



Tinea inkognito: Olgu serisi

Tinea incognito: Case series

Mikail Yılmaz, Yelda Kapıcıoğlu, Serpil Şener, Hülya Cenk, Ayşegül Polat, Derya Yaşar

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Özet

Tinea inkognito, topikal veya sistemik steroidlerin uygunsuz kullanımı sonucu tipik dermatofit kliniğinden uzaklaşan dermatofit enfeksiyonudur. Tinea inkognito klinik görünüm olarak egzema, psoriasis, alerjik kontakt dermatit, rozasea, seboreik dermatit, atopik dermatit gibi birçok dermatozu taklit edebilmektedir. Tinea inkognito tanısı, lezyondan direkt KOH (potasyum hidroksit) incelemesi (nativ preparatı), lezyondan mantar kültürü yapılması ve bazı olgularda histopatolojik inceleme ile konulur. Tinea inkognito tedavisinde sistemik antifungal tedavi önerilmektedir. Burada, kliniğimizde 2014 yılı içinde çeşitli dermatozları taklit eden tinea inkognito tanısı almış ve tedavi edilmiş 10 olgu sunulmaktadır. (Türkderm 2015; 49: 222-5)

Anahtar Kelimeler: Tinea inkognito, steroid, nativ preparatı

Summary

Tinea incognito is a dermatophytic infection which has lost its typical clinical appearance because of inappropriate use of topical or systemic corticosteroids. The clinical manifestations of tinea incognito can mimic many dermatoses such as eczema, psoriasis, allergic contact dermatitis, rosacea, seborrheic dermatitis and atopic dermatitis. The diagnosis of tinea incognito is confirmed by direct KOH (potassium hydroxide) examination (native preparation), making the fungal cultures from the lesion and histopathological examination in some cases. Systemic antifungal therapy is recommended in the treatment of tinea incognito. Herein, 10 cases of tinea incognito which mimicking various dermatoses were diagnosed and treated in our clinic in 2014 is presented. (Türkderm 2015; 49: 222-5)

Key Words: Tinea incognito, steroid, native preparation

Giriş

Dermatofit enfeksiyonları geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle kötü hayat şartları, hayvan temasları, uzun süreli sistemik steroid kullanımı ve immünsüprese durumlar dermatofit enfeksiyonlarına zemin hazırlamaktadır¹. Sistemik veya topikal kortikosteroid kullanımı sonucu tipik dermatofit kliniğinden uzaklaşan ve bu nedenle de tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit enfeksiyonu tinea inkognito olarak adlandırılır². Tinea inkognito ilk kez 1968 yılında Ive ve Marks³ tarafından 14 olguluk bir olgu serisinde tanımlanmıştır. Bu olguların tümünde, tanı öncesinde steroid kullanım öyküsü olduğu ve dermatofit enfeksiyonlarının alışılmış klinik görünümünden

farklı olduğu belirtilmiştir³. Tinea inkognito en sık egzema benzeri klinik görünüm ile prezente olurken bir çok dermatozu taklit edebilmektedir. Burada, kliniğimizde 2014 yılı içinde çeşitli dermatozları taklit ederek tinea inkognito tanısı almış ve tedavi edilmiş 10 olgu sunulmaktadır.

Olgular

Hastaların yaşları 5-70 yaş arasında değişmekteydi ve yaş ortalamaları 46,8'di. Hastaların 3'ü kadın (%30), 7'si erkek (%70) olup, kadın/erkek oranı 0,42 olarak hesaplandı. Tinea inkognito tanısı almaları için geçen süre 2 ile 8 hafta arasında değişmekteydi (ortalama 5,2 hafta). Hastaların tümünde dermatofit enfeksiyonu dışında tanı almaları sonucu

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mikail Yılmaz, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye
Tel.: +90 537 562 16 80 E-posta: ylmzmikail@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 31.10.2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.02.2015

