

Tinea Capitis'in Nadir Bir Komplikasyonu: Ürtikeryal İd Reaksiyonu

A Rare Complication of Tinea Capitis: Urticarial İd Reaction

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

1 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana bilim Dalı, Erzurum

2 Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Erzurum

3 Afşin Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kahramanmaraş

4 Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Erzurum

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 profunda'ya bağlı gelişen, ürtikeryal id reaksiyonu tanısı konulan iki pediatrik olgu sunulmuş ve tinea kapitis'in, ürtikeryal reaksiyonların olası bir etyolojik faktörü olabileceği vurgulanmıştır. Olgularımızı, tablonun oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Dermatofitid, 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: Dermatophytid, id reaction, tinea capitis profunda, urticaria

Giriş

Tinea kapitis (TK); saç folikülü ve folikül çevresinin dermatofit kaynaklı yüzeysel fungal enfeksiyonudur. Tablo; tinea kapitis süperfisiyalis (TS), tinea kapitis profunda (TP) ve tinea kapitis favoza (TF) olmak üzere 3 klinik formda değerlendirilir (1). TK'da etyolojik ajan, Trikofiton ve Mikrosporium ailesine mensup dermatofitlerdir. İlk kez Celsus tarafından M.Ö. 30'lu yıllarda, saçlı derinin akut pürülan inflamatuvar durumu olarak tanımlanan TP'de diğer TK formlarına göre belirgin bir enflamatuvar süreç

söz konusudur (2). Klinik olarak enflame, hassas, multipl alopesik nodüler ve püstüler lezyonlar ile karakterize olan TP'de; ateş, lenfadenopati ve lökositoz görülebilir (3, 4, 5).

Olgu 1

İlk olgumuz; yaklaşık olarak 1,5 aydır devam eden, saçlı deri yerleşimli, kaşıntılı ve ağrılı multipl alopesik nodüler ve püstüler 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/µl, nötrofil 13.700/µl) saptandı. Rutin biyokimya, ürogram, tiroid fonksiyon testleri ve gayta parazitolojisini içeren tetkikler normal sınırlardaydı. Püstüler lezyondan alınan materyalin KOH ile muamelesi sonrası direkt mikroskopik bakıda fungal hif yapıları tespit edildi. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla TP tanısı konulan hastaya altı hafta süreyle 125 mg/gün terbinafin (peroral), yedi gün süreyle 10 mg/gün prednizolon (peroral), iki hafta süreyle 6mg/kg/gün kotrimaksazol 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 4x6 cm çapında, üzeri yer yer püstüler, eritemli ve skuamli plak tarzında deri lezyonu ile başvuran 11 yaşında erkek hastaydı (Resim 3). 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 3. gününde ürtikeryal lezyonlarda tam gerileme gözlemlendi. TP tablosu ise, dördüncü haftanın sonunda tama yakın düzelme 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 bilinen TP vakalarında; bölgesel lenfadenopati, ateş ve çeşitli id reaksiyonları görülebilir. Dermatofit 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. Etiyopatogeneizde; fungal antijenlerin hasta antikoru 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 edilmesi durumunda

