

TINEA INCOGNITO

Tuğrul DERELİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, (tddereli@yahoo.com)

Deride yerleşen dermatofit infeksiyonları, "tinea" ön eki alır. Bu ön ekten sonra tanımlanan dermatofit infeksiyonu, yerleştiği yerin adını alır. Örneğin: Tinea capitis (saçlı deri dermatofit infeksiyonu), tinea pedis (ayakların dermatofit infeksiyonu) gibi... Bu kuralı bozan bir istisna "tinea incognito" dur. Buradaki "incognito" bir yerleşim yerini değil, Latince "incognitus" tan köken alan "bilinmezlik durumu" nu tanımlar. Tinea incognito deyimini ilk kez 1968'de İve ve Marks (1) kullanmışlardır. Özgün yayında, aslında dermatofitozu olup da yanlış tanı ile topikal kortizonlu merhem veya kremleri kullanan hastalarda; seboreik dermatitis, liken ruber planus, follikülitis, skleroderma ve rozasea'ya benzeyen klinik tabloların geliştiği bildirilmiştir. Ancak olguların üçte birinde dermatofitozun tipik klinik özelliklerinin korunduğu da vurgulanmıştır (1).

Tinea incognito, mantar infeksiyonu olan olguların yanlış tanı ile kortizonlu krem veya merhem kullanması ile meydana gelmektedir. Türkiye dışındaki ülkelerde hastaların kendi başlarına ilaç kullanması söz konusu olmadığı için; tinea incognito'lar çoğunlukla iyatrojeniktir. Kortizonlu topikal ilacı veren genellikle pratisyen hekim veya aile hekimidir. Türkiye'de ise hastaların kendi kendilerine ya da yakınları veya komşularından duydukları "o hastalığa (!) çok iyi gelen ilacı" kullanmaları mutad olduğu için, tinea incognito'larını kendileri oluştururlar. Tinea incognito'ya neden olanlar sıralamasında daha sonra eczacılar, pratisyen hekimler, diğer uzman hekimler ve dermatologlar gelir.

Kortizonlu preparatlar, sistemik kullanımları gibi, topikal kullanımlarında da hücrel immü-niteyi baskırlar. Hücrel immünitinin baskılanması ile hastanın dermatofit infeksiyonuna bağlı klinik belirtiler başlangıçta silikleşir, kaşıntı yanma gibi sübjektif şikayetleri kaybolur. Ancak zemindeki mantar infeksiyonu giderek yayılır, ilacın kesilmesi ile sübjektif yakınmalar tekrar şiddetlenir. Böylece hasta aynı ilacı defalarca kullanmak zorunda kalır. Bu "kısır döngü", hastanın bir dermatologa başvurması ile -muhtemelen- sonlanır. Çünkü kortizon baskısı altındaki "tinea" nın klasik sentrifugal vezikülopüstüller gösteren kliniği; ekzema, impetigo, psoriasis, rozasea gibi başka klinik tablolara dönüşmüştür. Eğer klinisyenin şansı varsa, dikkatli bir gözlem ile sınırlı bir bölgede tinea'yı andıran bir alan görebilir, bu bölgeden yapılan bir direk bakı sonrasında mantar hiflerini görmek olasıdır.

