

Derinin Yüzeyel Mantar Hastalıkları

Prof. Dr. Tamer İrfan Kaya

Derinin Yüzeyel Mantar Hastalıkları

1. Dermatofitler
2. Tinea versicolor
3. Kandida enfeksiyonları

Dermatofit enfeksiyonları

- Tinea – Dermatofitoz
- Keratinize dokular
- Nemli ortam
- **Aktif kenar**

Dermatofitler-Yapısal Sınıflama

- 1934 Emmons
 1. Mikrosporumlar (16)
 2. Trikofitonlar (22)
 3. Epidermofitonlar (2)

Dermatofitler-Ekolojik Sınıflama

1. Jeofilik
2. Zoofilik
3. Antropofilik

Enfeksiyon yerleri

1. Mikrosporum grubu (saç ve deri)
2. Epidermofiton grubu (deri ve tırnak)
3. **Tri**kofiton grubu (saç, deri ve tırnak)

Anatomik Yerleşime Göre Dermatofitozlar

- T. capitis
- T. barbae (Sycosis parasitaria)
- T. corporis
- T. inguinalis
- T. pedis
- T. manum
- T. unguium (onikomikoz)

Tinea capitis

Klinik formları:

1. T.capitis superficialis
2. T.capitis profunda
3. Favus'tur

Tinea capitis superficialis

- Çocuklarda sık,
- Puberte sonrası görülmez
- Skuam ve kırık saçlar bulunan oval-yuvarlak, kaşıntılı plaklar
- Tedavi ile iz bırakmadan iyileşir

Tinea capitis profunda (kerion celsi)

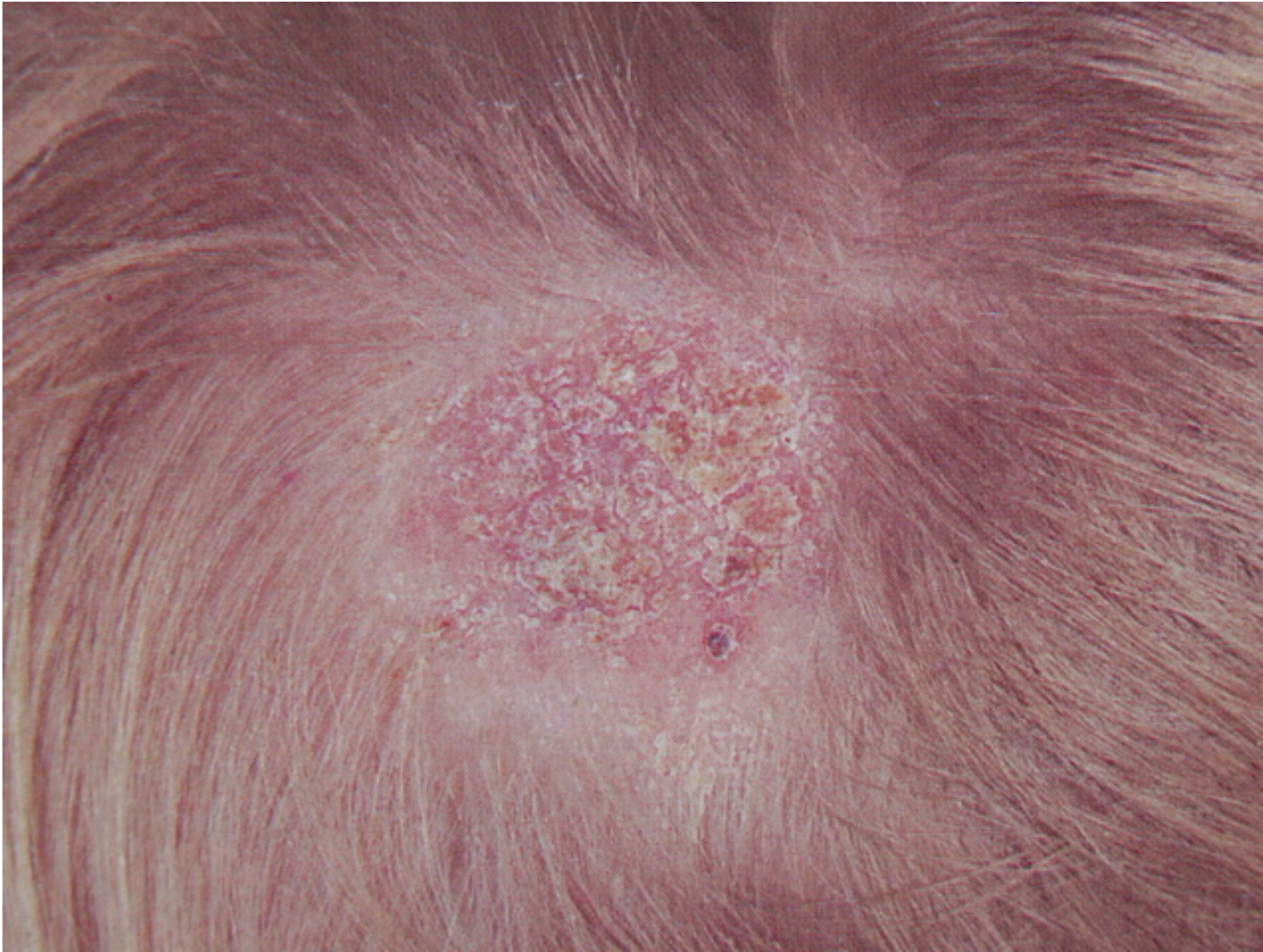
- T.capitis'in inflamatuvar formudur
- Hücresel immün reaksiyonlar önemlidir (zoofilik dermatofitler)
- **Püstüler-nodüler** lezyonlar görülür
- Saçlar tereyağından kıl çeker gibi gelir
- İd reaksiyonları sık görülür
- Skar bırakarak geriler

