

Pityrosporum'un İzole Edildiği Follikülitli Dört Hasta¹

FOUR PATIENTS WITH FOLLICULITIS AND ISOLATED PITYROSPORUM OVALE

Derya AYTİMUR*, İlgen ERTAM**, Sezer ERBOZ***

* Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

** Uz.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

***Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, İZMİR

Özet

Pityrosporum follikülitli pityrosporum mayaları tarafından oluşturulan ve eritemli folliküler papül ve püstüllerle karakterli bir hastalıktır. Çoğunlukla akne vulgaris ile karışabilmektedir. Pityrosporum ovale laboratuvar şartlarında üretilmesi güç bir maya türüdür. Burada direkt bakıda tespit edilip kültürde üretilmesi nedeniyle pityrosporum follikülitli dört hasta sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pityrosporum ovale, Follikülit, Pityrosporum follikülitli

T Klin J Med Sci 2002, 22:77-79

Summary

Pityrosporum folliculitis is a disease which is caused by pityrosporum yeasts and characterized by follicular papules and pustules. It is often mistaken for acne vulgaris. Pityrosporum ovale is a type of yeast which is difficult to isolate under laboratory conditions. Here, we present four cases in which direct microscopic examination yielded fungi and pityrosporum ovale was isolated.

Key Words: Pityrosporum ovale, Folliculitis, Pityrosporum folliculitis

T Klin J Med Sci 2002, 22:77-79

Normal deri florasında bulunan mantarlardan sferik şekilli olan *P. orbiculare*, ovoid şekilli olan ise, *P. ovale* olarak adlandırılmaktadır (1). Son zamanlarda bu iki formun aynı organizmanın hücre siklusunun iki değişik evresi olduğu ileri sürülmektedir (2). Kolonizasyon özellikle saçlı deri, fleksüral bölgeler ve gövde üst kısmında yoğundur. Sferik ve oval maya mantarının aynı organizmanın farklı morfolojik formları olduğu öne sürülmüştür fakat son yıllardaki yayınların çoğu *P. orbiculare* ve *P. ovale* sinonimini kabul etmemektedir (1). *P. follikülitinin P. ovale* ile ilişkisi ilk kez 1973 yılında Potter ve ark. tarafından belirlenmiştir. *P. follikülit* gövde üst kısmı ve omuzlara yerleşmiş kaşıntılı papül ve püstüllerle karakterlidir. Isı ve terlemenin rol oynadığı hastalık çoğunlukla akne vulgaris olarak değerlendirilmektedir (3).

Olgu-1

22 yaşında kadın hasta 2 aydan beri devam eden sırtta kaşıntı ve sivilce şikayetiyle başvurdu. Hemşire olan hasta ilk defa bu şikayete başvuruyordu ve herhangi bir tedavi görmemişti. Öz ve soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenesinde, sırtta, omuzda dağınık yerleşimli konik şekilli eritemli papül ve püstülleri mevcuttu. Yüzünde ve

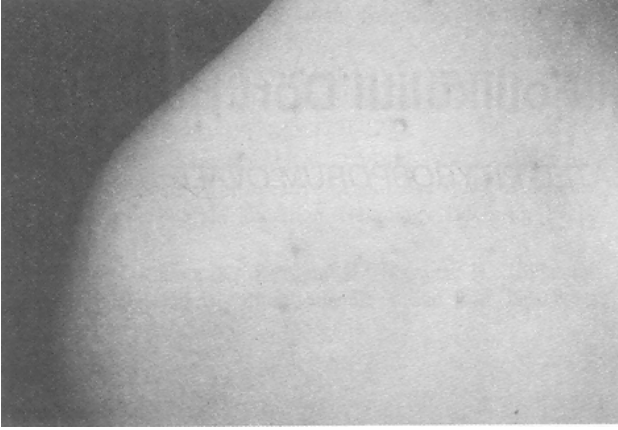
vücudunun diğer yerlerinde benzer lezyonu yoktu. Saç, tırnak, oral mukoza bakısı normaldi.

