

YÜZ BÖLGESİNDE YERLEŞMİŞ İKİ TINEA İNKOGNİTO OLGUSU

Two Cases of Tinea Incognito with Facial Localization

Emine Çölgeçen Özel¹, Çiğdem Kader², Mehmet Balcı², Ayşe Erbay²

ÖZET

Tinea inkognito yanlış tanı alıp, sistemik ya da topikal kortikosteroid uygulanmış, dermatofit infeksiyonları için kullanılan bir terimdir. Olgularımızda dermatofit infeksiyonu yüz bölgesinde yerleşmişti. Steroid kullanma hikayeleri pozitif. Mikroskopik bakılarında mantara ait hifa ve sporlar gözlemlendi. Uyguladığımız sistemik ve topikal antimikotik tedaviye iyi yanıt verdi. Sonuç olarak, tinea inkognito nadir görülen bir tablo olmayıp ampirik uygulanan steroid tedavileri nedeniyle farklı klinik şekillerde görülebilir. Bu nedenle atipik, eritemli ve pullanan plakları olan olgularda dermatofitoz varlığının akılda tutulması gerektiği ve uygun antifungal tedavi ile iyileşme sağlanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: *Tinea, Glukokortikoidler, Dermatit*

ABSTRACT

Tinea incognito is used to describe dermatophyte infections that diagnosed incorrectly and treated with topical or systemic corticosteroids. Two patients with dermatophyte infections in facial localization are presented. They had a history of treatment with steroids. Microscopic examination revealed hyphae and spores. The patients responded to topical and systemic antimicrobial treatment. As a result, tinea incognito is not a rare clinical entity and can be presented with different clinical forms due to empirical steroid treatments. Thus, in the cases of atypical, erythematous and scaly plaques, it should not be forgotten that the existence of dermatophytosis should be kept in mind and recovery can be achieved with appropriate antifungal therapy.

Key Words: *Tinea, Glucocorticoids, Dermatitis*

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Emine Çölgeçen Özel, Yrd.Doç.Dr.
Çiğdem Kader, Yrd. Doç. Dr.
Mehmet Balcı, Yrd. Doç. Dr.
Ayşe Erbay, Prof. Dr.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr. Emine Çölgeçen Özel,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Tel: 0 354 212 7060

e-mail:

drcolgecen@hotmail.com

GİRİŞ

Topikal ya da sistemik steroid kullanımı sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniği değişen ve tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit enfeksiyonu "tinea inkognito" olarak adlandırılır. Lezyon genellikle semptomsuzdur. Bazen kaşıntılı ya da ağrılı olabilir. Koyu kırmızı veya viyolese renkte olabilir. Papüler ve püstüler lezyonlar gözlenebilir. Steroid uygulanmasından kaynaklanan atrofik bir görünüm alabilir. Tedavide sistemik antimikotik kullanmak gerekmektedir.1-3

Olgu 1

Otuziki yaşında kadın hasta, yüzünde yedi aydan beri devam eden, kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde ilk sağ yanakta kaşıntılı, madeni para büyüklüğünde, kızarıklık döküntü çıktığını ifade etti. Bu şikayeti ile doktora giden hastaya nörodermatit teşhisi konup, topikal steroid ve sistemik antihistamin tedavisi başlanmış. İlaçları iki hafta kullanan hasta döküntülerinin artması üzerine tedaviyi bırakmış ve bir hekim önerisi olmaksızın ara ara farklı steroidli kremler kullanmaya devam etmiş.

Dermatolojik muayenesinde, yüzden boyuna doğru uzanan, kenar aktivitesi olan, eritem ve sokuam içeren plak tarzı lezyonlar vardı (Resim 1).

Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Sistemik muayenesi normaldi. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Lezyondan alınan kazıma materyalinin %20'lik KOH ile hazırlanan direkt mikroskopik bakısında mantara ait hifa ve sporlar gözlemlendi (Resim 1a). Hastaya bir ay süreyle 250 mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik krem verildi. İki hafta sonraki kontrolünde lezyonun gerilediği gözlemlendi.