Favus

- Etken **T. schönleinii**' dir
- Saçlı deri-deri-tırnaklar etkilenebilir
- Puberteden sonra devam edebilir
- Skutula-atrofi-tipik koku-gri ve mat saçlar
- Skatrisyel **alopesi** ile sonuçlanır

Tinea capitis-Ayırıcı tanı

- Seboreik dermatit
- Psoriasis
- Alopesi areata
- Tinea amiantacea
- Trikotillomani
- İmpetigo, karbonkül











Tinea corporis

- Tüm dermatofit türleri etken olabilir
- 1-3 hafta kuluçka
- Aktif eritemli, bazen veziküllü kenarları olan **anüler** lezyonlar
- Tinea **sirsinata**
- Anüler-polisiklik-psoriaziform-ekzematöz

Tinea corporis-Ayırıcı tanı

- Pitriazis rosea
- Numuler dermatit
- Kontakt dermatit
- Psoriazis







Tinea inguinalis

- Pubik-inguinal-perineal bölgeler tutulur
- Yaz ayları - tropikal iklimlerde sıktır
- **Erkek**lerde sıktır, solda belirgin
- T. pedis sıklıkla eşlik eder (**rezervuar**)
- Genellikle bilateral, perifere ilerleyen **aktif kenarlı** lezyonlar vardır
- Eşler arasında bulaşma olabilir

Tinea inguinalis-Ayırıcı tanı

- İnvers psoriazis
- S.dermatit
- İntertrigo
- Eritrazma
- Kandidiazis (skrotal tutulum+satellit püstüller)







Tinea barbae

1. İnflamatuvar (kerion benzeri) tip: kırsal kesimde, zoofilik
2. Yüzeyel (sikoziiform) tip: follikülit benzeri
3. Sirsinat tip: aktif kenarlı

Çocuklarda yüz tutulumu: tinea faciei

Tinea barbae-Ayırıcı tanı

- Sikozis simpleks (staf. lar, burun deliklerinden başlar, ağrılı, kronik, kıllar sabit)
- Perioral dermatit
- Halojenodermalar





