



Memet Erşan Bilgili,
Gülhan Gürel,
Zeynep Nurhan
Saraçoğlu,
İlham Sabuncu

Jeneralize Tinea İnkognito Olgusu

A Case With Generalized Tinea Inkognito

Özet

Özet Tinea inkognito, yanlış tanı konulan ve kortikosteroid tedavisi uygulanan yüzeysel mantar enfeksiyonlarının tipik klinik görünümünün değişmesidir. Altmış yaşındaki erkek hasta vücutta kızarklık ve kaşıntı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dört aydır çeşitli topikal ve sistemik kortikosteroid tedavilerine yanıt alınmadığı öğrenilen hastanın dermatolojik muayenesinde vücutta yaygın eritem, deskuamasyon ve yer yer etrafı eritemli, ortası hafif soluk, anüler tarzda, skuamli lezyonlar saptandı. Yapılan direkt mikroskopik incelemede mantar hif ve sporları saptandı. Mantar kültüründe *Trichopyton rubrum* üredi. Hasta uygulanan sistemik antimikotik tedaviye iyi yanıt verdi. Bu makalede sistemik ve topikal kortikosteroid tedavisi sonrası jeneralize tinea inkognito gelişen bir hasta sunulmuş ve literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tinea inkognito, *Trichopyton rubrum*

Abstract

Tinea incognito is the typical appearance change in superficial fungus infections, which are misdiagnosed and treated with corticosteroids. A 60-year-old male patient applied to our outpatient clinic with complaints of erythema and itching on his body. Patient was unresponsive to various topical and systemic corticosteroid treatments for 4 months, and widespread patchy erythema, desquamation and squamous lesions with erythema, pale center and annular in shape were detected in the dermatological examination. Hyphae and spores of fungi were detected in the direct microscopic examination, and *Trichopyton rubrum* was cultured. Patient responded well to the systemic antimycotic treatment. In this present article, a patient with generalized tinea incognito after systemic and topical corticosteroid treatments is presented and the literature information is reviewed.

Key words: Tinea incognito, *Trichopyton rubrum*

Eskişehir Osmangazi
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji Anabilim Dalı,
Eskişehir, Türkiye

Yazışma Adresi/

Correspondence:

Memet Erşan Bilgili,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim
Dalı, Eskişehir, Türkiye
Tel.: +90 222 324 19 08
E-posta: mbilgili@ogu.edu.tr
Geliş Tarihi/Submitted: 13.06.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 19.11.2012

©Telif Hakkı 2013 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Yüzeyel mantar enfeksiyonlarının sistemik veya topikal steroid kullanımı sonrası klinik görünümünün değişmesi ve tanı güçlüğüne neden olması Tinea inkognito olarak adlandırılır (1, 2). Tinea inkognito terimini ilk kez 1968'de Ives ve Marks tarafından kullanılmıştır (3).

Tinea inkognito, kontakt dermatit, psoriasis, diskoid lupus eritematozus ve eritema migrans gibi hastalıklarla karışabilir (4). *Trichopyton rubrum* ilk sırada izole edilen etken olarak karşımıza çıkmaktadır (5, 6).

Altmış yaşındaki erkek hasta, vücutta yaygın kaşıntı ve kızarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 4 ay önce ayak üzerinde kızarıklık, kepeklenme ve kaşıntı şikayeti ile hekime başvuran hastaya topikal steroid ve sistemik antihistaminik tedavileri verilmişti. Şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine topikal steroid tedavisi kesilip intramusküler betamethasone dipropiyonat + betamethasone sodium fosfat uygulanmış. Daha sonra lezyonları tüm vücuduna yayılmış. Hastanın öz ve soygeçmiş sorgulamasında özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde, tüm vücutta yaygın eritem, deskuamasyon ve yer yer etrafi eritemli ortası hafif soluk annüler tarzda skuamli lezyonlar mevcuttu (Resim 1). Bu öykü ve klinik görünüm ile olguda tinea inkognito düşünüldü. Yapılan direkt mantar incelemesinde mantar hif ve sporları saptandı ve kültürde *Trichophyton rubrum* üredi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Bu sonuçlarla hastaya sistemik olarak terbinafin 250 mg/gün başlandı. İki hafta sonra eritem ve deskuamasyonda belirgin düzelme saptandı ve birinci ayın sonunda lezyonlar postinflatuvar hiperpigmentasyon bırakarak iyileşti (Resim 2).

Sistemik veya topikal kortizonlu preparat kullanımı sonucunda immün yanıt ve inflamatuvar reaksiyonlar baskılanır, böylelikle de enfeksiyonlara karşı hastanın direnci azalır. Olgunun kortizonlu preparatları kullanma öyküsü oldukça tipiktir (1). Steroidlerin tinea inkognito kliniği üzerindeki etkisinin, hücre aracılı inflamasyonu azaltması neticesinde enfeksiyonun yayılması ve modifiye klinik bulguların ortaya çıkması ile oluştuğu düşünülmektedir (7). Hücreli immünitenin baskılanması ile etkilenen kişideki dermatofit enfeksiyonuna bağlı klinik belirtiler başlangıçta silikleşir, kaşıntı ve yanma gibi şikayetler kaybolur. Ancak zemindeki mantar enfeksiyonu giderek yayılır ve ilacın kesilmesiyle sübjektif yakınmalar tekrar alevlenir. Topikal ya da sistemik steroid tedavisi sonrası zamanla lezyon keskin sınırlarını yitirerek beklenenden daha hızlı perifere doğru büyüme gösterir (8).

