

Doğu Anadolu'da Görev Yapan Hekimlerin Tinea Kapitis Bilgi Düzeyleri

Tinea Capitis Knowledge Levels of Doctors Working in Eastern Anatolia

Seval KARASATI^{a,b},
Atiye OĞRUM^{c,d}

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
Kars Devlet Hastanesi,
Kars, TÜRKİYE

^bYüksek İhtisas Üniversitesi
Özel Kuru Ankara Hastanesi,
Ankara, TÜRKİYE

^cDeri ve Zührevi Hastalıkları AD,
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi,

^dTokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi,
Tokat, TÜRKİYE

Received: 01.02.2019

Received in revised form: 31.03.2019

Accepted: 01.04.2019

Available online: 02.04.2019

Correspondence:

Seval KARASATI

Kars Devlet Hastanesi,

Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Kars,

TÜRKİYE/TURKEY

boyrarazseval@hotmail.com

ÖZET Amaç: Zoonotik mantar enfeksiyonlarının sık görüldüğü Doğu Anadolu Bölgesi illerinde görev yapan, temel tıp eğitimini tamamlamış hekimlerin tinea kapitis hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Kars, Ardahan ve Iğdır'da görev yapan pratisyen ve uzman hekimlere tinea kapitisin epidemiyolojisi, tanı ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen bir anket uygulandı. **Bulgular:** Üç ilde görev yapan toplam 116 hekim çalışmaya dâhil edildi. Grubun ortalama hekimlik süresi 7,7±5,1 yıl, buldukları ilde görev yapma süreleri 3,3±4,3 yıl idi. Çalışmaya katılan hekimlerin %43,1 (50 kişi)'i pratisyen, %46,9 (66 kişi)'u uzman hekim olup, bunların %88,7 (103 kişi)'si poliklinik muayenesi yapmaktaydı. Bilgi düzeyi skoru üst puanı 29 olup; tüm hekimlerin bilgi düzeyi skoru ortalaması 12,79±4,44, pratisyen hekimlerin bilgi düzeyi skoru 14,32±5,13, uzman hekimlerin bilgi düzeyi skoru 11,63±3,4 idi. Pratisyen hekim bilgi düzeyi skoru, uzman hekim bilgi düzeyi skorundan anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,02). Hekimlik süresi ve bilgi düzeyi skoru düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,538). Doğu Anadolu'da görev yapma ve bilgi düzeyi skoru arasında doğru orantılı ama zayıf bir ilişki saptandı (p=0,029, r=0,203). **Sonuç:** Bu çalışma, zoonotik mantar enfeksiyonlarının sık görüldüğü bir bölgede çalışan hekimlerin, tinea kapitis hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu gösterdi. Ülkemizde hâlâ sık olarak gözlenen ve aynı zamanda birinci basamak sağlık problemi olarak kabul edilen tinea kapitis hakkında güncel eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tinea kapitis; epidemiyoloji; sorveyler ve anketler

ABSTRACT Objective: Aim of this study was assesment of tinea capitis knowledge levels of medical doctors who at least graduated from medical faculty, living and working in East Anatolia Region in which zoonotic fungal infections are commonly seen. **Material and Methods:** A questionnaire about tinea capitis epidemiology, diagnosis and treatment was administrated to practitioners and specialists working in Kars, Ardahan and Iğdır. **Results:** A total of 116 medical doctors from three states filled out the questionnaire. Mean age of working as a doctor was 7,7±5,1 years, working in these states was 3,3±4,3 years. 43,1% (50 doctors) of the participants were practitioners, 46,9% (66 doctors) of were specialists and 88,7% (103 doctors) of were physicians. Knowledge assesment high score was 29 points; score of all doctors was 12,79±4,44, practitioners' was 14,32±5,13, specialists' was 11,63±3,4. Practitioners' score was found significantly higher than specialists' (p=0,02). There was no relationship between duration of working and knowledge score (p=0,538). There was a weak correlation between duration of practicing in East Anatolian and knowledge score (p=0,029, r=0,203). **Conclusion:** This study revealed that practitioners and specialists which are working in such areas that fungal infections are commonly seen have insufficient knowledge about tinea capitis. There is a need for current training on tinea capitis, which is still frequently observed in our country and is also considered as a primary health problem.