Tinea pedis

- 1892-Celal Muhtar
- **En sık** görülen dermatofit enfeksiyonu
- Genellikle **asimetrik** tir
- 3 tipi vardır
 1. İntertriginöz
 2. Hiperkeratozik/skuamlı
 3. Vezikülobüllöz

İntertriginöz Tinea pedis

- En sık 4. parmak arası tutulur
- Skuamlar, maserasyon, kaşıntı vardır
- Bakteriyel miks enfeksiyon
- Pseudomonaslar: yeşil renk
- Sekonder enfeksiyonlar: lenfanjit, selülit
- T. mentagrophytes

Hiperkeratozik/skuamlı Tinea pedis

- Etken sıklıkla **T.rubrum**'dur
- Tabanlarda diffüz hiperkeratoz ve deskuamasyon vardır
- Deri çizgileri pudralı gibi yarımay şeklinde pitiriazik skuamlar izlenir
- **Kronik** seyirlidir
- Tırnaklar sıklıkla tutulur

Vezikülobüllöz Tinea pedis

- Akut ve inflamatuvar tiptir
- Genellikle tek taraflıdır
- Şiddetli inflamasyon ve hücresel reaksiyonlar etkilidir
- Kaşıntı ve yanma görülür
- İd reaksiyonları siktir

Tinea pedis-Ayırıcı tanı

- K.dermatit
- Palmoplantar püstülozlar
- Dishidrotik ekzema
- Reiter sendromu
- Eritrazma

Tinea manum

- En sık saptanan etken T.rubrum'dur
- Genellikle tek taraflıdır ve tinea pedise eşlik eder (iki ayak bir el sendromu)
- Hiperkeratoz-skuamlar veya vezikül-büller görülebilir
- Onikomikoz eşlik edebilir















Onikomikoz

- Tüm tırnak hastalıklarının %50'sini oluşturur
- Etken dermatofit = **Tinea unguium**
- Tırnak yatağı-matriks-tırnak plağı tutulabilir
- T.pedisi olan hastalarda %30 görülür
- İleri yaşlarda ve erkeklerde siktır
- Rezervuar

- Etken %91 dermatofitler, %6 kandida türleri, %3 nondermatofit küflerdir
- %78 sadece ayak tırnaklarında, %13 el ve ayak tırnaklarında, %9 ise sadece el tırnaklarında görülür

Onikomikoz Klinik Tipleri

1. Distal subungual onikomikoz : en sık,
T.rubrum, subungual hiperkeratoz
2. Beyaz yüzeyel onikomikoz:
T.mentagrophytes
3. Proksimal subungual onikomikoz:
T.rubrum, AIDS
4. -Kandida onikomikozu: el, sarı-
kahverengi
-Total distrofik tip









Tinea incognito

- Dermatofitoza yalnızlıkla topikal kortikosteroid uygulanması ile ortaya çıkar
- Atipik klinik bulgular ile seyreder



