

Bir Dermatofitik Blefarit Olgusu

A Case of Dermatophytic Blepharitis

Mustafa Kulaç, Şemsettin Karaca, Zafer Çetinkaya*

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, *Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye

Özet

Dermatofitozlar deride en sık görülen mantar enfeksiyonlarıdır. En çok görülen tipi tinea pedis olup, tinea kruris, tinea kapitis, tinea corporis ve tinea faciei gibi klinik tipleri mevcuttur. Tinea faciei diğer klinik formlara göre daha az görülen ve ayrı tanı sıklıkla sorun yaratan bir dermatofitozdur. Klasik eritemli skuamli, keskin sınırlı, ortadan iyileşme gösteren lezyonlarla seyredildiği kadar, atipik klinik görünümle de seyredebilir. Seboreik dermatit, kontakt dermatit, polimorf ışık reaksiyonu ve lenfositik infiltrasyonlarla karışabilir. Ayrıca, papül ve püstüllerle seyreden follikülit benzeri, perioral dermatit benzeri, impetigo ve sikozis benzeri gibi klinik formları da tarif edilmiştir. Literatürde bugüne kadar göz kapağını tutan çok az sayıda vaka bildirilmiştir. Burada 40 yaşında göz kapağında eritemli, hafif skuamli bir lezyonla başvuran, el bileğindeki tipik tinea corporis lezyonunun da yardımıyla dermatofitik blefarit tanısı konulan bir olguyu sunuyoruz. (*Turkderm 2008; 42: 64-6*)

Anahtar Kelimeler: Dermatofitoz, göz kapağı, blefarit

Summary

Dermatophytoses are the most common fungal infections of the skin. In the clinical practise, tinea pedis is most common clinical form of dermatophytosis. Other clinical forms are tinea cruris, tinea capitis, tinea corporis and tinea faciei. Tinea faciei is a rare form of dermatophytosis of glabrous skin, characterized by a well- circumscribed erythematous patch, and is more commonly misdiagnosed with some dermatologic diseases as seborrheic dermatitis, contact dermatitis, polymorphic light eruption and lymphocytic infiltrations. In addition, it is reported its clinical forms resembling folliculitis, perioral dermatitis, impetigo and sycosis. To date, a few cases of dermatophytosis involving eyelid were presented in the literature. Here, we present a patient who has an erythematous and fine scaly patch on her eyelid and who is diagnosed as dermatophytic blepharitis by helping typical tinea corporis on her wrist. (*Turkderm 2008; 42: 64-6*)

Key Words: Dermatophytosis, eyelid, blepharitis

Giriş

Dermatofitozlar deride en sık görülen mantar enfeksiyonlarıdır. Klinik pratikte oldukça yaygın olarak rastlanırlar. En çok görülen tipi tinea pedis olup, tinea inguinalis, tinea kapitis, tinea corporis ve tinea facie gibi klinik tipleri mevcuttur. Tinea faciei diğer klinik formlara göre daha az görülen ve ayrı tanı sıklıkla sorun yaratan bir dermatofitozdur. Özellikle pediatrik hasta grubunda daha sık görülmekte olup, klasik eritemli skuamli, keskin kenarlı, ortadan iyileşme gösteren lezyonlar kadar, papül ve püstüllerle seyreden follikülit benzeri, perioral dermatit benzeri, impetigo ve sikozis benzeri gibi klinik

formları da tarif edilmiştir^{1,2}. Yabancı kaynaklarda bugüne kadar göz kapağını tutan çok az sayıda olgu bildirilmiştir^{3,4,5}. Burada 40 yaşında göz kapağı kenarında eritemli, hafif skuamli lezyonlarla başvuran, el bileğindeki diğer tinea corporis lezyonunun da yardımıyla tanı konulan bir olguyu; çok nadir olarak görülmesi, ayrı tanıda özellik arz etmesi ve dermatolojik pratikteki olgu çeşitliliğine güzel bir örnek olması nedeni ile sunuyoruz.