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

steroid kullanımı öyküsü mevcuttu. Hastalardan alınan öykülere göre 4 olgu (%40) evde bulunan ve daha önce egzema için reçete edilmiş topikal steroidi kullanmış, 4 olguya (%40) aile hekimi tarafından ve 1 olguya (%10) dermatolog tarafından topikal steroid tedavisi başlanmış ve 1 olguya (%10) ise dermatolog tarafından intralezyonel steroid tedavisi uygulanmıştı. Bir hastada hipertansiyon ve bir hastada pemfigus vulgaris mevcutken diğer hastalarda sistemik veya kronik hastalık mevcut değildi. Kliniğimizde takipli pemfigus vulgaris tanılı hasta sistemik steroid ve azatioprin tedavisi almakta idi. Bu hastanın bıyığında oluşan lezyon krutlu olması nedeniyle pemfigus lezyonu olarak düşünülmüş ve intralezyonel steroid tedavisi uygulanmıştı (Resim 1B). Tinea inkognito tanısı almadan önce 10 hastanın 4'ünde egzema benzeri (%40) (Resim 1E, 1G, 1H, 1İ), 2 hastada alerjik kontakt dermatit benzeri (%20) (Resim 1C, 1D), 1 hastada seboreik dermatit benzeri (%10) (Resim 1F), 1 hastada granuloma annulare benzeri (%10) (Resim 1A), 1 hastada pemfigus vulgaris benzeri (%10) (Resim 1B), 1 hastada ise intertrigo benzeri (%10) (Resim 1J) klinik görünüm mevcuttu. Hastaların tümünün lezyonlarından alınan örneklerden bakılan direkt KOH incelemesi sonucu mantar hifaları görüldü. Beş hasta oral terbinafin (%50), dört hasta oral itraconazol (%40) ve beş yaşındaki çocuk hasta ise azol grubu topikal antifungal ilaç (%10) ile tedavi edildi. Ayrıca 5 hastaya (%50) sistemik terbinafin veya itraconazolla kombine olarak azol grubu topikal antifungal ilaç tedavisi verildi. Hastaların demografik özellikleri, tedavileri, klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tartışma

Tinea inkognito; topikal veya sistemik kortikosteroid kullanımı sonucu atipik klinik görünümü olan dermatofit enfeksiyonları için kullanılmaktadır. Sistemik ve topikal kortikosteroid kullanımı dışında son zamanlarda takrolimus ve pimekrolimus gibi kalsinörin inhibitörlerine bağlı gelişen tinea inkognito olguları da bildirilmiştir⁴. Hastaların bir kısmında daha önce başka bir nedenle önerilen ve kaşıntılarına iyi gelmesinden dolayı topikal steroid kullanım öyküleri mevcuttur. Hekimler ise yanlış tanıların daha çok hasta yükü fazlalığı ve zaman kısıtlılığı nedeniyle olduğunu belirtmektedirler. Olgularımızdan alınan öykülere göre 4 olgu evde bulunan topikal steroidi kullanmış, 4 olguya aile hekimi tarafından ve 1 olguya dermatolog tarafından topikal steroid başlanmış ve 1 olguya ise dermatolog tarafından intralezyonel steroid tedavisi uygulanmıştı.

Tinea inkognito olgularında sistemik steroid ve topikal steroidlerin kullanımına bağlı olarak hücrel immünitinin baskılanması ile etkilenen kişideki dermatofit enfeksiyonuna bağlı klinik belirtiler başlangıçta silikleşir, kaşınma ve yanma gibi şikayetler kaybolur. Ancak zemindeki mantar enfeksiyonu giderek yayılır ve ilacın kesilmesiyle subjektif yakınmalar tekrar alevlenir. Böylece hasta aynı ilacı defalarca kullanmak zorunda kalır ve bu durum kısır bir döngü halini alır⁵. Alışlagelmiş dermatofit enfeksiyonu klinik görüntüsü; kenar aktivasyonu olan, ortası solgun, üzerinde kirli-beyaz renkte kepeklenme bulunan plak tarzı bir lezyondur. Tinea inkognitoda ise uygulanan steroidin klinik görüntüyü değiştirmesine bağlı olarak kepeklenme olmadan diffüz tarzda eritem,

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, tedavileri, klinik ve laboratuvar bulguları

