

Olgu Sunumu / Case Report

Üç Tinea İnkognito Olgusu

Three Cases of Tinea Incognito

Özer ARICAN, Yıldız GÜRSEL

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Edirne

Başvuru tarihi / Submitted: 27.06.2008 **Kabul tarihi / Accepted:** 31.07.2008

“Tinea inkognito” yanlış tanı ile topikal veya sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanmasına bağlı tipik görünümün değiştiği dermatofit infeksiyonudur. Bu makalede, yanlış tanı ile topikal kortikosteroid tedavisi almış üç olguyu sunmaktayız. Birinci olgumuz olan 30 yaşındaki erkek hastanın yaklaşık dört aydır devam eden, bilateral inguinal ve periumbilikal bölgede lokalize eritemli, skuamli papül ve plakları mevcuttu. İkinci olgumuz, 40 yaşındaki bir erkek hastadaydı; yaklaşık bir aydır devam eden, vücudunda yaygın olarak bulunan, eritemli zeminde yer yer papülopüstüller plaklara ve hiperpigmente maküler lezyonlara sahipti. Üçüncü olgumuz ise 23 yaşında bir erkek hastaydı ve üç aydır bilateral malar bölgede devam eden, eritemli maküler lezyonların üzerinde yer yer papüler lezyonları mevcuttu. Her üç olgumuzun da yapılan direkt mantar bakışı pozitif ve ilk iki olgunun mantar kültürlerinde *Trichophyton rubrum* üredi. Ayrıca, her üç hastanın lezyonları da antimikotik sağaltıma tam yanıt verdi. Bu makale ile “tinea inkognito” ile ilgili son literatür bilgileri yeniden gözden geçirilmek istenmiştir.

Anahtar sözcükler: Tinea inkognito; yüzeysel mantar infeksiyonu; topikal steroid; yanlış tedavi.

“Tinea incognito” is a dermatophytic infection which modifies typical clinical presentation due to improper use of topical or systemic corticosteroids. In this report, we present three cases who had been treated with topical corticosteroid as a result of incorrect diagnosis. The first case, a 30-year-old male patient complained of localized, erythematous, scaling papules and plaques on his genitocrural crease and umbilical region for four months. The second case, a 40-year-old male patient had generalized, erythematous plaques with papules and pustules, and macular hyperpigmentation for one month. The third case, a 23-year-old male patient had erythematous macules with papules on his malar areas for three months. In all presented cases, direct microscopic examination was positive and, in the first and second cases, the fungal cultures were positive for *Trichophyton rubrum*. The lesions also showed complete resolution with antimycotic treatment. In this report, we have reviewed the recent medical literature about “tinea incognito”.

Key words: Tinea incognito; superficial fungal infection; topical steroid; wrong treatment.

Topikal ya da sistemik kortikosteroid kullanımı sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniği değişen ve tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit infeksiyonu “tinea inkognito” (Tİ) olarak adlandırılır.^[1] “Şekil değiştirmiş tinea” ya da “steroid ile modifiye tinea” olarak da isimlendirilen bu

tablo, kortikosteroid uygulaması sonrası farklı klinik tablolarla karşımıza gelebilmektedir.^[2]

Tinea inkognito terimini ilk kez 1968’de Ive ve Marks^[3] kullanmıştır. Özgün yayında, aslında dermatofitozu olup da yanlış tanı ile kortizon-

lu merhem veya kremleri kullanan hastalarda seboreik dermatit, folikülit, poikiloderma ve rozaseaya benzeyen klinik tabloların geliştiği bildirilmiştir. Ayrıca sunulan 14 hastanın sadece beşinde dermatofitozun tipik kliniğinin korunduğu vurgulanmıştır.

Tinea inkognito olguları çoğunlukla iyatrojenik sebeplere bağlı olarak gelişir. Kortizonlu ilaçları verenler genellikle pratisyen hekimler veya aile hekimleridir. Bu yazımızda Tİ olarak değerlendirdiğimiz üç olgu sunmaktayız. Böylelikle son yıllarda görülme sıklığı giderek artan, ancak hekimlerce yeterince tanınmayan bu hastalık, tekrar gözden geçirilmek istenmiştir. Yine bu olgular aracılığıyla yüzeysel mikoz infeksiyonlarında, ayırıcı tanı tam yapılmadan tedavi uygulamanın sakıncaları vurgulanmıştır.

