

Ayakta Kaşıntılı Her Lezyon Tinea Pedis Midir?: Tinea Pedis ve Tinea Pedisi Taklit Eden Hastalıklar

Tinea Pedis Midir?: Diseases Mimicking Tinea Pedis And Tinea Pedi

Prof. Dr. Ülker GÜL

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı*

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim
Dalı, Ankara*

Tel/phone: +90 312 441 30 63

E-mail:ulkerkul@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Tinea pedis, psoriasis, kontak dermatit, dizidrotik ekzema, juvenil plantar dermatoz, keratolizis eksfoliativa, interdigital eritrazma, pitted keratoliz, mikozis fungoides, sifiliz.

Keywords:

Tinea pedis, psoriasis, contact dermatitis, dyshidrotic eczema, juvenile plantar dermatosis, keratolysis exfoliativa, interdigital erythrasma, pitted keratolysis, mycosis fungoides, syphilis.

Geliş Tarihi - Received
08/02/2017

Kabul Tarihi - Accepted
28/02/2017

Öz

Ayakta kaşıntılı lezyon varlığında genellikle tinea pedis akla gelir. Tinea pedis toplumda sık karşılaşılan, dermatofitlerin neden olduğu mantar enfeksiyonudur. Tinea pedis 4 klinik formdan biri ya da kombinasyonu ile gözlenir: İntertriginöz, hiperkeratotik, vezikülobüllöz ve akut ülseratif. Farklı klinik görünümleri nedeni ile tinea pedisin birçok hastalık ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir: Psoriasis, kontak dermatit, dizidrotik ekzema, juvenil plantar dermatoz, keratolizis eksfoliativa, interdigital eritrazma, pitted keratoliz, mikozis fungoides, sifiliz gibi. Bu yazıda önce tinea pedis; takiben de tinea pedis ile karışan hastalıklar ve ayırıcı tanıda ipuçları yer almaktadır.

Abstract

Generally tinea pedis comes to mind in case of itchy lesions on foot. Tinea pedis is a frequently observed infection in society which is caused by dermatophytes. Tinea pedis may occur as any of 4 clinical forms or in combination: Intertriginous, hyperkeratotic, vesiculobullous and acute ulcerative. Because of different clinical aspects tinea pedis discriminative diagnosis with many diseases should be made such as: Psoriasis, contact dermatitis, dyshidrotic eczema, juvenile plantar dermatosis, keratolysis exfoliativa, interdigital erythrasma, pitted keratolysis, mycosis fungoides, syphilis. In this article first tinea pedis; following diseases mimicking tinea pedis and tips about discriminative diagnosis are given.

Tinea Pedis

Tinea pedis ayağın sık gözlenen fungal hastalığıdır. Etken dermatofitlerdir. Toplumun %10'u hayatlarının herhangi bir zamanında dermatofite bağlı ayak derisi enfeksiyonu geçirirler. Tinea pedise, hastalığı tanımlayan Dr Celalettin Muhtar'ın anısına, 'Celalettin Muhtar hastalığı' da denilir (1-3).

Hastalığın ortaya çıkmasında en önemli kolaylaştırıcı faktör nemli ortamdır. Bu nedenle tinea pedis yaz aylarında ve tropikal iklimlerde yaygındır. Ayakta nemli ortamı arttıran faktörler hastaya anlatılmalı ve hasta özelinde belirlenmelidir: Havalanmayı engelleyen sentetik materyellerden hazırlanmış kapalı ayakkabılar, sentetik materyelden yapılmış nem almayan çoraplar, ayağın yıkanması sonrası kurulanmadan ayakkabı gi-

yilmesi gibi. Doğal olarak hiperhidrozu olanlar tinea pedis açısından daha fazla risk altındadır. Yapılan çalışmalarda tinea pedis ve hiperhidroz birlikteliğinin sık olduğu gözlenmiştir. Ortak terlik ve/veya ayakkabı kullanımı enfeksiyonun yayılımını artırır: Ülkemizde ortak kullanılan ev terlikleri, misafir terlikleri, tuvalet ve banyo terlikleri, abdest alma terlikleri, hamam terlikleri gibi. Enfeksiyonun başka kişilere bulaşını engellemede örnekler verilerek hastaların bu yönden uyarılmaları önem taşır. Bu nedenle hastanın işi, giyim şekli, alışkanlıkları, geleneksel ve sosyal yaşam tarzı gibi faktörleri anlamaya çalışmak önem taşır.