Keywords: Tinea capitis; epidemiology; surveys and questionnaires

Tinea kapitis, kıl folikülü ve etrafındaki derinin dermatofitlerle enfeksiyonuna verilen addır.^{1,2} Etken dermatofitler insan (antropofilik), hayvan (zoofilik) ve toprak (jeofilik) kaynaklı olarak sınıflandırılmakta, bulaş yolları ve farklı bölgelerde görülme sıklıkları da kaynaklarına

yani bulaş şekillerine göre değişmektedir.² Tüm dünyada yaygın olan bu enfeksiyonun sıklığı oral antifungallerin tedaviye girmesiyle azalmış, fakat son yıllarda sorumlu dermatofit türlerinde değişiklikler ve insidans sıklığında artış gözlenmiştir.³ Özellikle çocuk yaş grubunu etkileyen tinea kapitis, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tanı, tedavi ve bulaş önlemi basamaklarındaki eksiklikler nedeni ile sıklıkla sikatrisiyel alopesi ile sonuçlanmakta, çocukluk çağının temel alopesi nedenleri arasında yer almaktadır.⁴

Bu çalışmada, hayvancılığın temel geçim kaynağı olduğu ve zoofilik dermatofit suşlarının sık gözlemlendiği Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulaş önlemlerinin alınması ve sikatrisiyel alopesinin önlenmesi bakımından, hem birinci hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini de ilgilendiren bir hastalık olan tinea kapitis hakkında, hekimlerin yeterli bilgiye sahip olup olmadıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmanın etik kurul onayı 18.02.2015 tarihinde Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Başkanlığı'ndan 80576354-050-99/39 numarası ile alındı. Çalışmada katılımcılarından bilgilendirilmiş olur formu alındı. Kars, Ağrı ve Iğdır'da görev yapan 116 hekime 34 sorudan oluşan bir yazılı anket uygulandı (Tablo 1). Anket soruları elektronik posta yoluyla veya direkt olarak ulaşılabilen hekimlere randomize olarak iletildi ve çalışmaya katılmak isteyenlerin yanıtları yine elektronik posta yoluyla veya direkt olarak alındı. Bu anketin ilk beş sorudan oluşan birinci bölümünde, katılımcıların öğrenim ve çalışma bilgileri yer aldı. Anketin bilgi düzeyini ölçen ve 29 sorudan oluşan ikinci bölümü ise tinea kapitisin epidemiyolojisi (yedi soru), klinik bulguları (dokuz soru), tanı yöntemleri (dört soru), tedavi seçeneklerinden (dokuz soru) oluşmakta idi. Sorulara verilen her doğru yanıt bir puan verildi. Doğru önermelerde "Evet" yanıtına bir puan verilirken, "Hayır" ve "Fikrim yok" yanıtlarına sıfır puan verildi. Yanlış önermelerde "Hayır" yanıtına bir puan verilirken, "Evet" ve "Fikrim yok" yanıtlarına sıfır puan verildi. Bilgi düzeyini ölçen 29 sorunun toplam skoru 29 puan idi.

