

Trichophyton Rubrum'a Bağlı Bir Tinea Inkognito Olgusu

Ayten Ferahbaş*, Çağdaş Atasavun*, Özlem Canöz**, Murat Borlu*, A. Nedret Koç***, Serap Utaş*

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

*** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Özet

"Tinea inkognito", yanlış tanı nedeni ile kortikosteroidlerin uygulanması ile tipik klinik görünümün değiştiği dermatofit enfeksiyonudur. Bu makalede sistemik ve topikal kortikosteroid tedavisi sonrası Trichophyton rubrum'a bağlı jeneralize tinea inkognito gelişen 29 yaşında bir bayan hasta sunulmuş ve literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tinea inkognito, Trichophyton rubrum

Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, Borlu M, Koç AN, Utaş S. Trichophyton rubrum'a bağlı bir tinea inkognito olgusu. TÜRKDERM 2005; 39: 204-207

Summary

The term "tinea incognito" refers to dermatophyte infections with clinical presentations that have been modified by the administration of corticosteroids, which is prescribed as a result of incorrect diagnosis. In this case report, we describe a 29-year-old woman who had generalized tinea incognito due to Trichophyton rubrum after receiving treatment with both topical and systemic corticosteroids. It has been reviewed with knowledge of recent medical literature.

Key Words: Tinea incognito, Trichophyton rubrum

Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, Borlu M, Koç AN, Utaş S. A case of tinea incognito due to trichophyton rubrum. TÜRKDERM 2005; 39: 204-207

Topikal ya da sistemik kortikosteroid kullanımını sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniği değişen ve tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit enfeksiyonu "tinea inkognito" olarak adlandırılır^{1,2}. Tipik dermatofit lezyonlarındaki kenar aktivasyonu ve skuamla kaybolur, diffüz eritemli veya hiperpigmente lezyonlar üzerinde dağınık papül ve püstüller görülebilir. Bu inflamatuvar yanıt sistemik ya da topikal steroid tedavisiyle baskılanır ancak steroidin kesilmesi ile lezyonlarda rekürrens oluşur³⁻⁵.

Tinea corporis olgularında etken olarak Trichophyton rubrum (T. rubrum) ilk sırada yer almaktadır^{6,7}. Lokal veya sistemik immünite baskılandığında inflamatuvar lezyonlar gelişebilir. Sağlıklı bireylerde T. rubrum'

bağlı geniş dağılımlı tinea korporis olgusu nadir görülmektedir. Tinea korporis; lösemi, diabetes mellitus, atopik dermatit, AIDS ve Cushing sendromu gibi sistemik hastalığı olanlarda generalize olma eğilimindedir^{8,9}. Bu makalede iktiyozis vulgarisli bir hastada T. rubrum'a bağlı gelişen bir jeneralize tinea inkognito olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Yüzünde yanma, şişme, güneş hassasiyeti ve vücudunda kızarma, kaşıntı şikayetiyle 29 yaşındaki bayan hasta polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri dört ay önce yüzünde kızarıklık, kepeklenme şeklinde başlamış, sistemik antihistamin ve topikal steroid te-

Alındığı Tarih: 21.07.2003 **Kabul Tarihi:** 21.10.2003

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr. Ayten Ferahbaş, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, 38039 Kayseri
Tel:0 352 437 76 15, Fax:0 352 437 76 15/15, E-posta: ferahbas@erciyes.edu.tr, ferahbas@hotmail.com

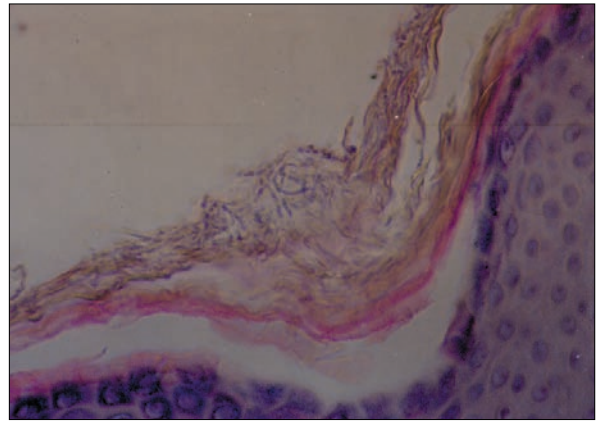
davisine rağmen gerileme olmamış ve iki ayın sonunda bu lezyonlar tüm vücuduna yayılmış. Bunun üzerine başka bir merkezde hastanın sol kol ekstansör yüzünden biyopsi alınmış ve polimorf ışık erüpsiyonu olarak rapor edilmesi üzerine hastaya sekiz gün boyunca sistemik steroid tedavisi uygulanmış. Bu tedavi ile geçici bir rahatlama sağlanmış, fakat lezyonların yayılımı devam etmiş. Bahçe işleri ve hayvancılıkla uğraşan hastanın öyküsünden iktiyozis vulgaris tanısı olduğu ve deri kuruluğu için yumuşatıcılar kullandığı öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde atopi öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenesinde: yüzünde yaygın eritem, ödem ve yer yer telenjektazileri vardı. Sağ kaş üzerinde püstüler lezyonlar ve kıllarda dökülme mevcuttu (Şekil 1). Tüm vücutta yaygın eritem, deskuamasyon ve yer yer etrafi eritemli, ortası soluk, annüler tarzda, skuamli lezyonları mevcuttu (Şekil 2). Laboratuvar tetkiklerinde ASO yüksekliği dışında başka patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın sağ bacağından subakut lupus eritematozus, sistemik lupus eritematozus, irrite pitriyazis rozea ön tanılarıyla deri biyopsi alındı. Biyopsi materyalinde dermiste perivasküler iltihabi hücre infiltrasyonu, küçük odaklarda akantoz ve stratum korneumda bazofilik boyanma gösteren spor ve hifaların varlığı dikkati çekti (Şekil 3). Bunun üzerine hastanın yüz, gövde ve bacağından hazırlanan nativ preparatta, çok sayıda hifa ve sporlardan oluşan mantar elemanları tespit edildi. Sikloheksimidli ve kloramfenikollü besiyerinde küf mantarı üredi. İzole edilen küfün koloni görünümü pamuğumsu, beyaz renkte olup giderek koloni tabanında koyu kırmızı renkte pigment ortaya çıktı (Şekil 4). Lam kültüründeki mikroskopik görünümünde; bölmeli hifler boyunca dizilmiş "göz yaşı damlası" biçiminde mikrokonidyumlar