Olgu 2

Elliyedi yaşındaki kadın hasta yüzünde kızarıklık ve kaşıntı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinde iki ay önce yüzde kaşıntı ve kepeklenme şikayetiyle doktora gittiğini ve ekzema tanısı konarak topikal steroid başlandığını söyledi. Hasta şikayetinin düzelmediğini, kaşıntısının giderek arttığını ve döküntüsünün yayıldığını

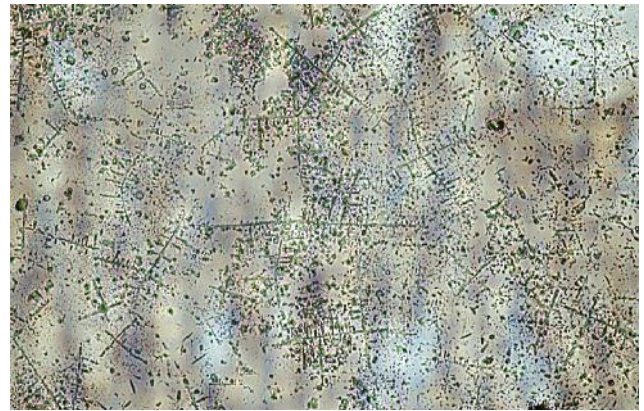
görerek üç hafta boyunca kullandığı ilacına ara verdiğini söyledi. Dermatolojik muayenede yüz orta hatta, eritemli, sokuamli, maküler lezyonlar gözlemlendi (Resim 2).

Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistemik muayenesi normaldi. Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Lezyondan alınan kazıma materyalinin %20'lik KOH ile hazırlanan direkt mikroskopik bakısında mantara ait hifa ve sporlar gözlemlendi (Resim 2a).

Hastaya bir ay süreyle 250 mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik krem başlandı. Üç hafta sonraki kontrolünde lezyon tama yakın iyileşmişti.



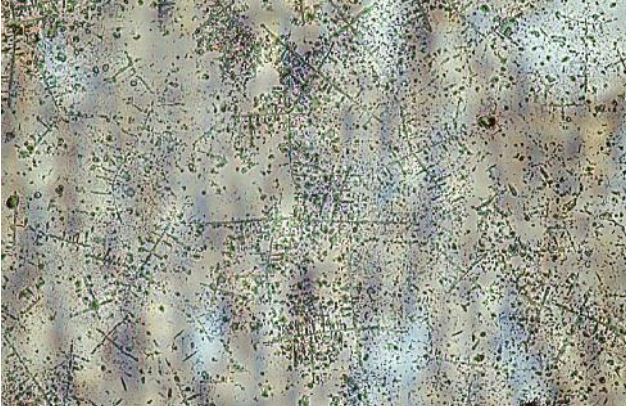
Resim 1: Yüzden boyuna doğru uzanan, kenar aktivitesi olan, eritem ve sokuam içeren plak tarzı lezyon



Resim 1a: Çok sayıda mantar hifa ve sporları (%20'lik KOH ile hazırlanan preparattan direkt mikotik bakı).



Resim 2: Yüz orta hatta, eritemli, sokuamli makuler lezyon



Resim 2a: Çok sayıda mantar hifa ve sporları (%20'lik KOH ile hazırlanan preparattan direkt mikotik bakı).

TARTIŞMA

Klasik tinea korporisin lezyonu, kenar aktivasyonu olan, ortası solgun, üzerinde kirli-beyaz renkte skuam bulunan plak tarzındadır. Tinea inkognitoda ise yanlış uygulanan steroid tedavisi ile klinik görüntü değişir. Steroidlerin antiinflamatuvar etkileri aracılığıyla lezyonun eritem ve deskuamasyonunda bir miktar azalma ve pruritusta gerileme tariflenir. Zamanla lezyon keskin sınırını yitirir ve beklenenden de hızla çevreye doğru büyüme gösterir (2-6). Ayrıca tinea inkognito takrolimus ve pimekrolimus gibi topikal immünmodilatör ajanların kullanımına bağlı olarak da bildirilmiştir (7,8).

