



OLGU BİLDİRİSİ

Çocuklarda Nadir Görülen Bir Tırnak Hastalığı: Tinea Unguium

Uzm. Dr. Ragıp İsmail Engin,¹ Dr. Zeynep Kılıç²

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Erzurum

Yazışma Adresi: Dr. Ragıp İsmail Engin, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Erzurum
E-posta: drengin25@gmail.com

Özet

Çocuklarda Nadir Görülen Bir Tırnak Hastalığı: Tinea Unguium

Onikomikoz; dermatofit veya dermatofit olmayan küf ve mayaların neden olduğu tırnağın mantar infeksiyonları için kullanılan genel bir terimdir. Tinea pedis ve tinea unguium yetişkinlerde en sık görülen kutanöz mantar infeksiyonlarıdır. Ancak erken çocukluk (10 yaş altı) döneminde nispeten nadir olması nedeniyle gözden kaçabilir ya da yanlış tanı alabilir. Biz bu makalede beş yaşında tinea unguium tanısı konan olguyu nadir görülmesi ve uyarıcı olması açısından sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hasta, tırnak bozukluğu, tinea unguium

Abstract

A Rare Nail Disease in Children: Tinea Unguium

Onychomycosis is the general term used for fungal nail infections caused by dermatophytes or non-dermatophytic molds and yeasts. Tinea pedis and tinea unguium are the most common cutaneous fungal infections in adults. However, because of their relative rarity they may be overlooked or misdiagnosed in childhood (under the age of 10). This rare case of tinea unguium which was diagnosed in a 5-year-old child is presented here in order to draw some attention of physicians.

Keywords: Pediatric patients, nail disorder, tinea unguium

Giriş

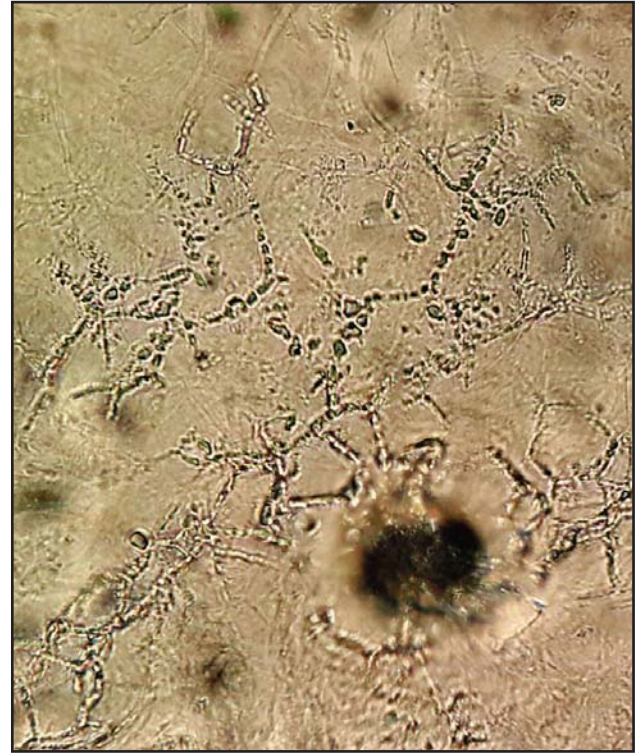
Onikomikoz tırnağın mantar infeksiyonudur. Tırnak matriksi, yatağı ve plağı olmak üzere tüm tırnak ünitesini etkileyebilir. Tüm tırnakta ya da tırnak plağında diskolorasyon, onikolizis, subungal hiperkeratoz ve destrüksiyon ile karakterizedir. Çocuklarda nadirdir ve prevalansı dünya çapında % 0.1-0.87 arasında değişmektedir (1). Distal lateral subungal, süperfisyel beyaz, proksimal subungal, total distrofik olmak üzere dört klinik tipi vardır (2). Dermatofitler, mayalar, dermatofit olmayan küfler ve bunların kombinasyonu etken olabilir. Yetişkinlerdeki gibi distal subungal onikomikoz en sık tipidir ve Trichophyton rubrum en sık etkidir. Bununla birlikte ayak tırnakları el tırnaklarından daha sık etkilenir (3). Onikomikoz çocuklarda nadir görüldüğünden dolayı tanı konulması gecikebilir. Biz burada iki yıl boyunca farklı tanılar alan ve tarafımızca onikomikoz tanısı konulan 5 yaşındaki kız olguyu sunmaktayız.

