

DERİNİN FUNGAL ENFEKSİYONLARI

Deri hastalıkları içinde mantar hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır. Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %10'unu mantar hastalıkları oluşturmaktadır. Mantar hastalıkları yüzeysel ve derin mantar hastalıkları olarak sınıflandırılır.

YÜZEYEL MANTAR HASTALIKLARI

1. Dermatofitozlar
2. Kandidiyazis (monilia)
3. Pityriasis versicolor

Dermatofit İnfeksiyonları

Dermatofit funguslar tinea infeksiyonuna neden olurlar. Direkt veya indirekt temasla bulaşılır. Epidermis, kıl ve tırnak gibi keratinize dokuların yüzeysel mantar infeksiyonlarıdır.

Dermatofitler:

1. Trichophyton türleri deri, kıl ve tırnaklarda hastalık yaparlar.
2. Microsporum türleri deri ve kıllarda hastalık yaparlar.
3. Epidermophyton türleri deri ve tırnaklarda hastalık yaparlar.

Dermatofitler keratofilitirler, keratini invaze ederler. İnflamasyon fungusun metabolik ürünlerine veya geç hipersensitiviteye bağlıdır. Dermatofitler; insanlarda, toprakta veya hayvanlarda bulunmalarına göre antropofilik, zoofilik ve jeofilik olarak sınıflandırılır. Zoofilik funguslar antropofilik olanlara göre daha şiddetli inflamasyona neden olurlar. Deri mantar infeksiyonlarında kaşıntı en önemli subjektif yakınmadır.

Yerleşim yerlerine göre;

- 1-Tinea kapitis
- 2-Tinea barba
- 3-Tinea korporis
- 4-Tinea kruris (inguinalis)
- 5-Tinea pedis ve T. manum
- 6-Tinea inkognito (atipik form)

Predispozan Faktörler:

- 1.Nem ve ıslaklık
2. Kötü hijyen
- 3.Diyabet
- 4.Obezite
- 5.Sistemik ve topikal steroid kullanımı
- 6.Gebelik
7. İmmünsüpresyon

Klinik Formları:

Tinea capitis: Saçlı derinin yüzeysel mantar enfeksiyonu olup; genellikle puberte öncesi dönemlerde görülür. En sık trikofiton ve mikrosporomların neden olduğu saçlı derinin mantar enfeksiyonudur. Bulaşmadan sonraki birkaç günlük inkübasyon peryodundan sonra fungal hifalar kıl shaftı ve folliküle girerek çoğalırlar. Bu çoğalma kılda kırılmaya, skuama ve inflamatuvar yanıtta neden olur. İnfeksiyon 8-10 hafta süresince sentifugal olarak yayılır ve yaklaşık 7 cm çapına kadar ulaşabilen bir alanı etkileyebilir. Saçlı deride bir veya birkaç adet, noninflame, skuamlı, kırık saçların olduğu (black dot) alopesik peçler vardır. Genellikle okul çağındaki çocukların hastalığıdır.

Tinea kapitis; a-T.k. süperfisyalis, b-T.k. profunda (kerion selsi) ve c-T.k. favoza (favus) olmak üzere, klinik özellikleri ve seyirleri farklı üç şekli vardır.

Tinea Kapitis Süperfisyalis: Mantarların, noninflamatuar özellikte ve human (antropofilik) alt tiplerinin neden olduğu bir tablodur. Direkt temasla bulaşma olduğu için, okullarda salgınlar şeklinde ortaya çıkabilir. Halk arasında "kuru kel" ya da "saçkıran" olarak bilinen bir hastalıktır.

Saçlı deride, yuvarlak veya oval, küçük veya büyük, grimsi kepekli makül veya plaklar şeklinde başlar. Birkaç hafta içinde, bu alandaki saçların, folikül ağzından kırılmış oldukları gözlenir. Sıklıkla tek odak halinde görülen hastalık, birkaç odakta birden ortaya çıkabilir. Kıl folikülü hasarı olmaması nedeniyle, kalıcı alopesiye neden olmaz.