Veriler SPSS 15 programında analiz edildi. Soruların veri analizinde frekans dağılımları ve yüzde dağılımları kullanıldı. Pratisyen ile uzman hekimler arasındaki farkı belirlemek için t-test kullanıldı. Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ düzeyi kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 116 hekimin 50 (%43,1)'si pratisyen, 15 (%12,9)'i iç hastalıkları uzmanı, 7 (%6)'si çocuk hastalıkları uzmanı, 6 (%5,1)'si kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı, 5 (%4,3)'i göz hastalıkları uzmanı, 4 (%3,4)'ü genel cerrahi uzmanı, 4 (%3,4)'ü anestezi ve reanimasyon uzmanı, 3 (%2,5)'ü ortopedi uzmanı, 3 (%2,5)'ü nöroloji uzmanı, 3 (%2,5)'ü kardiyoloji uzmanı, 2 (%1,7)'si kalp damar cerrahisi uzmanı, 2 (%1,7)'si enfeksiyon hastalıkları uzmanı, 2 (%1,7)'si plastik cerrahi uzmanı, 2 (%1,7)'si üroloji uzmanı, 2 (%1,7)'si psikiyatri uzmanı, 1 (%0,8)'i çocuk psikiyatrisi uzmanı, 1 (%0,8)'i çocuk cerrahisi uzmanı, 1 (%0,8)'i göğüs cerrahisi uzmanı, 1 (%0,8)'i fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, 1 (%0,8)'i mikrobiyoloji uzmanı, 1 (%0,8)'i patoloji uzmanı idi. Hekimlik yapma süresi 1-28 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $7,7 \pm 5,1$ yıl idi. Doğu Anadolu'da hekimlik yapma süresi 1-23 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $3,3 \pm 4,3$ yıl idi. Hekimlerin %88,7 (103 kişi)'sinin poliklinik muayenesi yapmakta olduğu saptandı ve %100'ünün tıp eğitimleri sırasında dermatoloji eğitimi aldığı belirlendi.

Anket formlarının yanıtlarına bakıldığında, tinea kapitisin en çok bilinen bulaş yolları insandan insana ortak eşyalar aracılığıyla bulaş (%92,2) ve insandan insana direkt temas ile bulaş (%61,2) olur iken; en az bilinenlerinin ise topraktan insana (%25), hayvandan insana (%35,3) bulaş olduğu saptandı (Tablo 2).

Tinea kapitisin görüldüğü yaş gruplarından en çok bilineni çocuk yaş grubu (%90,5) olur iken diğer bilinenlerin sırayla erişkin (%16,3) ve yaşlı (%13,7) yaş grubu olduğu saptandı (Tablo 2).

Tinea kapitisin klinik formlarından en çok bilineni gri, kuru kepekli plaklar (%62) olur iken, di-

TABLO 1: Katılımcıların demografik özellikleri; tinea kapitis bulaş, tanı ve tedavisi hakkında sorular.

1. Branşınız nedir?		
2. Kaç yıllık hekimsiniz?		
3. Kaç yıldır Doğu Anadolu'da görev yapıyorsunuz?		
4. Poliklinik muayenesi yapıyor musunuz?		
5. Tıp fakültesinde de dermatoloji stajı aldınız mı?		
Tinea kapitisin bulaş yolları için aşağıdakilerden hangileri doğrudur?		
6. İnsandan insana direkt temasla bulaşır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
7. İnsandan insana ortak eşyalar (tarak, havlu,... vb) aracılığıyla bulaşır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
8. Hayvandan insana bulaşır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
9. Toprakтан insana bulaşır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
Tinea kapitisin görüldüğü yaş grupları ile ilgili olarak hangileri doğrudur?		
10. Çocuklarda görülür		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
11. Erişkinlerde görülür		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
12. Yaşlılarda görülür		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
Tinea kapitisin klinik görünümü ile ilgili olarak hangileri doğrudur?		
13. Gri kuru kepekli plaklar yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
14. Siyah noktalı plaklar yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
15. Eritemli, yapışkan kepekli plaklar yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
16. Üzerinde püstül, yağlı kepekler bulunan nodüller yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
17. Kıl köklerine sıkıca yapışan sarı kepekler yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
Tinea kapitise eşlik edebilecek sistemik semptomlar ile ilgili olarak hangileri doğrudur?		
18. Ateş yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
19. Hâlsizlik yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
20. Bulantı-kusma yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
21. Servikal veya postauriküler lenfadenopati yapar		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
Tinea kapitis tanısında kullanılan yöntemlerle ilgili olarak hangileri doğrudur?		
22. Fizik muayene tanıda yer alır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
23. Wood lambası tanıda yer alır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
24. Potasyum hidroksit ile mikroskopik inceleme tanıda yer alır		
a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok

devamı... →

TABLO 1: Katılımcıların demografik özellikleri; tinea kapitis bulaş, tanı ve tedavisi hakkında sorular.

