ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at:
https://www.researchgate.net/publication/44585393

A tinea incognito case caused by Trichophyton rubrum with clinical and mycological cure and review of the literature

Article *in* Mikrobiyoloji bülteni · January 2010

Source: PubMed

CITATION
1

READS
45

3 authors, including:



Macit Ilkit
Cukurova University
99 PUBLICATIONS **700** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Virulence markers of opportunistic black yeasts in Exophiala View project



I am working on Aspergillus and aspergillosis View project

All content following this page was uploaded by Macit Ilkit on 16 February 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Olgu Sunumu/Case Report *Mikrobiyol Bul 2010; 44: 149-153*

TRICHOPHYTON RUBRUM'UN ETKEN OLDUĞU, KLİNİK VE MİKOLOJİK İYİLEŞME SAPTANAN BİR TINEA INCOGNITO OLGUSU VE LİTERATÜR DERLEMESİ

A TINEA INCOGNITO CASE CAUSED BY *TRICHOPHYTON RUBRUM* WITH CLİNICAL AND MYCOLOGICAL CURE AND REVIEW OF THE LITERATURE

Macit İLKİT[1], Mehmet KARAKAŞ[2], Tuba YÜKSEL[1]

[1] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mikoloji Bilim Dalı, Adana. (milkit@cu.edu.tr)
[2] Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Adana.

ÖZET

Tinea incognito, saçsız derinin dermatofit enfeksiyonlarında tanı konulamaması ve steroidlerin ve kalsinörin inhibitörlerinin yanlış uygulanması sonucu ortaya çıkan bir klinik tablodur. Bu raporda, tinea incognito tanısı konulan ve lezyon örneğinden *Trichophyton rubrum* izolasyonu yapılan 20 yaşındaki bir kadın olgu sunulmaktadır. Boyun ve sağ göğüs üzerinde kaşıntılı lezyon şikayeti ile başvuran hastanın fizik muayenesinde boyun ve sağ göğüs üst kısmında eritemli zeminin periferinde üzeri skuamlı papüllerin sıralandığı plaklar saptanmıştır. Olgunun öyküsünden, dermatologların önerdiği çeşitli kortikosteroidleri 10 ay süre ile kullanmış olduğu öğrenilmiştir. Deri kazıntı örneklerinin %10'luk potasyum hidroksit ile yapılan direkt incelemesinde mantar elemanları saptanmış ve kültürden izole edilen mantar *T.rubrum* olarak tanımlanmıştır. Hastanın kortizonlu krem kullanımına son verilerek terbinafin (250 mg tablet ve krem) tedavisi başlanmış ve dört hafta süre ile uygulanmıştır. Tedavi sonrasında yapılan kontrollerde klinik ve mikolojik olarak tam iyileşme sağlanmıştır. Sonuç olarak, tinea incognitonun ender görülen bir tablo olmadığı, farklı klinik şekillerde görülebileceği, hekim tarafından verilen hatalı tedavi sonucu ortaya çıkabileceği ve bu nedenle atipik, eritemli ve pullanan plaklarda mutlaka mantar varlığının araştırılması gerektiği ve uygun antifungal tedavi ile klinik ve mikolojik iyileşmenin sağlanabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: *Tinea incognito, Trichophyton rubrum, steroid.*

ABSTRACT

Tinea incognito is the result of lack of diagnosis of dermatophyte infection of the glabrous skin and the misuse of steroids or calcineurin inhibitors. In this case report a 20-years-old female patient diagnosed as tinea incognito and *Trichophyton rubrum* isolated from her skin lesions, was presented. The patient suffered from an itchy skin lesion on her neck and right breast. Physical examination revealed and plaques with erythema and papules on neck and breast area. The patient had used several corticostero-

Geliş Tarihi: 13.05.2009 • Kabul Ediliş Tarihi: 04.06.2009

ids suggested by dermatologists for 10 months. Direct microscopic examination of the skin scrapings with 10% potassium hydroxide preparation revealed fungal elements and *Trichophyton rubrum* was isolated in culture. Use of corticosteroids was ceased and terbinafine (250 mg tb and cream) therapy was initiated to continue for four weeks. Following treatment, total clinical and mycological cure was established. It was concluded that tinea incognito which was not a rare clinical entity, could be presented in various clinical forms and usually resulted from the wrong treatment modalities. Thus atypical erythematous plaques should be investigated in terms of presence of fungi and treated accordingly to establish total clinical and mycological cure.

