

Pitriyazis Rozea Benzeri Bir Tinea İnkognito Olgusu

Pityriasis Rosea Like a Case of Tinea Incognito

Emine ÇÖLGEÇEN,^a
Nilsen YILDIRIM ERDOĞAN,^b
Yalçın ERDOĞAN^c

^aDermatoloji AD,
^bAile Hekimliği AD,
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Yozgat
^cPatoloji AD,
Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çanakkale

Geliş Tarihi/Received: 24.05.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 08.10.2012

*Bu olgu sunumu, 11. Ulusal Aile Hekimliği
Kongresi (16-20 Mayıs 2012, Antalya)'nde
poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Emine ÇÖLGEÇEN
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, Yozgat,
TÜRKİYE/TURKEY
drecolgecen@hotmail.com

ÖZET Tinea inkognito, genellikle sistemik ya da topikal kortikosteroid kullanımına sekonder görülen, tipik yüzeysel mikoz kliniği göstermediğinden tanısı zor olan bir dermatofit enfeksiyonudur. Olgumuz kliniğe pubik bölgesinde pitriyazis rozea benzeri dermatoz tablosu ile başvuran 11 yaşında erkek hastadır. Topikal ve sistemik steroid kullanımı öyküsü olan hastaya dermatofit tanısı histopatolojik olarak kondu. Kesin tanı sonrası uygulanan sistemik ve topikal antimikotik tedaviye hasta iyi yanıt verdi. Sonuç olarak, tinea inkognito ender görülen bir tablo olmayıp ampirik uygulanan steroid tedavileri nedeniyle farklı klinik şekillerde prezente olabilir. Bu nedenle atipik, eritemli ve pullanan plakları olan olgularda dermatofitoz varlığının akılda tutulması gerektiği ve uygun antifungal tedavi ile iyileşme sağlanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tinea; pitriyazis rozea

ABSTRACT Tinea incognito is a dermatophytic infection that is usually seen secondary to systemic or topical corticosteroid utilization and difficult to diagnose because it does not show the typical clinical presentation of superficial mycosis. The present case was an 11-year-old male patient presenting with pityriasis rosea-like dermatosis in his pubic region. The patient with a history of topical and systemic steroid usage was diagnosed as dermatophytosis by histopathological examination. After definitive diagnosis, the patient responded well to systemic and topical antimycotic treatment. As a result, tinea incognito is not a rare clinical entity and can be presented with different clinical forms due to ampirical steroid treatments. Thus, in the cases of atypical, erythematous and scaly plaques, it should not be forgotten that the existence of dermatophytosis should be kept in mind and recovery can be achieved with appropriate antifungal therapy.

Key Words: Tinea; pityriasis rosea

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2012;22(3):177-9

Topikal ya da sistemik steroid kullanımı sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniği değişen ve tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit enfeksiyonu “tinea inkognito” olarak adlandırılır. Lezyon genellikle semptomsuzdur. Bazen kaşıntılı ya da ağrılı olabilir. Koyu kırmızı veya viyolese renkte olabilir. Papüler ve püstüler lezyonlar gözlenebilir. Steroid uygulanmasından kaynaklanan atrofik bir görünüm alabilir. Tedavide sistemik antimikotik kullanmak gerekmektedir.^{1,2}

OLGU SUNUMU

On bir yaşındaki erkek hasta, ilk olarak karın alt kısmında başlayan, kasık bölgesine doğru yayılan, bir aydan beri devam eden, kızarıklık şikâyeti ile kliniğimize getirildi. Hikâyesinde ilk karın alt kısmında hafif kaşıntılı, madeni para büyüklüğünde kızarıklık, ortası kepekli döküntü çıktığını ifade etti. Bu şikâyeti ile doktora giden hastaya pitriyazis rozea teşhisi konup, topikal steroid ve sistemik antihistamin tedavisi başlanmış. İlaçları iki hafta kullanan hasta döküntülerinin artması üzerine tedaviyi bırakmış ve kliniğimize başvurmuştur.