Olgu

Beş yaşında kız hasta polikliniğimize her iki ayak baş parmak tırnağında şekil bozukluğu şikayetiyle başvurdu. Ailesinden hastanın yaklaşık iki yıl önce tırnağının uç kısmında renk değişikliğinin başladığı giderek artıp ayak başparmakta tüm tırnak plağında renk ve şekil değişikliği olduğu ve herhangi bir sistemik hastalığı olmadığı öğrenildi. Kaşıntı şikayeti olmayan hastanın ailesi iki yıl içerisinde bir çok kez dermatoloji polikliniğine başvurduklarını ve kendilerine yapısal tırnak bozukluğu denilerek tedavi verilmediğini ifade etti. Ailesinde benzer şikayetler yoktu. Yapılan dermatolojik muayesinde, sol ayak birinci falanks tırnağında subungal keratoz, diskolorasyon ile tırnak plak parlaklığında kayıp mevcuttu (Resim 1). Diğer tırnakları normal değerlendirilen hastanın ayak tabanı ve intertrijinal bölge muayenesi de normaldi. Paronişi bulunmayan hastanın başka bir dermatofit infeksiyon odağı yoktu. Ebeveynlerinin dermatolojik muayenesinde herhangi bir dermatofit infeksiyonu tespit edilemedi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde herhangi bir patolojik durum yoktu. Tırnağından hazırlanan nativ preparatın %10 potasyum hidroksit (KOH) solüsyonu ile incelenmesinde çok sayıda hifa ve spor görüldü (Resim



Resim 1. Sol ayak birinci falanks tırnağında subungal keratoz, diskolorasyon ile tırnak plak parlaklığında kayıp



Resim 2. Mikroskopik incelemede çok sayıda hifa ve spor (X10)

2). Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımı, sedimentasyon düzeyi, C-reaktif protein düzeyi ve biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Hastaya nativ preparat tetkikiyle tinea unguium tanısı konuldu. 62,5mg/gün dozunda oral terbinafin tedavisi başlandı. Hasta halen klinik takibimiz altındadır.

Tartışma

Tinea pedis ve onikomikoz yetişkinlerde çok sık görülen deri hastalıklarındandır. Puberte öncesi nadir görüldüğü kabul edilmekle birlikte özellikle erken çocukluk döneminde sıklığı daha da azdır. İlkokul dönemi çocuklarında bildirilmesine rağmen bu popülasyonda çalışmalar yetersizdir (4). Türkiye’de, 7-14 yaşlarında 23235 çocukta onikomikoz sıklığının araştırıldığı çalışmada prevalans % 0,1 oranında bulunmuştur. 10 yaş sonrası ve erkeklerde daha sık rastlanmıştır (5). Çocuklarda erişkinlere göre onikomikozun daha az görülmesinin nedeni olarak; tırnak büyümesinin hızlı olması, tırnak yüzey alanının daha dar olması, patojenlerle karşılaşmanın, travma ve kolonizasyon olasılığının ve tinea pedis prevalansının daha az olması gibi faktörler düşünülmektedir (6). Çocuklarda en sık rastlanan tip distal lateral su-

bungual onikomikozdur. Total distrofik onikomikoz çocuklarda nadirdir (7). Etken organizma dermatofit, maya, dermatofit olmayan küfler ya da bunların kombinasyonu olabilir. Ayrıca ayak tırnakları el tırnaklarından daha sık tutulur (3). Çocukluk dönemi onikomikozu; ileri yaş, tinea pedis öyküsü, ailede infeksiyon öyküsü, kardeş sayısının fazla olması, yaşanılan evin küçük olması, kırsal bölgede yaşama ve erkek cinsiyet ile ilişkilendirilmiştir (1). 5 yaşındaki kız hastamızda klinik görünüm total distrofik tip ile uyumluydu. Hastamızda immünsüpresyon, tinea pedis öyküsü, aile öyküsü, kırsal alanda yaşama ve kötü hijyen gibi herhangi bir predispoze edici faktör bulunmamaktaydı.

