

## Diabetes Mellitus ve Psoriasisli Bir Olguda *Microsporum audouinii*'ye Bağlı Gelişen Tinea Korporis

### Tinea Corporis Due to *Microsporum audouinii* in a Case of Diabetes Mellitus and Psoriasis

Pınar Yüksel Başak<sup>1</sup>, Emel Sesli Çetin<sup>2</sup>, Sadık Yılmaz<sup>1</sup>,  
Vahide Baysal Akkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye  
<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

#### Özet

Diabetes mellitus, immunsupresyon ve steroid kullanımı dermatofit enfeksiyonlarının daha yaygın ve şiddetli seyretmesine neden olmaktadır. Immunsupresif hastalarda olduğu gibi psoriasisli hastalarda da *Tricophyton rubrum*'un etken olduğu tinea korporis olguları tanımlanmıştır. Psoriasis ve psoriatik artrit nedeni ile uzun süredir metotreksat ve sistemik steroid kullanan ve diabetes mellitus tanısı olan kadın hastada *Microsporum audouinii*'nin sebep olduğu tinea korporis saptanarak nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur. (*Türk Dermatoloji Dergisi* 2009; 3: 47-9)

**Anahtar kelimeler:** *Microsporum audouinii*, psoriasis, immunsupresyon, diabetes mellitus, tinea korporis

**Geliş Tarihi:** 12. 05. 2008

**Kabul Tarihi:** 22. 11. 2008

#### Abstract

Diabetes mellitus, immunosuppression ve steroid uptake cause dermatophyte infections to progress more generalized and severe. Cases of tinea corporis caused by *Tricophyton rubrum* were described in immunosuppressive as well as psoriatic patients. The female patient using long term methotrexate and systemic steroid treatment for psoriasis and psoriatic arthritis, with diabetes mellitus was diagnosed as tinea corporis due to *Microsporum audouinii* and presented to be rare.

(*Turkish Journal of Dermatology* 2009; 3: 47-9)

**Key words:** *Microsporum audouinii*, psoriasis, immunosuppression, diabetes mellitus, tinea corporis

**Received:** 12. 05. 2008

**Accepted:** 22. 11. 2008

#### Giriş

Tinea korporisten sorumlu organizmalar arasında sıklıkla *Tricophyton rubrum*, *Tricophyton tonsurans*, *Microsporum canis* ve *Tricophyton mentagrophytes* sayılmaktadır (1,2). Diabetes mellitus (DM)'da dermatofit enfeksiyonlarının prevalansında artış olmamakla birlikte DM, uzun süreli immunsupresif tedavi ve steroid kullanılması, HIV enfeksiyonu ya da lenfoproliferatif hastalıklar dermatofit enfeksiyonlarının daha şiddetli seyretmesine neden olmaktadır (3). Özellikle immunsupresif hastalarda yaygın ve atipik seyreden tinea korporis, *T. rubrum* tarafından oluşturulmaktadır (4). Psoriasisli hastalarda tanımlanan tinea korporis olgularında da çoğunlukla *T. rubrum*'un etken olduğu bildirilmiştir (5). Sunulan olgu, DM ve psoriasisli bir hastada daha önce tanımlanmayan

*Microsporum audouinii*'nin sebep olduğu tinea korporis olarak değerlendirilmiştir.

#### Olgu

Tüm vücudunda kaşıntılı yaralar nedeni ile başvurulan 77 yaşındaki kadın hastanın öyküsünden yaklaşık 1 hafta önce kalça bölgesinde kızarıklıklar ve yaralar, son 3 gündür de ağızda yaralar çıktığı öğrenildi. Hayvanlarla teması olmayan hastanın özgeçmişinde 15 yıldır DM, hipertansiyon, psoriasis ve psoriatik artriti olduğu, oral antidiyabetik (Glipizid ve metformin), antihipertansif (silazapril/hidroklorotiyazid), Metotreksat (10 mg/hafta) prednizolon (4 mg/gün) tedavilerini uzun süredir düzensiz şekilde kullandığı öğrenildi. Genel durumu 'orta' olarak değerlendirilen hastanın sistem sorgulaması ve fizik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Dermatolojik muayenesinde dil ve damakta beyaz plaklar, gövdede birkaç adet eritemli zeminde yer yer vezikülopüstüller lezyonlar izlendi. Gluteal bölge orta hatta keskin sınırlı, eritemli, üzeri yer yer püstüler, yer yer erode geniş plak vardı (Şekil 1a). Bacaklarda ve sağda daha belirgin olmak üzere, ayak sırtlarında eritemli zeminde püstüler lezyonlar (Şekil 1b), ayak tırnaklarında subungual hiperkeratoz mevcuttu.

Laboratuvar incelemesinde hemogloblin 10.8g/dl (13.6-17.2), eritrosit sedimentasyon hızı 92mm/saat, CRP 151mg/l (0-3), açlık kan şekeri 162mg/dl (75-115), ALT 55U/l (0-45), AST 50U/l (0-35) değerleri dışında patolojik bulgu saptanmadı. Tiroid fonksiyon testleri, tam idrar analizi, PA akciğer grafisi normal olarak tespit edildi. Anti-HIV ve hepatit serolojisi negatif idi. Periferik yaymada atipik hücreye rastlanmadı.