25. Mantar kültürü tanıda yer alır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
Tinea kapitis tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgili olarak hangileri doğrudur?			
26. Oral terbinafin kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
27. Oral itrakonazol kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
28. Oral flukonazol kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
29. Topikal antifungaller (krem, pomad) kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
30. Ketokonazollü şampuanlar kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
31. Selenyum sülfütlü şampuanlar kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
32. Oral antibiyotikler kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
33. Topikal antibiyotikler (krem, pomad) kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok
34. Oral prednizolon kullanılır	a) Evet	b) Hayır	c) Fikrim yok

ğerlerinin sırayla eritemli yapışkan kepekli plaklar (%43,1), üzerinde püstül, yağlı kepekler bulunan nodüller (%43,1), kıl köklerine sıkıca yapışan sarı kepekler (%41,3) ve siyah noktalı plaklar (%12) olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tinea kapitis eşlik eden semptomlardan en bilineni olan servikal veya postauriküler lenfadenopati, hekimlerin %85,3'ü tarafından doğru bilinirken; bu lokal enfeksiyona eşlik etmeyen ateş (%28,4), hâlsizlik (%28,4), bulantı-kusma (%18,9) gibi semptomların da eşlik edebilen semptomlar arasında sayıldığı gözlemlendi. **Bu durum sistemik bir enfeksiyonla karıştırıldı (Tablo 2).**

Tinea kapitis tanısında en önemli ve ilk muayene olan fizik muayene, hekimlerin %84,4'ü tarafından bilinirken; tanıyı kesinleştirmede en sık başvuru potasyum hidroksit ile mikroskopik inceleme hekimlerin %52,5'inin, kesin tanı yöntemi olan mantar kültürü %42,2'sinin, ektotrikslerin tanısını kolaylaştıran Wood lambası muayenesinin ise %49,1'i tarafından tanı yöntemleri arasında sayıldığı belirlendi (Tablo 2).

Tinea kapitis tedavisi hakkında hekimlerin %62'sinin hiçbir fikri olmazken; %5,1'inin oral antibiyotikler, %4,3'ünün topikal antibiyotikler, %3,4'ünün topikal kortikosteroidler gibi tedavide yer almayan ilaç seçeneklerinin kullanılabileceğini belirttiği saptandı. Tedavide yer alan oral terbinafinin %25'inin, oral itrakonazolün %15,5'inin, oral flukonazolün %13,7'sinin, topikal antifungal kremlerin %27,5'inin, ketokonazollü şampuanların %28,4'ünün, selenyum sülfütlü şampuanların %15,5'inin hekimler tarafından doğru olarak bilindiği gözlemlendi (Tablo 2).

Bilgi düzeyi skoru üst puanı 29 olup; tüm hekimlerin bilgi skoru ortalaması 12,73±4,77, pratisyenlerin 14,48±5,26, uzmanların 11,4±3,86 olarak belirlendi. Pratisyen hekim bilgi düzeyi skoru, uzman hekim bilgi düzeyi skorundan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Hekimlik süresi ve bilgi düzeyi skoru düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Doğu Anadolu'da görev yapma ve bilgi düzeyi skoru arasında doğru orantılı ama zayıf bir ilişki belirlendi ($p=0,029$, $r=0,203$).

TABLO 2: Tinea kapitis bulaş, tanı ve tedavisi hakkında sorulara verilen yanıtlar.