Onikomikoz ayırıcı tanısında konjenital tırnak distrofileri (özellikle konjenital tırnak yatak aks bozukluğu), travmatik hasar, psoriasis, ekzema, kronik paronişi ve Candida türlerine bağlı onikomikoz bulunabilir (8). Çocuklardaki onikomikoz ayırıcı tanısındaki dermatozlardan biriyle karışabilir ve yanlış tedavi verilmesine neden olabilir. Dolayısıyla kronik tırnak lezyonlarında hastanın yaşına bakmaksızın onikomikoz da düşünülmelidir (9). Tanı KOH ile mikroskopik inceleme ve/veya mantar kültürüyle

konur. KOH mikroskopisi için kazıntı veya tırnak kenarından kesilerek örnek alınabilir. Proksimal tırnak yatağına en yakın bölgeden örnek alınmalıdır. Tırnak kenarından kesilerek alınan örneğin (mümkün olan en geri noktadan alınarak) periodik asit schiff boyasıyla histolojik değerlendirilmesi ise en hassas yöntemi oluşturur (10). Bizim hastamız iki yıl tırnak distrofisi tanısıyla takip edilmiş ve çeşitli topikal tedaviler verilmişti. Şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine polikliniğimizde onikomikoz düşünülerek KOH ile mikroskopik inceleme yapıp mantar hifa ve sporlarının görülmesi ile tanı konuldu.

Çocuklarda onikomikozda çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Oral antifungal ajanlardan itrakonazol, terbinafin ve flukonazolün yanı sıra lokal antifungal ajanlardan %5 amorolfın tırnak cilası, %1 siklopiroks tırnak cilası ve bifonazol-üre kullanılmaktadır. Genel bir kural olarak çocuklarda da yetişkinlerdeki gibi tedaviler kiloya ve yaşa göre ayarlanır (11). Terbinafin çocuk onikomikozunda başarıyla kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada 41 hastanın 32'sinde kür bildirilmiştir. Geri kalanların yalnızca ikisinde başarısız olunmuştur. 20 kilogram altında çeyrek tablet, 20-40 kg arasında yarım tablet, 40 kg üzeri ise günde 1 tablet şeklinde ayak tırnaklarında 12 hafta süreli, el tırnaklarında altı hafta boyunca tedavi önerilmektedir. Çocuklarda erişkinlere göre daha az yan etki bildirilmiştir. Biz hastamıza 62,5mg/gün dozunda oral terbinafin tedavisi başladık.

Sonuç olarak onikomikoz çocukluk çağında sıklığı az olan dermatofit infeksiyonlarından biridir. Klinik

olarak çocukluk çağı dermatozlarının tırnak tutulumu ile karışabilmesi nedeniyle gözden kaçabilir ve yanlış tedaviler verilmesine neden olabilir. Biz bu sunumda tırnak bozukluğu şikayetiyle başvuran çocuk hastalarda onikomikozun da mutlaka akılda bulunması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

Kaynaklar

1. Feldstein S, Totri C, Friedlander SF. Antifungal therapy for onychomycosis in children. *Clin Dermatol* 2015; 33: 333-339.
2. Rodríguez-Pazos L, Pereiro-Ferreirós MM, Pereiro M Jr, Toribio J. Onychomycosis observed in children over a 20-year period. *Mycoses* 2011; 54: 450-453.
3. Kim DM, Suh MK, Ha GY. Onychomycosis in children: an experience of 59 cases. *Ann Dermatol* 2013; 25: 327-234.
4. Inanir I, Şahin M.T, Gündüz K. ve ark. Case Report. Tinea pedis and onychomycosis in primary school children in Turkey. *Mycoses* 2002; 45: 198-201.
5. Gunduz T, Metin DY, Sacar T. ve ark. Onychomycosis in primary school children: association with socioeconomic conditions. *Mycoses* 2006; 49: 431-433.
6. Gupta AK, Sibbald RG, Lynde CW. ve ark. Onychomycosis in children: prevalence and treatment strategies. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 395-402.
7. Zaias N, Rebell G. The management of childhood onychomycosis. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 80-81.
8. Theos A. Diagnosis and management of superficial cutaneous fungal infections in children. *Pediatr Annals* 2007; 36: 47-54.
9. Geary RJ, Lucky AW. Tinea pedis in children presenting as unilateral inflammatory lesions of the sole. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 255-258.
10. Gür G. Çocukluk çağı fungal enfeksiyonları. *Türkderm* 2011; 45: 109-116.
11. Romano C, Papini M, Ghilardi A, Gianni C. Onychomycosis in children: a survey of 46 cases. *Mycoses* 2005; 48: 430-437.