Tinea Kapitis Profunda (Kerion Selsi): İnflamatuar tip olarak da bilinir. Çoğunlukla, zoofilik (kedi, köpek, koyun ve keçi kaynaklı) dermatofitlerin neden olduğu bir tablodur. Hastalık, T.k. süperfisyalis şeklinde başlayabilir. Etken, kısa zamanda kıl folikülünü ve çevresini atake ederek folikülit ve perifolikülite neden olur. Ancak, çoğunlukla, tek veya birkaç adet, değişik çaplarda, sulantılı ve cerahatli, üzeri yer yer krutlu, nodüler lezyon şeklinde ortaya çıkar. Nodül sıkıldığında, kıl folikül ağzlarından cerahat gelir. Bu özelliğinden dolayı kerion selsi olarak tanımlanır. İnflamatuar reaksiyon, mantar elemanlarına karşı gelişmiş geç tip duyarlılık reaksiyonu sonucu gelişir. Lezyon üzerindeki kıllar cımbız ile çekildiğinde, tereyağından kıl çeker gibi kolayca ele gelir. İnflamasyon ve cerahatlenmenin olduğu alanda, skatris ve kalıcı alopesi gelişir.

Şiddetli olgularda ateş ve lezyonda ağrı olabilir. Bölgesel lenf bezleri şiş ve ağrılıdır. Hastaların çoğunda özellikle boyun, yüz, omuz ve kollarda, id reaksiyonu olarak tanımlanan, papüler ve veziküler nadiren püstüler belirtiler görülür.

Tinea Kapitis Favoza (Favus, Kel): Sıklıkla Trichophyton schoenleinii, bazen de T. violaceum neden olur. Klinik olarak ortasında kırık saç olan, ortası çukur sarı-yeşil krut (skutulum, godet), atrofik sikatris ve cılız, gri-beyaz, normal uzunlukta saçlarla karakterizedir. Skutulum mantar kültüründen ibarettir. Fare sidiğine benzer pis bir kokusu vardır.

Tinea kapitis tanısı; deri kazıntısı veya kıldan hazırlanan nativ preparatta mantar etkeninin görülmesiyle kesinleştirilir. Tinea kapitisin tüm tiplerinde sistemik ve topikal antifungal ajanlar birlikte verilmelidir.

Tinea pedis: Atlet ayağı olarak da tanımlanan t. pedis, toplumda en sık görülen mantar enfeksiyonudur. Bulaşıcı özelliği nedeniyle, asker, sporcu ve yurt öğrencilerinde sık görülmektedir. Uzun süre kapalı ayakkabı giyme, hiperhidroz, nemli ve sıcak ortamlar hastalığın kolay yerleşimine olanak sağlar. Soğuk mevsimlerde sessizleşen hastalık, yaz aylarında tekrar alevlenme gösterir.

Ayakta en sık 4. ve 5. parmak arasında kaşıntı ve maserasyonla başlayıp diğer parmak aralarına yayılan **İnterdigital tip** görülür.

Hiperkeratotik skuamlı tip genellikle asemptomatiktir. Bu tip mokasen olarak ta bilinir. Ayak tabanı ve yan tarafında hafif eritem, hiperkeratoz ve skuamlar vardır. **Dishidrozik tipte** ayak yan taraflarında veziküller ve büller vardır.

Tinea manum: Genellikle tek elde, çoğunlukla da sağ eldedir. Avuç içinde diffüz, kuru skuamlar vardır. En sık ayaktaki mantar enfeksiyonundan kaynaklanır. Genellikle asemptomatiktir. Parmak aralarında maserasyon ve eritem ile karakterize interdigital tip ve el yan taraflarında veziküllerle karakterize dishidrozik tip nadir değildir. Avuç içi ve ayak tabanına yerleşen mantar enfeksiyonlarında kontakt dermatit, psoriasis, keratodermi, sifiliz 2. dönem, interdigital tipte ise eritrazma ve kandidiyazis ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

T. pedis ve T. manumun seyri sırasında erizipel ve lenfanjit gibi komplikasyonlar oldukça sık görülür.

Tinea inguinalis (Tinea cruris): Erkeklerde daha sık görülür. Genito-krural bölgede (uyukların üst iç tarafında) tek veya çift taraflı yerleşen, inflamme keskin kenarı olan yavaş bir şekilde genişleyen kaşıntılı plak şeklindedir. Bu bölgenin kandidal enfeksiyonundan farklı olarak skrotum genellikle etkilenmemiştir. İnguinal bölgenin kandidal enfeksiyonunda kötü sınırlı, parlak ve yoğun eritem, satellit papül ve püstüller vardır. İnguinal intertrigo özellikle şişman kişilerde görülür. Kandidiyazisteki kadar eritem yoktur, inguinal tinea kadar keskin sınırlı değildir ve mikolojik değerlendirme negatiftir. Eritrasma bakteriyel bir enfeksiyon olup, etken *Corynebacterium minutissimum*'dur. Wood ışığında mercan-kırmızı floresan alınır. Eritrazmada lezyonda ortada iyileşme, aktif inflamme kenar ve kaşıntı yoktur.

