

Erizipel ve Tinea Pedis

Kıymet Baz, Ayça Cordan Yazıcı, Dilek Üstünsoy, Güliz İkizoğlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Özet

Erizipel genellikle A grubu streptokokların neden olduğu, derinin akut yüzeysel bir enfeksiyonudur. Hastalığın klasik yerleşim yeri olan yüzde görülme sıklığı azalırken, alt ekstremitelerde görülme sıklığı artmaktadır. Hastalık için alt ekstremitelerde dolaşım bozukluğu, immünyetmezlik, diabetes mellitus ve tinea pedis gibi çeşitli kolaylaştırıcı faktörler bildirilmiş olmakla birlikte, tinea pedisin rolünün irdelendiği az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada bir grup erizipel hastada predispozan faktörlerin belirlenmesi ve özellikle tinea pedis ile erizipel arası ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla 21 kadın, 23 erkek toplam 44 erizipel hasta klinik ve epidemiyolojik özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Erizipel lokalizasyonu 32 hastada alt ekstremitede, 6 hastada yüz, 5 hastada üst ekstremitede, 1 hastada ise gövde idi. Alt ekstremitede erizipel olan 32 hastanın 20'sinde (%62,5) tinea pedis tespit edilirken bunlardan 14'ünde (%70) tinea pedis tek predispozan faktör iken kalan 6 hastada venöz yetmezlik, diyabet, alkol ya da nikotin bağımlılığı gibi başka bir predispozan faktörün de eşlik ettiği tespit edildi. Sonuç olarak erizipel için alt ekstremitede en sık yerleşim yeri, tinea pedis ise en sık predispozan faktör olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla tinea pedis, özellikle sık görüldüğü sıcak iklimlerde, erizipel için bir risk faktörü olabilir. Halk sağlığı açısından tinea pedisin tespit ve tedavisi erizipelin önlenmesinde önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Erizipel, tinea pedis

Baz K, Yazıcı AC, Üstünsoy D, İkizoğlu G. Erizipel ve tinea pedis. TÜRKDERM 2004; 38: 116-119.

Summary

Background and Design: Erysipelas is an acute, superficial infection of the skin, generally caused by group A streptococci. The epidemiology has changed, with an increase of the number of erysipelas of the lower leg whereas face localization is less frequent. Several predisposing factors have been described for the disease such as circulatory insufficiency of the legs, diabetes mellitus, immunosuppression, and tinea pedis, but there are only a few studies focused on the role of tinea pedis as a predisposing factor. The aim of this study was to establish clinical characteristics and predisposing factors for erysipelas and particularly how tinea pedis and erysipelas are related to this condition.

Material and Method: Forty-four clinically well-defined cases of erysipelas were included in this study. All patients were analysed for clinical and epidemiological findings.

Results: The cases comprised 21 women and 23 men. Of the 44 patients, 32 had erysipelas of the lower legs, whereas 6, 5 and 1 had lesions of the face, upper limb and trunk, respectively. Out of 32 patients with erysipelas localized on lower legs, 20 (%62,5) had tinea pedis. Of these 20 patients, 14 (%70) had only tinea pedis as a predisposing factor and the rest had more than one predisposing factor such as venous deficiency (n=1) on the lower legs, diabetes mellitus (n=3), alcoholism (n=2), and nicotine abuse (n=4).

Conclusion: The lower legs were the most frequently involved areas for erysipelas, and tinea pedis was identified as the major predisposing factor for erysipelas. Tinea pedis is a risk factor for erysipelas, mainly in tropical countries as ours where its prevalence is high. From a public health perspective, detecting and treating tinea pedis should be evaluated in the secondary prevention of erysipelas of the leg.

Key Words: Erysipelas, tinea pedis

Baz K, Yazıcı AC, Üstünsoy D, İkizoğlu G. Erysipelas and tinea pedis. TÜRKDERM 2004; 38: 116-119.