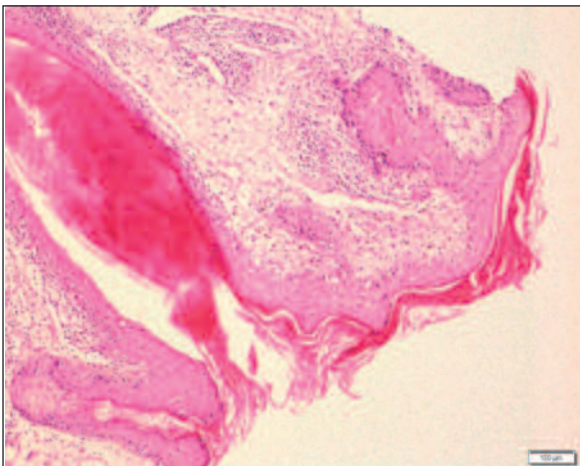
Dermatolojik muayenesinde, pubik ve her iki inguinal bölgede eritemli ortasında yakalılık tarzı sokuam içeren pitriyazis rozea benzeri lezyonlar vardı (Resim 1). Hastanın öz geçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Lezyondan alınan kazıma materyalinin %20'lik KOH ile hazırlanan direkt mikroskopik bakışında mantar elemanı gözlenmedi. Hastanın pubik bölgesinden pitriyazis rozea, seboreik dermatit, inverse psöriyazis ve kontakt dermatit ön tanıları ile deri biyopsisi alındı. Pubik bölgeden alınan "puch" biyopsi örneğinin H&E kesitlerinde stratum korneumda follikül orifislerinde yoğunlaşan parakeratoz-hiperkeratoz ve çok sayıda kısa mantar

hif-sporlarının varlığı dikkati çekti. Epidermiste spongioz, akantoz, lenfosit ekzositozu ve papiller dermiste ödeme eşlik eden melanin inkontinansı izlenmekle birlikte süperfisial ve mid-dermiste perivasküler, perifolliküler, periadnksial dağılım gösteren nötrofillerden zengin, plazma hücrelerinin de eşlik ettiği akut-kronik iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 2A). Uygulanan Periyodik Asit-Schiff (PAS) histokimyasal boyası ile stratum korneumdaki mantar elemanlarının varlığı doğrulandı (Resim 2B).



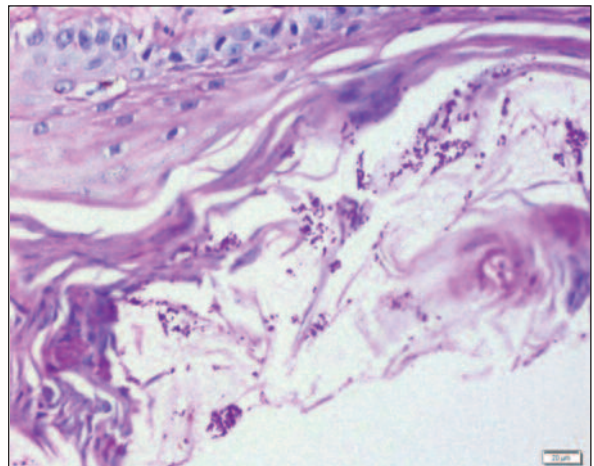
RESİM 1: Eritemli ortasında yakalılık tarzı sokuam içeren pitriyazis rozea benzeri lezyonlar.

(Renkli hali için Bkz. <http://dermatoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2A: Stratum korneumda, follikül orifislerinde yoğunlaşan parakeratoz-hiperkeratoz ve perivasküler, perifolliküler, periadnksial dağılım gösteren akut-kronik iltihabi hücre infiltrasyonu (H&Ex10).

(Renkli hali için Bkz. <http://dermatoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2B: Stratum korneumda lokalize çok sayıda PAS (+) kısa mantar hif-sporları (H&Ex40).