Tinea pedisde kaşıntı önemli bir semptomdur. Hastalık 4 farklı klinik tabloda gözlenir:

1. İntertriginöz tip: En sık rastlanılan tablodur. Parmak araları ve altında maserasyon, deskuamasyon ve fisürler gözlenir.

2. Skuamöz-hiperkeratotik tip (Makosen tip tinea pedis): Genellikle iki taraflıdır. Ayak tabanı ve ayak kenarlarında, deri kıvrımlarında daha belirgin olan gümüş beyazı renkli skuamlar gözlenir. Eritem minimaldir ya da yoktur. Kaşıntı ile ragatlar oluşabilir. Ele bulaşabilir. Bu durum genellikle 'bir el 2 ayak tutulumu' şeklinde gözlenir.

3. Veziküler veya vezikülobüllöz tip: Derin yerleşimli veziküller ve büller gözlenir. Bazı yazarlarca dizidroziform tip olarak da adlandırılır. Stratum korneum ayak tabanında diğer deri bölgelerine göre daha kalındır. Bu nedenle veziküller yalnızlıkla papül gibi algılanabilir. Vezikül ve büller kaşıntı nedeni ile ruptüre olup, krutlar oluşabilir.

4. Akut ülseratif tip: Daha nadir gözlenen tinea pedis formudur.

Tinea pedis klinik olarak tek bir tip ile birlikte bulunabileceği gibi, bu tiplerden bir veya birkaçı birlikte bulunabilir. Tinea pedis diğer bölgelerin mantar enfeksiyonu ile birlikte de gözlenebilir: En sık ayak tırnağının dermatofit enfeksiyonu ile birlikte. Tinea inguinalisli olgularda da sıklıkla tinea pedis bulunur.

Mantarların kendilerine ya da ürünlerine karşı gelişmiş olan aşırı duyarlılık reaksiyonuna 'id reaksiyonu' denir. Her hastada gözlenmez. Veziküler veya vezikülobüllöz tip ve ülseratif tipde bazı olgularda 'id reaksiyonu' da eşlik edebilir. İd reaksiyonu, genellikle el parmaklarının lateralinde dizidrotik veziküller şeklinde karşımıza çıkar. Nadiren bazı olgular id reaksiyonu lezyonları ile başvurur, bu lezyonları ile araştırılırken tinea pedis tanısı konulabilir.

Tinea pedisde bulunan kaşıntı hem bulaşı artırır ve hem de deride ekskoriyasyona neden olur. Deride ortaya çıkan hasarlanmalar mikroorganizmaların girişi için uygun ortam oluşturur. Bu nedenle de ayak ve bacakta selülit, lenfanjit gibi

bakteriyel enfeksiyonlar gelişebilir. Diabetes mellitus gibi hastalıklar da bakteriyel enfeksiyon gelişimini kolaylaştırır.

Tinea pedisde tanı: Klinik görünümü ile tinea pedis ön tanısı konulan olgularda kesin tanı için 'nativ preparat' adı verilen mikroskopik inceleme (nativ preparat) yapılır. Lezyondaki skuamlar kazınarak lam üzerine alınır. Lam üzerine lamel kapatılır, lam lamel birleşim yerine %15-20'lik KOH solüsyonu damlatılır, solüsyon difüzyonla lam-lamel arasına yayılır. Bu lamı, içinde ıslatılmış pamuk bulunan petri kutusuna konulur. Petri kutusunda yaklaşık 30- 45 dakika bekletilir. Daha sonra mikroskopta incelenir. KOH mantar hücre duvarını etkilemeksizin diğer doku materyellerini eritir; böylece mantara ait spor ve hifalar kolayca görülür. KOH solüsyonu ayda bir yeniden hazırlanmalıdır; bir aydan uzun süre beklemiş solüsyonda kristaller oluşur ve bu kristaller hifalar ile karıştırılabilir.