Literatürde tek olgu sunumları yanı sıra geniş seriler de bildirilmektedir. Romano ve ark. (2) İtalya'dan, Siena ve Milano kentlerinden, 1987-2002 yılları arasında topladıkları 200 olguluk geniş bir seri yayınlamışlardır ki bu seri literatürdeki en çok tinea incognito olgusuna sahiptir. En sık rastladıkları klinik tablolar "ekzema benzeri" ve "impetigo benzeri" tablolardır. Yüze yerleşen tinea incognito olgularında "rozasea benzeri", "diskoit lupus eritematozus (DLE) benzeri" veya "ekzema benzeri" klinik saptanırken; gövde ve ekstremitelere yerleşen tinea incognito'larda "impetigo benzeri" ve "ekzema benzeri" klinik bulunmuştur. Daha nadir olarak "purpura", "psoriasis", "ince kepekli akromik plaklar", "seboreik dermatit", "liken planus" veya "skleroderma" şeklinde deri gösterileri saptanmıştır. Olguların %65'inde infeksiyonun kaynağı olarak antropofilik (*Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum*, *T. mentagrophytes var. interdigitale*, *T. violaceum*); geri kalan %35'inde zoofilik (*Microsporum canis*, *T. mentagrophytes var. mentagrophytes*, *T. erinacei*) veya geofilik dermatofitler (*M. gypseum*) izole edilmiştir. İzole edilen mantar türleri sıklık sırasına göre *T. rubrum*, *T. mentagrophytes var. mentagrophytes*, *T. mentagrophytes var. interdigitale*, *E. floccosum*,

M. canis, *M. gypseum*, *T. violaceum* ve *T. erinacei* olmuştur. Romano ve ark. (3) Siena'da gördükleri 84 tinea faciei olgusundan 30'unda (%36) klinik görünümün tinea incognito şeklinde olduğunu belirtmişlerdir.

Gorani ve ark. (4) 56 yaşındaki diyabetik erkek hastada, yüz ve sakal bölgesine yerleşmiş, telangiektazik zeminde eritemli papülopüstüler bir erüpsiyonda, ektotriks tutulumlu bol hif görmüşler; uzun süredir topikal kortikosteroid kullanmakta olan hastadan *M. canis* izole etmişlerdir. Tabloyu "rozasea benzeri tinea incognito" olarak değerlendirmişlerdir (4).

Suudi Arabistan'dan yapılan bir olgu sunumunda, Aboud ve ark. (5) eczacının verdiği hidrokortizonlu topikal kremi uzun süre kullanmakla 38 yaşındaki erkek hastanın elinde tinea incognito geliştiğini bildirmişlerdir. Bu yayında ilginç olan, aynı hastanın periorbital bölgelerinde "id reaksiyonu"nun varlığıdır (5).

Bundan sonra İzmir'de saptadığımız olgulardan örnekler vereceğim

Olgu 1

Altmış-altı yaşındaki erkek hasta, sol el sırtındaki kaşıntılı lezyon ile başvurdu (Şekil 1). Çiftçilikle uğraşan hastanın iki yıl önce, sol el sırtında bir kaşıntı başlamış. Birkaç ay içerisinde iyileşmeyince ve kaşıntılı yara genişlemeye devam edince, komşusundan aldığı bir ilacı (Cutivate merhem=flutikazon propiyonat) sürmeye başlamış. Kısa süreli iyileşmeye rağmen lezyon büyümüş. Gittiği sağlık ocağındaki hekim "ekzema" diyerek başka bir ilaç vermiş (M-Furo krem=mometazon furoat). Son bir yılda, her iki ilacı da zaman zaman kullanmış.

Dermatolojik muayenesinde, el sırtında çok belirgin atrofi, damarlanmada belirginleşme, siyanoze eritem, ve başparmak tırnağında pakiyonişi göze çarpmaktaydı. Hastanın ayaklarında interdigital bölgelerde maserasyon vardı.

Kronik seyreden dermatoz, topikal steroide yanıtızsızlık hatta steroide bağlı ciddi yan etkilerin ortaya çıkması, el tırnağında pakiyonişi gözlenmesi "tinea incognito" olabileceğini düşündüren nedenlerdi. Tırnaktan, el sırtı ve ayak parmak aralarından alınan materyallerde hif görüldü, her üçünden de *T. rubrum* üredi.