Key words: *Tinea incognito, Trichophyton rubrum, steroid.*

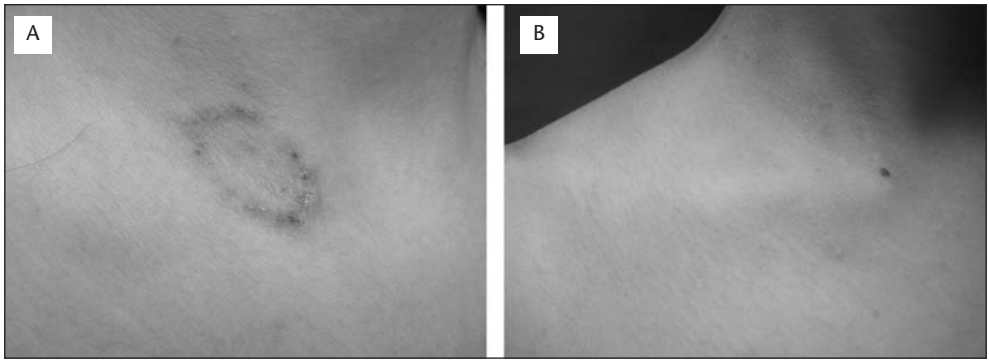
GİRİŞ

Dermatofitozlu olgulara yanlış tanı ve tedavi ile topikal veya sistemik kortizonlu preparatlar kullanılması sonucunda oluşan tablo "Tinea incognito" olarak adlandırılır[1,2]. Ayrıca, takrolimus[3] ve pimekrolimus[4,5] gibi, steroid olmayan, topikal immünomodülatör ve antiinflamatuvar etkili kalsinörin inhibitörü ilaçların da tinea incognitoya neden olduğu bildirilmiştir. Bu ilaçların uygulanması ile dermatofitoz lezyonu; tipik keskin sınırlı, sağlam deriden kabarık, kenarları eritemli, skuamlı ve annüler şeklini kaybeder. Buna karşılık, lezyon yerinde difüz, eritemli veya hiperpigmente zemin üzerinde papül, püstül veya nodül gelişir[1,2]. İlk kez 1968 yılında Ive ve Marks[1] tinea incognito deyimini kullanmış; olguların 1/3'ünde tipik dermatofitoz bulgularının olduğunu, ancak 2/3'ünde seboreik dermatit, liken ruber planus, follikülit, skleroderma ve rozasea benzeri gibi farklı klinik bulgulara rastladıklarını bildirmişlerdir. Gerçekten de, Latince "incognitus"tan köken alan "incognito" kelimesi bilinemezlik durumunu tanımlar[2].