Oral mukozada nativ inceleme ile mantar elemanları saptanmadı. Gluteal bölgedeki skuamli plaklar ve üzerindeki püstüllerden yapılan nativ incelemede bol miktarda septalı hifler izlendi. Ayak sırtlarındaki püstüler lezyonlarda ve ayak tırnaklarında da nativ inceleme ile mantar elemanları saptandı. Klinik ve nativ preparat değerlendirilmesi sonucunda tinea korporis, tinea pedis ve tinea unguium tanıları konuldu. Gluteal bölgedeki lezyondan steril eküvyon çubuğu ile sürüntü örneği alınıp mantar kültürü için gönderildi. Hastaya itrakonazol 2x100 mg/gün ve ketokonazol krem tedavisi başlandı. Mikrobiyoloji laboratuvarında örnek, mikolojik kültür için kloramfenikol ve sikloheksimid içeren *Sabouraud* dekstroz agara ekilip 25 ve 37°C'de inkübe edildi. İnkübasyonun 7. gününde *Sabouraud* dekstroz agarda yüzeyi açık ten rengi, kadifemsi görünümlü, arkadan bakıldığında sarı-kahverengi görünen küf kolonileri gözlemlendi. İzolat, steril pirinç taneleri üzerinde üreyememesi, sadece kahverengimsi renk değişikliğine yol açması ve laktofenol pamuk mavisi ile boyandığında bölmeli hifler, kalın duvarlı interkalar ve terminal klamidokonidyaların gözlenmesi üzerine *M. audouinii* olarak tanımlandı (Şekil 2).

Gluteal bölgeden psoriasis ve mantar enfeksiyonu ön tanıları ile alınan *punch* biyopside dermiste dağınık yerleşim gösteren lenfositler ve endotelleri şişkin kapillerler izlendi. PAS ile mantar elemanları saptanmadı.

Onbeş gün süreyle oral itrakonazol verilen hastanın takibi sırasında ateş yüksekliği nedeni ile alınan mantar, aerop ve anaerop kan kültürlerinde üreme olmadı. Lezyonların tedavi başlangıcından 3 hafta sonra oldukça gerilediği, 2 ay sonraki takipte ise postinflamatuar hiperpigmentasyon bırakarak iyileştiği görüldü (Şekil 3).

## Tartışma

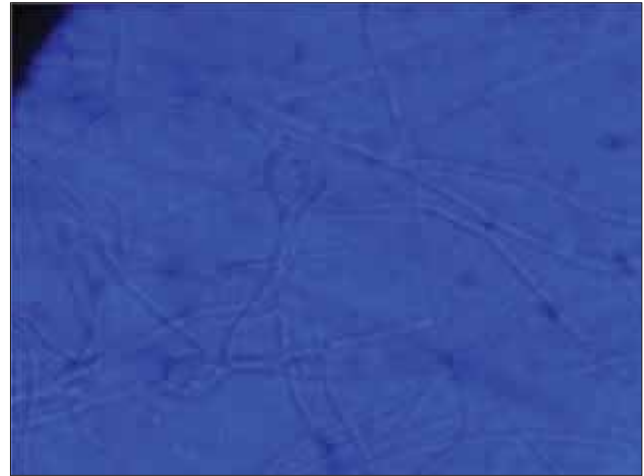
Esas olarak tinea kapitis'e yol açan *M. audouinii*'nin nadiren tinea korporis etkeni olarak tanımlandığı bilinmektedir (6). Olgumuzun deri lezyonlarından *M. audouinii*'nin izole edilmesi, bu mikroorganizmanın nadir de olsa tinea korporis etkeni olarak akıldan bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Altmışbeş yaş üzeri popülasyonda yapılan bir çalışmada, bu yaş grubunda en sık rastlanan deri enfeksiyonları arasında tinea korporis ve kandida enfeksiyonları sayılmaktadır (7). Kandida enfeksiyonları psoriasis, DM, kalp yetmezliği veya hipertansiyonu bulunan hastalarda artmış olarak bildirilmektedir (8). Bununla birlikte immunsupresif ve steroid

tedavileri ile tüm immunsupresyon durumları kandidiazise zemin hazırlayabilmektedir (6). Bu mikroorganizma hayatı tehdit etmeyen mukokutanöz tutulumdan, herhangi bir organa yayılıp ölümlü sonlanabilen sistemik hastalıklara kadar değişen çok geniş yelpazede fırsatçı enfeksiyonlara yol açabilir (9). İmmunsupresif hastalarda mantar enfeksiyonlarının daha agresif ve tedaviye dirençli seyretmesi nedeniyle tedavi daha zor olabilmektedir (9,10). İleri yaş grubunda olan olgumuzda da psoriasis, DM ve hipertansiyonun birlikte bulunması yanında uzun süreli immunsupresif tedavi ve steroid kullanılması nedeniyle oral lezyonlarında mantar elemanları saptanmamış olsa da klinik olarak tüm mukokutanöz lezyonları beraber değerlendirildiğinde yaygın kandida enfeksiyonu olabileceği düşünüldü. Genel durumu orta olan ve takip sırasında ateş yüksekliği ortaya çıkan hastada DM ve immunsupresyon olduğu da gözönüne alınarak başlanan sistemik antifungal tedavinin süresinin uzatılması planlandı.