Olgu sunumu

Kırk yaşında bayan hasta el bileği bölgesinde kaşıntılı kızarıklık ve kabuklanma şikayeti ile kliniğimize baş-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mustafa Kulaç, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye. Tel.: 0272 246 33 04 Faks: 0272 246 33 00 E-posta: drmustafakulac@hotmail.com

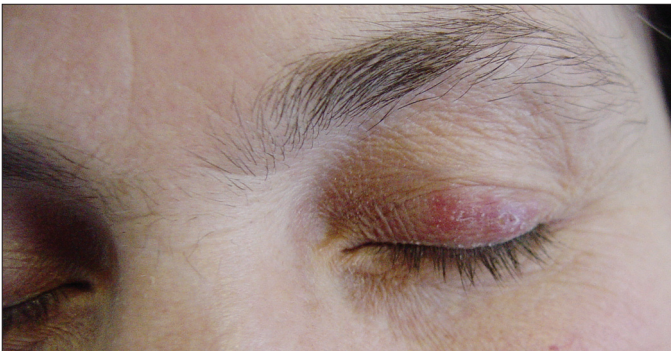
vurdu. Hasta şikayetlerin ilk olarak iki ay önce el bileği üzerinde başladığını ve giderek etrafa yayıldığını, on beş gün önce de göz kapağında kaşıntı ile beraber kızarıklık ve kabuklanmanın meydana geldiğini söyledi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde sol el bileği dorsalinde dairesel olarak periferde doğru yayılım gösteren eritemli, skuamli, keskin sınırlı lezyonu mevcuttu (Resim 1). Ayrıca sol göz kapağında kirpik diplerinden başlayan ve yukarıya doğru yayılım gösteren eritemli skuamli, yüzeyi ekzematize lezyon izlendi (Resim 2). Her iki lezyondan ayrı ayrı alınan kazıntı materyalinin %10 KOH hidrokisit ile hazırlanan prepatlarının mikroskopik incelemesinde septalı hifler görüldü. İnfekte materyalin kloromfenikollü sabouraud glukoz agarda 25 °C'de inokulasyonunu takip eden 6. günde "Microsporum gypseum" ile uyumlu dermatofit üremesi oldu. Hasta 200 mg/gün itrakonazol tedavisi ile klinik olarak tamamen iyileşti.

Tartışma

Dermatofitozlar filamantöz mantarlar tarafından oluşan yüzeysel mantar enfeksiyonlarıdır. Temel olarak trichophyton, epidermophyton ve microsporumdan oluşan üç ana mantar türü tarafından oluşturulduğu kabul edilir¹. Dermatofit enfeksiyonları tuttukları anatomik alana göre sınıflandırılır ve isimlendirilirler. El, ayak, kasık ve saçlı deri dışında herhangi bir yerde oluşan dermatofit enfeksiyonları tinea korporis olarak isimlendirilir. Tinea fasie tinea korporisin bir alt grubu olarak kabul edilmektedir. Tinea korporis enfeksiyonları enfekte insan yada hayvanla veya dermatofitlerle



Resim 1. Sol el bileğinde eritemli, skuamli, keskin sınırlı yama şeklinde lezyon



Resim 2. Göz kapağında kirpik diplerine uzanan eritemli, skuamli, ekzematize lezyon

kirlenmiş toprak ya da eşyalarla direk temas yoluyla bulaşır². Bizim de hastamız kırsal kesimde yaşamaktaydı. Büyük bir olasılıkla önce el bileği bölgesi bulunduğu çevreden direk temas yoluyla enfekte oldu. Göz kapağındaki lezyon da zaman içinde enfeksiyonun buradan göz çevresine taşınması ile açıklanabilir.

Dermatofitozlar oldukça sık görülen enfeksiyonlardır. Yaşam boyu bir insanın dermatofit enfeksiyonuna yakalanma riskinin %10-20 arasındadır². Erişkinde en sık olarak tinea pedis, çocuklarda ise tinea kapitis enfeksiyonları görülür. Tinea fasie diğer dermatofitozlara göre daha seyrek olarak rastlanır ve sıklıkla impetigo, perioral dermatit, sikozis, polimorf ışık erüpsiyonu gibi diğer dermatolojik enfeksiyonlarla karıştırılabilir. Dermatofitler tarafından göz kapağı tutulumu olan olgular ise literatürde çok nadir olarak bildirilmiştir. Dermatofitlere bağlı blefarit adı ile bildirilmiş üç olgu mevcuttur^{3,4,5}. Göz kapağı ve periorbital alanın dermatofitik enfeksiyonu şeklinde bildirilen olgulara da literatürde seyrek olarak rastlanmaktadır^{6,7,8,9}. Bunlara ek olarak değişik tinea fasie ve korporis olgularının seyri esnasında göz kapağını da tutan olgular bildirilmiştir^{11,12,13}. Gerçekle literatürde bildirilen olgu sayıları klinik pratikte görüleni tam olarak yansıtmayabilir. Belki görülen bir çok olgu bildirilmemiş olabilir. Ancak sadece göz kapağını, özellikle de olgumuzdaki gibi kirpik diplerini etkileyen dermatofitoz olgusu ile rutinde çok fazla karşılaşmadığı rahatlıkla söylenebilir. Ayrıca sadece göz kapağı tutulumu olan olgularda ayrıca tanıda zorluklar yaşanabileceği için bazı olgular atlanıyor olabilir. Bu nedenle dermatofitlere bağlı göz kapağı enfeksiyonlarının sıklığı hakkında kesin yorum yapmayı doğru bulmuyor; uzun süreli ve çok sayıda hastayı içine alan poliklinik takiplerinin istatistiksel olarak ele alınmasının gerekliliğine inanıyoruz. Ayrıca bu olguların "dermatofitik blefarit" veya "periorbital dermatofitoz" gibi ortak bir isim ile ele alınmasının, hem istatistiksel açıdan hem de klinik sınıflama açısından yararlı olacağını düşünüyoruz.