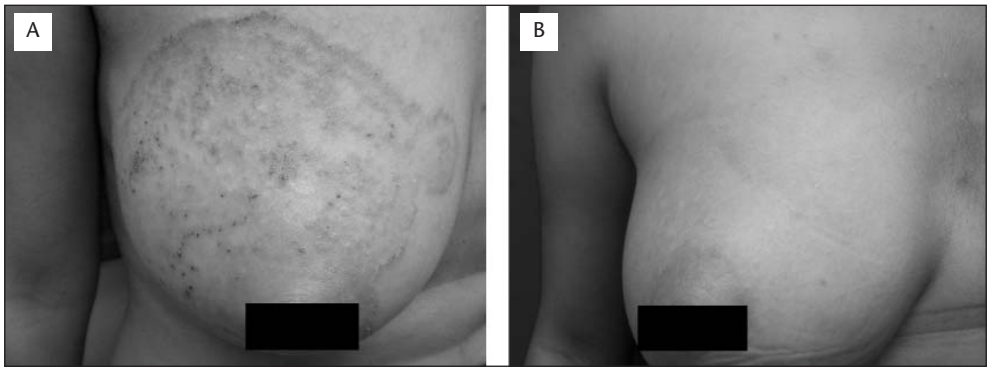
Tinea incognitonun patogenezi, steroidlerin miçel üzerine doğrudan farmakolojik etkisinden çok büyük bir olasılıkla konağın mantar enfeksiyonuna yanıtını değiştirmesi sonucunda gelişir[6]. Kortikosteroidler, enfeksiyona karşı hücresel bağışık yanıtı azaltır ve inflamatuvar yanıtı baskılar. Bu durum, klinik belirtilerin başlangıçta belirsizleşmesine, kaşıntı ve yanma gibi subjektif bulguların da hafiflemesine neden olur[2]. Ayrıca, eritem ve pullanma da azalır[5]. Buna karşın mantar enfeksiyonu giderek yayılır, dermatofitoz bulguları kaybolur ve ilacın kesilmesi ile yakınmalar tekrar şiddetlenir. Hasta, aynı ilacı defalarca kullanmak zorunda kalır. Bu kısır döngü, genellikle, hastanın bir dermatoloji ve/veya mikoloji laboratuvarına başvurması ile sonlanır[2]. Bu raporda *Trichophyton rubrum*'un etken olduğu bir tinea incognito olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Mikoloji Bilim Dalı Laboratuvarına boyun ve sağ göğüs üzerinde kaşıntı şikayeti ile başvuran 20 yaşındaki kadın hastanın dermatolojik muayenesinde; boyun sağ tarafında klavikula üzerinde eritematöz zeminde, periferinde püstül ve kurutların yer aldığı 2 x 1 cm çapında annüler plak ile sağ göğüste iç içe girmiş halkalar şeklinde ve yine eritematöz zeminde, periferinde püstül ve kurutların yer aldığı keskin sınırlı 15 x 17 cm çapında plak saptandı (Resim 1a,2a). Hasta öyküsünde önce hekim önerisiyle ismini hatırlamadığı steroidli kremi 8-9



Resim 1. (A) *Boyun sağ tarafında klavikula üzerinde eritematöz zeminde periferinde püstül ve kurutların yer aldığı annüler plak,* ***(B)*** *tedaviden 2 hafta sonrasında klinik iyileşme.*



Resim 2. (A) *Sağ göğüste iç içe girmiş halkalar şeklinde eritematöz zeminde periferinde püstül ve kurutların yer aldığı keskin sınırlı plaklar,* ***(B)*** *tedaviden 2 hafta sonrasında sağ göğüste lineer hiperpigmente makül.*

ay süre ile, daha sonra da dermovate kremi (klobetazol propiyonat) 2 ay süreyle kullandığını, ancak yarar görmediğini bildirdi.

Lezyon üzerinden alınan epitel kazıntı örneğinden %10'luk KOH ile hazırlanan preparatta mantar elemanları saptandı. Mantar kültürü için örnek, kloramfenikol (Merck) ve siklohekzimit (Sigma) katkılı Sabouraud glukoz agara ekildi ve 26°C'de 15 gün inkübe edildi. Dermatofit kolonisi yapısal özellikleri, yüzey ve taban rengi ve laktofenol pamuk mavisi ile hazırlanan preparatta hif ve konidyalarının yapısına göre *T.rubrum* olarak tanımlandı. Tanı; üreaz tepkimesi, kıl delme deneyi, Löwenstein-Jensen agar ve bromkrezol-milk solid-glukoz agarda üreme özellikleri ile doğrulandı[7].

Olgu, terbinafin tablet 250 mg/gün ve terbinafin krem ile 28 gün süre ile tedavi edildi. Tedavi sonrasında olgu bir ay süre ile haftada bir kez klinik ve mikolojik inceleme için davet edildi. Bu dönemde yapılan dermatolojik muayenelerde lezyonların tamamen iyileştiği görüldü (Resim 1b,2b). Lezyonlardan alınan epitel kazıntı örneklerinin mikolojik incelemesinde, %10'luk KOH ile hazırlanan preparatta mantar elemanları saptanmadı, ayrıca kültürde üreme olmadı.