Soru	Evet n (%)		Hayır n (%)		Hiçbir fikrim yok n (%)	
	Pratisyen	Uzman	Pratisyen	Uzman	Pratisyen	Uzman
İnsandan insana direkt temas ile bulaşır	31 (26,7)	40 (34,4)	18 (15,5)	24 (20,6)	1 (0,8)	2 (1,7)
İnsandan insana ortak eşyalar aracılığıyla bulaşır	47 (40,5)	60 (51,7)	2 (1,7)	4 (3,4)	1 (0,8)	2 (1,7)
Hayvandan insana bulaşır	22 (18,9)	19 (16,3)	27 (23,2)	45 (38,7)	1 (0,8)	2 (1,7)
Topraktan insana bulaşır	14 (12)	15 (12,9)	35 (30,1)	49 (42,2)	1 (0,8)	2 (1,7)
Çocuklarda görülür	42 (36,2)	63 (54,3)	6 (5,1)	3 (2,5)	2 (1,7)	0 (0)
Erişkinlerde görülür	8 (6,8)	11 (9,4)	40 (34,4)	55 (47,4)	2 (1,7)	0 (0)
Yaşlılarda görülür	6 (5,1)	10 (8,6)	42 (36,2)	56 (48,2)	2 (1,7)	0 (0)
Gri, kuru kepekli plaklar yapar	32 (27,5)	40 (34,4)	15 (12,9)	24 (20,6)	3 (2,5)	2 (1,7)
Siyah noktali plaklar yapar	7 (6)	7 (6)	40(34,4)	57 (49,1)	3 (2,5)	2 (1,7)
Eritemli, yapışkan kepekli plaklar yapar	25 (21,5)	25 (21,5)	22 (18,9)	39 (33,6)	3 (2,5)	2 (1,7)
Üzerinde püstül ve yağlı kepekler bulunduran nodüller yapar	20 (17,2)	30 (25,8)	27 (23,2)	34 (29,3)	3 (2,5)	2 (1,7)
Kıl köklerine sıkıca yapışan sarı kepekler yapar	19 (16,3)	29 (25)	28 (24,1)	35 (30,1)	3 (2,5)	2 (1,7)
Ateş eşlik eder	20 (17,2)	11 (9,4)	27 (23,2)	52 (44,8)	4 (3,4)	2 (1,7)
Hâlsizlik eşlik eder	17 (14,6)	14 (12)	29 (25)	50 (43,1)	4 (3,4)	2 (1,7)
Bulantı-kusma eşlik eder	11 (9,4)	9 (7,7)	35 (30,1)	55 (47,4)	4 (3,4)	2 (1,7)
Servikal veya postauriküler lenfadenopati eşlik eder	40 (34,4)	59 (50,8)	6 (5,1)	5 (4,3)	4 (3,4)	2 (1,7)
Tanıda fizik muayenenin yeri vardır	40 (34,4)	58 (50)	8 (6,8)	6 (5,1)	2 (1,7)	2 (1,7)
Tanıda Wood lambasının yeri vardır	24(20,6)	33 (28,4)	24 (20,6)	31 (26,7)	2 (1,7)	2 (1,7)
Tanıda potasyum hidroksit ile mikroskopik incelemenin yeri vardır	20(17,2)	41 (35,3)	28 (24,1)	33 (28,4)	2 (1,7)	2 (1,7)
Tanıda mantar kültürünün yeri vardır	27 (23,2)	22 (18,9)	21 (18,1)	42 (36,2)	2 (1,7)	2 (1,7)
Tedavide oral terbinafin kullanılır	24 (20,6)	5 (4,3)	10 (8,6)	5 (4,3)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide oral itraconazol kullanılır	16 (13,7)	2 (1,7)	18 (15,5)	8 (6,8)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide oral flukonazol kullanılır	13 (11,2)	3 (2,5)	21 (18,1)	7 (6)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide topikal antifungal kremler kullanılır	25 (21,5)	7 (6)	9 (7,7)	3 (2,5)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide ketakonazolü şampuanlar kullanılır	26 (22,4)	7 (6)	8 (6,8)	3 (2,5)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide selenyum sülfütlü şampuanlar kullanılır	13 (11,2)	5 (4,3)	21 (18,1)	5 (4,3)	16 (13,7)	56(48,2)
Tedavide oral antibiyotikler kullanılır	4 (3,4)	2 (1,7)	30 (25,8)	8 (6,8)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide topikal antibiyotikler kullanılır	3 (2,5)	2 (1,7)	31 (26,7)	8 (6,8)	16 (13,7)	56 (48,2)
Tedavide topikal kortikosteroidler kullanılır	2 (1,7)	2 (1,7)	32 (27,5)	8 (6,8)	16 (13,7)	56 (48,2)