Tinea Pedis İle Karıştırılabilen Hastalıklar

Klinik muayene sırasında bazı deri hastalıkları da yüzeysel dermatofit enfeksiyonu sanılarak yanlış olarak aylarca topikal ve sistemik antifungal tedavi verilebilmektedir. Mikroskopik inceleme yapılmadı ise yanlış tanı olasılığı daha da artabilir. Tanı koymadan önce detaylı anamnez alınmalı, hastaların tüm vücut alanlarının muayene edilmeli ve diğer muayene verileri birarada değerlendirilmelidir. Dermatofit enfeksiyonu tanısı için mikroskopik inceleme yapılmalıdır. Eğer şüphe varsa diğer laboratuvar incelemelerine başvurulur: Serolojik, histopatolojik gibi. Bazen 2 hastalık birarada bulunabilir. Bu nedenle mikroskopik inceleme ile tedavi takibi son derece önemlidir.

Tinea pedis ile karıştırılabilen hastalıklar aşağıda yer almaktadır:

Psoriasis

Toplumda %2-3 oranında gözlenen bu hastalıkta vücudun herhangi bir yerinde lezyon gözlenebilir. Ayrıca tırnakta subungual hiperkeratotik tinea unguium benzer tutulum da bulunabilir. Anamnestik özellikler ve diğer muayene verileri önemli ipuçları barındırabilir: Örneğin ailede psoriasisli olgunun bulunması, artrit varlığı ya da daha önceye ait psoriasis tedavisi gibi. Ayaktaki lezyonlar daha sık olarak diğer deri bölgelerinin lezyonları ile birlikte görülse de nadiren tek başına plantar ya da interdigital lezyon olarak da karşımıza çıkabilir. Psoriasisde deri lezyonları tinea pedise kıyasla daha skuamlıdır. Ancak bazı olgularda lezyonlar skuamöz-hiperkeratotik tip tinea pedis ile karıştırılabilir. Özellikle tırnak tutulumu da varsa mantar enfeksiyonu yanlış tanısı ile, aylarca sistemik antifungal tedavi verilebilmektedir (4,5).

Tanı koymadan önce hastaların bütün vücut alanları muayene edilmelidir. Hastanın yakınmadığı ya da görmediği küçük bir psoriatik lezyon yol gösterici olabilir. Aile öyküsü, tırnak ve eklem tutulumu tanı koymada yol gösterici olabilir. Psoriatik olgularda mikroskopik incelemede mantar hifaları gözlenmez, kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Ancak bazen hem psoriasis ve hem de mantar enfeksiyonu bir arada bulunabilir. Mikroskopik incelemede hifaların gözlemlendiği durumda öncelikle antifungal tedavi başlanır; tedavi takibinde mikroskopik incelemede hifaların gözlenmemesine rağmen klinik bulgunun devam etmesi durumunda ayrıca tanıda akla psoriasisde gelmelidir.

Kontakt Dermatit

Kontakt dermatit temas eden maddeye karşı deride ortaya çıkan iritan ya da alerjik reaksiyondur. Kontakt dermatitte öncelikle kaşıntılı, eritemli ekzematize lezyon gözlenir. Hastalık kronikleştikçe likenifikasyon gözlenir (6,7).

Ayaklarımız bir çok iritan ya da alerjik madde ile temas halinde olabilir. İritan kontakt dermatitte (İKD) lezyon temas eden bölgededir, iritan maddenin konsantrasyonu arttıkça deride gözlenen hasar daha da artar. İKD her kişide gözlenir. Örneğin iritan madde ile temas olan bir işyerinde; ayaklarını pantolon, çorap ve ayakkabı ile etken madde temasından tam olarak koruyamayan işçilerin hepsinde hastalık gözlenir. Alerjik kontakt dermatit (AKD) genetik olarak yatkın kişilerde allerjenik maddenin teması ile ortaya çıkan kaşıntılı ekzematize lezyonlar ile karakterizedir. AKD'de, İKD'den farklı olarak az miktar madde teması lezyon gelişimi için yeterlidir ve lezyonlar temas bölgesinden farklı bölgelere de yayılabilir. İKD'de etken madde ile ilk temasda lezyon gözlenirken, AKD'de allerjenik madde ile ilk temasda lezyon gözlenmez.

