

## Bir Tinea Fasiyalis İnkognito Olgusu

### A Case of Tinea Facialis Incognito

Nezih Karaca<sup>1</sup>, Işıl Kılınç Karaarslan<sup>2</sup>, İlgen Ertam<sup>2</sup>, Derya Aytimur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Sayın Editör,

Tinea fasiyalis, sık görülmeyen yüzde kılsız deriyi tutan yüzeysel bir dermatofit enfeksiyonudur (1). Tüm yaş gruplarında görülebilmekle birlikte 6-15 yaş ile 20-40 yaş aralıklarında sık görülmektedir (2,3). Tinea fasiyalisin klinik görünümü özellikle yanlış tanı nedeniyle kullanılan topikal ajanlarla değişerek tanı koymak daha da zor hale gelebilmektedir. Dahası, tinea fasiyalis, tinea korporisin en çok yanlış tanınan formudur (4).

Tinea inkognito, yanlış dermatolojik tanı nedeniyle topikal ya da sistemik steroid kullanımı sonucu ortaya çıkan, fungal enfeksiyonun farklı bir klinik görünüm kazanmasına neden olan dermatofitik bir enfeksiyondur (5). Tinea fasiyalisli olgularda steroid kullanımı sonucu ortaya çıkan tablo ise tinea fasiyalis inkognito olarak adlandırılmaktadır.

Kırk iki yaşında erkek hasta üç ay önce her iki yanak bölgesinde ortaya çıkan kızarıklıklar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri ilk olarak her iki yanak bölgesinde bir kızarıklık şeklinde başlamış ve giderek lezyon genişleyerek kaşıntı yakınması eklenmişti. Başvurduğu hekim tarafından hastaya topikal mometazon furoat tedavisi verilmiş ancak bir ay boyunca kullanmasına rağmen lezyonlarda düzelme olmayıp artış gözlenmesi üzerine kliniğimize sevk edilmişti. Hasta şikayetlerinin güneş ile maruziyetle şiddetlendiğini belirtiyordu.

Dermatolojik bakıda bilateral maksiller bölgelerde keskin sınırlı, eritemli, yer yer telenjektazilerin izlendiği 3x3 cm ve 3x2 cm boyutlarında iki adet plak görüldü (Şekil 1). Lezyonlarda yer yer annüler alanların da izlenmesi ve ayırıcı tanıda dermatofitik bir enfeksiyonun

atlanmaması için yapılan mikolojik direkt bakıda miçel formasyonu, kültürde *Trichophyton rubrum* üremesi saptandı (Şekil 2). Hastaya verilen iki haftalık topikal terbinafin krem ile lezyonlar tamamen geriledi (Şekil 3).

Tinea fasiyalis yüzün kılsız bölgelerini tutan dermatofit enfeksiyonudur. Dünya genelinde sıcak ve nemli iklime sahip bölgelerde daha sık görülmektedir (2). Güneş ışığı tinea fasiyalis semptomlarını sıklıkla artırmakta ve diğer fasiyal dermatozlarla klinik olarak karışabilmesine neden olmaktadır (1). Bizim olgumuzda da lezyonların güneşe maruziyet ile artış göstermesi nedeniyle başta diskoid lupus eritematozusun düşünüldüğü ve topikal kortikosteroid tedavisi başlandığı öngörül-



Şekil 1. Bilateral maksiller bölgelerde lokalize eritemli, yer yer annüler alanlar ve telenjektazilerin izlendiği plaklar



Şekil 2. *Trichophyton rubrum*, kültür

müş, ancak bize başvurusunda yapılan mikolojik kültür neticesinde tinea fasiyalis inkognito tanısına ulaşılmıştır.

Tinea fasiyalisli hastaların %36'sında, özellikle bir dermatit tanısı ile kortikosteroid kullanımına bağlı olarak enfeksiyonun görünümü değiştiğinden lezyon tinea fasiyalis inkognito halini almakta ve doğru klinik tanı atlanmaktadır (3).