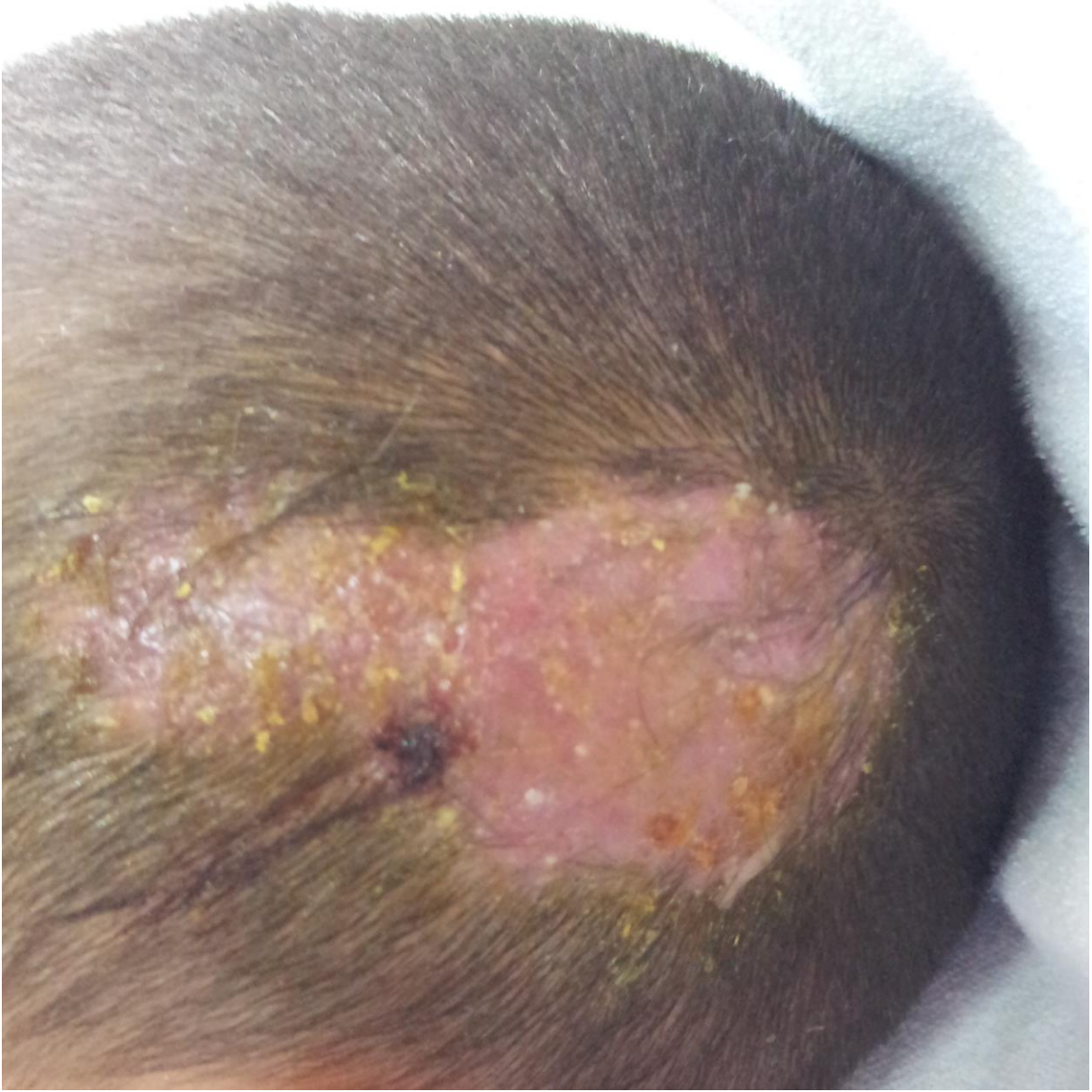
id reaksiyonunun spontan gerilemesi olarak sıralanabilir (9). Her iki olgumuzda direk mikroskopik incelemede (nativ preperat yöntemi) fungal hif yapıları tesbit edilmişti ve tedavi sonrası ürtikeryal plaklar hızlı bir şekilde gerilemişti. TK'da görülen klasik id reaksiyonu yüz ve gövdede gelişen papüler ve veziküler lezyonlardır. Nadiren ürtikeryal, foliküler, papüler, eritema multiforme, eritema anulare sentrifigum ve eritema nodozum morfolojisinde id reaksiyonları görülebilir (10). Atzori ve ark. 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 ark. TP tanılı 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 ark. TP'ye bağlı olarak eritema nodozum gelişen 7 yaşında bir erkek olgu sunmuşlardır (13). Literatürdeki olguların çoğunda id reaksiyonu olarak tanımlanan lezyonlar; papüler, veziküler, eritema nodozum 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 alerjisi 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.

Kaynaklar

1. Elewski B. Tinea capitis. *Dermatol Clin* 1996;14:23-31.
2. Rosenthal T. Aulus cornelius celsus. *Arch Dermatol* 1961;84:613-18.
3. Elewski B. Tinea capitis: a current perspective. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:1-20.
4. Ilkit M, Demirhindi H. Asymptomatic dermatophyte scalp carriage: laboratory diagnosis, epidemiology and management. *Mycopathologia* 2008;165:61-71
5. Fuller LC et al. Diagnosis and management of scalp ringworm. *BMJ* 2003;326:539-41.
6. Z.Eisen A et al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine 6th edition, Vol 2, 2003. p.2201-04.
7. Gianni C, Betti R, Crosti C. Psoriasiform id reaction in tinea corporis. *Mycoses* 1996; 39:307-8.
8. Mark BJ, Slavin RG. Allergic contact dermatitis. *Med Clin North Am* 2006;90(1):169-85.
9. Cdheng N, Wright D.R, Cohen B.A. Dermatophytid in tinea capitis: rarely reported common phenomenon with clinical implications. *Pediatrics* 2011;128(2):453-7.
10. Bassi N, Kersey P. Erythema nodosum complicating a case ofkerion celsi of the scalp due to Tricophyton mentagrophytes. *Clin Exper Dermatol* 2009;34:621-2.
11. Atzori L, Pau M, Aste M. *JEADV* 2003;17:699-701.
- 12.Castriota M 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.
13. Zarea I et al. Childhood erythema nodosum associated with kerion celsi: a case report and review of literature. *Pediatric Dermatology* 2012;4:479-82.