TARTIŞMA

Tinea kapitis etkenleri kaynaklarına ve bulaş şekillerine göre insan deri ve keratinize dokularında bulunanlar (antropofilik-insandan insana direkt temas ve insandan insana ortak eşyalar aracılığıyla bulaş), hayvan kökenli olanlar (zoofilik-sokak hayvanları, evcil hayvanlar aracılığıyla bulaş), toprak kökenli olanlar (jeofilik-topraktan insana bulaş) olarak sınıflandırılabilir. Tinea kapitis etkenleri dünyada da ülkemizde de bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Türkiye’de Ege, İç Anadolu ve Doğu Anadolu’da zoofilik suşlar (en sık *Microspo-*

rum canis), Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu’da ise antropofilik suşlar (*Trichophyton violaceum*) sık gözlenmiştir.² Doğu Anadolu Bölgesi’nde en sık saptanan suşlar zoofilik suşlar olan *M. canis* ve *Trichophyton verrucosum* olup; Doğu Anadolu Bölgesi gibi hayvancılıkla uğraşan bölgelerde tinea kapitis, zoonotik mantar enfeksiyonlarının büyük kısmını oluşturmaktadır.^{2,5-9} Geçim kaynağı hayvancılık olan ve tinea kapitis enfeksiyonlarının sık görüldüğü bir bölgede görev yapan hekimlerin %75’i topraktan insana, %64,7’si hayvandan insana bulaş olabileceğini bilmemektedir ki bu durum, bölgede birden fazla bulaş olmadığı sürece tanının

gecikmesine neden olacaktır. Hekimlerce en çok bilinen bulaş yolu ise insandan insana ortak eşyalar (%61,2) aracılığıyla bulaş olmuştur. Tinea kapitisin bulaş yollarına ait bilgi düzeyi skoru ise tüm hekimlerde 7,11±1,24, pratisyenlerde 2,26±1,16, uzmanlarda 2,03±1,04 olup, pratisyen ile uzman hekimlerin bilgi düzeyi skoru arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05). Bulaş yollarının bilinmemesi ve aktarılmaması hastalık izolasyonunda gecikmeye yol açarak, bir halk sağlığı problemi ortaya çıkarmaktadır.

Tinea kapitis tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte; özellikle çocuk yaş grubunda, 12 yaş altında daha sık görülmektedir. Erişkinlerde ise saçlı deri sebum yapısının değişmesi ve serbest yağ asitlerinin fungusların büyümesini engellemesi nedeni ile nadir gözlenmektedir.¹ Tinea kapitisin özellikle görüldüğü yaş grubu, hekimlerin %78,4'ü tarafından çocukluk ve erişkin dönem olarak düşünülmüştür. Tinea kapitisin görüldüğü yaşlara ait bilgi düzeyi skoru tüm hekimlerde 1,2±0,58, pratisyenlerde 1,12±0,51, uzmanlarda 1,27±0,61 olup, pratisyen ile uzman hekimlerin bilgi düzeyi skoru arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05). Hastalığın çocuk yaş grubunda görüldüğünün çoğunlukla bilinmesi ise kalıcı alopesileri önlemede olumlu bir göstergedir.

Etken; mikroorganizmanın cinsine göre gri kuru kepekli plaklar, siyah noktalı plaklar, eritemli-yapışkan seboroik dermatit benzeri plaklar (*Tricophyton* suşları), üzerinde püstül ve yağlı kepekler bulunan nodüller ve kıl köklerine sıkıca yapışan sarı kepeklerden (*Microsporum* suşları) oluşan klinik görünümle karşımıza çıkabilmektedir.¹⁰ Tinea kapitisin en sık bilinen formu, hekimlerin %62'sinin işaretlediği gri kuru kepekli plaklar olur iken; en az bilinen formu, %12'sinin işaretlediği siyah noktalı plaklar olmuştur. Tinea kapitisin klinik formlarına ait bilgi düzeyi skoru tüm hekimlerde 1,94±1,18, pratisyenlerde 2,06±1,27, uzmanlarda 1,86±1,11 olup, pratisyen ile uzman hekimlerin bilgi düzeyi skoru arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05). Tinea kapitisin yüzeysel formunun en çok bilinen form olması, saçlı derideki kepeklenmede tinea kapitisin ilk sıralarda akla gelebilir olduğunu göstermektedir. Tinea ka-