Tinea corporis (tinea sirsinata,): Halk arasında temriye olarak bilinir. Değişik çapta, çoğunlukla yuvarlak, bazen de oval veya biçimsiz plak şeklinde olup; aktif sınır gittikçe çevreye doğru genişlerken ortada iyileşme olur. Periferde skuam, eritem ve inflammasyon belirgindir. Şiddetli inflamme olgularda birkaç adet vezikül ve püstül görülebilir. Tek lezyon olarak başlayan hastalıkta zamanla satelit lezyonlar ortaya çıkabilir.

Tinea barba (sikozis paraziteriya): Çoğunlukla zoofilik mantarların neden olduğu, erkeklerde sakal ve bıyık bölgesinde görülen bir enfeksiyondur. Sakal bölgesinde, genellikle tek taraflı başlayan, sulantılı ve cerahatli, üzeri krutlu, tek veya birkaç adet, değişik çaplarda nodüler lezyonlarla karakterizedir. Lezyon üzerindeki kıllar çekmekle kolayca ele gelir. Bölgesel lenf bezleri şiş ve ağrılı olarak ele gelir. Bu görünümüyle, sakal bölgesinin kerion selsisi olarak kabul edilir. İnflamasyon ve cerahatlenme alanında skatris ve kalıcı alopesi gelişir.

Sikozis barbae stafilokokal follikülit ile karakterizedir. Lupoid sikozis sikozis barbae'nın derin, kronik formu olup; genellikle ortadaki sikatrisi papüller ve püstüller çevreleyerek lupus vulgaris görünümü verir.

Dermatofitik follikülit Stf. aureus follikülitinden ayrılmalıdır. Fungal enfeksiyonlarda kıllar genellikle kırık veya kırılığandır, süppürativ veya granümatöz nodüller vardır. Bu nodüller alanlarda kıllar çekildiğinde tereyağından çekilmesine kolay ve ağrısız olarak çekilirler.

Pseudofollikülitis barbae zenciler gibi sert ve kıvrık kılları olanlarda özellikle sakalın çene altı ve boyun bölgelerinde kıvrık kılların şaftının batması sonucu gelişir. Bu alanlarda inflammatuar papüller vardır. Püstüller varsa sekonder Stf. aureus enfeksiyonu ekarte edilmelidir.

Tinea incognito: Potent topikal steroid kullanımı, irritasyon veya immünsuprese ona bağlı olarak, yüzeysel mantar enfeksiyonlarının şekil değiştirmesi ve tipik özelliklerinin dışında bir görünüm almasıdır. Mantar enfeksiyonlarına; psöriazis, seboreik dermatit, nummuler egzema ve kontak dermatit tanısı konularak topikal steroid uygulanmasıyla, erken dönemde enflamasyon geriler ve hastalar rahatlar. Daha sonraki aşamalarda steroidin neden olduğu lokal immünsupresyon, mantarların hızla çoğalmasına olanak verir.

Tinea korporis veya kruriste görmeyi beklediğimiz, aktif keskin sınır özellikleri kaybolur. Lezyonların ortası ile kenarı arasındaki fark ortadan kalkar. Enfeksiyon beklenenden hızlı bir şekilde çevreye genişleme gösterebilir. Papül ve püstül yapıları belirgin olarak öne çıkmıştır. Mantar etkeni, steroidin kesilmesinden birkaç gün sonra, nativ preparatta kolayca gösterilebilir.

Onikomikozis (Tinea unguium): Tırnakların mikotik enfeksiyonudur.

Etyoloji:

1. Dermatofitik mantarlar (%90): Dermatofitonların bütün tiplerinin (En sık T. rubrum ve T. Mentagrophytes) neden olduğu bir tırnak enfeksiyonudur. Etken, genellikle, tırnağın serbest kısmından, hiponişyumda (tırnak yatağı) çoğalarak tırnak cismini tutar. Ayak tırnakları daha sık tutulur ve tabloya sıklıkla t. pedis eşlik eder. Enfeksiyon, genellikle erişkinlerde görülür. Dermatofit kökenli onikomikozlarda, tırnak çevresinde enflamasyon beklenen bir bulgu değildir. Yavaş seyirli olan hastalık, farklı görüntülerle ortaya çıkabilir.

