

Bir Tinea Incognito Olgusu

A CASE OF TINEA INCOGNITO

Ekin (BOZKURT) ŞAVK*, Göksun (CAN) KARAMAN*, Neslihan ŞENDUR**

* Yrd.Doç.Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Doç.Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, AYDIN

Özet

Sistemik ya da topikal kortikosteroid kullanımı sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniğinden uzaklaşan ve bu nedenle de tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit infeksiyonu "tinea incognito" olarak adlandırılır. Burada "şekil değiştirmiş tinea" ya da "steroid ile modifiye tinea" olarak da isimlendirilebilecek bu tabloyu gözlemlediğimiz bir olgumuz sunulmaktadır. 35 yaşındaki bayan hasta sağ ayak sırtındaki kaşıntılı kızarıklık nedeniyle başvurmuştur. 7-8 aydır çeşitli topikal sağaltım seçeneklerine yanıtız kaldığı öğrenilen hastanın dermatolojik muayenesinde sağ ayak sırtı ve ilk iki parmak dorsalini kaplayan, yer yer birkaç mm.'lik nodüller ve üzeri ek-skoriye alanlar içeren, bazı alanlarda minimal deskuamasyon gösteren, livid renkli eritemli, atrofik ve telanjektaziler barındıran 10-15 cm.'lik plak saptanmıştır. Olgunun kesin tanısı tekrarlanan mikotik tetkikler ile mümkün olmuş ve anti-mikotik sağaltıma tam yanıt alınmıştır. Bu olgu aracılığı ile, dermatolojik yakınması olan hastalarda kesin tanı konmaksızın sağaltıma yönelmenin sakıncalarının hatırlatılması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tinea incognito, Tanı, Kortikosteroidler,

Yan etkiler

T Klin Dermatoloji 2001, 11:30-33

Summary

Dermatophyte infection modified by systemic or topical glucocorticoid treatment is known as tinea incognito. We present such a case and emphasize the diagnostic difficulties steroid modified tinea may cause. The 35 year old female patient complained of redness and itch on her right foot which had been resistant to several topical medicaments for 7-8 months. Dermatological examination revealed a 10-15 cm erythematous, atrophic and telangiectatic plaque with several small nodules some of which were excoriated. Repetitive mycotic investigation provided the final diagnosis and the lesion showed complete resolution with antimycotic treatment. With this report, we also aim to remind all physicians of the risk of treating dermatological patients without proper diagnosis.

Key Words: Tinea incognito, Diagnosis, Corticosteroids, Side effects

T Klin J Dermatol 2001, 11:30-33

Sistemik ya da topikal kortikosteroid kullanımı sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniğinden uzaklaşan ve bu nedenle de tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit infeksiyonu "tinea incognito" olarak adlandırılır (1-3). "Şekil değiştirmiş

tinea" ya da "steroid ile modifiye tinea" olarak da isimlendirilebilecek bu tablo, kortikosteroid uygulamasına ikincil gelişen kutan değişiklikler nedeniyle çok farklı et-yopatogeneze sahip dermatozlarla karışabilmektedir. Bu yazıda tinea incognito olarak değerlendirdiğimiz bir olgu sunulmaktadır. Böylece yüzeysel mikozların deneyimli gözlemcilerce yapılacak ayırıcı tanısında bile güçlükler olabileceği vurgulanmak istenmiştir. Yine bu olgu aracılığı ile, dermatolojik yakınması olan hastalarda kesin tanı konmaksızın sağaltıma yönelmenin sakıncalarının hatırlatılması hedeflenmiştir.

Geliş Tarihi: 11.06.1999

Yazışma Adresi: Dr.Ekin (BOZKURT) ŞAVK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, AYDIN

Bu olgu 4-6 Mayıs 1999 tarihlerinde İzmir'de düzenlenen 1. Ulusal Mantar hastalıkları ve Klinik Mikoloji Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Olgu