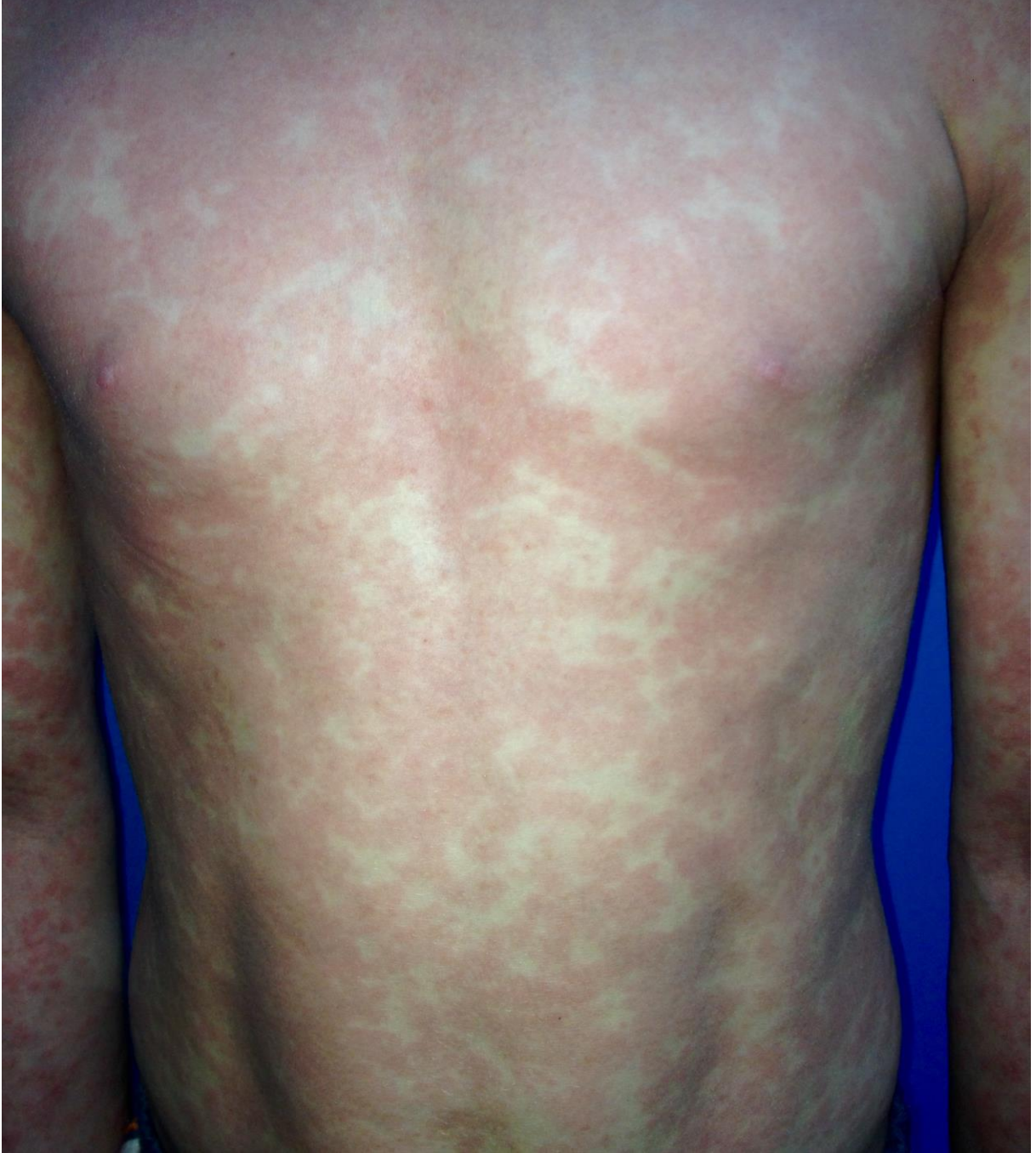
Resim 1: Saçlı deride alopesik nodüler ve püstüler lezyonlar



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



Resim 3: Temporal alanda eritemli-skuamlı, yer yer püstüllerin görüldüğü plak tarzı lezyon



Resim 4: Gövde ve ekstremitelerde yaygın ürtikeryal lezyonlar.