Tırnak yatağı, serbest kenardan başlayarak kalınlaşır. Tırnağın enfekte kısmı, beyazımsı, kirli sarı veya kahverengini alır. Gelişen subungual keratoz, kolayca parçalanıp dökülür ve tırnakta cisim kaybına neden olur. Ayrıca, tırnak cisminin tırnak yatağından ayrılmasına (onikoliz) neden olur. En sık görülen bu tablo "distal subungual Onikomikoz" olarak tanımlanır.

Bazen, tırnak yüzeyinde başlayan ve tüm tırnak yüzeyini tutan değişikliklerle seyir gösterebilir. Tırnak yüzeyinde beyazlanma ve matlaşma, pürüzlü bir görünüm ve kırılabilirlikte artış dikkat çeker. Bu form da "yüzeysel beyaz Onikomikoz" olarak tanımlanmaktadır.

2. Non-dermatofit mantarlar (Küf mantarları) (%5): Aspergillus vb.

3. Candida albicans (%5)

Klinik Formları:

1. Distal ve lateral subungual onikomikozis
2. Proksimal subungual onikomikozis: HIV bulgusu olabilir
3. Beyaz yüzeysel onikomikozis
4. Kandidal paronişi

Onikomikozis kronik bir enfeksiyon olup, kalıcı tedavi zordur. En iyi tedavide bile %25 rekürrens olur.

Dermatofitid (Id Reaksiyonu): Mantar enfeksiyonlu bazı kişilerde mantarların kendilerine veya metabolizma artıklarına karşı gelişen gecikmiş tipte bir hipersensitivite reaksiyonudur. Herhangi bir yerde nonspesifik erüpsiyonlar şeklinde olabilir de en sık el parmak yan yüzlerinde veziküller şeklinde görülür. Belirtilerde mantar etkeni saptanamaz. Mantar enfeksiyon odağının varlığı tanıyı kesinleştirir. Dermatofit enfeksiyonu tedavi edildiğinde id reaksiyonu kendiliğinden iyileşir.

Mantar Enfeksiyonlarında Tanı:

Direkt mikroskopik tanı için en kolay, ucuz ve hızlı yöntem nativ preparattır. Bunun için derideki lezyonun kenarından kazıntı, vezikül sıvısı, hastalıklı tırnaktan kesme ve kıl çekme ile alınan materyal lam üzerine alınır. Üzerine lamel kapatıldıktan sonra keratinize yapıları eritmek için lam ile lamel arasından % 20'lik KOH damlatılır. Hazırlanan preparat 20-30 dk nemli ortamda bekletilir veya kaynamayacak şekilde alttan ısıtılıp mikroskopik inceleme yapılır. Dallenmiş hifalar ve sporlar görülür. Kıllarda mantar elemanları kılın içinde, dışında veya hem içinde hem de dışında bulunur.

Kültür için Sabouraud dextrozlu agarına ekim yapılır. Saprofit mikroorganizmaların ve bakterilerin üremesini engellemek için içine kloramfenikol ve sikloheksimid eklenir.

Oda sıcaklığında (26 °C) 4 hafta bekletildikten sonra değerlendirme yapılır.

Saçlı derinin m. audouini ve canis enfeksiyonları Wood's ışığı muayenesinde parlak yeşil floresan verir. Microsporum türlerinde sporlar kıl shaftını sarar (ectothrix), T. tonsurans enfeksiyonlarında ise sporlar kıl shaftının içindedir (endothrix).

Biyopsi genellikle gerekmez. Histopatolojik kesitler periodic acid-schiff (PAS) veya metenamin gümüş boyası ile boyandığında str. korneumda ve kıl shaftında sporlar ve hifalar görülür.

Yüzeysel Mantar Hatalıklarında Tedavi

1. T. kapitis süperfisiyalis:

- Yaklaşık 8 hafta süreyle günde 2 kez topikal antifungal tedavi
- Sistemik antifungal tedavi: Griseofulvin 15 mg/kg/g birkaç ay, terbinafin veya itrakonazol 5 mg/kg/g 6-8 hafta
- Baş yıkamalarında ketokonazol veya selenyum sulfidli şampuanlar, **2. T. kapitis favozada** yukarıdaki tedavi 8-12 hafta sürdürülür.