TARTIŞMA

Romano ve arkadaşları[8] tinea incognito tanılı 207 olgunun değerlendirmesinde; 89 (%43)'unda egzama benzeri, 34 (%16.4)'ünde piyoderma benzeri, 17 (%8.2)'sinde rozasea benzeri, 67 (%32.4)'sinde olguda ise hastalığın farklı klinik şekillerde görüldüğünü bildirmişlerdir. Literatür verileri, bu lezyonlara yüz, gövde, el veya ayak gibi herhangi bir saçsız deri yüzeyinde rastlanabildiğini ortaya koymuştur[1,2]. Bu olgularda başta *T.rubrum* olmak üzere, *Trichophyton interdigitale*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton erinacei*, *Microsporum canis*, *M.gypseum* ve *Epidermophyton floccosum* saptanmıştır. *T.rubrum*'a daha sık rastlanmasına neden olarak, bu türün tüm dünyada yaygın olması gerekçe gösterilebilir[8]. İnsan kökenli (antropofilik) bu tür, genellikle çok az inflamasyona neden olur ve bu nedenle ya ihmal edilir ya da hastalar tarafından tedavi edilmeye çalışılır[5].

Tinea faciei tanılı 84 olgunun irdelendiği başka bir çalışmada, 54 (%64.3) olguda tipik dermatofitoz bulgularının olduğu, buna karşılık uygunsuz tedavi nedeniyle 30 (%35.7) olguda tinea incognito [rozasea (n= 9), discoid lupus (n= 7), egzama (n= 6), seboreik dermatit (n= 5), psöriyazis (n= 2) ve morfea (n= 1) benzeri] saptandığı bildirilmiştir[9]. Faergemann ve arkadaşları[10], bir hastanede *T.violaceum* saptanan tinea incognitolu olgunun kaynak olduğu dermatofit epidemisini bildirmişlerdir. Romano ve arkadaşları[11] psöriyazis, egzama ve liken benzeri klinik ile başvuran üç tinea incognito olgusuna rastlamış ve etken olarak toprak kökenli bir tür olan *M.gypseum*'u izole etmişlerdir.

Al Aboud ve arkadaşları[12], sağ el üzerinde kaşıntısı olan 38 yaşındaki erkek olgunun eczacı önerisi ile %1'lik hidrokortizonlu krem kullandığını ve periorbital bölgelerinde "id reaksiyonu" geliştiğini bildirmişlerdir. Feder[13], boyun bölgesinde 6 cm çapında eritem saptanan ve yanlışlıkla eritema migrans olarak tedavi edilen 12 yaşındaki kız çocuğunda *T.tonsurans*'ın etken olduğu tinea incognito olgusunu rapor etmiştir. İlginç olarak, pimekrolimus ve takrolimus gibi "kalsinörin inhibitörü" ilaçların tinea incognitoya neden olduğu kanıtlanmış ve üç ayrı olgu sunumu şeklinde rapor edilmiştir[3-5]. Rallis ve Koumantaki-Mathioudaki[5] ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer deri hastalıklarını ayrıntılı olarak listelemişler ve konuyu tartışmaya açmışlardır.

Ülkemizde de tinea incognito olgularına rastlanmış ve mantar kültüründe etken tanımlanmıştır[2,14,15]. Dereli[2], hekim veya eczacı önerisi gibi farklı nedenlerle topikal steroid kullanan tinea incognito tanılı beş olguyu irdelemiş; "eritemli-skuamlı psoriasiform", "impetigo benzeri döküntü" ve "makülopapüler döküntü"ye rastladıklarını bildirmiştir. Yazar, bu lezyonlarda mantar elemanlarına rastlandığını, *T.rubrum*, *T.mentagrophytes*, *T.tonsurans* ve *M.canis*'in izole edildiğini kaydetmiştir[2]. Aliağaoğlu ve arkadaşları[14], periorbital bölge, el-yüz, karın ve gluteal bölge yerleşimli dört tinea incognito olgusunda mantar elemanlarını saptamış ve uygun antifungal tedavi ile klinik iyileşmeyi sağlamışlardır.