Olgu-2

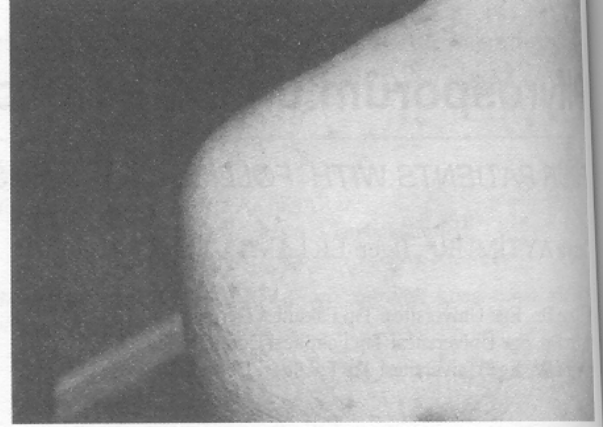
49 yaşında erkek hasta sırtta ve omuzlarda 3 aydan beri mevcut olan kaşıntı ve sivilce şikayetiyle başvurdu. Antihistaminik dışında tedavi görmeyen hastanın özgeçmişinde uzun süreli antibiyotik tedavisi sonrasında şikayetlerinin ortaya çıktığı belirtilmekteydi. Soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenesinde her iki omuzda ve sırtta eritemli papül, püstül ve yer yer hiperpigmente maküller saptandı. Saç, tırnak, oral mukoza bakısı olağandı (Şekil 1).

Olgu-3

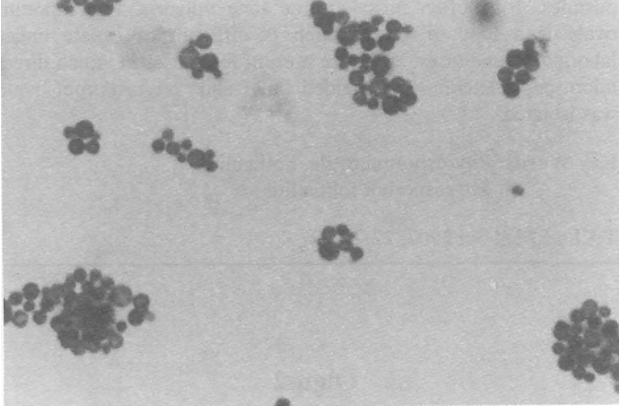
31 yaşında bayan hasta sırtta 5 aydan beri mevcut olan, kaşıntı ve sivilceler nedeniyle başvurdu. Polikliniğimize başvurana dek çeşitli sabunlar ve akne ilaçları kullanan hastanın bunlardan kısmi yarar gördüğü ama sürekli kaşıntı ile beraber tekrarladığı ifade edilmekteydi. Soygeçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenede, sırtta özellikle skapulalar üzerinde ve omuzlarda eritemli papül ve püstüller gözlemlendi. Saç, tırnak, oral mukoza bakısı olağandı.



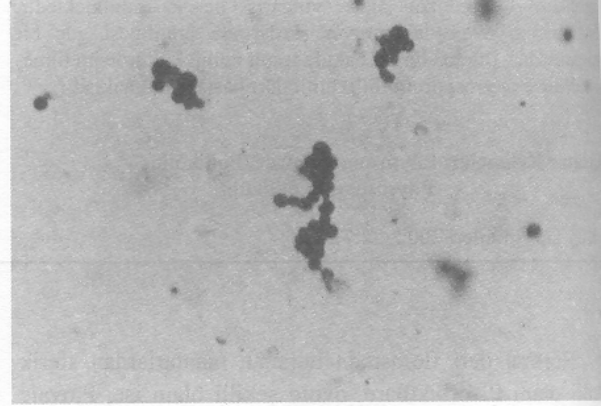
Şekil 1. Olgu-2'nin klinik görünümü.