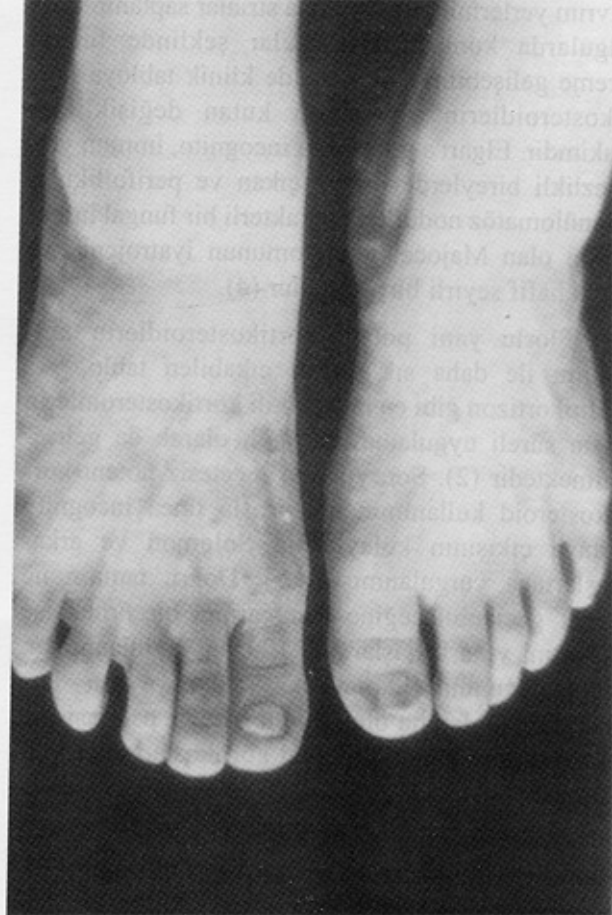
35 yaşındaki bayan hasta polikliniğimize sağ ayakta kızarıklık ve kaşıntı yakınması ile başvurdu. Sağ ayak sırtı ve ilk iki parmak dorsali- ni kaplayan, yer yer birkaç mm.'lik nodüller ve üzeri ekskoriye alanlar içeren, bazı alanlarda minimal deskuamas-yon gösteren, livid renkli eritemli, atrofik ve telenjiektaziler barındıran 10-15 cm.'lik plak saptandı. 7-8 aydır mevcut olan lezyonun aralarında deri ve zührevi hastalıkları uzmanının da bulunduğu çeşitli hekimlerce düzenlenen reçetelere yanıtız kalmış olduğu öğrenildi. Bu öykü ve klinik görünüm ile olguda öncelikle düşünülen ön tanılar nekrobiyozis lipoidika ve lokalize skleroderma olurken, daha düşük olasılıkla granuloma annulare ve sarkoidoz olasılıkları da tartışıldı. Olgu antimikotik sağaltım da görmüş olduğunu ifade etmekteydi. Buna rağmen lezyonunun yavaşça büyüdüğünü be-

lirtmesi ilk muayene sırasında yüzeysel bir mikoz olasılığından uzaklaştırıcı oldu. Bu muayene sırasında gerçekleştirilen mikotik direkt bakı da olumsuz bulundu. Yukarıda sayılan ön tanıların araştırılmasına yönelik olarak başta histopatolojik inceleme olmak üzere çeşitli laboratuvar incelemeleri planlandı. Herhangi bir topikal ya da sistemik ajan uygulanmaksızın geçen bir haftanın sonrasında ikinci muayene gerçekleştirildi. Eritem ve deskuamasyonda bir miktar artma saptanması üzerine mikotik direkt bakı tekrarlandı. Bu kez ayak sırtından alınan örnekte 4+ miçel görülürken birinci ve ikinci ayak parmak arasından alınan kazıntıda 1+, birinci parmak tırnağı kazıntısında da 3+ miçel saptandı. Bu sonuçlarla olgu tinea pedis ve onikomikoz olarak değerlendirildi ve tiokonazol krem ile kombine haftada bir flukonazol 150 mg kapsül başlandı (Şekil 1).

Olgunun iki hafta sonraki ilk kontrolünde



Şekil 1. Lezyonun sağaltım öncesinde görünümü.



Şekil 2. Lezyonun sağaltım başladıktan 1 ay sonraki

eritem ve deskuamasyonda belirgin düzelme izlendi. Hastanın bu kez yanında getirmiş olduğu ve "mantar ilacı" olarak verilmiş olduğunu ifade ettiği çeşitli kremlerden bazılarının son derece güçlü kortikoidler oldukları gözlemlendi. Sistemik sağaltım aylık kontrollerle üç ay sürdürüldü. Özellikle ilk ay içerisinde eritem ve deskuamasyon tama yakın gerilerken nodüllerdeki düzelmenin üçüncü ay içerisinde belirginleştiği gözlemlendi (Şekil 2).

Tartışma

Adından da anlaşıldığı üzere şekil değiştirmiş, tanısı saklı kalmış yüzeysel dermatofit infeksiyonu olan tinea incognito aslında tipik bir öykü ve kliniğe sahiptir (2,3). Başlangıçta kortikosteroidlerin antiinflamatuvar etkileri aracılığıyla lezyonun eritem ve deskuamasyonunda bir miktar azalma ve pruritusta gerileme tariflenir. Zamanla lezyon keskin sınırını yitirir ve beklenenden de hızla çevreye doğru büyüme gösterir. Muayenede nodüller ile kortikosteroidlere bağlı atrofi, telenjektazi ve hatta kıvrım yerlerinin tutulumuyla strialar saptanır. Bazı olgularda konsantrik halkalar şeklinde fungal üreme gelişebilirse de genelde klinik tabloya kortikosteroidlerin yol açtığı kutan değişiklikler hakimdir. Elgart'a göre tinea incognito, immun yetmezlikli bireylerde ortaya çıkan ve perifoliküler granülomatöz nodüllerle karakterli bir fungal infeksiyon olan Majocchi granülomunun iyatrojenik ve daha hafif seyirli bir formudur (4).