Alteras ve ark. (6), 100 erişkin tinea fasiyalis olgusunun %52'sinde diskoid lupus eritematozus (DLE), %15'inde lenfositik infiltrasyon, %11'inde seboreik dermatit, %8'inde rozasea ve %7'sinde kontakt dermatit düşünülerek yanlış tanı aldığını tespit etmişlerdir. Bunun dışında polimorf ışık erupsiyonu benzeri görünüm de bildirilmiştir (7).

Tinea inkognito da yüz tutulumu olduğunda klinik olarak sıklıkla rozasea benzeri (8), diskoid lupus eritematozus benzeri ve egzama benzeri görünümde olabilmektedir. Romano ve ark.'nın (9) yaptığı ve 200 tinea inkognito olgusunun değerlendirildiği retrospektif bir çalışmada 63 hastada yüz tutulumunun olduğu ve bu lezyonların egzama benzeri, diskoid lupus eritematozus benzeri, rozasea benzeri, seboreik dermatit benzeri, skleroderma benzeri görünümde olduğu bildirilmiştir. Ayırıcı tanıda demodikozis de mutlaka düşünülmelidir (10). Bizim olgumuzda başlangıçta yapılan mikolojik kültürde *Trichophyton rubrum* üremesi ve topikal antifungal tedavi ile lezyonlarının tamamen gerilemesi nedeniyle bu tanıdan uzaklaşmıştır. Yine 84 tinea fasiyalis olgusunun değerlendirildiği başka bir retrospektif çalışmada klinik



Şekil 3. İki haftalık topikal terbinafin tedavisi sonrası lezyonlarda tamamen iyileşme

olarak hastaların 30'unda (%35.7) tinea inkognito saptanmış ve bu çalışmada yukarıda sayılan klinik görünümle birlikte ek olarak psoriasiform görünümün de saptandığı bildirilmiştir (3).

Tinea fasiyalis de tutulum alanı nedeniyle özellikle DLE ve polimorf ışık erupsiyonu gibi fotosensitif dermatitleri ayırmak oldukça güçtür (3). Ayrıca DLE ile birlikte koinsidental olarak saptanmış bir tinea fasiyalis olgusu da bildirilmiştir (3).

Yüzde eritem ve skuam ile seyreden lezyonlarda ayırıcı tanıda mutlaka dermatofit enfeksiyonlarının düşünülmesinin gerektiğini ve buna yönelik mikolojik tetkik yapılmasının önemini vurgulanması amacıyla bu olgu sunulmuştur.

### Kaynaklar

1. Khaled A, Chtourou O, Zeglaoui F, Fazaa B, Jones M, Kamoun MR. Tinea faciei: a report on four cases. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2007;16:170-3.
2. Mahmoudabadi AZ. First case of Microsporium ferrugineum from Iran. Mycopathologia. 2006;161:337-9.
3. Romano C, Ghilardi A, Massai L. Eighty-four consecutive cases of tinea faciei in Siena, a retrospective study (1989-2003). Mycoses. 2005;48:343-6.
4. Ozturk G. Gövde ve ekstremiteler dermatofit enfeksiyonlarının kliniği. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1:6-11.
5. Gul U. Tinea inkognito. Türkiye Klinikleri J Med Sci 1997, 17:430-1.
6. Alteras I, Sandbank M, David M, Segal R. 15-year survey of tinea faciei in the adult. Dermatologica. 1988;177:65-9.
7. Gorani A, Oriani A, Cambiagli S. Seboreic dermatitis-like tinea faciei. Pediatr Dermatol. 2005;22:243-4.
8. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like Tinea incognito. Mycoses. 2002;45:135-7.
9. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. Mycoses. 2006;49:383-7.
10. Nenoff P, Mügge C, Herrmann J, Keller U. Tinea faciei incognito due to *Trichophyton rubrum* as a result of autoinoculation from onychomycosis. Mycoses. 2007;50 Suppl 2:20-5.