

# Farklı Bölgelerde Yerleşmiş Dört Tinea İnkognito Olgusu

## Four Cases of Tinea Incognito with Different Localizations

Cihangir Aliğaoğlu, Mustafa Atasoy\*,  
Özgül Balık, Akın Aktaş\*, Şevki Özdemir\*

Erzurum Numune Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

\*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

### Özet

Tinea inkognito yanlış tanı alıp, parenteral ya da topikal kortikosteroid uygulanmış, dermatofit enfeksiyonları için kullanılan bir terimdir. Bizim olgularımızda dermatofit enfeksiyonu farklı anatomik bölgelerde (karın, gluteal bölge, el-yüz, periorbital bölge) yerleşmişti. Steroid kullanma hikayeleri pozitif. Mikroskopik bakılarında mantara ait hifa ve sporlar gözlemlendi. Uyguladığımız sistemik ve topikal antimikotik tedaviye iyi yanıt verdi. (*Türkderm 2006; 40 (Özel Ek B): B26-B28*)

**Anahtar Kelimeler:** Tinea inkognito

### Summary

Tinea incognito is used to describe dermatophyte infections that diagnosed incorrectly and treated with topical or systemic corticosteroids. Four patients with dermatophyte infections in various localizations (abdomen, gluteal region, hand-face, and periorbital region) are presented. All had a history of treatment with steroids. Microscopic examination revealed hyphae and spores. All patients responded to topical antimicrobial treatment. (*Türkderm 2006; 40 (Suppl B): B26-B28*)

**Key Words:** Tinea incognito

Tinea inkognito dermatofit enfeksiyonu bulunan bölgeye psoriasis ya da ekzematöz dermatit tanısıyla steroid uygulamasından kaynaklanan bir durumdur. Lezyon genellikle asemptomatiktir. Bazen kaşıntılı ya da ağrılı olabilir. Koyu kırmızı veya viyolase renkte olabilir. Papüller ve püstüller lezyonlar gözlenebilir. Steroid uygulamasından kaynaklanan atrofik bir görünüm olabilir. Tedavide sistemik antimikotik kullanmak gerekmektedir<sup>1</sup>.

### Olgu 1

Kırkiki yaşındaki erkek hasta karın bölgesinde, bir nedendir devam eden kırmızı renkte döküntü ve kaşıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Suprapubik bölgede kaşıntılı, kepeklenme tarzında bir döküntü olduğunu hikayeden saptanmıştır. Nörodermatit tanısıyla oral antihistaminik ve topikal kortikosteroid tedavisi verilen hasta döküntülerin daha da kırmızılışp, genişlediğini fark ederek tedaviyi bıraktığı öğrenilmiştir. Dermatolojik muayenesinde, suprapubik bölgeden başlayıp göbeğin altına kadar uzanan, orta kısmında

sağlam adacıkların olduğu, üzerinde yer yer kepeklenme bulunan, kırmızı renkte, renk dağılımı homojen, kenarları keskin ve kenar aktivitesi olan, yuvarlak-elipsoit şeklinde, plak tarzı (psoriasisiform) lezyon saptandı (Şekil 1).

Hastanın diğer sistem muayenelerinde patoloji yoktu. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Lezyondan hazırlanan KOH preparatının mikroskopik incelemesinde mantara ait hifa ve sporlar gözlemlendi. Hastaya bir ay süreyle 250mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik tedavisi verildi. 20 gün sonraki kontrolünde lezyon tama yakın iyileşmişti.

### Olgu 2

Otuziki yaşındaki erkek hasta, yüzünde ve elinde iki aydan beri devam eden kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu.