3. T. kapitis profunda ve T. barbae:

- Hastalıklı alandaki kılların epilasyonu
- Yaklaşık 4-6 hf topikal antifungal tedavi
- 6-8 hafta sistemik antifungal tedavi: terbinafin, itrakonazol veya fluzole
- Sistemik antibiyotik gerekebilir.
- Şiddetli inflamasyona seyreden olgularda sikatrisyel alopesi gelişimini önlemek için gerekirse sistemik kortikosteroid.

4. T.korporis ve kruris: Çoğu kez topikal tedavi tek başına yeterli olup, lezyon iyileştikten 1 hafta sonrasına kadar veya 4 hafta süreyle sürdürülür. Yaygın ve şiddetli olgularda terbinafin veya itrakonazol ile bir hf sistemik tedavi yapılır.

5. T. pedis ve manumda topikal antifungaller 4-6 hafta, özellikle hiperkeratozik tipte olmak üzere gerekirse sistemik terbinafin veya itrakonazol 1-2 hf

6. Tinea unguium:

- Terbinafin** 250 mg/g el tırnakları için en az 2 ay, ayak tırnakları için en az 3 ay
Doz: <20 kg için 62.5 mg/g, 20-40 kg için 125 mg/g, >40 kg için 250 mg/g
- Itrakonazol** 400 mg/g ayda 1 hafta olmak üzere el tırnakları için 2 ay, ayak tırnakları için 3 ay pulse tedavi
Doz: <20 kg için 5 mg/kg/g ayda 1 hafta, 20-40 kg için 100 mg/g ayda 1 hafta, >40 kg için ayda 1 hafta günde 200 mg.
- Ciclopirox tırnak cilası günde 1 kez 3 ay

Kandidiasis (Monilyazis)

Deri, mukoza, tırnak ve iç organlarda (kemik, akciğer ve gastrointestinal kanal) hastalık tablosuna neden olurlar. Enfeksiyon ajanı, çoğunlukla C. albicans'tır. Normal koşullarda hastalık yapmadan bulunan etken, bulunduğu bölgede gelişen değişiklikler sonucunda patojenite kazanır.

Predispozisyon oluşturan faktörler: Obezite, nem ve maserasyon, diyabet, gebelik, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, oral kontraseptifler, immünsüpresyon ve immünolojik defektler, periferik vasküler yetersizlik, kötü hijyen.

Kandida, kıla yerleşim göstermez ve tırnağı sekonder olarak atake eder. KOH ile hazırlanan nativ preparatta, spor ve psödomiçelyum şeklinde görülür. Kandidyal enfeksiyonlar, lokalizasyonlarına göre farklı görünüm ve adlar alır.

Sınıflandırma:

1. Mukozal ve kutanöz kandidiyazis
 - Mukozal: oral kandidiyazis, vulvovajinal kandidiyazis, balanit
 - Kutanöz: genital balanit, intertrigo, onikomikozis, paronişi
 - Kr. Mukokutanöz kandidiyazis
2. Sistemik kandidiyazis:özefajit, sistit, endokardit. Vs..

A. Muköz membran kandidiyazisi

1.Oral kandidiyazis: Oral mukozada grimsi-beyaz, süt kesiği veya kar yağmış manzarasında yapışık plaklar vardır. Grimsi-beyaz membran kaldırıldığında eritematöz zemin ortaya çıkar. Psödomembranöz, atrofik (eritemtöz), hiperplastik tipleri vardır. En sık psödomembranöz (pamukçuk görülür).

2. Kandidal perleş dudak köşelerinde maserasyon, fissür, hassasiyet ve eritem ile karakterizedir.

3. Vulvovajinal kandidiyazis ve balanit eritem, ödem, grimsi beyaz plaklar, erode alanlar, kaşıntı ve hassasiyet ile karakterizedir. Plaklara yakın satelit papülopüstüler lezyonlar olabilir. Kadınların üçte ikisi, yaşamları boyunca, en az bir kez kandidyal vulvovajinit atağı geçirmektedir. Oral kontraseptif, geniş spektrumlu antibiyotik ve tamoksifen kullanımı, diyabet ve gebelik predispozan faktörlerdir. Yineleyen enfeksiyonda eşlerin muayenesi gereklidir. Partnerlerde; koronal sulkus ve glans üzerinde eritem, maserasyon, erozyon ve vezikülo-püstüllerle karakterize kandidyal balanit olabilir

B. Kutanöz Kandidiyazis

1. Kandidal intertrigoda kıvrım yerlerinde kaşıntılı, parlak eritemli, masere plaklar vardır. Kaşıntılı olan lezyonların kenarlarında, sağlam bölge üzerinde eritemli zeminde vezikülo-püstül şeklinde "uydu" (satellit) lezyonlar tipiktir. Bu şikayetler göğüs altlarında, koltuk altlarında, kasıklarda ve parmak aralarında olur.