Erizipel, genellikle grup A streptokokların neden olduğu deri ve deri altına yüzeysel, akut bir enfeksiyonudur. Nadiren grup C, G ve B streptokoklar ve Stafilokokkus aureus ve diğer mikroorganizmalar da etken olabilmektedir¹⁻⁵. Etkenin giriş yeri deri bütünlüğü-

nün bozulduğu küçük bir sıyrık, erozyon, fissür, kronik ülser, cerrahi girişim alanı ya da bir dermatoz bölgesi olabilir^{1,6}. Etkilenen bölge, parlak eritemli, ödemli, sert, hassas ve sıcaktır. Bazen vezikül, bül, erozyon, peteşi, ekimoz hatta gangren gelişimi görülebi-

Alındığı Tarih: 19.12.2003 **Kabul Tarihi:** 27.01.2004

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Kıymet Baz, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı 33079 Zeytinlibahçe/Mersin, Tel: 90 324 337 43 00 / 1171, Faks: 90 324 337 43 05, e-posta: drkbaz@hotmail.com

lır.Yüksek ateş, titreme, halsizlik, baş ve vücut ağrıları gibi sistemik belirtiler hastalığa eşlik eder^{1,3}. Hastalıkta rekürrensler sık görülür ve genellikle venöz yetmezlik ya da lenfatik drenaj bozukluğuna bağlıdır⁶⁻¹².

Antibiyotikler sayesinde selim bir klinik seyir izlemesi nedeniyle literatürde bir dönem hastalığa olan ilgi azalmış olmakla birlikte rekürrenslerin sık görülmesi ve nadir de olsa ciddi komplikasyonların söz konusu olmasının^{9,13} yanı sıra hastalığın epidemiyolojik özelliklerinde dikkati çeken değişiklikler, hastalığa olan ilgiyi tekrar arttırmıştır. Hastalığın ilk tanımlandığı yıllarda klasik yerleşim bölgesi yüz iken sonraki çalışmalarda en sık alt ekstremitede yerleştiği tespit edilmiştir. Bununla bağlantılı olarak hastalığın gelişimi ve rekürrens sıklığını etkileyen predispozan faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmalarda sistemik faktörlerden çok lokal dolaşım bozukluğu^{4,6-8,14,15} ve tinea pedis^{2,3,16} gibi alt ekstremiteleri ilgilendiren lokal faktörlerin etkisinin ağırlıklı olduğu ortaya konmuştur.

Bu çalışmada, bir grup erizipelli hastada klinik ve epidemiyolojik özellikler ve başta tinea pedis olmak üzere eşlik eden predispozan faktörler belirlenerek ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Ocak 2001- Aralık 2003 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği'nde erizipel tanısı ile izlenen 44 hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve epidemiyolojik özellikleri kaydedildi. Klinik olarak erizipel lokalizasyonu ile birlikte eşlik eden predispozan faktörler (tinea pedis, diabetes mellitus, venöz veya arteriyel yetmezlik, lenfatik dolaşım bozukluğu, safenektomi, etkilenen ekstremitede parezi, malinite, immünsupresyon, alkol veya nikotin bağımlılığı) araştırıldı.

Bulgular

Yaşları 8 ile 78 arasında değişen, 21 kadın 23 erkek toplam 44 hastanın yaş ortalaması 55,5 yıl idi. Hastalardan 18'inin (%41) yaz, 20'sinin (%45,5) sonbahar, 4'ünün (%9) kış, 2'sinin (%4,5) ilkbahar aylarında erizipel tanısı aldıkları tespit edildi. Alt ekstremitede erizipeli olan 6 hasta (%13) rekürren olgu olarak belirlenirken, rekürrens sayısı bir hastada üç, diğerlerinde ise 2 idi. Erizipel lokalizasyonu 32 (%73) hastada alt ekstremitede, 6 (%14) hastada yüz, 5 (%11) hastada üst ekstremitede, 1 (%2) hastada gövde olarak belirlendi Hastaların diğer klinik özellikleri ve tespit edilen predispozan faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir. Alt ekstremitede yerleşimli 32 olgudan predispozan faktör olarak tinea pedis tespit edilen 20 olgunun 14'ünde (%70) tinea pedis tek predispozan faktör iken kalan 6 (%30) olguda multipl faktörler tespit edildi; 1 hastada venöz yetmezlik, 3 hastada diabetes mellitus, 4 hastada nikotin, 2 hastada alkol bağımlılığı eşlik eden diğer predispozan faktörler idi. Rekürren 6 olgudan 1'inde sadece tinea pedis, 1'inde venöz yetmezlik, 1'inde tinea pedis, venöz yetmezlik ve diyabet, 1'inde safenektomi ve diyabet tespit edilirken kalan 2 olguda ise eşlik eden predispozan faktör saptanmadı.