İd reaksiyonu

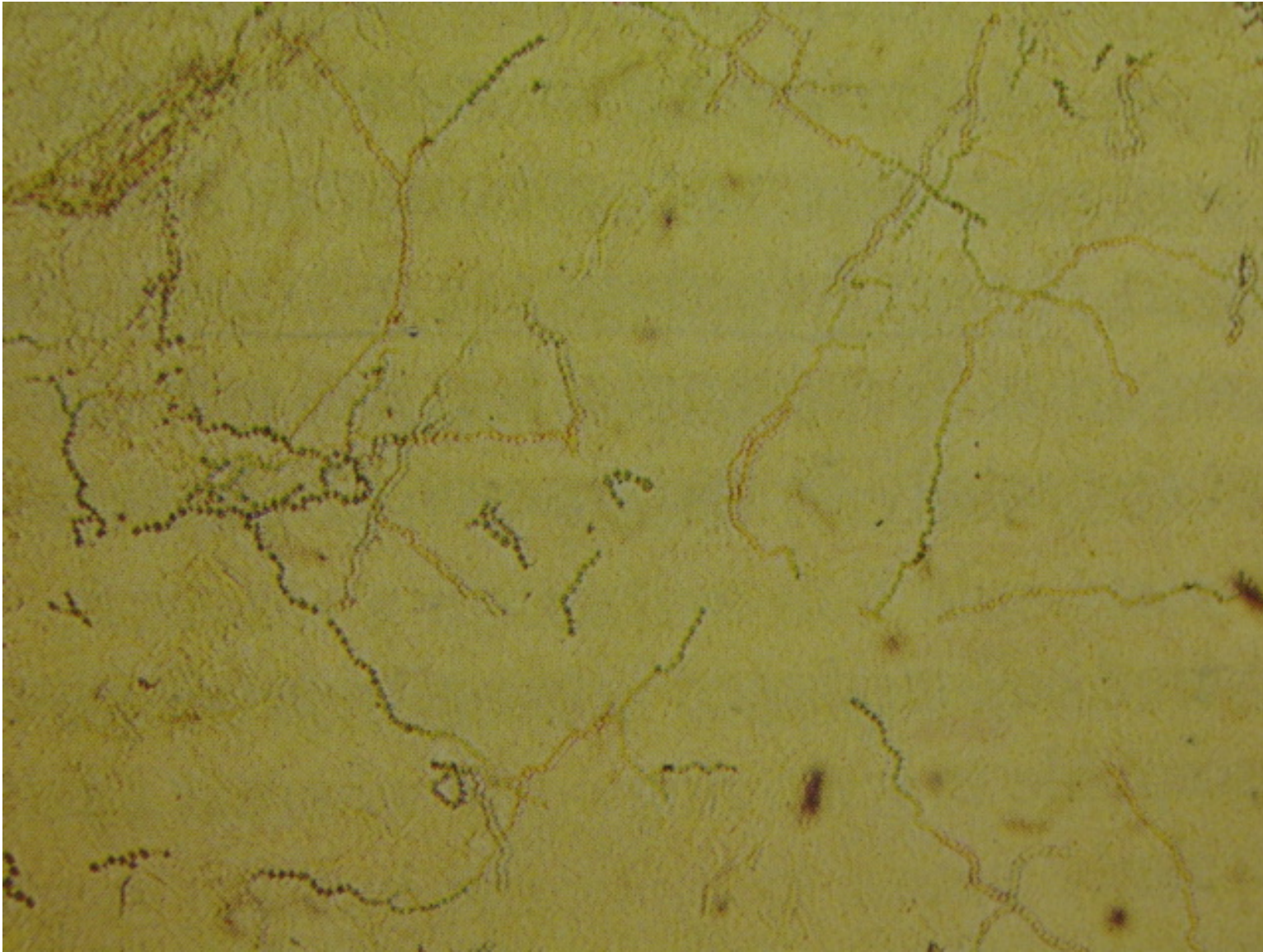
- Mantar antijenlerine karşı gelişen bir **otoekzematizasyondur**
- İnflamatuar (vezikülobüllöz T. pedis, kerion selsi vb. dermatofitozlarda sık görülür
- Klasik: vezikülobüllöz T. pedis ile palmar veziküler id rx
- Vücutta mantar enfeksiyonu (+)
- Reaksiyonun olduğu yerde mantar enfeksiyonu (-)
- Primer odağın tedavisi ile tablo geriler

