

## Uzun süreli sistemik steroid kullanımına bağlı gelişen yaygın bir tinea inkognito olgusu

A case of diffuse tinea incognito associated with long-term systemic steroid use

Çiçek D

Kandı B

Uçak H

Dertlioğlu S

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

### Özet

26 yaşında erkek hasta vücudunda yaygın kaşıntı ve döküntü öyküsü ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenede hastanın ellerinde, ayaklarında, inguinal bölge ve intergluteal bölgede yaygın eritemli üzeri skuamli plaklar ve tüm el ve ayak tırnaklarında subungal hiperkeratoz, onikodistrofi ve onikodiskromi mevcuttu. Hastanın anamnezinden sekiz yıldan beri her hafta intramuskular betametazon dipropionate kullandığı öğrenildi. Lezyonlardan yapılan nativ inceleme sonucu el, ayak, inguinal bölge, el ve ayak tırnakları pozitif olarak değerlendirilirken yapılan mantar kültürü sonucunda ayak tabanında *Trichophyton rubrum* üredi. Hastaya uzun süreli sistemik steroid kullanımına bağlı gelişen yaygın bir tinea inkognito tanısı konularak, sistemik ve ikili topikal antifungal tedavisi başlandı.

**Anahtar Sözcükler:** *Tinea incognito, Trichophyton rubrum, sistemik steroid*

### Summary

A 26-year-old male patient presented with a history of diffuse pruritus and rash on the body. Dermatological examination showed diffuse erythematous plaques with squamous surfaces on his hands, feet, inguinal area and intergluteal area. Subungual hyperkeratosis, onychodystrophy and onycho-dyschromia were observed on all hand and foot nails. The patient had been using intra-muscular betamethasone dipropionate weekly for 8 years. Native examination of the lesions on the hands, feet, inguinal area, hand and foot nails were evaluated positive, and *Trichophyton rubrum* grew in the fungal culture of the soles. The patient was diagnosed as diffuse tinea incognito associated with long-term systemic steroid use, and systemic and double topical antifungal treatment was started.

**Key Words:** *Tinea incognito, Trichophyton rubrum, Systemic steroids*

### Giriş

Tinea inkognito uygunsuz topikal veya oral steroid kullanımını sonucunda mikotik enfeksiyon tablosunun farklı bir görünüm alması durumudur (1,2). Hastalıkta tipik dermatofit lezyonlardaki kenar aktivasyonu ve skuamlar kaybolur, diffüz eritemli veya hiperpigmente lezyonlar üzerinde dağınık papül ve püstüller oluşabilir (1-5). Tinea inkognito kliniğinde egzema, piyoderma, diskoid lupus eritematozus, rozasea, psöriazis, purpura, seboreik dermatit, liken ruber planus ve skleroderma benzeri lezyonlar da rapor edilmiştir (3). Literatürde bildirilen tinea inkognito vakalarının büyük çoğunluğunda *Trichophyton rubrum* suçlanmıştır (3,5). Oysa sağlıklı bireylerde *Trichophyton rubrum*' a bağlı geniş dağılımlı tinea korporis olgusu nadir görülmektedir.

Tinea korporis; lösemi, diabetes mellitus, atopik dermatit ve Cushing sendromu gibi sistemik hastalığı olanlarda generalize olma eğilimindedir (6,7).

### Olgu

26 yaşında erkek hasta vücudunda yaygın kaşıntı ve döküntü öyküsü ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden, özellikle ellerinde, kasık bölgesinde, boyunda ve ayaklarında yaygın kaşıntı, kızarıklık, beraberinde halsizlik, güçsüzlük ve zayıflama şikayetlerinin olduğu, hastanın ekzema tanısı ile sekiz yıldan beri her hafta intramuskular betametazon dipropionate kullandığı öğrenildi.

Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın yapılan sistem muayenesinde kaşektik olduğu gözlemlendi. Dermatolojik muayenesinde her iki elde başlayıp ön kola uzanan ayaklarda başlayıp ayak bileklerine kadar

Yazışma adresi: Demet ÇİÇEK, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ  
Makalenin geliş tarihi : 08.01.2007; kabul tarihi : 25.05.2007

uzanan, inguinal bölge ve intergluteal bölgede üzerinde yer yer papül ve püstüller olan eritemli skuamli plaklar ve palmoplantar hiperkeratoz bulunmaktaydı. Hastanın yüz, boyun V bölgesi ve ensesinde yaygın telenjektaziler, bilateral tüm el ve ayak tırnaklarında subungal hiperkeratoz, onikodistrofi ve onikodiskromi mevcuttu (Resim 1, 2). Laboratuvar incelemede patolojik olarak lökosit:  $12.870 \times 10^3/\mu\text{L}$  (3.8-10.3), ALT 58 U/L (5-40 U/L), glukoz: 42 mg/dL (75-115), potasyum 3.2 meq/L (3.5-5.5) olarak tespit edildi. Lezyonlardan yapılan nativ inceleme sonucu el, ayak, inguinal bölge, el ve ayak tırnakları pozitif olarak değerlendirilirken, mantar kültürü sonucunda sadece ayak tabanında *Trichophyton rubrum* üredi.



**Resim 1.** Hastanın bilateral ellerinde ve inguinal bölgesinde üzerinde yer yer papül ve püstüller olan eritemli skuamli plaklar ve palmar hiperkeratoz.



**Resim 2.** Hastanın bilateral ayaklarında üzerinde yer yer papül ve püstüller olan eritemli skuamli plaklar ve plantar hiperkeratoz.

İstenilen dahiliye konsültasyonu sonucunda hastaya iatrojenik cushing sendromu tanısı konularak, karaciğer enzimlerinden ALT yüksekliğinin steroid kullanımı, hipogliseminin ise steroid tedavisinin ani kesilmesi sonucu oluşan adrenal yetmezlik nedeniyle oluştuğu şeklinde yorumlandı.

Klinik ve mikrobiyolojik incelemeler doğrultusunda yaygın tinea inkognito tanısı konulan hastaya sistemik terbinafin 250 mg/gün, ikili topikal antifungal (sertaconazole nitrate, clotrimazole) ve adrenal yetmezlikten korumak amacıyla 40 mg/gün dozunda sistemik steroid tedavisi başlandı ve steroid dozu tedricen azaltıldı. 7.5 mg/gün doza düşüldüğünde hastaya deksametazon baskılama testi uygulandı, normal olarak değerlendirilip sistemik steroid tedavisi kesildi. Hastanın lezyonlarının tamamen iyileşmesi üzerine aylık kontroller önerilerek taburcu edildi.

### Tartışma

Tinea inkognito terimi ilk kez 1968 yılında İve ve Marks tarafından tanımlanmış olup uygunsuz topikal veya oral steroid kullanımı sonucunda mikotik enfeksiyon tablosunun farklı bir görünüm alması durumudur (4). Bu tabloda mantar enfeksiyonu kenar aktivasyonu ve skuamli plaklar gibi bazı tipik klinik özelliklerini kaybeder. Lezyon üzerinde dağınık papül ve püstüllerin görüldüğü diffüz eritemli veya hiperpigmente plaklar haline dönüşürken, klinik açıdan yol gösterici olan kaşıntı ise steroid tedavisi öncesine göre daha azalmış veya kaybolmuştur ve lezyonun sınırları daha geniş olabilir. Steroidlerin tinea inkognito kliniği üzerindeki etkisinin hücre aracılı inflamasyonu azaltması neticesinde enfeksiyonun yayılması ve modifiye klinik bulguların ortaya çıkması ile oluştuğu düşünülmektedir (1-4). Literatürde topikal kullanılan takrolimus ve pimekrolimusa bağlı gelişen iki tinea inkognito vakası bildirilmiştir. Bu iki ilacın da inflamasyonu azaltarak etki ettiği düşünülmektedir (8,9). Romano ve ark. tarafından İtalya'nın Milano kentinde 1987-2002 yılları arasında tinea inkognito teşhisi alan 200 hastalık bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda 89 hastada egzema, 34 hastada piyoderma, 15 hastada DLE, 17 hastada rozasea, 13 hastada psoriasis, 6 hastada purpura, 7 hastada seboreik dermatit, 2 hastada liken ruber planus, 2 hastada skleroderma benzeri lezyonlar rapor edilmiştir. Hastaların tamamında nativ preperat pozitif olarak saptanırken mantar kültürlerinde ise çoğunlukla *Trichophyton rubrum* izole edilmiştir (3). Bir çalışmada yüz ve boyun bölgesinde rozasea benzeri lezyonları olan ve mantar kültüründe *Microsporum canis* üretilen 52 yaşında bir tinea inkognito vakası, başka bir çalışmada ise el sırtında egzema benzeri lezyonlarla seyreden ve mantar kültüründe *Trichophyton rubrum* üretilen bir tinea inkognito vakası bildirilmiştir (6,7). Ferahbaş ve ark. polimorf ışık erüpsiyonu olduğunu

