



Tinea Kapitisin Nadir Bir Komplikasyonu: Ürtikeryal İd Reaksiyonu

A Rare Complication of Tinea Capitis: Urticarial Id Reaction

Okan Kızılyel¹, Ömer Faruk Elmas¹, Mustafa Görgün², Mahmut Sami Metin³, Fatma Doğan⁴

¹ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

² Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

³ Afşin Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kahramanmaraş, Türkiye

⁴ Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Erzurum, Türkiye

Özet

Sıklıkla prepubertal yaş grubundaki çocukları etkileyen tinea kapitis; saç folikülü ve folikül çevresinin dermatofit kaynaklı yüzeysel fungal enfeksiyonu olarak tanımlanabilir. Dermatofitoz tanılı hastalarda nadir görülen id reaksiyonu; dermatofit antijenlerine karşı gelişen gecikmiş tipte hipersensitivite reaksiyonu olarak kabul edilmektedir. İd reaksiyonu, sıklıkla papüler ve veziküler morfolojide izlenir. Ürtikeryal id reaksiyonu ise oldukça nadirdir. Bu makalede, tinea kapitis profundaya bağlı gelişen, ürtikeryal id reaksiyonu tanısı konulan iki pediatrik olgu sunulmuş ve tinea kapitisin, ürtikeryal reaksiyonların olası bir etyolojik faktörü olabileceği vurgulanmıştır. Olgularımızı, tablonun oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Dermatofit, id reaksiyonu, tinea kapitis profunda, ürtiker

Abstract

Tinea capitis that usually affects prepubertal age group of children is a dermatophyte causes superficial fungal infection of hair follicle and follicle surroundings. Id reaction is a rare condition and considered to be a delayed hypersensitivity reaction opposed to dermatophyte antigens. It is usually seen as papular and vesicular morphologies. Urticarial id reaction is extremely rare. In here, we have reported two cases of urticarial id reaction caused by tinea capitis profunda and we pointed out that tinea capitis may be an etiological factor of urticarial reactions. We have presented this case because the clinical entity is extremely rare.

Keywords: Dermatophyte, id reaction, tinea capitis profunda, urticaria

Giriş

Tinea kapitis; saç folikülü ve folikül çevresinin dermatofit kaynaklı yüzeysel fungal enfeksiyonudur. Tablo; tinea kapitis süperfisialis (TS), tinea kapitis profunda (TP) ve tinea kapitis favoza (TF) olmak üzere üç klinik formda değerlendirilir (1). Tinea kapitiste etyolojik ajan, Trikofiton ve Mikrosporium ai-

lesine mensup dermatofitlerdir. İlk kez Celsus tarafından M.Ö. 30'lu yıllarda, saçlı derinin akut pürülan inflamatuvar durumu olarak tanımlanan tinea kapitis profunda da diğer tinea kapitis formlarına göre belirgin bir inflamatuvar süreç söz konusudur (2). Klinik olarak enflame, hassas, multipl alopesik nodüler ve püstüler lezyonlar ile karakterize olan tinea kapitis profunda da; ateş, lenfadenopati ve lökositöz görülebilir (3-5).

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Okan Kızılyel

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum-Türkiye

E-mail: erester.34@hotmail.com

©Telif Hakkı 2017
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği -Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Pediatric
Infectious Diseases Society -Available online at
www.cocukenfeksiyon.org

Olgu Sunumları**Olgu 1**

İlk olgumuz; yaklaşık olarak 1.5 aydır devam eden, saçlı deri yerleşimli, kaşıntılı ve ağrılı multipl alopesik nodüler ve püstüller lezyonlar ile başvuran beş yaşında bir erkek çocuğuydu (Resim 1). Tabloya son iki haftada gövde ve ekstremitelerde lokalize ürtikeryal papül ve plaklar eklenmişti (Resim 2). Hastanın fizik muayenesinde orta derecede yüksek ateş (aksiller 38.2°C) dışında özellik arz eden bir bulgu yoktu. Laboratuvar incelemelerde nötrofilik lökositoz (lökosit 15.800/ μ L, nötrofil 13.700/ μ L) saptandı. Rutin biyokimya, ürogram, tiroid fonksiyon testleri ve gaita parazitolojisini içeren tetkikler normal sınırlardaydı. Püstüller lezyondan alınan materyalin KOH ile muamelesi sonrası direkt mikroskopik bakıda fungal hif yapıları tespit edildi. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla tinea kapitis profunda tanısı konulan hastaya altı hafta süreyle 125 mg/gün terbinafin (per oral), yedi gün süreyle 10 mg/gün prednizolon (per oral), iki hafta süreyle 6 mg/kg/gün kotrimoksazol süspansiyon, iki hafta süreyle 20 mg/kg/gün ibuprofen süspansiyon ve dört hafta süreyle lokal antiseptik tedavi düzenlendi. Tedavinin birinci haftasında ürtikeryal papül ve plakların tamamen gerilediği olguda skalp yerleşimli fungal lezyonlarda ise tedavinin beşinci haftasında tama yakın iyileşme gözlemlendi.