İd reaksiyonu tipleri

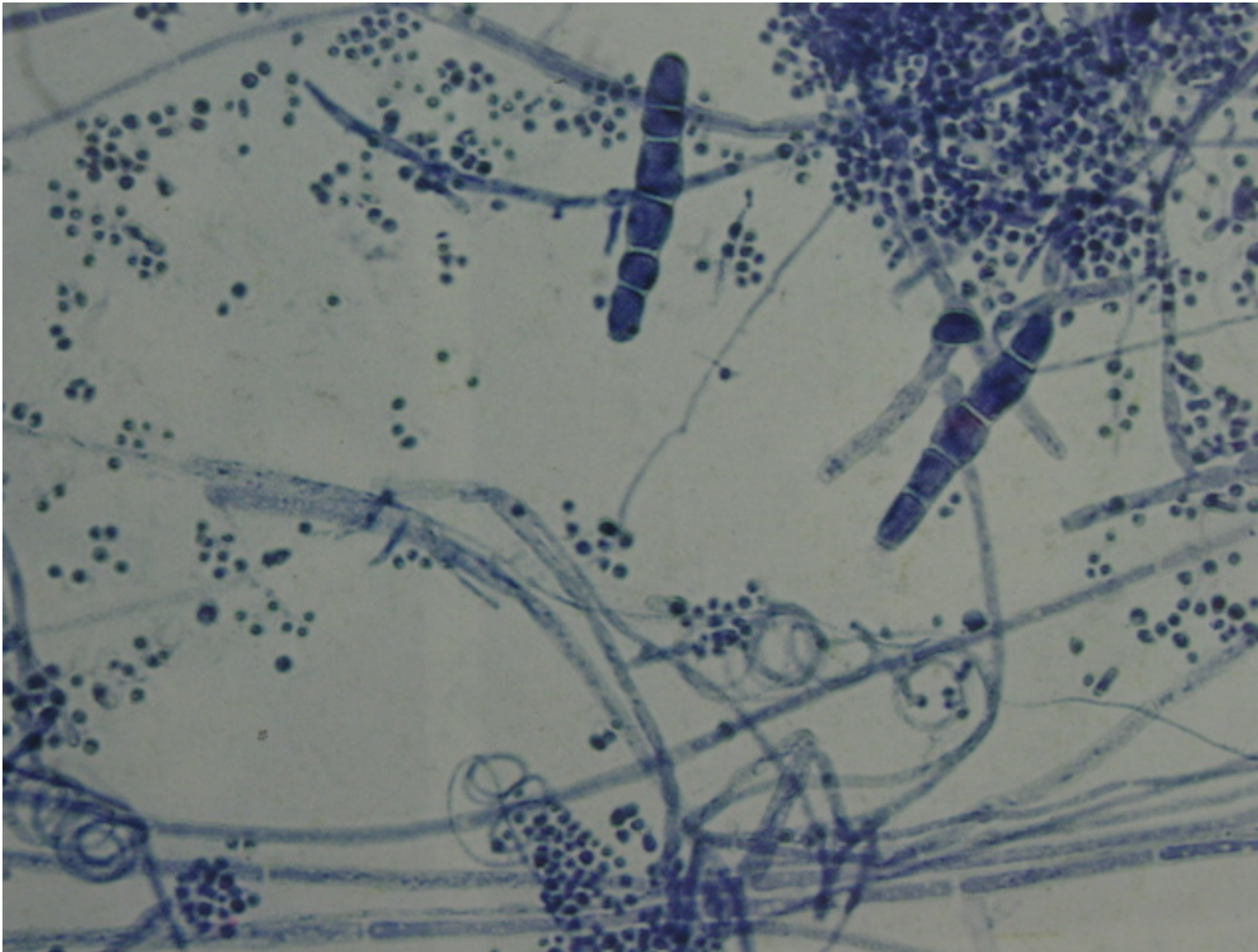
- Vezikülobüllöz
- Papüler
- Morbilliform
- Erizipel benzeri
- Ürtiker
- E.multiforme
- E.nodozum