Daha önce klinik olarak "blefarit" olarak bildirilen iki olguda sorumlu patojenin "Microsporum canis" olduğu rapor edilmiştir^{3,4}. Bizim olgumuzda sorumlu patojeni "Microsporum gypseum" olarak tespit ettik. "M. gypseum" dünyanın her yerinde yaygın olarak görülen ve toprakta yaşayan bir dermatofittir. Enfektivitesi düşük bir ajan olduğu için seyrek olarak enfeksiyona yol açar. En yaygın görülen enfeksiyon şekli çocuklarda ortaya çıkan tinea korporistir. Genellikle vücudun kapalı bölgelerinde ve saçlı deride enflamatuvar lezyonlara yol açabilir. Daha önce de literatürde olgumuza benzer olarak "M. gypseum" tarafından göz kapağının tutulduğu toplam iki erişkin olgu, bir tane de yenidoğan olgusu rapor edilmiştir⁷. Bizim olgumuzda el bileğindeki lezyonlar klasik ortadan iyileşme gösteren tinea enfeksiyonlarına göre daha enflamatuvar görünümde idi. Bu açıdan genel literatür ile uyumlu idi.

Biz bu olguyu oldukça nadir görülen bir yerleşim yeri olması, atipik klinik görünümüne sahip olması ve ender rastlanan bir patojen tarafından oluşturulması nedeni ile sunmayı uygun gördük. Göz kapağında eritemli skuamli lezyonlarla başvuran ve kesin olarak bir tanı koyulamayan olgularda ayırıcı tanıda dermatofit enfeksiyonu düşünülmesi ve kazıntı alınarak mikolojik inceleme yapılması gerektiğine inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Behrman RE, Kliegman R, Nelson WE: Nelson textbook of pediatrics. 15th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1996;1897-1900.
2. Noble S, Forbes RC, Stam PL: Diagnosis and management of common tinea infections. Am Fam Physician 1998;58:163-74, 177-8.
3. Creach P, Auffret N, Buot G, Binet O: Microsporum canis tinea ciliaris and blepharitis. Ann Dermatol Venereol 1995;122:773-4.
4. Ryselaere M: Blepharitis by Microsporum canis. Bull Soc Belge Ophtalmol 1983;207:93-6.
5. Lejman K, Bogdaszewska-Czabanowska: Trichophytia blepharociliaris et peripalebralis. Observations before and after griseofulvin treatment. Hautarzt 1968;19:264-9.
6. Demirci H, Nelson CC: Dermatophyte infection of the eyelid in a neonate. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2006;43:52-3.
7. Machado AP, Hirata SH, Ogawa MM, Tomimori-Yamashita J, Fischman O: Dermatophytosis on the eyelid caused by Microsporum gypseum. Mycoses 2005;48:73-5.
8. Belair ML, Mathieu-Millaire F, Mabon M: Periocular dermatophytosis in an 11-year-old boy. Can J Ophthalmol 2005;40:183-4.
9. Brasch J: Periorbicular trichophyton verrucosum infections. Hautarzt 1991;42:717-20.
10. Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J: Pimecrolimus induced tinea incognito. Skinmed 2004;3:352-3.
11. Mochizuki T, Watanabe S, Kawasaki M, Tanabe H, Ishizaki H: A japanese case of tinea corporis caused by Arthroderma benhamiae. J Dermatol 2002;29:221-5.
12. Angelo C, De Leo C, Conti G, Palermi G, Paradisi M: Tinea facie in a newborn. Minerva Pediatr 2001;53:29-32.
13. Brody HJ, Castrow FF: Photolocalized tinea facialis. Cutis 1976;17:913-5.