pitis profunda olarak adlandırılan, skar bırakan, derin, inflamatuvar formun yeterince bilinmemesi ve özellikle bakteriyel enfeksiyonlarla karıştırılarak antibiyotik tedavisi düzenlenmesi, hastanın tanısını ve tedavisini geciktirerek skatrisiyel alopesiyi engellemede geç kalınmasına neden olabilmektedir. Bu formun fronkül, karbonkül gibi enfeksiyonlarla karıştırılarak insizyon ve drenaj yapılması ve özellikle çocuk yaş grubunda travmatik sonuçlara neden olması da nadir olmayan bir durumdur.

Tinea kapitis, saçlı derinin yüzeysel bir mantar enfeksiyonu olup, sıklıkla eşlik eden tek sistemik semptom servikal veya postauriküler lenfadenopatidir.⁶ Tinea kapitis eşlik edebilecek sistemik semptom olan lenfadenopati, tek başına hekimlerin %56'sı tarafından kabul edilirken, klinik tabloya eşlik etmeyen sistemik semptomlar %38,7'si tarafından klinik semptom olarak kabul edilmiştir. Tinea kapitisin klinik formlarına ait bilgi düzeyi skoru tüm hekimlerde 1,94±1,18, pratisyenlerde 2,06±1,27, uzmanlarda 1,86±1,11 olup, pratisyen ile uzman hekimlerin bilgi düzeyi skoru arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05). Tinea kapitis bulantı-kusma, ateş, halsizlik gibi semptomların eşlik edebileceğinin düşünülmesi ise lokal bir deri enfeksiyonu olan tinea kapitisin sistemik bir enfeksiyon olarak düşünülmesi, hatta çoğunlukla da bakteriyel enfeksiyonlarla karıştırılması ile açıklanabilmektedir.

Hastalığın tanısında kullanılan yöntemler; fizik muayene, Wood lambası incelemesi (ekzotrikslerde), potasyum hidroksit ile direkt mikroskopik inceleme ve mantar kültürüdür.¹⁰⁻¹² Tinea kapitis tanısında kullanılan yöntemlerden en çok bilineni fizik muayene (%84,4) olur iken, en az bilineni ise mantar kültürü (%42,2) olarak saptanmıştır. Tinea kapitis tanısında kullanılan yöntemlere ait bilgi düzeyi skoru tüm hekimlerde 2,28±1,13, pratisyenlerde 2,22±1,2, uzmanlarda 2,33±1,07 olup, pratisyen ile uzman hekimlerin bilgi düzeyi skoru arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05). Tanıda en sık başvurulan yöntemler olan mikroskopik inceleme ve kültür yöntemlerinin hekimlerin yarısı tarafından bilin-

memesi, özellikle birinci basamak hekimleri tarafından tanının atlanması veya sadece klinik bulgulara dayanarak yanlış mantar tanısı konulması sonuçlarına yol açabilmektedir. Tinea kapitisin kesin tanısı çoğunlukla dermatologlar tarafından konulduğundan, tanı yöntemleri de dermatologlar tarafından tam olarak bilinse de bu tanıyı göz ardı etmemek ve özellikle ekzemalar ile bakteriyel enfeksiyonlar ile ayırıcı tanıda yer alan ve tedaviyi tamamen farklı kılan durumlardan kaçınmak için mevcut ayırt ettirici tanı yöntemlerinin de bilinmesi ve hastanın yönlendirilmesi gerekmektedir.