OLGU SUNUMU

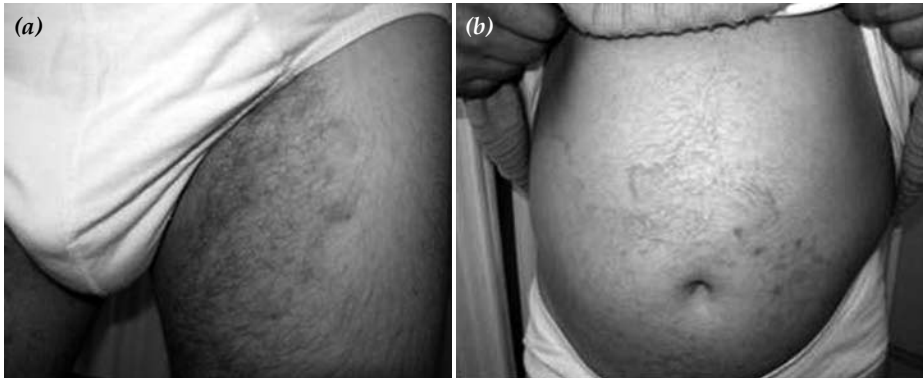
Olgu 1

Otuz yaşındaki erkek hasta polikliniğimize kasık ve göbek çevresinde kızarıklık ve kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Şikayetleri yaklaşık dört aydan beri devam etmekteydi ve başvurduğu aile hekimi tarafından verilen topikal kortikostreoid tedavisi sonrası yakınması giderek artmış, kasık bölgesinden göbek çevresine yayılım göstermişti. Dermatolojik muayenesinde, inguinal bölgelerde, bilateral, yer yer eritemli, skuamlı, sınırları net olmayan plakları ve bunların üzerinde tek tek yerleşmiş eritemli papüller lezyonları mevcuttu (Şekil 1a). Yine periumbilikal bölgeden başlayıp gövdeye yayılan, sınırları net olmayan eritemli, skuamlı plakları görül-

mekteydi (Şekil 1b). Bu öykü ve klinik görünümle hastada Tİ düşünüldü. Yapılan direkt mantar bakısında mantar elemanları saptandı ve kültürde *T. rubrum* üredi. Bu sonuçlarla olguya sistemik olarak terbinafin 250 mg/gün ile kombine topikal klotrimazol krem ve izokonazol nitrat krem başlandı. Olgunun bir ay sonraki kontrolünde eritem ve diğer lezyonların tama yakın kaybolduğu ve kaşıntı şikayetinin kalmadığı gözlemlendi.

Olgu 2

Kırk yaşında erkek hasta polikliniğimize gövde ön ve arka yüzde ve her iki üst bacak ön ve arka yüzde döküntü ve bu bölgelerde şiddetli kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Olgu yaklaşık bir yıldır testis karsinomu nedeniyle takip edilmekteydi ve yaklaşık beş aydır kemoterapi almaktaydı. Hastanın şikayetleri son kemoterapisi sonrasında başlamıştı. Başvurduğu pratisyen hekim tarafından topikal kortikosteroid tedavisi başlanan olgu ilk dönemde bu tedaviden fayda görmüş, ancak sonrasında lezyonları giderek yayılmıştı. Dermatolojik muayenesinde, her iki üst bacak ön ve arka yüzde, eritemli zeminde, küme oluşturmaya eğilimli yer yer papülopüstüller yer yer nodüler lezyonlar mevcuttu (Şekil 2a). Yine bilateral inguinal bölgede ve gövdede hiperpigmente maküler lezyonların zeminde eritemli papülopüstüller, yer yer hemorajik krutlu lezyonları görülmekteydi (Şekil 2b). Bu öykü ve klinik görünüm ile olguda Tİ düşünüldü. Yapılan direkt mantar incelemesinde mantar hif ve sporları saptandı ve kültürde *T. rubrum* üredi. Bu sonuçlarla olguya üç ay süreli



Şekil 1. Olgu 1'de (a) inguinal ve (b) periumbilikal bölge tutulumu.



Şekil 2. Olgu 2'de (a) bacaklarda tutulum ve (b) yaygın deri lezyonları.

sistemik terbinafin 250 mg/gün ile kombine topikal izokonazol nitrat krem tedavisi verildi. Kontrolü sırasında ilk ayda eritemli lezyonlarda ve kaşıntıda belirgin düzelme saptanırken papüller lezyonların iyileşmesi üç ayı buldu.

Olgu 3

Yirmi üç yaşındaki erkek hasta polikliniğimize her iki yanak bölgesinde kızarma ve yanma şikayetiyle başvurdu. Hastanın bu yakınması yaklaşık üç aydan beri mevcuttu ve başvurduğu aile hekimi tarafından kendisine topikal kortikosteroid tedavisi verilmişti. Hasta ilaçları

kullandıktan sonra şikayetlerinin kısmen azaldığını, sonrasında ise yüzündeki lezyonların giderek arttığını ifade ediyordu. Dermatolojik muayenesinde, her iki malar bölgesinde eritemli maküler lezyonların üzerinde yer yer papüler lezyonları mevcuttu (Şekil 3). Bu klinik tablo ile hastada Tİ düşünüldü. Direkt mantar bakışı pozitif. Kültürde üreme olmadı. Bu sonuçlarla olguya sistemik terbinafin 250 mg/gün ile kombine terbinafin sprey ve sertakonazol nitrat krem tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolünde lezyonlar gerilemiş ve hastanın herhangi bir şikayeti kalmamıştı.