Tinea inkognito tipik olarak erişkin dönemde görülmesine rağmen, literatürde çocuk olgular da bildirilmiştir (8). Son yıllarda reçetesiz potent kortikosteroid kullanımındaki artışla tinea inkognito ortaya çıkışının kolaylaştığı Solomon ve arkadaşları tarafından vurgulanmıştır (2).

Tinea inkognito olgularında en sık rastlanan mikroorganizma *Trichopyton rubrum* olup, *T. mentagrophytes* var. *mentagrophytes*, *T. violaceum*, *Microsporium audouinii*, *M. gypseum*, *M. ferrugineum* ve *M. canis* gibi dermatofitlerle de meydana gelebilmektedir (5). Bizim olgumuzda yapılan mantar kültüründe *T. rubrum* üremiştir. Jacobs ve ark. (4)

ve Ferahbaş ve ark. (9) bildirdikleri çalışmalarda da etken olarak *T. Rubrum* üremiştir.

Sağlıklı bireylerde *T. rubrum*'a bağlı geniş dağılımlı yüzeyel kutanöz mantar enfeksiyonları ender görülmektedir ve özellikle altta yatan lösemi, diabetes mellitus, atopik dermatit, HIV/AIDS gibi hastalıklara ve malignitelere eşlik etmektedir (9, 10). Bizim olgumuzda yapılan incelemelerde immüniteyi baskılayacak herhangi bir hastalık saptanmadı.

Romano ve ark. İtalya'da geriye dönük 200 tinea inkognitolu hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada en sık rastlanan klinik görünüm sırasıyla, ekzema benzeri, piyoderma benzeri ve diskoid lupus eritematozus benzeri olarak saptanmıştır (6). Ansar ve ark. İran'da 56 tinea inkognitolu hastayı inceledikleri çalışmada da en sık klinik görünüm ekzema benzeri olarak tespit edilmiştir (11). Bizim olgumuzda da lezyonlar kullanılan topikal ve sistemik kortikosteroid tedavileri sonrası giderek artan ve geniş alanlara yayılan eritemli, üzeri skuamli ekzema benzeri lezyonlar idi.

Yüzeyel mantar enfeksiyonları, topikal antifungal ajanlara iyi cevap verirken tinea inkognito olgularının tedavisinde sistemik antifungal ajanlara gereksinim duyulmaktadır (6). Sistemik terbinafin, itrakonazol ve flukonazol gibi azoller stratum korneumda biriktikleri için griseofulvine göre daha çok tercih edilirler (4, 8). Bizim hastamız da sistemik terbinafin tedavisinden fayda gördü ve lezyonları tamamen geriledi.



Resim 1. Vücutta yaygın eritemli üzeri skuamli makül ve plaklar



Resim 2. Tedavi sonrası kalan postinflamatuvar hiperpigmentasyon alanları

Jeneralize eritemli, skuamli bir hastalık ile karşılaştığında, özellikle hasta daha önceden kortikosteroid tedavisi almış, fayda görmemiş ve tedavi sonrası hastalık ilerlemişse ayırıcı tanıda tinea inkognito akla gelmelidir. Pratisyen hekimlerin, kesin tanı koyamadıkları hastaları Dermatoloji uzmanına sevk etmeleri, Dermatoloji uzmanlarının da ayırıcı tanıda mantar enfeksiyonu düşündüklerinde kolay ve ucuz bir yöntem olan "mikolojik direkt bakı" yöntemi ile kesin tanıya gitmeleri, gereksiz ve yanlış tedavilerin uygulanmasını, hastalığın ilerlemesini ve tedavi maliyetinin artmasını engelleyecektir.

Kaynaklar

1. Hay RJ, Ashbee HR. Mycology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Textbook of dermatology. 8 th ed. Singapore: Wiley-Blackwell;2010. p. 36.35-6.
2. Şavk E, Karaman G, Şendur N. Bir tinea incognito olgusu. T Klin Dermatoloji 2001;11:30-3.
3. Ive FA, Marks R. Tinea incognito. Br Med J 1968;3:149-52.
4. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, et al. Tinea incognito due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. Clin Infect Dis 2001;33:142-4.
5. Tüzün Y, Serdaroğlu S. Derinin Mantar Hastalıkları. Editörler: Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2008;353-4.
6. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. Mycoses 2006;49:383-7.
7. Çiçek D, Kandı B, Uçak H, ve ark. Uzun süreli sistemik steroid kullanımına bağlı gelişen yaygın bir tinea incognito olgusu. Ege Tıp Dergisi 2008;47:77-9.
8. Arıcan Ö, Gürsel Y. Üç Tinea İnkognito Olgusu. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2009;26:78-82.
9. Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, ve ark. *Trichophyton rubrum*a bağlı bir tinea incognito olgusu. Türkderm 2005;39:204-7.
10. Johnson RA. Dermatophyte infections in human immune deficiency virus (HIV) disease. J Am Acad Dermatol 2000;43(Suppl 5):135-42.
11. Ansar A, Farshchian M, Nazeri H, et al. Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognito in Iran: A 16-year study. Med Mycol J 2011;52:25-32.