Olgu 2

İkinci olgumuz ise; sol temporal alanda lokalize, yaklaşık olarak 4 x 6 cm çapında, üzeri yer yer püstüller, eritemli ve skuamli plak tarzında deri lezyonu ile başvuran 11 yaşında erkek hastaydı (Resim 3).



Resim 1. Saçlı deride alopesik nodüler ve püstüller lezyonlar.



Resim 2. Gövde ön yüzde farklı çaplarda çok sayıda ürtikeryal papül ve plaklar.



Resim 3. Temporal alanda eritemli-skuamli, yer yer püstüllerin görüldüğü plak tarzı lezyon.



Resim 4. Gövde ve ekstremitelerde yaygın ürtikeryal lezyonlar.

Hastanın yakınmaları yaklaşık olarak bir aydır mevcuttu ve son üç günde tüm vücutta yaygın ürtikeryal papül ve plaklar gelişmişti (Resim 4). Hastanın sistemik fizik muayenesinde özellik arz eden bir durum yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hafif nötrofilik lökositoz dışında ek bir bulguya rastlanmadı. Temporal yerleşimli lezyonun aktif eritemli kenarından alınan skuamöz materyalin KOH ile muamelesi sonrası direkt mikroskopik bakıda fungal elemanlar tespit edildi. Mevcut bulgularla TP olarak değerlendirilen olgumuza, ilk olgumuzda belirtilen tedavi protokolü uygun dozda başlandı. Tedavinin üçüncü gününde ürtikeryal lezyonlarda tam gerileme gözlemlendi. Tinea kapitis profunda tablosu ise, dördüncü haftanın sonunda tama yakın düzelmeye gösterdi.

Tartışma

Saçlı derinin dermatofitik enfeksiyonu genellikle preadölesan çocuklarda görülür. Hastalarda klinik seyir farklılık göstermekle birlikte genellikle püstüler lezyonların eşlik ettiği şiddetli inflamatuvar alopesik nodüler lezyonlar ve kötü kokulu akıntı söz konusudur. Tablonun tedavisiz kalması veya tedavide gecikme durumunda skatrisyel alopesi çoğu zaman kaçınılmazdır (6). Her iki olgumuz, literatürde belirtilen yaş grubu ve klinik görüntü ile uyumlu profildeydi. Keryon celsi adı ile de bilinenteinea kapitis profunda olgularında; bölgesel lenfadenopati, ateş ve çeşitli id reaksiyonları görülebilir. Der-

matofit kaynaklı yüzeysel fungal enfeksiyonlarda id reaksiyonu görülme sıklığı yaklaşık olarak %5'tir (7). İd reaksiyonu; dermatofit antijenlerine karşı gelişen gecikmiş tip bir hipersensitivite reaksiyonu olarak kabul edilmektedir. Etyopatogenezi; fungal antijenlerin hasta antikorları tarafından opsonizasyonu ve duyarlanmış T-helper hücrelerinin salgıladığı sitokinler suçlanmıştır (8). İd reaksiyonları; geniş bir dermatolojik lezyon spektrumu ile prezente olabilir. İd reaksiyonu tanısı için bazı kriterler tanımlanmıştır. Bu kriterler; mikolojik olarak kanıtlanmış fungal enfeksiyon odağı, id reaksiyonu olarak tanımlanan lezyonun fungal enfeksiyon odağı ile komşuluğunun olmaması, id reaksiyonu olarak düşünülen lezyonda fungal ajan tespit edilmemesi ve fungal enfeksiyonun tedavi edilmediği durumda id reaksiyonunun spontan gerilemesi olarak sıralanabilir (9). Her iki olgumuzda direkt mikroskopik incelemede (nativ preparat yöntemi) fungal hif yapıları tespit edilmişti ve tedavi sonrası ürtikeryal plaklar hızlı bir şekilde gerilemişti. Tinea kapitisde görülen klasik id reaksiyonu yüz ve gövdede gelişen papüller ve veziküler lezyonlardır. Nadiren ürtikeryal, foliküler, papüler, eritema multiforme morfolojisinde, eritema anulare sentrifigum morfolojisinde ve eritema nodozum morfolojisinde id reaksiyonları görülebilir (10). Atzori ve arkadaşları burundaki tinea enfeksiyonuna bağlı olarak ekstremitelerde, eritema multiforme benzeri id reaksiyonu gelişen ve antifungal tedavi ile kliniği gerileyen 37 yaşında erkek bir hasta sunmuşlardır (11). Castriota ve arkadaşları TP tanımlı dokuz yaşında bir kız çocuğunda alt ekstremitelerde yerleşimli eritema nodozum benzeri id reaksiyonu tespit etmişler ve antifungal tedavi ile klinik bulguların gerilediğini belirtmişlerdir (12). Yine Zarea ve arkadaşları tinea kapitis profunda'ya bağlı olarak eritema nodozum morfolojisinde gelişen yedi yaşında bir erkek olgu sunmuşlardır (13). Literatürdeki olguların çoğunda id reaksiyonu olarak tanımlanan lezyonlar; papüler, veziküler, eritema nodozum morfolojisinde ve eritema multiforme morfolojisinde iken olgularımızda klasik id reaksiyonu görünümünün aksine, ürtikeryal lezyonlar dikkat çekiciydi.