TARTIŞMA

Kortizonlu preparatlar, sistemik veya topikal kullanımı sonucunda immün cevabı ve inflamatuvar reaksiyonları baskırlar, böylelikle de infeksiyonlara karşı direnci azaltırlar. Hastanın öyküsü oldukça tipiktir.^[4] Hücrel immünitinin baskılanması ile etkilenen kişideki dermatofit infeksiyonuna bağlı klinik belirtiler başlangıçta silikleşir, kaşınma ve yanma gibi şikayetler kaybolur. Ancak zemindeki mantar infeksiyonu giderek yayılır ve ilacın kesilmesiyle subjektif yakınmalar tekrar alevlenir. Böylece hasta aynı ilacı defalarca kullanmak zorunda kalır. Bu, kısır bir döngü haline girer.^[5] Tipik yüzeysel mantar lezyonları, kenar aktivasyonu olan, ortası soluk, üzerinde kirli-beyaz renkte kepeklenme bulunan şeklindedir. Uygulanan



Şekil 3. Olgu 3'te her iki malar bölgesindeki lezyonlar.

topikal ya da sistemik steroid tedavisi sonrası klinik görünüm değişir ve zamanla lezyon keskin sınırlarını yitirerek beklenenden daha hızlı perifere doğru büyüme gösterir. Kepeklenme olmadan difüz tarzda eritem, papül, püstül gibi elemanter lezyonlar hastanın klinik tablosuna eklenerek hakim olmaya başlar. Muayenede nodüller ile kortikosteroidlerin potensi ve kullanım süresine bağlı olarak atrofi, telenjektazi, purpura, pigmentasyon bozukluğu, yara iyileşmesinde gecikme, folikülit, akne, perioral dermatit, miliyarya, milia, hipertrikoz ve hatta kontakt dermatitlere rastlanabilir.^[2,6,7] Tinea inkognitolu 200 hastanın geriye dönük olarak değerlendirildiği bir çalışmada, en sık rastlanan klinik görünümünün kontakt dermatit/ekzema ve impetigo benzeri lezyonlar olduğu saptanmıştır.^[8] Ayrıca Tİ, lupus eritematozus, psoriazis, skabies, alopesi ve hatta eritema migrans gibi hastalıklarla da rahatlıkla karışabilmektedir.^[5] Her üç olgumuzda da lezyon tipik dermatofitik özelliğini kaybetmişti. Ayrıca topikal kortikosteroid kullanımı sonrası kısmen fayda gören olguların şikayetleri, ilerleyen dönemde giderek artmış ve lezyonları giderek genişlemişti.

Tinea inkognito tipik olarak erişkin dönemde görülmesine rağmen, literatürde çocuk olgular da bildirilmiştir.^[9] Tinea inkognito, sistemik kortikosterooid kullanımı sonrası karşımıza çıktığında sıklıkla yüz tutulumu yapar. Topikal kortikosteroid kullanımı sonrasında ise sırasıyla kasık bölgesi, alt ekstremiteler, yüz ve el dorsallerinin etkilendiği rapor edilmiştir.^[4] Etkilenen olgularda en çok izole edilen ajan *T. rubrum*'dur. Bunun sebebi *T. rubrum*'un en sık rastlanan dermatofitoz etkeni olmasıdır.^[8] Bizim de ilk iki olgumuzda yapılan mantar kültürlerinde *T. rubrum* üremiştir. Ayrıca geniş serili bir çalışmada, 394 Tİ olgusunun %22.1'inde hem direkt bakı hem de kültürün negatif olduğu bildirilmekte, bu olgularda tanının sistemik antifungal kullanımı sonrası lezyonlardaki gerileme ile konulduğu bildirilmektedir.^[7] Üçüncü olgumuzda ise direkt bakı pozitif olmasına rağmen kültürde üreme olmadı ancak tedaviden olumlu yanıt alındı.

Sağlıklı bireylerde *T. rubrum*'a bağlı geniş dağılımlı yüzeyel kutanöz mantar infeksiyonları nadir görülmektedir ve özellikle altta yatan

lösemi, diabetes mellitus, atopik dermatit, HIV/AIDS gibi hastalıklara ve malignitelere eşlik etmektedir.^[10-12] İkinci olgumuzda sahip olduğu ek hastalıklar ve hastaya verilen immünsüpresif tedavi nedeniyle lezyonlar daha yaygın olarak gözlenmiştir.

