonrası iyileşme şeklinde 4 diagnostik kriter önermiştir. Olgularımızın hemen hepsinde bu 4 diagnostik kriterin hepsi mevcuttu. KOH ile direkt mikroskopik incelemede, dallanmış hifa ve sporlar dermatofitlerin tipik özelliğidir (7). Coğrafik olarak farklılıklar göstermekle birlikte, erişkinlerde en sık izole edilen ajan *Trichophyton rubrum* iken; çocuklarda *Microsporum canis* ve *T. mentagrophytes*'dir (11,13). Teknik imkansızlıklar nedeni ile olgularımızın hiçbirine mantar kültürü yapılamadı. Sistemik ve topikal antifungal tedavi ile tam kür sağlanır. Tedavi süresi, klinik ve mikolojik yanıtı göre değişmektedir (2). KOH ile direkt bakı, tüm olgularımızda pozitif idi. Sistemik ve topikal antifungal tedavi ile tüm lezyonlar düzeldi.

Sonuç olarak, dermatofitozlar günümüzde de önemli bir koruyucu halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Kötü hijyen koşulları, hayvan teması, uygunsuz ve uzun süreli steroid kullanımı ile bağışıklık sistemindeki yetersizlikler; dermatofitoz gelişimini kolaylaştırır. Bu nedenle atipik eritemli skuamli hastalıkların ayırıcı tanısında, büyük taklitçilerden biri olan TI da düşünülmelidir. Özellikle öyküsünde uzamış topikal steroid kullanımı olan hastalarda; pahalı, zaman ve ekipman gerektiren tetkikleri istemeden önce, KOH ile direkt mikroskopik inceleme yapılmalıdır. Bu tetkik, rutin poliklinik şartlarında gerek uzman gerekse de pratisyen hekimler tarafından kolayca yapılabilecek ucuz ve basit bir yöntemdir. Böylece, klinik pratikte sık görülen dermatofitozların yanlış tanı ve tedavi almaları önlenmiş olunur.

## KAYNAKLAR

1. Siddaiah N, Erickson Q, Miller G, Elston DM. Tacrolimus-induced tinea incognito. *Cutis* 2004;73:237-8.
2. Arenas R, Moreno-Coutino G, Vera L, Welsh O. Tinea Incognito. *Clin Dermatol.* 2010;28:137-9.
3. Calcaterra R, Fazio R, Mirisola C, Baggi L. Rosacea-like tinea incognito due to *Trichophyton mentagrophytes* vr. *mentagrophytes*. *Acta Dermatovenerol Croat* 2013;21(4):263-4.

4. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. Tinea incognito due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Infect Dis* 2001;33(15): e142-144.
5. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. *Pediatr Dermatol* 2000;17:41-4.
6. Celic D, Rados J, Skerlev M, Dobric I. What do we really know about " tinea incognito "? *Acta Dermatovenerol Croat* 2005;13(1):17-21.
7. Yu C, Zhou J, Liu J. Tinea incognito due to *microsporum gypseum*. *J Biomed Res* 2010; 24(1):81-3.
8. Dereli T. Tinea incognito: Dermatofitler ve dermatofitozlar. *İnfeksiyon Dergisi* 2007; 21(ek 2): S103-12.
9. Ansar A, Farshchian M, Nazeri H, Ghiasian SA. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognito in Iran: A 16-year study. *Med Mycol J* 2011;52(1):25-32.
10. Kim W-J, Kim T-W, Mun J-H, Song M, Kim H-S, Ko H-C, et al. Tinea incognito in Korea and its risk factors: Nine-year multi-center survey. *J Korean Med Sci* 2013;28:145-51.
11. Gerceker Turk B, Taskın B, Karaca N, Sezgin AO, Aytımur D. Clinical and mycological analysis of twenty-one cases of tinea incognito in the Aegean region of Turkey: A retrospective study. *Acta Dermatovenerol Croat* 2013;21(2): 93-8.
12. Serarşlan G. Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichopyton rubrum*. *Mycoses* 2007;50:523-4.
13. del Boz J, Crespo V, Rivas-Ruiz F, de Troya M. Tinea incognito in children: 54 cases. *Mycoses* 2009;54:254-8.