Şekil 1: Olgunun tedavi öncesi yüz görünümü.

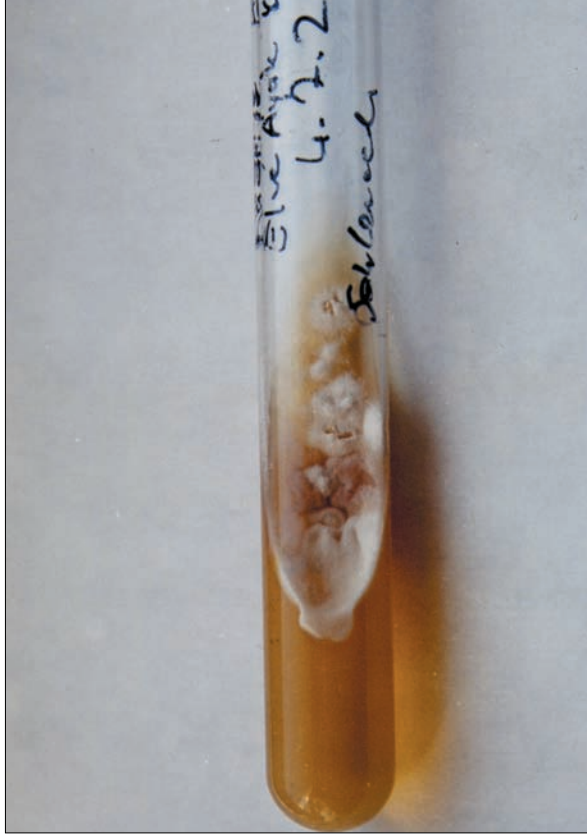


Şekil 2: Bacaklarda lokalize eritemli skuamli annüler lezyonlar.

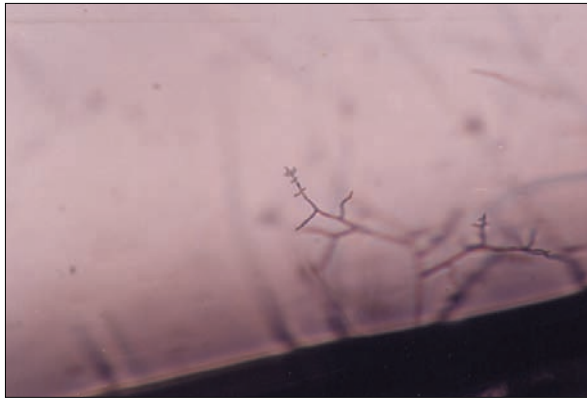


Şekil 3: X400 büyütmede hemotoksilen eosin boyalı deri biyopsi materyalinde stratum korneumda lokalize çok sayıda hif görünümü.

görüldü (Şekil 5). Özel besiyerine gereksinim olmadı. Mısır unlu agarda kırmızı pigmenti daha iyi belirlendi. İzole edilen suş; üremesi için vitamin gereksinimi ol-



Şekil 4: Besi yerinde üreyen küfün pamuğumsu koloni görünümü.



Şekil 5: Lam kültüründeki mikroskopik görünümünde; bölmeli hifler boyunca dizilmiş "göz yaşı damlası" biçiminde mikrokonidyumlar.

maması, üre negatif olması, saçı perfore edememesi ve makroskopik ve mikroskopik morfolojisine göre *T. rubrum* olarak tanımlandı. Hastaya mevcut bulgularla tinea inkognito tanısı konuldu. Tedavide sistematik olarak 250 mg/gün oral terbinafin verildi ve topikal izokonazol nitrat günde 2 kez yüze uygulandı. Bir haftanın sonunda lezyonlarında gerileme başladı (Şekil 6,7) ve birinci ayın sonunda tamamen kayboldu.