Şekil 2. Olgu-4'ün klinik görünümü.



Şekil 3. Kültürden hazırlanan preparatın metilen-blue boyama ile görünümü.



Şekil 4. Kültürden yapılan preparatın gram boyama ile görünümü.

Olgu-4

19 yaşında erkek hasta 4 yıldan beri mevcut olan sivilceler ve özellikle terlemeyle artan kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Akneye yönelik çeşitli tedaviler gören hasta bu tedavilerle şikayetlerinin azalabildiğini ancak sürekli tekrarladığını ifade etmekteydi. Soygeçmişinde özellik olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde, sırt, torakal ön yüzde eritemli, kübik şekilli papül ve püstüller izlendi. Saç, tırnak, oral mukoza bakısı olağandı (Şekil 2).

Tanı için tüm hastalarda follikül tabanından alınan materyalin mikolojik bakısında, KOH damlatılıp hafif ısıtıldıktan sonra çift cidarlı sporlar ve kısa bölmeli hifler arandı. Materyalden gram ve metilen blue ile direk boyalı preparatlar hazırlandı. Kültür için follikül materyalinden petri kutusu içindeki Sabraud-dextroz agara ekim yapıldı. Üzerine bir tabaka zeytinyağı eklendi. 25-27 °C'de enkübe edildi. Koloniler 4-6 günde oluştu. Koloniler sarı-krem renkte ve granüler görünümdeydi. Kültürden yapılan

metilen-blue ve gram boyalı preparatın direk bakısında çift cidarlı çok sayıda maya hücresi görüldü. Bazı maya hücrelerinde germ tüp gözlemlendi (Şekil 3-4). P. follikülitisi tanıyan 4 hastaya da itrakanazol kapsül 7 gün ve ketokonazol krem ve şampuan haftada 3 kez olmak üzere verildi. Tüm hastalarda tedavinin 10. gününde belirgin gerileme saptandı. Hastalara tedavi sonrası ketokonazol şampuanı haftada iki kez kullanmaları önerildi.

Tartışma

Lipofilik bir maya olan Pityrosporum ovale (P.ovale) insan deri florasının bir üyesidir. Yuvarlak ve oval formları bildirilmiştir (3). Pityrosporum ve Malassezia furfur ortak antijenik fraksiyona sahiptir (2). Pityrosporum follikülitine yol açtığı gibi parenteral beslenme olan hastalarda fungal sepsise de neden olabilmektedir (4). P.ovale klinik olarak lezyonlu deriden ve normal deriden kültüre edilebilir ve normal flora elemanıdır. Sebumdan zengin alanlarda yoğun olmasına rağmen sebum üretimi yüksek olan yaşta hasta ve

kontrol grubu arasında yüzey lipid bileşimi arasında fark bulunamamıştır (5,6,7).

Nem, ılıman iklim, ailesel yatkınlık, Cushing hastalığı, diyabet, antibiyotik ve steroid hormon kullanımı immunsupresyon ya da beslenme yetersizlikleri miçel forma geçişten sorumludur (4,5,6). P.ovale, P. follikülit, seboreik dermatit, atopik dermatit ve psoriasis gibi hastalıkların patogeneğinde rol oynamaktadır (6,8). Ayrıca P.ovale deride, mukozada, tırnakta, komedon ve inflame folliküllerde blefaritte ve dış kulak yolunda bulunmaktadır (2).