Yukarıdaki faktörlerin varlığında, İKD tanısı konuldu ise etken olan maddeye temas edilmemesi önerilir. AKD'den şüpheleniliyorsa, etken olan maddenin tesbit edilebilmesi amacı ile yama testi (patch test) yapılmalıdır. Şüpheli allerjenler, özel olarak hazırlanmış yama testi flasterleri üzerine yapıştırılmış uygulama kutucuklarına (fine chamber gibi) konularak sırt derisi üzerine yapıştırılır. Allerjenik madde 2 gün bu şekilde kalır, 2. günün sonunda test açılır ve yerleri işaretlenir. Açıldığı gün açılma işleminden yarım saat sonra, açıldıktan sonra 1 ve 2. günde allerjenlerin deriye temas ettikleri yerde reaksiyon varlığı yönünden değerlendirme yapılır. Bazı olgularda ise daha sonraki günlerde geç değerlendirme yapılır. Reaksiyon derecesi uluslararası kriterlere göre 'negatif, +, ++, +++' gibi değerlendirilir.

Kontakt dermatitte anamnez çok önemlidir: Ayakkabı özellikleri, işi, hobileri gibi. Öyküde ya da muayene de temas

eden bir madde/giyisiye temas şüphesi vardır: Örneğin '1 ay önce satın aldığım terliği giymeye başladıktan sonra ortaya çıktı' ya da özel iş ayakkabısı giyiliyorsa 'işyerindeki bazı arkadaşlarımda da var' gibi anamnestic veriler olabilir. Tinea pedis benzer olarak kaşıntı önemli bir semptomdur. Lezyon temas bölgesinde olur, bazen tinea pedis ile karıştırılabilir. Mikroskopik incelemede mantar hifleri gözlenmez.

Dizidrotik Ekzema (Pomfoliks)

Dizidrotik ekzema (DE), el ve ayağın veziküller ve nadiren büller ile karakterize intermitan dermatitidir. Bu görünümü ile vezikülobüllöz tinea pedis ile karıştırılabilir. Vezikül/bül sıvısının ve vezikül/bül tabanının sürüntüsünün mikroskopik incelemede mantar hifleri gözlenmez. DE'nin tam olarak nedeni bilinmemektedir. Genetik yatkınlık rol oynayabilir. Yapılan çalışmalarda hastalığı tetikleyen bazı faktörler gözlenmiştir (8-11).

- Su, deterjan, solvent gibi iritan maddeler ve friksiyon
- Nikel ve diğer allerjenlere karşı ortaya çıkan alerjik kontakt dermatit
- Atopik yapı
- İnflamatuvar dermatofit enfeksiyonu (Dermatofitid)
- Bazı ilaçların yan etkisi

Juvenil Plantar Dermatoz

Ayak tabanı ve ayak parmakları plantar yüzünde kuru, eritemli, parlak, hiperkeratotik ve fissüre plaklar ile karakterizedir. Hastalık çocuklarda gözlenir. Tutulum simetrikdir. Çoğu olguda atopik dermatit bulguları eşlik edebilir. Bazı olgularda klinik görünüm tinea pedis ile karışabilir. Ancak tinea pedis çocuklarda nadirdir. Skuamların KOH ile mikroskopik incelemede mantar hifleri gözlenmez (12,13).

Keratolizis Eksfoliativa (KE)

El ve ayak volar yönlerinin egzematöz lezyonudur. Anüler eritem, hava ile dolu büller, kolored skuamlar ile karakterizedir. Bazı olgularda palmoplantar yüzeyin tamamını kapsayabilir. KE'nin lezyonları, dizidrotik ekzemadan farklı olarak inflamatuvar değildir ve sıvı içermez. Pruritus bazı olgularda bulunur, ancak kontakt dermatit kadar şiddetli değildir. Hastaların çoğunda atopi öyküsü yoktur. Mikroskopik incelemede mantar hifaları gözlenmez (14).