Tartışma

Dermatofitik funguslar ekolojik kökenlerine göre jeofilik (toprak), zoofilik (vahşi ve evcil hayvanlar) ve antropofilik (insanlar) olarak gruplandırılırlar. Antropofilik cinsler insanlara direkt veya indirekt temasla bulaşırken jeofilik ve zoofilik olanlar ise direkt temas ile bulaşır. İnsanlarda jeofilik ve zoofilik türler mikroapse ve püstüllerden oluşan şiddetli inflamatuvar lezyonlara yol açarlar. *T. Rubrum*, tüm dünyada görülen antropofilik bir dermatofittir ve genellikle inflamasyonu oldukça az, hafif lezyonlara neden olur⁷. Bu mantara bağlı infeksiyonlar sıklıkla derinin keratinize epitelial tabakasında görülür. Kortikosteroidle-



Şekil 6: Tedavinin birinci haftası sonrası yüz görünümü.

rin lokal veya sistemik uygulanması antropofilik dermatofit enfeksiyonlarının görünümünü değiştirebilir. Steroidlerin neden olduğu bu klinik tablo tinea inkognito olarak adlandırılır ve değişik atipik görünümde lezyonlara neden olabilir, ayrıca diğer *Microsporum gypseum* gibi jeofilik ve zoofilik funguslarda tinea inkognitoya yol açabilir^{5,7,10}. Klinik görünümü papüler rozase, poikiloderma, seboreik dermatit ve follikülit şeklinde olan tinea inkognito 14 olgu, ilk kez 1960 yılında bildirilmiştir¹¹. Tinea inkognito lupus eritematozus, kontakt dermatit, rozase, psoriasis, ekzema, likenoid lezyonlar ve eritema migrans gibi birçok dermatolojik hastalığa benzeyebilir³⁻⁵. Klinik görünümdeki bu çeşitlilik doğru tanı ve tedavinin gecikmesine neden olur.

Bizim olgumuzun uzun süreli topikal ve sistemik steroid tedavisi almış olması lezyonların klinik özelliklerini değiştirmiş olup, gövde lezyonları ile birlikte yüzde yaygın fotosensitivite nedeniyle tinea inkognito tanısı



Şekil 7: Tedavinin birinci haftası sonunda bacaklardaki lezyonların görünümü.

başlangıçta düşünülmemiştir. Bu olguda eşlik eden iktiyozis vulgarisin ve daha önceden kullanmış olduğu topikal ve sistemik steroidlerin enfeksiyonun yayılmasına zemin hazırlamış olabileceği düşünüldü.

Lokalize tinea korporis olguları topikal antifungal ajanlara iyi cevap verirken tinea inkognito olgularının tedavisinde sistemik antifungal ajanlara gereksinim duyulmaktadır. Terbinafin, itraconazol ve flukonazol gibi azoller stratum korneumda biriktikleri için griseofulvine tercih edilirler⁷. Tinea inkognito tedavisinde hangi ajanın diğerine göre daha üstün olduğu ve tedavi süresi hakkında henüz kesinleşmiş veri yoktur.

Sonuç olarak; jeneralize, eritemli, skuamli hastalıklarda özellikle hasta daha önceden kortikosteroid tedavisi almış ise, dermatofit enfeksiyonları da ayırıcı tanıda düşünülmeli ve buna yönelik incelemeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Martin AG, Kobayaski GS. Fungal diseases with cutaneous involvement. In: Dermatology in General Medicine. Ed. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. 5th ed. New York; McGraw Hill Inc, 1999:2347.
2. Şavk Bozkurt E, Karaman Can G, Şendur N. Bir tinea inkognito olgusu. T Klin Dermatoloji 2001; 11:30-33.
3. Solomon BA, Glass AT, Rabbin PE. Tinea incognito and "over-the-counter" potent topical steroids. Cutis 1996;58:295-296.
4. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like tinea incognito. Mycoses 2002; 45(3-4):135-137.
5. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. Pediatr Dermatol 2000;17:41-44.
6. McGregor JM, Hamilton AJ, Hay RJ. Possible mechanisms of immune modulation in chronic dermatophytoses: an in vitro study. Br J Dermatol 1992; 127:233-238.
7. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. Tinea incognito due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. Clin Infect Dis 2001; 33:142-144.
8. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case Report. Widespread tinea corporis due to *Trichophyton rubrum*. Mycoses 2002;45:195-197.
9. Johnson RA. Dermatophyte infections in human immune deficiency virus (HIV) disease. J Am Acad Dermatol 2000;43:135-142.
10. Kölemen F: Derinin mantar hastalıkları. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir E.H, Baransü O. 2'inci baskı. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri,1994; 81-96.
11. Adrian Ive F, Marks R. Tinea incognito. Br Med J 1968;3:149-152.