Hikayesinde sağ elinde madeni para büyüklüğünde kırmızı renkte döküntü olduğunu ve kaşındığını ifade etti. Bu şikayeti ile doktora giden hastaya ekzema teş-

**Yazışma Adresi:** Dr. Cihangir Aliğaoğlu, Hacı Salih Efendi Mah. Huzur-ış Apt. F Blok kat: 4, Yenişehir, Erzurum, Türkiye  
Tel: 0533 569 55 17 E-mail: caliaoglu@yahoo.com **Alındığı tarih:** 17.02.2004 **Kabul tarihi:** 17.06.2004



hisi konup, topikal steroid tedavisi başlanmış. İlaç kullanımından bir hafta sonra yüzünde de kızarıklık oluşmuş. Yüzüne de aynı ilacı süren hasta döküntülerinin giderek arttığını ve renginin daha da kırmızılaştığını fark ederek ilacı kullanmayı bırakmış.

Dermatolojik muayenesinde, yüzünde kırmızı renkte plak tarzı lezyon vardı. Kenarları kabarık ve keskin, yer yer kesintiye uğramış şekildedeydi. Orta kısım deri rengindeydi. Kenarlara doğru hafif bir kepeklenme artışı vardı. Kenar kısımlarında kırmızı renkte papül ve küçük plaklar vardı (Şekil 2A). Ellerin de ise el bileklerinden başlayıp parmak üzerlerine kadar uzanan, diffüz tarzda eritem ve üzerinde yer yer beyaz kepeklenme saptandı. Lezyonun kenarları keskin bir hat şekilindeydi. (Şekil 2B). El ve ayak tırnak muayeneleri normaldi.

Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. % 20'lik KOH ile hazırlanan, lezyondan alınan kazıma materyalinin direkt mikroskopik bakışında hifalar gözlendi.

Hastaya bir ay süreyle 250mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik krem verildi. 3 hafta sonraki kontrolünde yüz ve koldaki eritem tama yakın iyileşmişti.

### Olgu 3

Kırkbeş yaşındaki erkek hasta kalçasında kırmızı renkte döküntü ve kaşıntı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinde iki ay önce anal kaşıntı şikayetiyle doktora gittiğini ve ekzema tanısı konarak topikal steroid başlandığını söyledi. Hasta şikayetinin düzelmediğini, kaşıntısının giderek arttığını ve döküntüsünün yayıldığını hissederek üç hafta boyunca kullandığı ilacına ara verdiğini söyledi.



Şekil 1. Karında psoriaziform plak



Şekil 2. A- Yüzde kenar aktivitesi olan plak tarzı lezyon. B- Her iki el üstünde düffüz eritem ve beyaz renkte kepeklenme

Dermatolojik muayenede gluteal bölgenin tamamını kaplayan, kenarlarının daha aktif olduğu, soluk pembe-kırmızı renkte, üzerinde beyaz kepeklenme olan, keskin kenarlı, plak tarzı lezyon gözlendi (Şekil 3).

Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistemik muayenesi normaldi.

Rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Üç gün üst üste yapılan gaytada parazit aranması negatifti. %20'lik KOH ile hazırlanan, lezyondan alınan kazıma materyalinin direkt mikroskopik bakışında hifalar gözlendi.

Hastaya bir ay süreyle 250mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik başlandı. İki hafta sonraki kontrolünde lezyonun iyice solduğu ve gerilediği gözlendi.

### Olgu 4

Dokuz yaşındaki kız çocuğu sol gözünün çevresindeki kızarıklık ve kaşıntı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde bir ay önce üst göz kapağında kepeklenme olduğu ve bu şikayeti ile doktora başvurduğunu söyledi. Göz kapağı ekzeması tanısı ile topikal steroid tedavisi başlanan hasta on gün içerisinde kızarıklığın bütün göz etrafını kapladığı ve kenarlara doğru genişlediği ve ayrıca kaşıntının şiddetlendiğini ifade etti.

Dermatolojik muayenede alt ve üst göz kapağını içine alacak şekilde, alt göz kapağından 3-4cm kadar aşağı doğru uzanan, kırmızı renkte diffüz eritem şeklinde bir plak gözlendi. Kenar aktivasyonu sadece alt uçta vardı. Belirgin bir kepeklenme yoktu (Şekil 4). Öz ve soygeçmişinde özellik saptanmayan hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. %20'lik KOH ile hazırlanan, lezyondan alınan kazıma materyalinin direkt mikroskopik bakışında hifalar gözlendi.