Olgu 2

Otuz dört yaşındaki erkek hasta, sol ayağında altı aydır genişleyen kaşıntılı yaradan yakınmakta idi. Askerde başlayan parmak aralarındaki kaşıntı, zaman zaman iyileşip zaman zaman tekrarlıyormuş. En son altı ay önce tekrarladığında iş arkadaşından duyduğu "kaşıntı geçiren! merhemi" (Dermovate krem=klobetazol propiyonat) kullanmaya başlamış. Başlangıçta çok iyi gelmiş fakat sonraları ilacı sürmeye devam etmesine rağmen yara genişlemiş. Dermatolojik muayenesinde sol ayağın parmak aralarından parmakların ekstensör yüzlerine ve plantar yüzün orta bölümüne uzanan eritemli ve "psoriasiform skuamli" plaklardan oluşan bir döküntü izlenmekteydi (Şekil 2). Klinik görünüm psoriasis vulgaris veya kronik ekzemayı telkin etmekle beraber, askerde başlayan uzun süreli ayak kaşıntısı öyküsü, hastalığın süper güçlü topikal kortikosteroidde yanıt vermemesi gibi nedenlerle "tinea incognito" düşünüldü. Direkt bakıda bol miçel görüldü, kültürde *T. mentagrophytes* üredi.

Olgu 3

Kırk bir yaşındaki kadın hasta, üç yıl önce ayak parmak aralarında başlayan kaşıntı nedeniyle eczaneden bir ilaç (?) almış. Bu ilaç ile parmak aralarındaki kaşıntı geçiyormuş. Daha sonra ayak bileğinin üzerinde kaşıntılı yaralar başlamış. Sağlık ocağındaki hekim ekzema diyerek Elocon merhem (=mometazon furoat) vermiş. Bu ilacı sürdürükçe önceleri



Şekil 1. Olgu 1: Altmış altı yaşındaki erkek hastanın sol el sırtında belirgin atrofi, siyanoze eritem, vazküler yapıların görünümünde artış ve hastanın kullandığı kortikosteroitli preparatlar



Şekil 2. Olgu 2: Otuz dört yaşındaki erkek hastanın sol ayak parmak aralarında (sol) hem de ayak tabanında (sağ) "eritemli-skuamlı psoriasiform" döküntü



Şekil 3. Olgu 3: Bacaklarda şiddetli "impetigo benzeri döküntü" (sol), ayak sırtında belli belirsiz bir "tinea hattı" (sağ)



Şekil 4. Olgu 4: On bir yaşındaki olgunun yüzünde kenarlarda "tinea hattı" var, ancak içeride "ekzema benzeri" döküntü görülmekte.



Şekil 5. Olgu 5: Tedavi öncesi yüzde yaygın sınırları belirgin olmayan, tinea faciei'yi kesinlikle düşündürmeyen makülopapüler döküntü (üst). Kolda ise daha tipik bir tinea corporis görülüyor (alt).

rahatlamakta iken zamanla yaralar her iki bacağından dizlerine kadar yayılmış. Daha sonra gittiği iki hekim de ekzema tanıları ile Beklazon pomat ve Cutivate merhem vermişler. Şikayetleri daha da artmış. Dermatolojik muayenesinde her iki ayak bileğinden diz altlarına ulaşan bölgelerde, sağ tarafta daha yoğun olmak üzere difüz, eritemli papül, nodül, püstül ve plakların oluşturduğu bir döküntü izlenmekteydi. Sol ayağının parmaklarının dorsal yüzünde belli belirsiz bir hat şeklinde "tinea" enfeksiyonlarına özgü papülopüstüler sınır görülmekte idi (Şekil 3). Bacaklardaki impetigoya benzeyen görüntü aynı zamanda "Majocchi granulomu" nu da düşündürdüğünden mikolojik inceleme yapıldı. Bol miçel saptandı ve kültürde *T. rubrum* üredi.