Pitted Keratoliz

Gram pozitif basil olan Korinebakteriumların etken olduğu bir hastalıktır. Pitted keratoliz, ayak tabanında stratum korneum tabakasında gözlenen inflamatuvar olmayan yüzeysel bakteriyel deri enfeksiyonudur. Lezyonlar çok sayıda yüzeysel kreteriform çukurcuklar ve yüzeysel ülserler şeklinde gözlenir. Her ne kadar tipik görünümü olsa da bazen tinea

pedis ile karıştırılabilir. Tinea pedisin aksine semptomsuzdur. Mikroskopik incelemede mantar hifaları gözlenmez (15).

Kutanöz T hücreli Lenfoma (Mikozis Fungoides)

Her ne kadar adı mikozis fungoides olsa da, mantar enfeksiyonu ile ilişkisi yoktur. Mikozis fungoidesde lezyonlar sıklıkla mayo ile kapalı deri bölgelerinde gözlenir; nadiren ayakta da gözlenebilir. Literatürde tinea pedis ile karıştırılan olgu bildirimleri yer almaktadır. Mikroskopik incelemede mantar hifaları gözlenmez, tanı histopatolojik inceleme ile konulur (16).

Sifiliz

Sifiliz 2. dönem deri bulguları bir çok deri hastalığını taklit eder, bu nedenle 'büyük taklitçi' olarak isimlendirilir. Ayakta lezyon varlığı, nadiren tinea pedis ile karıştırılabilir. Genital ülser öyküsü, muayenede jeneralize lenfadenopati ve varsa diğer deri bulguları tanıda yol gösterici olabilir. Mikroskopik incelemede mantar hifaları gözlenmez; tanı serolojik olarak VDRL, TPHA gibi antikörlerin tesbiti ile konulur (17,18).

Kaynaklar

1. Gül Ü. *Dermatofitozlar (Kitap). Türkiye Klinikleri Basımevi, 2012.*
2. Gül Ü. *Derinin Yüzeysel Dermatofit Enfeksiyonları. Ankara Medical Journal 2014;14(3):107-13.*
3. Gül Ü. *Yüzeysel Mantar Hastalıklarının Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(31):45-52.*
4. Gül Ü. *Psoriasis. Sağlıkın Başkenti Dergisi. 2010; 16. 19-22.*
5. Engin B, Aşkın Ö, Tüzün Y. *Palmoplantar psoriasis. Clin Dermatol. 2017;35(1):19-27.*
6. Gül Ü. *Kontakt Dermatitde Koruyucu Hekimlik. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2010;3(2):57-63.*
7. Gül Ü. *Mesleki Kontakt Dermatitler. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics 2011;4(1):49-57.*
8. Guillet MH, Wierzbicka E, Guillet S, et al. *A 3-year causative study of pompholyx in 120 patients. Arch Dermatol. 2007;143(12):1504-8.*
9. Stuckert J, Nedorost S. *Low-cobalt diet for dyshidrotic eczema patients. Contact Dermatitis. 2008;59(6):361-5.*
10. Veien NK, Kaaber K. *Nickel, cobalt and chromium sensitivity in patients with pompholyx (dyshidrotic eczema). Contact Dermatitis. 1979;5(6):371-4.*
11. <http://www.dermnetnz.org/topics/pompholyx/>
12. Bikowski J. *Barrier disease beyond eczema: Management of juvenile plantar dermatosis. Practical Dermatology for Pediatrics. July/August 2010: 28-31.*
13. Svensson A. *Prognosis and atopic background of juvenile plantar dermatosis and gluteo-femoral eczema. Acta Derm Venereol. 1988;68(4):336-40.*
14. Chang YY, van der Velden J, van der Wier G, et al. *Keratolysis exfoliativa (dyshidrosis lamellosa sicca): a distinct peeling entity. Br J Dermatol. 2012;167(5):1076-84.*
15. Singh G, Naik CL. *Pitted keratolysis. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2005;71(3):213-5.*
16. Hanna SA, Kirchhof MG. *Mycosis fungoides mimicking tinea pedis. CMAJ. 2016;188(17-18):E539.*
17. Rosen T, Hwong H. *Pedal interdigital condylomata lata: a rare sign of secondary syphilis. Sex Transm Dis. 2001;28(3):184-6.*
18. da Silva Carneiro SC, Pirmez R, et al. *Syphilis mimicking other dermatological diseases: reactive arthritis and mucha-habermann disease. Case Rep Dermatol. 2013 Jan;5(1):15-20.*