Tartışma

Hastalığın ilk tanımlandığı yıllardan itibaren bilinen klasik yerleşim bölgesi yüz¹ iken sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda erizipelin en sık görüldüğü yerleşim bölgesi alt ekstremitede olarak bildirilmektedir^{2-4,9,13-15}. Modern toplumlarda yüzün kozmetik öneminin artmasının yanı sıra temizlik alışkanlıklarındaki iyileşmenin bu bölgede erizipel sıklığında azalmaya neden olduğu ileri sürülmektedir. Erizipel insidansının özellikle yaz aylarında artış göstermesi dikkate alındığında,

Lokalizasyon	No	Diabetes Mellitus	Tinea pedis	Venöz yetmezlik	Safenotomi	Alkol	Nikotin
Alt Ekstremitede	32	5	20	4	6	3	6
Üst Ekstremitede	5	-	-	-	-	-	-
Yüz	6	1	-	-	-	-	-
Gövde	1	-	-	-	-	-	-
Toplam	44	6	20	4	6	3	6

açık ayakkabılar ve şort gibi alt ekstremitelerin daha çok travmaya maruz kalmasına neden olan bir giyim tarzının da hastalığın bu dönemde ve alt ekstremitelerde sık görülmesini açıklayabilecek faktörlerden olabileceği bildirilmiştir¹⁵. Konuyla ilgili olarak Shimoni ve ark.³ 50 erizipelli olgunun 44'ünde (%88), Hugo-Persson ve ark.⁴ 73 olgunun %68'inde, Jorup-Rönström ve ark.⁹ 233 olgunun %70'inde, Ronnen ve ark.¹⁵ ise 526 olgunun %85'inde alt ekstremitel lokalizasyonu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olguların %73'ünde erizipel lokalizasyonu alt ekstremitel olarak belirlenmiştir.

Hastalık gelişimi ve rekürrensleri kolaylaştırıcı çeşitli lokal ve sistemik faktörler bildirilmiştir. Sistemik predispozan faktörlerden başlıcaları; diyabet, alkol ve nikotin bağımlılığı, hepatik ve renal yetmezlik, immünsupresyon, malinite, obezite ve konjestif kalp yetmezliğidir^{2,3,4,8,9,15-17}. Lokal faktörlerden başlıcaları ise venöz veya lenfatik staz^{4,6-8,14,15}, tinea pedis^{2,3,16}, safenöz flebektomi, lenfadenektomi veya radyasyon olarak bildirilmiştir¹⁸. Ronnen ve ark 526 olguluk seri ile yaptıkları çalışmada alt ekstremitel (bacak ve ayak) yerleşimli olgularda predispozan faktör olarak en sık lokal travma ve yüzeysel abrazyonun yanı sıra periferik damar hastalığı, diyabetes mellitus ve immünsupresyon tespit etmişlerdir¹⁵. Hugo-Persson ve ark 73 olgunun %44'ünde eşlik eden bir ya da daha fazla predispozan faktör tespit ederken en sık lokal dolaşım bozukluğu ve malinitenin gözlemlendiğini bildirmişlerdir⁴. Bizim çalışmamızda predispozan faktör olarak sırasıyla tinea pedis, diyabetes mellitus, safenektomi, nikotin bağımlılığı, venöz yetmezlik ve alkol bağımlılığı tespit edilmiş olup, diyabetes mellitus tespit edilen yüz yerleşimli bir olgu dışında tüm predispozan faktörlerin alt ekstremitel yerleşimli olgularda gözlemlendiği tespit edilmiştir.