Hasta no	Y (yıl)/C	Lezyon yerleşim yeri	Eşlik eden sistemik hastalık	Kesin tanıya kadar geçen süre	Sistemik immünsüpresif ilaç kullanım öyküsü	Kesin tanı öncesi verilen tedavi	Kesin tanı öncesi taklit ettiği dermatoz	Laboratuvar tanısı	Kesin tanı sonrası verilen tedavi
1	66/E	Boyun	Yok	8 hafta	Yok	TS	Granuloma annulare	KOH bakısı	Oral terbinafin
2	66/E	Bıyık ve alt dudak	PV	4 hafta	Azatioprin ve sistemik steroid	İL TA	PV	KOH bakısı	Oral terbinafin
3	16/K	Kol, bacak	Yok	5 hafta	Yok	TS	AKD	KOH bakısı	Oral terbinafin
4	58/K	Yüz, kol, gövde, bacak	Yok	6 hafta	Yok	TS	AKD	KOH bakısı	Oral itraconazol
5	5/E	Çene	Yok	2 hafta	Yok	TS	Numuler egzema	KOH bakısı	Topikal antifungal
6	68/E	Yanak	HT	5 hafta	Yok	TS	Seboreik dermatit	KOH bakısı	Oral terbinafin
7	19/E	El	Yok	4 hafta	Yok	TS	El egzeması	KOH bakısı	Oral itraconazol
8	70/E	El	Yok	6 hafta	Yok	TS	El egzeması	KOH bakısı	Oral itraconazol
9	53/K	El	Yok	8 hafta	Yok	TS	El egzeması	KOH bakısı	Oral terbinafin
10	47/E	Gluteal bölge, kasık	Yok	4 hafta	Yok	TS	İntertrigo	KOH bakısı	Oral itraconazol

Y: Yaş, C: Cinsiyet, K: Kadın, E: Erkek, PV: Pemfigus vulgaris, HT: Hipertansiyon, TS: Topikal steroid, İL TA: İntralezyonel triamsinolon asetonid, AKD: Alerjik kontakt dermatit, KOH: Potasyum hidroksit

papül, püstül gibi elemanter lezyonlar görülür. Bu ise dermatofit enfeksiyonu açısından aldatıcı bir görünümdür⁶.

Romano ve ark.⁷ tarafından sunulan 200 olguluk tinea inkognito serisinde tinea inkognitonun en sık taklit ettiği dermatozlar; impetigo, diskoid dermatit, lupus eritematozus, polimorf ışık erüpsiyonu, psoriasis, rozasea, seboreik dermatit, liken planus ve eritema migrans şeklinde sıralanmıştır. Yine Kore'de yapılan çok merkezli, 283 tinea inkognito olgusunun sunulduğu seride ise tinea inkognitonun taklit ettiği



Resim 1. Hastaların sırayla boyun (1A), bıyık ve alt dudak (1B), kol (1C), yüz (1D), çene (1E), yanak (1F), ellerde (1G, 1H, 1I) ve gluteal bölgede (1J) eritemli, bazılarında püstüller lezyonların eşlik ettiği, ancak çoğunda tipik dermatofit lezyonlarında görülen keskin kenar aktivasyonunun olmadığı lezyonlar görülmektedir

dermatozlar; nonspesifik egzema, kontakt dermatit, atopik dermatit, seboreik dermatit, diaper dermatit, intertrigo, numuler dermatit, staz dermatiti, psoriasis benzeri lezyonlar, lupus eritematozus benzeri lezyonlar, ürtiker benzeri lezyonlar ve liken simpleks kronikus benzeri lezyonlar şeklinde sıralanmıştır². Kliniğimize başvuran 10 olgunun; 4 tanesinde egzema benzeri, 2 olguda alerjik kontakt dermatit benzeri, 1 olguda seboreik dermatit benzeri, 1 olguda granuloma annulare benzeri, 1 olguda pemfigus vulgaris benzeri, 1 olguda ise intertrigo benzeri klinik görünüm mevcuttu (Tablo 1, Resim 1).