Çiçek ve arkadaşları[15], sekiz yıldır her hafta kas içi betametazon dipropionat uygulanan 26 yaşındaki erkek olgunun ellerinde, ayaklarında, kasık ve intergluteal bölgesinde yaygın eritemli skuamlı plaklar ile tüm el ve ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz, onikodistrofi ve onikodiskromi saptamışlardır. Ayrıca, lezyonlarda mantar elemanları be-

lirlenmiş ve ayak tabanından da *T.rubrum* izole edilmiştir[15]. Bizim çalışmamızda da, tinea incognitolu olguların izleminde klinik iyileşme yanında mikolojik iyileşmenin de önemli olduğu düşünülmüş ve bu nedenle olgu sunulmaya değer bulunmuştur (Resim 1b,2b).

Sonuç olarak, literatür verileri ile yukarıda sunulan olgudan da anlaşıldığı üzere;

a. Tinea incognito kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, ender görülen bir tablo değildir.

b. Farklı klinik şekillerle ortaya çıkabilir.

c. Diğer dermatofitozlardan ayrımlı olarak etken mikroorganizmanın rolü yoktur, herhangi bir dermatofit türü olabilir.

d. Hekim kaynaklı olgu sayısı az değildir; bu nedenle, atipik, eritemli ve pullanan plaklarda mutlaka mantar araştırılmalıdır.

e. Uygun antifungal tedavi ile klinik ve mikolojik iyileşme kolayca sağlanır.

f. İlaç reçetesi ve kullanımı yalnızca hekimin sorumluluğunda olmalı, gelişigüzel ilaç uygulamasına son verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ive FA, Marks R. Tinea incognito. Br Med J 1968; 3: 149-52.
2. Dereli T. Tinea incognito. Dermatofitler ve dermatofitozlar. 5. Ulusal Mantar Hastalıkları ve Klinik Mikoloji Kongresi. 20-23 Haziran 2007, Çanakkale. İnfeksiyon Derg 2007; 21(Ek 2): S103-12.
3. Siddaiah N, Erickson Q, Miller G, Elston DM. Tacrolimus-induced tinea incognito. Cutis 2004; 73: 237-8.
4. Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced tinea incognito. Skinmed 2004; 3: 352-3.
5. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E. Pimecrolimus induced tinea incognito masquerading as intertriginous psoriasis. Mycoses 2007; 51: 71-3.
6. Marks R. Tinea incognito. Int J Dermatol 1978; 17: 301-2.
7. Ateş A, Özcan K, İlkit M. Diagnostic value of morphological, physiological and biochemical tests in distinguishing *Trichophyton rubrum* from *Trichophyton mentagrophytes* complex. Med Mycol 2008; 46: 811-22.
8. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. Mycoses 2006; 49: 383-7.
9. Romano C, Ghilardi A, Massai L. Eighty-four consecutive cases of tinea faciei in Siena, a retrospective study (1989-2003). Mycoses 2005;48: 343-6.
10. Faergemann J, Fredriksson T, Herezka O, Krupicka P, Bjorklund KN, Sjokvist M. Tinea incognito as a source of an "epidemic" of *Trichophyton violaceum* infections in a dermatologic ward. Int J Dermatol 1983; 22: 3940.
11. Romano C, Asta F, Massai L. Tinea incognito due to *Microsporum gypseum* in three children. Pediatr Dermatol 2000; 17: 41-4.
12. Al Aboud K, Al Hawsawi K, Alfadley A. Tinea incognito on the hand causing a facial dermatophytid reaction. Acta Dermatol Venereol 2003; 83: 59.
13. Feder HM Jr. Tinea incognito misdiagnosed as erythema migrans. N Engl J Med 2000; 343: 69: 10.
14. Aliağaoğlu A, Atasoy M, Balık Ö, Aktaş A, Özdemir Ş. Farklı bölgelerde yerleşmiş dört tinea inkognito olgusu. Türkderm 2006; 40(Ek B): B26-8.
15. Çiçek D, Kandı B, Uçak H, Dertlioğlu S. Uzun süreli sistemik kortikosteroid kullanımına bağlı gelişen yaygın bir tinea incognito olgusu. Ege Tıp Derg 2008; 44: 77-9.

View publication stats