Alt ekstremitel yerleşimli erizipel gelişiminde predispozan faktör olarak tinea pedisi diğerlerinin önüne çıkaran çalışmalar mevcuttur. Roldan ve ark. 30 hastanın 13'ünde (%43) tinea pedis tespit ederken bu olguların %23'ünde sadece tinea pedis, diğerlerinde ise multipl predispozan faktörlerin mevcut olduğunu bildirmişlerdir². Shimoni ve ark. 44 olgunun %20'sinde tinea pedis tespit etmişlerdir³. Santos ve ark. ise 29 hastanın 16'sında (%55) tinea pedis tespit etmişler, bunlardan ancak 5'inde (%17) tinea pedisin tek predispozan faktör olduğunu bildirmişler-

dir¹⁹. Jorup-Rönström ve ark.⁹ 233 erizipelli olgunun %11'inde, Leshchenco ve ark. ise 1699 olgunun %54'ünde tinea pedis tespit etmişlerdir²⁰. Bu çalışmalardan bazılarında alt ekstremitelde rekürren erizipel gelişiminin de tinea pedis ile ilişkili olduğu bildirilmiştir^{19,20}. Bizim çalışmamızda da alt ekstremitel yerleşimli 32 olgunun 20'sinde (%62,5) tinea pedis saptanırken bunlardan 14'ünde (%43,7) tek predispozan faktör tinea pedis iken kalan 6 olguda multipl predispozan (venöz yetmezlik, diyabetes mellitus, nikotin, alkol bağımlılığı) faktör tespit edildi.

Epidemiyolojik çalışmalardan bazılarında mevsimsel farklılık gözlenmezken⁹, Ronnen ve arkadaşlarının 526 olguluk seri ile yaptıkları çalışmada erizipelli hastaların büyük çoğunluğunun sonbahar ve yaz aylarında tespit edildiği bildirilmiştir¹⁵. Bizim çalışmamızda da olguların çoğunluğunun sonbahar ve yaz aylarında tanı aldığı tespit edildi. Özellikle sıcak bölgelerde tinea infeksiyonlarının sık görülmesine bağlı olarak alt ekstremitelerde rekürren erizipel görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir^{2,9}. Roldan ve ark. 30 olgudan 4'ünde rekürrens saptarken bunlardan 3'ünde tinea pedis tespit etmişlerdir². Bizim çalışmamızda olguların ancak %13'ü rekürren olgu idi ve bunlardan 2'sinde tinea pedis tespit edildi. Ancak vaka sayımızın sınırlı olması ve uzun dönem hasta takibini içeren prospektif bir çalışma olmaması bizim çalışma sonuçlarımızla tinea pedis infeksiyonu ile rekürren erizipel arasındaki ilişki konusunda doğru bir yorum yapmayı güçleştirmektedir. Jorup-Rönström ve arkadaşları ise 3 yıllık takipte 143 erizipelli olgunun %29'unda rekürrens olduğunu ve bu olgularda en sık rastlanan predispozan faktörün de venöz yetmezlik olduğunu bildirmişlerdir⁸.

Erizipel antibiyotikler sayesinde tedavisi kolay, nadir görülen sepsis²¹, kavernoöz sinüs trombozu, tromboflebit gibi sistemik; apse, gangren, nekrotizan fasiitis gibi lokal ciddi komplikasyonlar^{9,13} dışında morbidite ve mortalite olasılığının düşük olduğu bir hastalık olmakla birlikte, kişilerin fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını birkaç hafta etkileyebilen bir hastalıktır. Bu nedenle bazı otörlerce özellikle rekürrensin sık görüldüğü, multipl predispozan faktörlerin mevcut olduğu olgularda uzun süreli antibiyotik profilaksisi önerilmektedir^{7,8}. Bununla birlikte predispozan faktörlerin kontrol altına alınması, özellikle alt ekstremitel yerleşimli olgularda önem kazanan lokal faktörlerin

ortadan kaldırılması da rekürrenslerin önlenmesi açısından önemlidir.