Atzori ve ark.⁸ 2012 yılında yayınladıkları 154 tinea inkognito olgu serisinde en sık izole edilen etkenlerin sırasıyla *Microsporum canis*, *Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes var. mentagrophytes*, *T. mentagrophytes var. interdigitale*, *M. gypseum*, *Epidermophyton floccosum* ve *T. verrucosum* olduğunu belirtmişlerdir. Tinea inkognitonun vücutta en sık görüldüğü bölgelerin gövde ve yüz olduğu geniş çaplı olgu serilerinde belirtilmiştir^{1,7}. Tinea inkognito tanısı; kortikosteroid tedavisine yanıt vermeyen klinik olarak şüpheli olgularda lezyondan direkt KOH bakısı, lezyondan mantar kültürü yapılması ve bazı durumlarda histopatolojik örneğin PAS boyanması ile konulur. Hastalarımızın tümünde direkt KOH bakısı pozitif. Won-Joeng ve ark.² tarafından tinea inkognito tanısı için 4 diagnostik kriter önerilmiştir; 1- Tipik klinik görünümün kaybolması, 2- Kortikosteroid veya kalsinörin kullanım öyküsü, 3- KOH incelemesi, mantar kültürü veya deri biyopsi örneğinin değerlendirildiği en az bir mikolojik testin pozitif olması, 4- Antifungal tedavi sonrası iyileşme.

Tinea inkognito tedavisinde sistemik antifungal tedavi önerilmektedir. Tedavide griseofulvine göre deride daha iyi biriken terbinafin, itrakonazol ve flukonazol kullanılmaktadır⁹. Ayrıca topikal antifungal ilaçlar da sistemik tedaviye kombine olarak veya sistemik tedavilerin kontrendike olduğu durumlarda tek başına kullanılabilirler.

Sonuç

Dermatoloji kliniğine uzun süredir steroid veya kalsinörin inhibitörü tedavilerine yanıtız, gövde ve yüz yerleşimli ve kombine olarak tinea pedis veya tinea unguium bulunan, özellikle sistemik steroid gibi immünsuprese ilaçlar kullanan, kaşıntılı lezyonlarla başvuran hastalarda tipik dermatofit kliniği olmasa da tinea inkognito ön tanılarımız arasında olmalıdır. Bu hastaların mevcut lezyonlarından direkt KOH bakısı, lezyondan mantar kültürü yapılması ve bazı durumlarda histopatolojik örneğin PAS boyanması şeklindeki laboratuvar tetkiklerinden en azından daha az zaman alan ve kısa sürede sonuç veren direkt KOH bakısı yapılmalıdır. Böylelikle dermatolojide sık görülen, tanı ve tedavisi kolay dermatofit enfeksiyonlarının yanlış tanı almalarının önüne geçilmiş olunacaktır.

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır, **Konsept:** Mikail Yılmaz, Yelda Kapıcıoğlu, Serpil Şener, **Dizayn:** Mikail Yılmaz, Yelda Kapıcıoğlu, Serpil Şener, **Veri Toplama veya İşleme:** Mikail Yılmaz, Yelda Kapıcıoğlu, Serpil Şener, Ayşegül Polat, Hülya Cenk, Derya Yaşar, **Analiz veya Yorumlama:** Mikail Yılmaz, Yelda Kapıcıoğlu, Serpil Şener, **Literatür Arama:** Mikail Yılmaz, **Yazan:** Mikail Yılmaz, **Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir, **Çıkar Çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, **Finansal Destek:** Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Ansar A, Farshchian M, Nazeri H, Ghiasian SA: Clinico-epidemiological and mycological aspects of tinea incognito in Iran: a 16-year study. *Med Mycol J* 2011;52:25-32.
2. Won-Jeong K, Tae-Wook K, Je-Ho M, et al: Tinea incognito in Korea and its risk factors: nine-year multicenter survey. *J Korean Med Sci* 2013;28:145-51.
3. Ive FA, Marks R: Tinea incognito. *Br Med J* 1968;3:149-52.
4. Rallis E, Koumantaki-Mathioudaki E: Pimecrolimus induced tinea incognito masquerading as intertriginous psoriasis. *Mycoses* 2007;51:71-3.
5. Dereli T: Tinea incognito. *İnfeksiyon Dergisi* 2007;21:103-12.
6. Aliğaoğlu C, Atasoy M, Balık Ö, Aktaş A, Özdemir Ş: Farklı bölgelerde yerleşmiş dört tinea inkognito olgusu. *Türkderm* 2006;40:26-8.
7. Romano C, Maritati E, Gianni C: Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. *Mycoses* 2006;49:383-7.
8. Atzori L, Pau M, Aste N, Aste N: Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). *Int J Dermatol* 2012;51:410-5.
9. Arenas R, Moreno-Coutino G, Vera L, Welsh O: Tinea incognito. *Clinics in Dermatology* 2010;28:137-9.