Sonuç

Ürtiker lezyonlarına neden olan ajanı tespit etmek çoğu zaman mümkün olmamaktadır. İlaç allerjisi ile ürtikeryal id reaksiyonu klinik olarak karışabilmektedir. Ürtikeryal lezyonlar ile başvuran ve etyolojinin aydınlatılmadığı hastalarda, tablonun bir id reaksiyonu olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve hastalar yüzeysel fungal enfeksiyonlar açısından dikkatli bir muayeneye tabi tutulmalıdır.

Hasta Onamı: Hastanın ailesinden ve kendisinden onam alınmıştır.
Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - OK; Tasarım - ÖFE; Denetleme - MG; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - MSM; Literatür Taraması - FD; Yazıyı Yazan - OK; Eleştirel İnceleme - ÖFE, MSM; tüm yazarlar hasta izlemine katkıda bulunmuştur.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Elewski B. *Tinea capitis*. *Dermatol Clin* 1996;14:23-31. [\[CrossRef\]](#)
2. Rosenthal T. *Aulus cornelius celsus*. *Arch Dermatol* 1961;84:613-8. [\[CrossRef\]](#)
3. Elewski BE. *Tinea capitis: a current perspective*. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:1-20. [\[CrossRef\]](#)
4. Ilkit M, Demirhindi H. *Asymptomatic dermatophyte scalp carriage: laboratory diagnosis, epidemiology and management*. *Mycopathologia* 2008;165:61-71. [\[CrossRef\]](#)
5. Fuller LC, Child FJ, Midgley G, Higgins EM. *Diagnosis and management of scalp ringworm*. *BMJ* 2003;326:539-41. [\[CrossRef\]](#)
6. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K (eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 6th ed. Vol 2. 2003:2201-4. [\[CrossRef\]](#)
7. Gianni C, Betti R, Crosti C. *Psoriasiform id reaction in tinea corporis*. *Mycoses* 1996;39:307-8. [\[CrossRef\]](#)
8. Mark BJ, Slavin RG. *Allergic contact dermatitis*. *Med Clin North Am* 2006;90:169-85. [\[CrossRef\]](#)
9. Cheng N, Rucker Wright D, Cohen BA. *Dermatophytid in tinea capitis: rarely reported common phenomenon with clinical implications*. *Pediatrics* 2011;128:e453-7. [\[CrossRef\]](#)
10. Bassi N, Kersey P. *Erythema nodosum complicating a case of kerion celsi of the scalp due to Tricophyton mentagrophytes*. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:621-2. [\[CrossRef\]](#)
11. Atzori L, Pau M, Aste M. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:699-701.
12. Castriota M, Ricci F, Paradisi A, et al. *Erythema nodosum induced by kerion celsi of the scalp in a child: a case report and mini review of literature*. *Mycoses* 2013;56:200-3. [\[CrossRef\]](#)
13. Zarea I, Trojjet S, El Guellali N, et al. *Childhood erythema nodosum associated with kerion celsi: a case report and review of literature*. *Pediatric Dermatol* 2012;4:479-82. [\[CrossRef\]](#)