(Renkli hali için Bkz. <http://dermatoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

Hastaya bir ay süreyle 250 mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik krem verildi. İki hafta sonraki kontrolünde lezyonun gerilediği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Klasik tinea korporisin lezyonu, kenar aktivasyonu olan, ortası solgun, üzerinde kirli-beyaz renkte skuam bulunan plak tarzındadır. Tinea inkognitoda ise yanlış uygulanan steroid tedavisi ile klinik görüntü değişir. Steroidlerin 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.²⁻⁵ Ayrıca tinea inkognito takrolimus ve pimekrolimus gibi topikal immünmodilatör ajanların kullanımına bağlı olarak da bildirilmiştir.^{6,7}

Papüler rozase, seboreik dermatit, follikülit, püstüler psöriyazis, eritema migrans eritem ve deskuamasyon olmaksızın alopesi, hipopigmente ve poikilodermik lezyonlar şeklinde olgular bildirilmiştir.^{2,4,7-9} Tinea inkognitonun ayırıcı tanısında kontakt dermatit, psöriyazis, ekzema, pitriyazis rozea, likenoid dermatitler, lupus eritematozus, atopik dermatit ve bakteriyel enfeksiyonlar gibi

pek çok dermatolojik hastalık yer almaktadır.^{3,6,10} Bizim hastamızın da pubik ve her iki inguinal bölgesinde eritemli ortasında yakalık tarzı skuam içeren pitriyazis rozea benzeri lezyonları vardı. Tinea inkognitoda klinik görünümdeki çeşitlilikler doğru tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilir.

Lokalize tinea korporis olguları topikal antifungal ajanlara iyi yanıt verirken tinea inkognito olgularının tedavisinde sistemik antifungal ajanlara gereksinim duyulmaktadır. Terbinafin, itrakonazol ve flukonazol gibi azoller stratum korneumda biriktikleri için griseofulvine tercih edilirler.^{2,6,8} Hastamızda bir ay süreyle uyguladığımız oral terbinafin ve topikal antimikotik tedaviye olumlu yanıt aldık.

Burada vurgulanmasını gerekli gördüğümüz nokta; yalnızca topikal antimikotik ile 2-3 haftada iyileşebilecek bir dermatozu olan olguya uygulanan yanlış tedavinin tanıda gecikme, invaziv tetkiklere ve sistemik tedavi gereksinimine neden olduğudur. Bu nedenle eritemli, skuamlı hastalıklarda direkt tedavi başlanmadan önce dermatofit enfeksiyonları da ayırıcı tanıda düşünülmeli ve buna yönelik incelemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Verma S, Heffernan MP. Fungal diseases. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p.1807-21.
2. Aliağaoğlu C, Atasoy M, Balık Ö, Aktaş A, Özdemir Ş. [Four cases of tinea incognito with different localizations]. *Journal Turkderm* 2006;40(Suppl B):26-8.
3. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. *Pediatr Dermatol* 2000;17(1):41-4.
4. Feder HM Jr. Tinea incognito misdiagnosed as erythema migrans. *N Engl J Med* 2000; 343(1):69.
5. Şavk EB, Karaman GC, Şendur N. [A case of tinea incognito]. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2001;11(1):30-3.
6. Trager JD. What's your diagnosis? Nine-year-old girl with a pubic rash gone incognito. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(4):307-12.
7. Serarşlan G. Pustular psoriasis-like tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*. *Mycoses* 2007;50(6):523-4.
8. Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, Borlu M, Koç AN, Utaş S. [A case of tinea incognito due to *Trichophyton rubrum*]. *Journal Turkderm* 2005;39(3):204-7.
9. Kawakami Y, Oyama N, Sakai E, Nishiyama K, Suzutani T, Yamamoto T. Childhood tinea incognito caused by *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale* mimicking pustular psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2011;28(6):738-9.
10. Sánchez-Castellanos ME, Mayorga-Rodríguez JA, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Tinea incognito due to *Trichophyton mentagrophytes*. *Mycoses* 2007;50(1):85-7.