Sonuç olarak, bizim çalışmamızda tinea pedis, erizipel gelişiminde en sık rastlanan predispozan faktör olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu, alt ekstremitelerde yerleşimli erizipel olgularında, özellikle bölgemizde olduğu gibi sıcak iklimlerde sık görülmesi nedeniyle mutlaka tinea pedisin araştırılmasının, insidans ve rekürrenslerin azaltılması için iki hastalığın birlikte tedavi edilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Kaynaklar

1. Aydemir EH: Bakteriye Deri Hastalıkları. Dermatoloji'de Ed. Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransü O. İkinci Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 1994: 97-120.
2. Roldan YB, Mata-Essayag S, Hartung C: Erysipelas and tinea pedis. *Mycoses*. 2000;43(5):181-3.
3. Shimoni Z, Turgeman Y, Flatau E, Kohn D: Changing patterns of erysipelas. *Isr J Med Sci*. 1984 Mar;20(3):242-3.
4. Hugo-Persson M, Norlin K: Erysipelas and group G streptococci. *Infection*. 1987 ;15(3):184-7.
5. Weinberg AN, Swartz MN, Tsao H, Johnson RA: Soft Tissue infections: erysipelas, cellulitis, gangrenous cellulitis and myonecrosis. *Dermatology in General Medicine*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al., 5th ed. Philadelphia: McGraw-Hill Co. 1999:1883-1896.
6. Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, ve ark.: Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ*. 1999 Jun 12;318(7198):1591-4.
7. Sjoblom AC, Eriksson B, Jorup-Ronstrom C, ve ark.: Antibiotic prophylaxis in recurrent erysipelas. *Infection*. 1993;21(6):390-3.
8. Jorup-Ronstrom C, Britton S: Recurrent erysipelas: predisposing factors and costs of prophylaxis. *Infection*. 1987;15(2):105-6.
9. Jorup-Ronstrom C: Epidemiological, Bacteriological and complicating features of erysipelas. *Scand J Infect Dis* 1986;18:519-524.
10. Dupuy A: Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors. *Ann Dermatol Venereol*. 2001 Mar;128(3 Pt 2):312-6.
11. Stoberl C: The importance of local factors in recurrent erysipelas. *Z Hautkr*. 1985 ;60(9):712-23.
12. Vaillant L, Gironet N: Infectious complications of lymphedema. *Rev Med Interne* 2002;23 Suppl 3:403-407.
13. Crickx B: Erysipelas: evolution under treatment, complications. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128(3 Pt 2):358-62.
14. Hansmann Y: What data is needed today to deal with erysipelas?. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128(3 Pt 2):419-28.
15. Ronnen M, Suster S, Schewach-Millet M, Modan M: Erysipelas. Changing faces. *Int J Dermatol*. 1985;24(3):169-72.
16. Becq-Giraudon B: Primary and secondary prevention for erysipelas. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128(3 Pt 2):368-75.
17. Smolle J, Kahofer P, Pfaffentaler E, Kerl H: Risk factors for local complications in erysipelas. *Hautarzt*. 2000;51(1):14-8.
18. Schoppelrey HP, Breit R: Erysipelas after leg vein harvesting for aortocoronary bypass operation. *Hautarzt* 1996;47(12):909-12.
19. Santos I, Andrade Lima MB, Andrade Lima BP: Predisposing and triggering factors in erysipelas. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984;12(5):399-402.
20. Leshchenko VM, Ryskind RR, Kurilkina VN: Foot mycoses in erysipelas patients. *Vestn Dermatol Venerol*. 1984;(6):58-61.
21. Nielsen HU, Kolmos HJ, Frimodt-Moller N: Beta-hemolytic streptococcal bacteremia: a review of 241 cases. *Scand J Infect Dis* 2002;34(7):483-6.