Şekil 1a. Gluteal bölge lezyonları  
Şekil 1b. Sağ ayak dorsalinde eritemli zeminde püstüler ve erode lezyonlar



Şekil 2. Laktofenol pamuk mavisi, X400



Şekil 3. Postinflamatuar hiperpigmentasyon ile iyileşen lezyonlar

Bununla birlikte lezyonlardan yapılan kültürde *M. audouinii*'nin izole edilmesi ve tedaviye iyi yanıt alınması üzerine hastanın tedavisi sonlandırıldı. Bu durum, ayırıcı tanıda kandidiazisin düşünülmesi yanında lezyonlardan mantar kültürü yapılmasının, tedavi planlanması açısından önemli olduğunu da ortaya koymaktadır.

Psoriasisle dermatofit enfeksiyonlarının sıklığının azaldığı, özellikle tinea korporisin belirgin olarak az oranda görüldüğü bildirilmiştir. Bununla birlikte sadece erken başlangıçlı psoriasisle dermatofit enfeksiyonlarının sıklığında azalma olduğu, geç başlangıçlı psoriasisle ise kandida enfeksiyonlarında artış olabilmesi dışında özellik saptanmadığı öne sürülmektedir (11). DM'de de dermatofit enfeksiyonlarının prevalansında artış olmadığı göz önüne alınarak geç başlangıçlı psoriasisli olgumuzda ortaya çıkan yaygın tinea korporis enfeksiyonunun uzun süreli immunsupresif tedavi ve steroid kullanılması ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Psoriasisli hastalarda çoğunlukla *T. rubrum*'un etken olduğu tinea korporis olguları tanımlanmıştır. Bu çalışmada saptanan tinea korporis lezyonlarının psoriatik plaklar üzerine yerleştiği bildirilmiştir (5). Olgumuzda ise tinea korporis lezyonlarının psoriatik plakların üzerine yerleşmemesi, *M. audouinii*'nin izole edilmesi yanında saptanan diğer ilginç bir özellik olarak değerlendirilebilir.

Dermatofit enfeksiyonları klinik ve histopatolojik olarak psoriasisin tüm tipleriyle karışabilir. Bu nedenle psoriasis şüphesi olan tüm olgularda özel mantar boyaları yapılmalıdır (12). Olgumuzun da psoriasis öyküsü olması nedeniyle özellikle gluteal bölgedeki plaktan ayırıcı tanı için alınan biyopside bulgular nonspesifik idi. Şüphelenilen tüm lezyonlarda nativ inceleme ile mantar elemanlarının saptanması üzerine psoriasis için önerilebilecek topikal ve sistemik tedavilerden kaçınılarak antifungal tedavi düzenlendi. Psoriasisin özellikle anüler plak tip ve püstüller formlarında ayırıcı tanı için nativ inceleme ve mantar kültürü yapılmasının tedavi yaklaşımları açısından önemli olduğu görüşündeyiz.

## Kaynaklar

1. Nelson MM, Martin AG, Heffernan MP. Superficial fungal infections: Dermatophytosis, onychomycosis, tinea nigra, piedra. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p.1989-2005.
2. Welsh O, Welsh E, Ocampo-Candiani J, Gomez M, Vera-Cabrera L. Dermatophytoses in Monterrey, México. Mycoses 2006 ;49:119-23.
3. Bub JL, Olerud JE. Diabetes mellitus. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p.1651-61.
4. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case Report. Widespread tinea corporis due to Trichophyton rubrum. Mycoses 2002; 45:195-7.
5. Alteras I, Ingberg A, Segal R, Schvili D. The incidence of skin manifestations by dermatophytes in patients with psoriasis. Mycopathologia 1986;95:37-9.
6. Erbakan N, ed. Derinin mantar hastalıkları.1. baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 1989.
7. Yap KB, Siew MG, Goh CL. Pattern of skin diseases in the elderly seen at the National Skin Centre (Singapore) 1990. Singapore Med J 1994;35:147-50.
8. Henseler T. Mucocutaneous candidiasis in patients with skin diseases. Mycoses 1995;38:7-13.
9. Eşrefoğlu M. Kandidiyazis ve Pitrosporom Enfeksiyonlarının Tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri 2003;23:342-52.
10. Millikan LE. Role of oral antifungal agents for the treatment of superficial fungal infections in immunocompromised patients. Cutis 2001;68:6-14.
11. Henseler T, Tausch I. Mycoses in patients with psoriasis or atopic dermatitis. Mycoses 1997;40:22-8.
12. Altman EM, Kamino H. Diagnosis: psoriasis or not? What are the clues? Semin Cutan Med Surg 1999;18:25-35.