düşünerek, topikal ve sistemik steroid tedavisi uyguladıkları, tüm vücudunda annüler tarzda eritem ve skuam tarzında lezyonlara az sayıda püstüllerin eşlik ettiği ve mantar kültüründe *Trichophyton rubrum* üreyen yaygın tinea inkognito vakası rapor etmişlerdir (5). Başka bir çalışmada ise topikal steroid kullanımına bağlı gelişen; karın, gulteal bölge, el-yüz ve periorbital olmak üzere farklı bölgelerde yerleşen dört tinea inkognito vakası tanımlanmıştır. Vakaların hepsinde lezyonların kliniği; keskin kenarlı, yuvarlak veya oval, eritemli, üzeri skuamli plaklar şeklinde tariflenmiştir (10).

Bizim hastamızda lezyonlar el, ayak, inguinal ve intergluteal bölgede yerleşmiş; keskin kenarlı, eritemli, üzeri skuamli, yer yer püstüllerin eşlik ettiği plaklar şeklindeydi. Egzemayı düşündürmekte olan lezyonlar literatürdeki diğer vakalara kıyasla daha yaygın seyretmekteydi. Bu durum hastamızın sistemik steroid kullanması ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlandı. Hastamızın

ayak tabanından yapılan mantar kültüründe *Trichophyton rubrum* üredi ve bu durum literatürdeki diğer vakalarla benzerlik göstermekteydi.

Tinea inkognito tanısı konulurken öncelikle sorulması gereken soru, vakanın sistemik steroid kullanımına bağlı yaygın tinea enfeksiyonu mu yoksa tinea inkognito mu olduğudur. Tinea enfeksiyonlarında genellikle aktif bir kenar mevcut olup üzerinde vezikül ve püstüller gözlemlenirken tinea inkognitoda lezyon kenar aktivasyonunu kaybetmekte ve püstüller merkezi bölgede yaygın olarak yerleşmektedir. Ayrıca tinea inguinalis kliniğinde skrotal bölge genellikle tutulmazken tinea inkognitoda yaygın bir şekilde tutulum gözlemlenir (1-4). Bizim olgumuzda da lezyonun kenar aktivasyonunu kaybettiği, püstüllerin merkezi bölgede yerleştiği ve skrotal bölgenin yaygın bir şekilde tutulduğu görüldü. Bu nedenlerden dolayı olgu tinea inkognito olarak kabul edildi.

#### Kaynaklar

1. Thomas PH: Clinical Dermatology. Philadelphia: Mosby Pres, 2004:409-455.
2. Baykal C: Dermatoloji Atlası. İstanbul: ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A.Ş., 2004:10-31.
3. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. *Mycoses* 2006; 49:383-387.
4. Ive FA, Marks R. Tinea incognito. *Br Med J* 1968; 3:149-152.
5. Ferahbaş A, Atasavun Ç, Canöz Ö, Borlu M, Koç A N, Utaş S. *Trichophyton Rubrum*'a Bağlı Bir Tinea inkognito Olgusu. *Türkderm* 2005; 39:204-207.
6. Gorani, A. Schiera and A. Oriani. Rosacea-like Tinea incognito. *Mycoses* 2002; 45:135-137.
7. Jacobs JA, Kolbach DN, Vermeulen AH, Smeets MH, Neuman HA. Tinea incognito due to *Trichophyton rubrum* after local steroid therapy. *Clin Infect Dis* 2001; 33:142-144.
8. Crawford KM, Bostrom P, Russ B, Boyd J. Pimecrolimus-induced tinea incognito. *Skinmed* 2004; 3:352-353.
9. Siddaiah N, Erickson Q, Miller G, Elston DM. Tacrolimus-induced tinea incognito. *Cutis* 2004; 73:237-238.
10. Aliağaoğlu C, Atasoy M, Balık Ö, Aktaş A, Özdemir Ş. Farklı bölgelerde yerleşmiş dört tinea inkognito olgusu. *Türkderm* 2006; 40:26-28.