Hastaya bir ay süreyle 125mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik başlandı. İki hafta sonraki kontrolünde lezyonun iyice solduğu ve gerilediği gözlendi.

### Tartışma

Alışlagelmiş tinea korporis görüntüsü, kenar aktivasyonu olan, ortası solgun, üzerinde kirli-beyaz renkte kepeklenme bulunan plak tarzı bir lezyondur. Tinea inkognitoda ise uygulanan steroid klinik görüntüyü değiştirmiştir. Kepeklenme olmadan diffüz tarzda eritem, papül, püstül gibi elementer lezyonlar görülür. Bu ise dermatofit enfeksiyonu açısından aldatıcı bir görünümdür<sup>2,3</sup>.



Şekil 3. Gluteal bölgede ortası soluk kenarlar aktif plak tarzı lezyon

Tinea inkognitonun patogenezinde uygulanan steroid tedavinin immün cevabı ve inflamatuvar reaksiyonu baskıladığı, mantara karşı direnci düşürdüğü ve bu nedenle de dermatofit enfeksiyonunun daha yaygın bir alanda ve daha değişik bir klinikle ortaya çıktığı düşünülmektedir<sup>4,5</sup>.

Yayınlarda farklı klinik görünümde tinea inkognito olguları bildirilmiştir. Papüler rozase, seboreik dermatit, folikülit, hipopigmente ve poikilodermik lezyonlar şeklinde olgular bildirilmiştir<sup>4</sup>. Ayrıca eritem ve deskuamasyon olmaksızın, alopesi tarzında tinea inkognito olgusu da tanımlanmıştır<sup>6</sup>. Olgu 1'de karın bölgesinde lezyon klinik görüntü olarak psoriazise benzemektedir. El ve yüz tutulumu olan Olgu 2'de özellikle eller-



Şekil 4. Kırmızı renkte periorbital eritem

de diffüz bir eritem vardı. Yer yer beyaz renkte kepeklenme gözlenmekteydi. Yüzdeki lezyonda kenar aktivasyonu vardı ve ortası soluktu. Kenar kısmı yer yer kesintiye uğruyordu. Ayrıca kenar kısmı papül ve küçük plaklardan oluşuyordu. Bu görünüm dermatofit enfeksiyonu için tipik değildi. Olgu 3'teki gluteal tutulum tipik dermatofit kliniği görünümündeydi. Olgu 4 ise (periorbital yerleşim) irritan kontakt dermatit görünümündeydi.

Tinea korporis topikal antimikotik tedaviye iyi yanıt vermesine rağmen, tinea inkognitoda sistemik antimikotik tedavi vermek gerekmektedir. Terbinafin ve azol grubu antimikotik ajanlar stratum korneumda daha iyi biriktikleri için griseofulvine tercih edilmelidir<sup>7</sup>.

### Kaynaklar

1. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K: Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 4th ed. New York, Mc Graw- Hill company, 2001;381-410.
2. Gorani A, Schiera A, Oriani A: Case report. Rosacea-like tinea incognito. Mycoses 2002;45:135-7.
3. Jacops JA, Kolbach DN, Vermeulen AHM, Smeets MHMG, Neuman M: Tinea incognito due to trichophyton rubrum after local steroid therapy. CID 2001;33:142-4.
4. Romano C, Asta F, Massai L: Tinea incognito due to microsporum gypseum in three children. Pediatr Dermatol 2000;17:141-4.
5. Feder HM Jr . Tinea incognito misdiagnosed as erythema migrans. N Engl J Med 2000;343(1):69.
6. Burghart CG: Tinea incognito. Arch Dermatol 1981;117:606.
7. Gupta AK, Prussick R, Sibbald RG, Knowles SR: Terbinafine in the treatment of Majocchi's granuloma. Int J Dermatol 1995;34:489.