Bebeklerde genital ve perianal yerleşimli intertrigo "yalancı bez dermatiti" olarak tanımlanır. Perianal bölgeden başlayıp yayılan bu tablo; kıvrım yerlerinin tutulmuş olması, satelit yayılım göstermesi ve nativ preparatta etkenin görülmesiyle "gerçek bez dermatiti"nden kolayca ayrılır. Elleri suya sık temas eden kişilerde el parmak aralarında yerleşen tipi erozyo interdigitalis blastomiçetika olarak tanımlanır.

2. Genital kandidiyazis genellikle ağırlı-kaşıntılı vulvovajinitis şeklindedir. İnflame muköz membranlarda grimsi-beyaz plaklar ve beyazımsı genital akıntı vardır. Erüpsiyon kasık kıvrımlarına yayılabilir. Erkeklerde sünnet derisi ile örtülü penis başı, prepusyum ve coronada eritemli ve skuamli lezyonlar vardır.

3. Kandidalar kronik paronişiye neden olurlar. Elleri suyla sürekli temas eden kişilerde tırnak çevresinde eritem ve ödemle başlar. Proksimal ve bazen lateral tırnak kıvrımı şiş ve kızarıktır. Kutikula kaybolmuştur. Tırnak

plağında yapı ve renk (kahverengi-yeşil) değişikliği olabilir. Predispozan faktörler; ıslak işler, periferel dolaşım yetersizliği ve vulval kandidiyazistir.

C. Kronik mukokutanöz kandidiyazis genellikle immün yetmezliği olan küçük çocuklarda görülür. Kronik, tedaviye dirençli deri, tırnak ve mukoza enfeksiyonu ile karakterizedir. Deride hiperkeratozik granülatöz lezyonlar, oral ve genital mukozada diffüz grimsi-beyaz plaklar, tırnaklarda kalınlaşma ve distrofi olur. Kronik mukokutanöz kandidiyazisin deri lezyonları dermatofit enfeksiyonlarını taklit edebilir (dermatofitik tip kandidiyazis).

Kandidid kandida ve ürünlerine karşı gelişen geç tip bir hipersensitivite reaksiyonudur. Eritema annulare sentrifugum, kronik urtiker, ekzematize lezyonlar veya nonspesifik erüpsiyonlar şeklindedir.

Kandidal enfeksiyonların tanısı için nativ preparat ve antibiyotik eklenmiş Sabouraud dextroz agarında kültür yapılır. Histolojik kesitlerde PAS boyası ile stratum korneumda kandidalar görülebilir.

Oral kandidiyaziste Tedavi

-Nistatin (100.000 Ü/ml) infantlarda 4x50.000 Ü/gün, erişkinlerde 4x100.000 Ü/gün dozunda, ağızda 5 dakika çalkalanıp yutulacak

-Fluconazol 50 mg/gün veya 150 mg/hf, itrakonazol 100-200mg /gün, ketokonazol 200mg/gün

-Anguler keilit: topikal antifungaller (klotrimazol, oksikonazol, isokonazol)

Pityriasis versicolor (Tinea versicolor)