P. follikülit yetişkin erkeklerde sık olarak görülmektedir. Çoğunlukla seboreik dermatiti ve kepeğe eğilim ile birlikte. Başlangıçta eritematöz papül, daha sonra folliküler püstüller görülmektedir. Lezyon karakteristiği genellikle monomorfiktir. Lezyonlar üst torakal bölge ve omuzlarda gözlenir ve tipik olarak kubbe şeklindedir (1,9). Lezyonlar seyrek olarak da ense, karın ve kalçalarda ortaya çıkabilmektedir. Lezyonların özellikle kapalı bölgelerde oluşmasının bu bölgelerde CO₂ miktarının fazla olmasından kaynaklandığı ve mantar kültürünün %7 CO₂ içeren etüvde 37 °C'de bekletilmesiyle mantarın patojenite kazandığı bildirilmiştir (10). Ayrırcı tanıda akne vulgaris ile karışabilmektedir. Komedon, kist, skar olmaması ile aknedden ayrılabilir. Ayrıca P. follikülitinin daha çok erişkinlerde görülmesi, kaşıntı varlığı ve lezyonların daha çok monomorfik oluşu ayırıcı yardımcıdır (1,7).

Tedavisinde ketokonazol, itrakonazol ve flukanazol gibi imidazol türevi ilaçlar oral ya da topikal yoldan kullanılabilir. Yapılan bir çalışmada topikal ve sistemik ketokonazolün etkili olduğu bildirilmiştir (7). Topikal olarak ayrıca, selenyum sülfid ve ketokonazol şampuan haftada 3 kez 15 dakikalık uygulamalar şeklinde önerilmektedir. Tedavi ile klinik düzelme elde edilebilme ancak pitryosporumların normal flora elemanı olması nedeniyle deriden elimine edilememektedir. Bu nedenle de nöksler sık olmaktadır.

Kültürde P.ovale üretilen 4 olgumuza da oral itrakonazol ve topikal ketokonazol şampuan tedavisi verilmiş olup, tedavilerden yanıt alınmıştır. Nüksleri önlemek amacıyla da, ketokonazol şampuan ile profilaksi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Hay RJ, Moore M. Mycology. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM eds. Textbook of dermatology, 6th ed. Oxford:Blackwell Science Publ 1999:1277-377.
2. Grigoriu D, Delacretoz J, Borelli D. Pityriasis versicolor. In Medical Mycology, Basle, Switzerland 1987;177-90.
3. Mercan E, Gökler G, Demirkesen C ve ark.Pityrosporum follikülit. Türkderm 1997;31:79-81.
4. Ann G.Martin, George S. Kabayashi. Yeast infections:candidiasis and pityriasis (T.versicolor) In:Irwin Feerdberg,Arthur Z Eisen, Klaus Wolff, K. Frank Austen, Lowell A. Goldsmith, Stefan I Katz, Thomas B. Fitzpatrick eds. Dermatology in General Medicine. 5th ed. Mc Graw Hill, 1999;2368-9.
5. Archer-Dubon C, Icaza-Chivez ME, Orozco-Topete R et al. An epidemic outbreak of Malassezia follikülit in three adult patients in an intensive care unit: a previously unrecognized nosocomial infection. Int J Dermatol 1999 Jun;38(6):453-6.
6. Faergemann J. Pityrosporum infections. J Am Acad Dermatol 1994;31:S18-S20.
7. Abdel-Razek M, Fadaly G, Abdel-Raaheem M et al. Pityrosporum (Malassezia) folliculitis in Saudi Arabia—diagnosis and therapeutic trials. Clin Exp Dermatol 1995 Sep;20(5):406-9.
8. Schmidt A: malassezia furfur: a fungus belonging to the physiological skin flora and its relevance in skin disorders. Cutis 1997 Jan;59(1):21-4.
9. Jacinto-Jamora S, Tamesis J, Katigbak ML. Pityrosporum follikülit in the Philippines. J Am Acad Dermatol 1991;24:693-6.
10. Erbakan N. Derinin Mantar Hastalıkları. Ankara:Türkiye Klinikleri Yayınevi,1989:106-17.

Geliş Tarihi: 28.03.2001

Yazışma Adresi: Dr.İlgen ERTAM
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD, İZMİR

[§]XVIII.Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde (26 Eylül-1 Ekim 2000, ANTALYA) yazılı bildiri olarak sunulmuştur.