Sikatrisyel alopesi ile sonuçlanarak kozmetik problem yaratan hastalığın tedavisinde; oral gri-seofulvin, terbinafin, itrakonazol kullanılmakta olup, tedaviye yardımcı ajanlar topikal antifungal-ler, ketokonazol ve selenyum sülfütlü şampuanlar, kerionlarda inflamasyonu baskılamak amacıyla kısa süreli olarak kullanılabilen oral prednizolondur.¹⁰⁻¹² Hekimlerin %37'si tinea kapitis tedavisinde kullanılabilir ilaçlar hakkında fikir belirtmiş, fakat bu hekimlerin %16,2'si esas tedavi olan oral antifungal tedavilerden herhangi birini tercih etmemiştir. Tinea kapitisin tedavi seçeneklerine ait bilgi düzeyi skoru tüm hekimlerde 2,23±3,03, pratisyenlerde 4,18±3,08, uzmanlarda 0,75±1,97 olup, pratisyen hekimlerin bilgi düzeyi skoru uzman hekimlerinkinden yüksek bulunmuştur. Tedavi seçeneklerinin de çoğunlukla bilinmemesi ve yanlış tedavi seçeneklerinin tercihi de aslında kolay tedavi edilebilen ve komplikasyonları önlenebilen bir hastalığın çözümünde önemli problemler olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Tinea kapitis, ülkemizde hâlâ sık olarak görülen ve halk sağlığı problemi olarak değerlendirilebilecek, birinci basamakta da tanı konulup tedavi edilebilecek bir dermatofitozudur. Bu çalışmada, tıp eğitimi almış, birinci basamak aile hekimliği ve branş uzmanlığı hekimliği yapan hekimlerin, tinea kapitis hakkındaki temel bilgilerinin yeterli olmadığı gözlenmiştir. Yapılacak olan çalışmalar özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve hastalık profilaksisinde önemli rol oynayacaktır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Seval Karasati, Atiye Oğrum; **Tasarım:** Seval Karasati, Atiye Oğrum; **Denetleme/Danışmanlık:** Seval Karasati; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Seval Karasati; **Analiz ve/veya Yorum:** Seval Karasati; **Kaynak Taraması:** Seval Karasati; **Makalenin Yazımı:** Seval Karasati; **Eleştirel İnceleme:** Seval Karasati; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Seval Karasati; **Malzemeler:** Seval Karasati.

KAYNAKLAR

1. Elewski BE. Tinea capitis: a current perspective. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(1 Pt 1):1-20. [[Crossref](#)]
2. Dicle Ö, Özkesici B. [Tinea capitis]. *Turk J Dermatol.* 2013;7:1-8.
3. Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol.* 2010;28(2): 197-201. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
4. Cortés GA, Mardones VF, Zemelman DV. [Aetiology of childhood alopecia]. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(4):264-9. [[Crossref](#)]
5. Metin A, Subaşı S, Bozkurt H, Calka O. Tinea capitis in Van, Turkey. *Mycoses.* 2002;45(11-12):492-5. [[Crossref](#)]
6. James WD, Berger TG, Elston DM. Tinea capitis. *Andrews' Diseases of the Skin.* 11th ed. China: Saunders Elsevier; 2011. p.288-90.
7. Ertuş D, Kartal D, Utaş S. [Clinical evaluation of superficial infections in children]. *Turk J Dermatol.* 2015;9:186-9. [[Crossref](#)]
8. Gümüşay T, İlkit M. Epidemiology of tinea capitis in Ceyhan district, Adana in Cukurova region, Turkey. *Mycoses.* 2006;49(4):366-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
9. Altindis M, Bilgili E, Kiraz N, Ceri A. Prevalance of tinea capitis in primary schools in Turkey. *Mycoses.* 2003;46(5-6):218-21. [[Crossref](#)]
10. Gür G. [Childhood fungal infections]. *Turk-derm.* 2011;45 Suppl 2:109-16. [[Crossref](#)]
11. Higgins EM, Fuller LC, Smith CH. Guidelines for the management of tinea capitis. *British Association of Dermatologists. Br J Dermatol.* 2000;143(1):53-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
12. Möhrensclager M, Seidl HP, Ring J, Abeck D. Pediatric tinea capitis recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6(4):203-13. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]