Saprofit bir maya mantarı (yeast) olan pityrosporum orbiculare (Malassezia furfur)'un neden olduğu bir hastalıktır. Bu maya mantarı lipofilik ve dimorfik özellik gösterir ve normal deri florasında bulunur. Vücutta seboreik bölgelerde saprofit olarak bulunur. Uygun koşullarda, özellikle sıcak ve nemli ortamlarda klinik lezyonlara neden olur. Şiddetli ve kronik hastalıklar, avitaminozlar, gebelik ve kişisel yatkınlık predispozan faktörlerdir. Tropikal bölgelerde ve yaz mevsiminde daha sık görülür. En çok gençlerde ortaya çıkar. Bulaşıcı değildir. Genellikle subjektif semptom yoktur. Sıklık sırasına göre gövdenin üst kısmı, boyun, kolların gövdeye yakın kısımları, karın ve bacaklarda yerleşir. Güneş görmeyen alanlarda lezyonlar; yüzeysel, açık kahverengi-pembe, üzerinde ince ve kırışık skuamlar bulunan asemptomatik makül ve peçler şeklindedir. Bistüri ile lezyonların üzeri kazınırsa bistürinin ağzında ince skuamların toplandığı görülür. Bu durum talaş (yonga) belirtisi olarak bilinir. Bu mikroorganizmanın oluşturduğu karboksilik asitler güneş ışınlarına maruziyet sonrası melanositlerden pigment üretimini baskırlar. Bu nedenle güneş ışınlarına maruz kalan alanlarda lezyonlar etraftaki normal deriden daha açık renkte olup, bu form T. versicolor alba olarak bilinir.

Bu lezyonlar vitiligo ile karıştırılabilir. Vitiligoda sınırlar daha belirgindir, üzerinde skuam yoktur, depigmentasyon tamdır. Gövde ön yüzdeki lezyonlar seboreik ekzema ile karışabilir. Seboreik ekzemada lezyonlar gövde ön yüz orta hatta ve daha eritematözdür.

Pityriasis alba sıklıkla yanaklardadır. Pityriasis rosea, tinea corporis ve sekonder sifiliz lezyonları ile nadiren karışabilir.

Kesin tanı için lezyondan alınan kazıntının KOH ile yapılan mikroskopik muayenesinde (nativ preparat) tek tek veya üzüm salkımı şeklinde yığınlar yapmış sporlar ve kısa kıvrıntılı hiflar görülür. Bu görünüm kıymalı spageti görünümüne benzetilir.

Wood ışığı ile yapılan incelemede sarı-yeşil refle alınır.

Tedavi

1. Yaklaşık 2-3 hafta süreyle akşamları topikal imidazol grubu antifungal uygulanması
2. Selenyum sulfide % 2.5 veya ketakonazol içeren şampuan lezyonlara akşamları sürülür. Kuruduktan sonra elbiseler giyilir ve sabah banyo yapılır. Bu uygulama güneşirı yapılır.
3. Yaygın lezyonlar varsa sistemik ketakonazol, itrakonazol, flukonazol verilir. Sistemik olarak 200 mg/g ketokonazol 10 gün veya 400 mg/g flukonazol 3 gün kullanılır. Sistemik terbinafin etkili değildir.

Tedavi sonrası rekürrens sıktır. Profilakside ketokonazol veya selenyum sülfidli şampuanlar haftada 1-2 kez kullanılır.

Sistemik Antifungal İlaçlar

Terbinafin dermatofitlere fungusit, kandidalara fungostatik etki gösterir. Skualen epoksidaz inhibitörü olup, mantar hücresi içinde skualen birikimine yol açar. Aç veya tok karınla alınabilir. Lipofilik ve keratofiliktir. Gebelikte ve laktasyonda kontrendikedir.

Itrakonazol geniş spektrumlu olup; dermatofit, kandida ve m. furfura etkilidir. Derin ve sistemik mikozlarda da etkilidir. Ergosterol biyosentezini baskılar. Yüksek derecede lipofilik ve keratofiliktir. Tok karınla çocuklarda 5 mg/kg/g, erişkinlerde 100-200 mg/g dozunda kullanılır. Gebelikte ve laktasyonda kontrendikedir.

Ketokonazol dermatofit, kandida ve m. furfura etkilidir. Ergosterol biyosentezini baskılar. Toksik hepatit yapabilir, kortizol ve testosteron sentezini azaltabilir. Çocuklarda 3 mg/kg/g, erişkinlerde 200 mg/g dozunda kullanılır. Gebelik ve laktasyonda kontrendikedir.

Flukonazol ergosterol biyosentezini baskılar. Aç veya tok karınla alınabilir. Lipofilik ve hidrofilik olduğundan BOS, yağ ve keratin içeren dokulara geçer. Dermatofit ve kandidalara etkilidir. Antiasitler emilimini azaltır. Çocuklarda 1-2 mg/kg/g, erişkinlerde 50 mg/g veya 150 mg/hf dozunda kullanılır. Gebelikte, laktasyonda ve 1 yaşın altında kullanımı kontrendikedir.