Papüler rozase, seboreik dermatit, follikülit, püstüler psoriasis, eritema migrans eritem ve deskuamasyon

olmaksızın alopesi, hipopigmente ve poikilodermik lezyonlar şeklinde olgular bildirilmiştir (2,5,8-10). Tinea inkognitonun ayırıcı tanısında kontakt dermatit, psoriasis, ekzema, pitriyazis rozea, likenoid dermatitler, lupus eritematozus, atopik dermatit ve bakteriyel enfeksiyonlar gibi pek çok hastalık yer almaktadır (3,4,7,11). Bizim hastalarımızın da yüz bölgesinde eritem ve skuam içeren lezyonları vardı. Tinea inkognitoda klinik görünümdeki çeşitlilikler doğru tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilir.

Lokalize tinea korporis olguları topikal antifungal ajanlara iyi cevap verirken tinea inkognito olgularının tedavisinde sistemik antifungal ajanlara gereksinim duyulmaktadır. Terfinafin, itrakonazol ve flukonazol gibi azoller stratum korneumda biriktikleri için griseofulvine tercih edilirler (2,7,9). Hastalarımızda bir ay süreyle uyguladığımız oral terbinafin ve topikal antimikotik tedaviye olumlu yanıt aldık.

Burada vurgulanmasını gerekli gördüğümüz noktalar;

- Tinea incognitonun kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, ender görülen bir tablo değildir.
- Farklı klinik şekillerde ortaya çıkabilir.
- Hekim kaynaklı olgu sayısı az değildir; bu nedenle eritemli, skuamli hastalıklarda direkt tedavi başlanmadan önce dermatofit enfeksiyonları da ayırıcı tanıda düşünülmeli ve buna yönelik incelemeler yapılmalıdır.
- Yalnızca topikal antimikotik tedavi ile 2-3 haftada iyileşebilecek lokalize dermatofit enfeksiyonlarında uygulanan yanlış tedavi; tanıda gecikme, tedavi süresinde uzama ve sistemik tedavi gereksinimine neden olmaktadır.
- Gelişigüzel ilaç uygulamasına son verilmeli; ilaç reçete sorumluluğu yalnızca hekimde olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Verma S, Heffernan MP. Fungal Diseases. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Dermatology in General Medicine*, 7th ed. New York: McGraw Hill Inc; 2008. p.1807-21.
2. Aliğaoğlu C, Atasoy M, Balık Ö, Aktaş A, Özdemir Ş. Four cases of tinea incognito with different localizations. *Türkderm* 2006;40(1):26-8.
3. Çölgeçen E, Yıldırım Erdoğan N, Erdoğan Y. Pityriasis rosea like a case of tinea incognito. *Turkiye Klinikleri J Dermatol* 2012;22(3):177-9.
4. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. *Pediatr Dermatol* 2000;17(1):41-4.
5. Feder HM Jr. Tinea incognito misdiagnosed as erythema migrans. *N Engl J Med* 2000;343(1):69.
6. Şavk EB, Karaman GC, Şendur N. A case of tinea incognito. *T Klin Dermatoloji* 2001;11(1):30-3.
7. Trager JD. What's your diagnosis? Nine-year-old girl with a pubic rash gone incognito. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(4):307-12.
8. Serarslan G. Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses* 2007;50(6):523-4.
9. Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, Borlu M, Koç AN, Utaş S. A case of tinea incognito due to *trichophyton rubrum*. *Türkderm* 2005;39(3):204-7.
10. Kawakami Y, Oyama N, Sakai E, Nishiyama K, Suzutani T, Yamamoto T. Childhood tinea incognito caused by *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* mimicking pustular psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2011;28(6):738-9.
11. Sánchez-Castellanos ME, Mayorga-Rodríguez JA, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Tinea incognito due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses* 2007;50(1):85-7.