Florlu yani potent kortikosteroidlerin kullanımını ile daha sık ortaya çıkabilen tablo, %1 hidrokortizon gibi en hafif etkili kortikosteroidlerin uzun süreli uygulamasına bağlı olarak da gelişebilmektedir (2). Son yıllarda reçetesiz potent kortikosteroid kullanımındaki artışla tinea incognito ortaya çıkışının kolaylaştığı Solomon ve arkadaşlarınınca vurgulanmıştır (5). Doğru tanının ne kadar gecikebileceğine dair çarpıcı bir örnek ise Agostini ve arkadaşlarınınca 1995'te yayınlanmıştır. Tüm vücudunu kaplayacak kadar yaygın dermatofitozu olan bu olgu 48 yıl süreyle psoriasis ve ekzema gibi tanılarla topikal kortikosteroidler kullanmıştır (6).

Tinea incognito'nun kesin tanısı için fungal elementlerin gösterilmesi şarttır. Özellikle Epidermophyton floccosum'un etken olduğu infeksiyonlarda steroid ile baskılamanın mikozun

yayılımını belirgin olarak kolaylaştırdığı bilinmektedir. Baskılanmış tinea olgularında fungal hiflerin yoğun birikimi sonucu bulaştırıcılık riski de oldukça artabilmektedir. Buna bir örnek olarak, başka bir dermatoz nedeni ile yatmakta olduğu dermatoloji servisinde sistemik kortikosteroid sağaltımı gören ve bu nedenle de mevcut Trichophyton violaceum infeksiyonu tanınmayan bir olgunun servisteki diğer hastalarda yol açtığı fungal epidemiy gösterilebilir (7). Özetle "tinea incognito" hasta için yakınmalarının şiddet ve süresinde artış demek olurken toplum sağlığı açısından da artmış fungal infeksiyon riski anlamı taşımaktadır.

Oldukça tipik bir tinea incognito olgusu olan hastamızı sunarken birkaç noktayı vurgulamayı hedefledik. Öncelikle dermatologların çok sık karşılaştıkları ve genelde hem tanısında hem de sağaltımında zorlanmadıkları bir hastalık grubu olan yüzeysel mikozların bile bazı şartlarda ciddi tanısal sıkıntıya neden olabileceklerini hatırlatmak isteriz. Olgumuzun ilk değerlendirmesinde klinik tablonun akla getirdiği ön tanı spektrumu skleroderma gibi bir kollagen doku hastalığından sarkoidoz ve granuloma annulare gibi granulomatöz hastalıklara kadar uzanmakta idi. İnvaziv tanı yöntemlerine başvurmadan önce sorgulama ve muayenenin tekrarı yanında mikotik incelemenin de yinelenmesi olgumuzda doğru tanıyı koydurucu olmuştur.

Vurgulanmasını gerekli gördüğümüz ikinci nokta yalnızca topikal antimikotik ile 2-3 haftada iyileşebilecek bir dermatozu olan olguya uygulanan yanlış sağaltımın tanıda gecikme, sağaltım süresinde uzama ve sistemik sağaltım gereksinimine neden olduğudur. Bu olgu aracılığıyla tüm hekimlerin dermatolojik hastalıklarda kesin tanı koymaksızın sağaltıma girişmelerinin ciddi sakıncalarının olduğunu, aksi takdirde hastaya yarar değil zarar getireceğini hatırlatmayı uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Martin AG, Kobayashi GS. Fungal Diseases with Cutaneous Involvement. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. Dermatology in General Medicine, 5th ed. New York: McGraw Hill Inc, 1999: 2347.
2. Hay RJ, Roberts SOB, Mackenzie DWR. Mycology. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Textbook of Dermatology, 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 1159-60.
3. Gül Ü. Tinea incognito. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri

- Dergisi 1997; 17:430-1.
4. Elgart ML. Tinea incognito:an update on Majocchi granuloma. *Dermatol Clin* 1996; 14:51-5.
 5. Solomon BA, Glass AT, Rabbin PE. Tinea incognito and "over-the-counter" potent topical steroids. *Cutis* 1996; 58:295-6.
 6. Agostini G, Knopfel B, Difonzo EM. Universal dermatophytosis (tinea incognito) caused by *Trichophyton rubrum*. *Hautarzt* 1995; 46:190-3.
 7. Faergemann J, Fredriksson T, Herczka O, et al. Tinea incognito as a source of an epidemic of *Trichophyton violaceum* infection in a dermatological ward. *Int J Dermatol* 1983; 22:39-42.