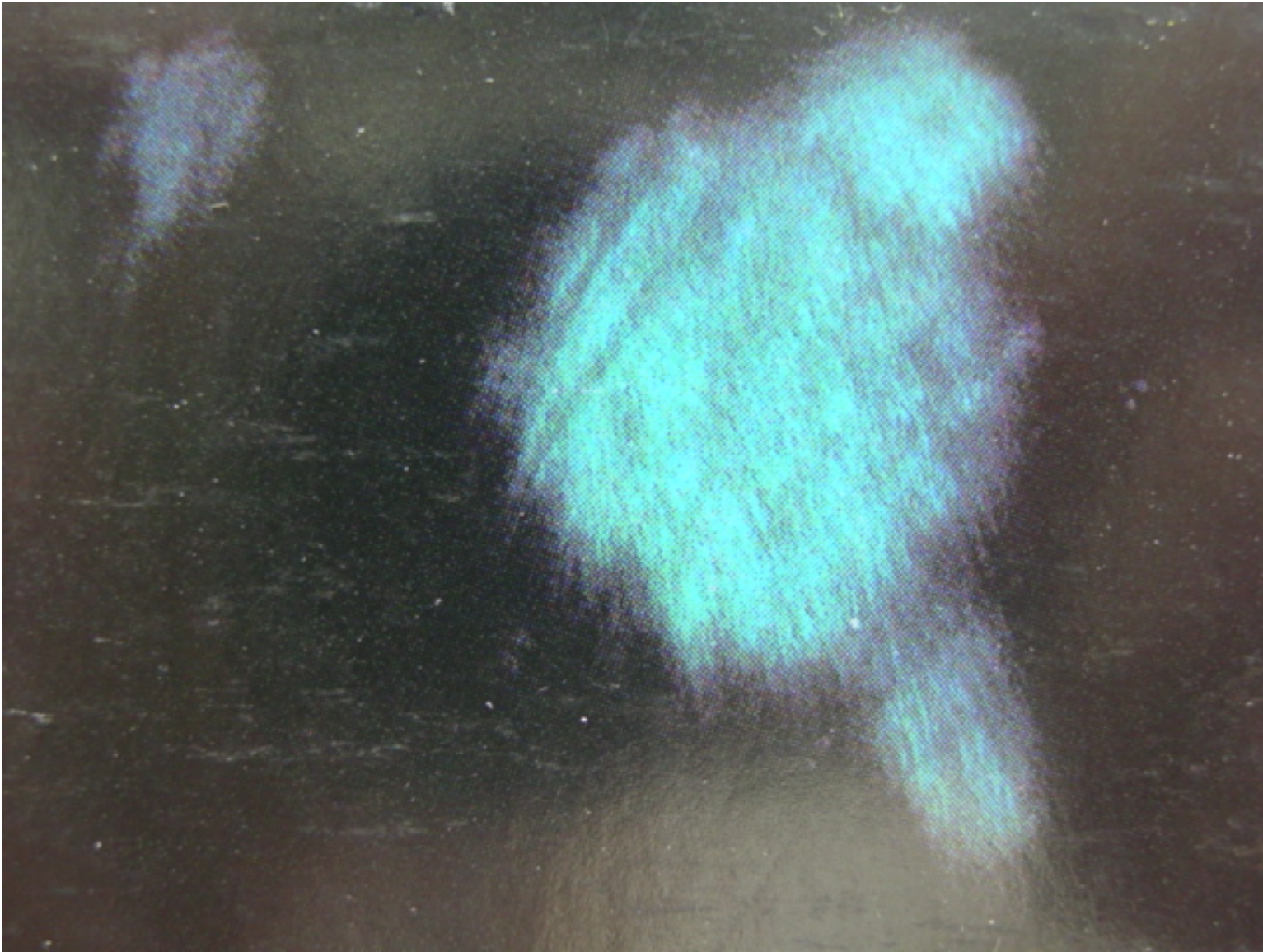
Tanı

1. Nativ (direkt preperat) metodu: %20 KOH
2. Kültür yöntemi (Saboraud besi yeri)
3. Wood ışığı (T. Kapitis tarama)
4. Histopatolojik tetkik