Olgu 4

On bir yaşındaki çocuk 4-5 ay önce yüzünde başlayan kaşıntılı leke nedeniyle sağlık ocağında muayene olmuş. Dermatop krem (=prednikarbat) verilmiş. İki aydır lekeli alanda bir renk solması olmakla birlikte yeni kızarıklıklar ve sivilceler oluşmaya başlamış. Dermatolojik muayenesinde yüzde, sol maksiler bölge ve glabella-frontal bölgede, sınırları papülopüstüler bir hat çizen hipopigmente maküler alanlar üzerinde tek tek veya grupe şekilde eritemli papüller görülmekte idi (Şekil 4). Direkt bakıda bol hif ve spor izlendi. Kültürde *M. canis* üredi.

Olgu 5

Otuz beş yaşındaki kadın hasta çiftçilik ve hayvancılık ile uğraşmaktaydı. Bir yıl önce kollarında başlayan ve daha sonra yüzüne geçen kaşıntılı bir döküntüsü vardı. Sağlık Ocağı'nda "ekzema" tanısı ile üç kez topikal kortikosteroidli pomat ve kremler reçetelenmişti. Yakınmalarında azalma olmasına rağmen hastalık yayılmasına devam etmişti (Şekil 5). Hastaya terbinafin tablet 250 mg günde bir dört hafta, topikal olarak da ilk bir hafta izokonazol + diflukortolon içeren krem (Travocort krem), daha sonra dört hafta süreyle sadece izokonazol içeren krem (Travogen krem) günde bir kez olmak üzere ilave edildi. Hastanın mikolojik kültüründe *T. tonsurans* üredi. Sağaltımın sonunda lezyonlar tamamen kaybolmuştu.

Bunlara benzer olgular dermatoloji polikliniklerine sıkça başvurmaktadır. Kişisel gözlemim, son yıllarda tinea incognito'nun görülme sıklığında bir artış olduğu yönündedir. Ancak bu hastalık, adı gereği (incognito), dermatologlar tarafından da tanınmamaktadır. Dolayısıyla bilinebilen olgular buzdağının ancak görünen kısmıdır. O halde ne yapmalı?

1. Tinea incognito'nun oluşmasında (ve buna benzer pek çok hastalık ve komplikasyonun ortaya çıkmasında) hem halkın hem de hekimlerin "eğitimsizliğinin" en önemli rolü oynadığına kuşku yoktur. Reçetesiz ilaç kullanımının sakıncaları konusunda "medya"nın eğitim sorumluluğu üstlenmesi gerekir kanısındayım. Bu konuda üniversitelerin, iletişim organları ile işbirliği yapması önemlidir.
2. Halkın sosyo-ekonomik olanaklarının yetersizliği, hekime ulaşamamaları vb. gibi nedenler, eczane ve eczacıların (hatta çoğu zaman eczacı kalfalarının) hastalara ilaç vermelerini haklı kılabilecek nedenler değildir. Bu konuda cezai müeyyideleri uygulayacak olan kurumlar arasında "İl Sağlık Müdürlükleri" de vardır.
3. İyatrojenik kaynaklı tinea incognito, hekimlerin tinea'ları tanıyamaması, başka hastalıklarla karıştırması sonucunda meydana gelmektedir. Öyleyse, tıp fakültelerinde stajyer eğitiminde mantar hastalıklarına daha fazla önem verilmelidir.
4. "Mikolojik direkt bakı" son derece kolay yapılan, ucuz bir incelemedir. Tıp eğitiminde öğrencilere rutin idrar, hemogram bakısı gibi direkt mikolojik bakı yapılması eğitimi üzerinde de durulmalıdır.

Kaynaklar

1. Ive FA, Marks R. Tinea incognito. *Br Med J* 1968; 3: 149–152.
2. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. *Mycoses* 2006; 49: 383–387.
3. Romano C, Ghilardi A, Massai L. Eighty-four consecutive cases of tinea faciei in Siena, a retrospective study (1989–2003). *Mycoses* 2005; 48: 343–346.
4. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Rosacea-like tinea incognito. *Mycoses* 2002; 45: 135–137.
5. Aboud K, Hawsawi K, Alfadley A. Tinea incognito on the hand causing a facial dermatophytid reaction. *Acta Dermatol Venereol* 2003; 83: 59.