Yüzeyel mantar infeksiyonları, topikal antifungal ajanlara iyi cevap verirken Tİ olgularının tedavisinde sistemik antifungal ajanlara gereksinim duyulmaktadır.^[8] Sistemik terbinafin, itrakonazol ve flukonazol gibi azoller stratum korneumda biriktikleri için griseofulvine göre daha çok tercih edilirler.^[13] Her üç olgumuzda sistemik terbinafin ile beraber topikal kombine antifungal tedavi seçeneklerinden fayda görmüşlerdir.

İyatrojenik kaynaklı Tİ, hekimlerin yüzeyel dermatofitik infeksiyonları yeterince tanıması, başka hastalıklarla karıştırıp yanlış tedavi vermesi sonucu meydana gelmektedir. Her üç olgumuza da gittikleri pratisyen hekim veya aile hekimi tarafından yanlış tanı ile topikal kortikosteroid tedavisi başlanmıştır. Yine yapılan bir çalışmada, Tİ'li beş hastanın dördüne gittikleri sağlık ocağı hekimi tarafından yanlış tanı ile kortizonlu preparatların reçetelendiği vurgulanmıştır.^[5] Bizim olgularımızda da durum aynıdır. Bu da tıp eğitiminde, mezuniyet sonrası hekimlerin sık karşılaştıkları hastalıklardan biri olan yüzeyel mantar hastalıklarına daha çok yer verilmesinin yararlı olacağını düşündürmektedir.

Sonuç olarak, hekimlerin pratikte sık karşılaştığı yüzeyel mantar infeksiyonları bazı şartlarda tanı ve tedavide ciddi sıkıntıya neden olabilmektedir. Bir Tİ serisinde, hastaların %1.3'üne cerrahi tedavi yapıldığı da bildirilmektedir.^[7] Bu da konunun önemini bir kat daha artırmaktadır. Her üç olgumuzun da konulan yanlış tanı ve uygulanan yanlış tedavi nedeniyle iyileşme süreci gecikmiştir. Yanlış tanıdan kaynaklanan bu gecikme, gereksiz ve yanlış tedaviler nedeniyle tedavi maliyetlerini artırmakta, tanıda güçlüklerle yol açabilmekte, hasta üzerinde istenmeyen ilaç yan etkilerine neden olabilmekte ve uzayan hastalık ve tedavi süreleri nedeniyle hastaların yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bu yüzden

tüm hekimlerin dermatolojik hastalıklarda kesin tanı koyma aşamasında, gerektiğinde, kolay ve ucuz bir işlem olan "mikolojik direkt bakı" yöntemine başvurmasının yerinde olacağı, tıp eğitimi sürecinde öğrencilerin eğitiminde bu konu üzerinde daha çok durulması ve mezuniyet sonrası eğitimler ile tıp eğitiminin sürekliliğinin sağlanması gerektiği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Martin AG, Kobayashi GS. Superficial fungal infection: dermatophytosis, tinea nigra, piedra. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, et al, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 2337-57.
2. Şavk E, Karaman G, Şendur N. Bir tinea incognito olgusu. Türkiye Klinikleri Dermatol 2001; 11:30-3.
3. Ive FA, Marks R. Tinea incognito. Br Med J 1968;3:149-52.
4. Hay RJ, Moore M. Mycology. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Textbook of dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Science; 1998. p.1277-376.
5. Dereli T. Tinea incognito. İnfeksiyon Dergisi 2007;21(Ek):103-12.
6. Aliğaoğlu C, Atasoy M, Balık Ö, Aktaş A, Özdemir Ş. Farklı bölgelerde yerleşmiş dört tinea inkognito olgusu. Türkderm 2006;40:B26-8.
7. Krajewska-Kulak E, Moss E, Lukaszuk C, Niczyporuk W, Bartoszewicz M, Roszkowska I. Common difficulties in the diagnosis and therapy of tinea in patients diagnosed in dermatology hospital in the years 1981-2000. Korean J Med Mycol 2003;8:103-9.
8. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. Mycoses 2006;49:383-7.
9. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. Pediatr Dermatol 2000;17:41-4.
10. Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, Borlu M, Koç AN, Utaş S. *Trichophyton rubrum*'a bağlı bir tinea inkognito olgusu. Türkderm 2005;39:204-7.
11. McGregor JM, Hamilton AJ, Hay RJ. Possible mechanisms of immune modulation in chronic dermatophytoses: an in vitro study. Br J Dermatol 1992;127:233-8.
12. Johnson RA. Dermatophyte infections in human immune deficiency virus (HIV) disease. J Am Acad Dermatol 2000;43(5 Suppl):S135-42.
13. 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:E142-4.