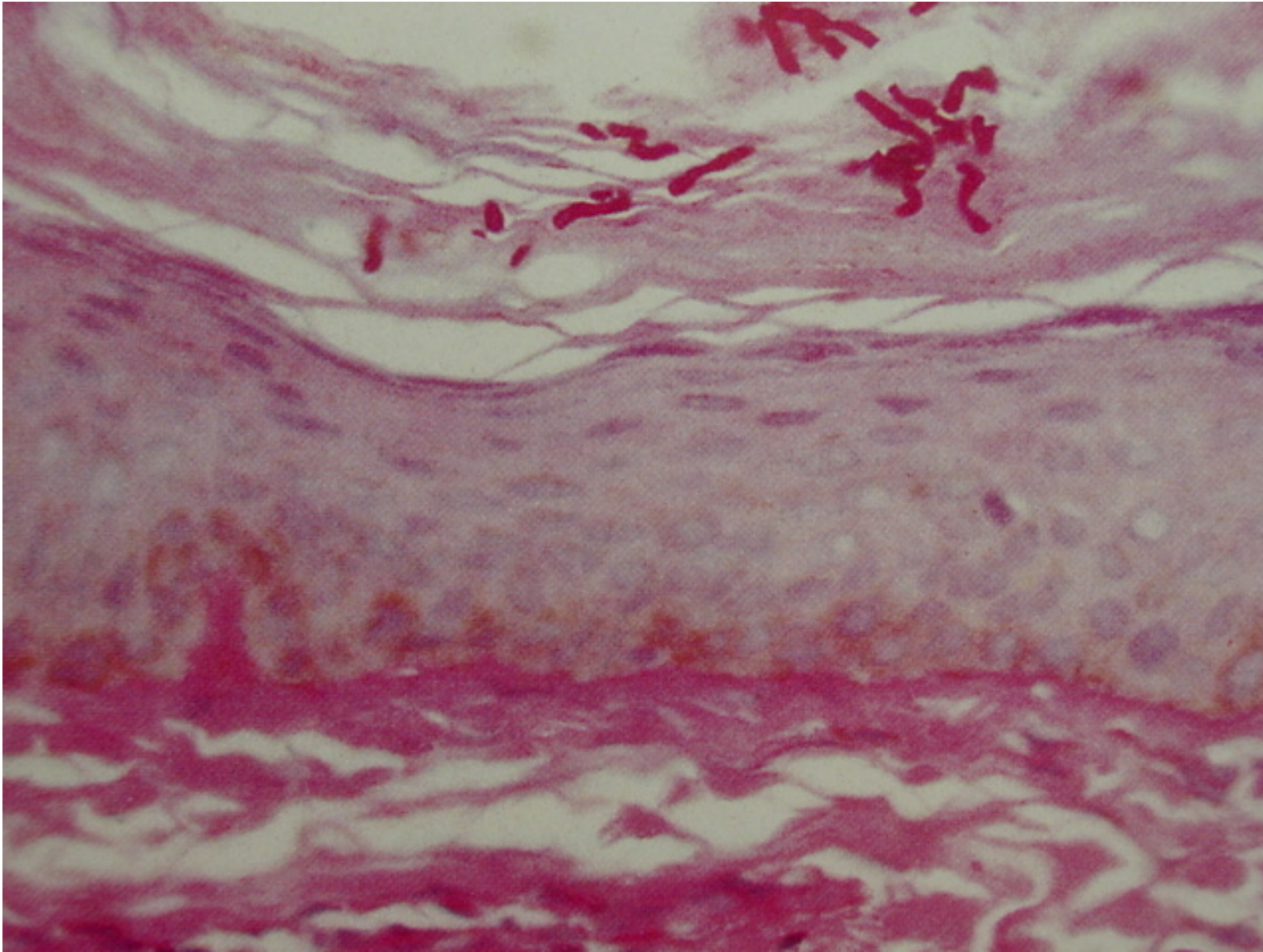












Topikal Tedavi

- İmidazol grubu topikal antimikotikler: 2x1
ketokonazol, tiokonazol, klotrimazol vb.
- **Nonimidazol** topikal antimikotikler
 1. **Alilaminler:** Terbinafin, naftidin
(**fungusit**) 1x1
 2. Sınıflandırılmayan özgün ajanlar
(siklopiroksilamin, haloprogin, tolnaftat vb)
 3. Özgün olmayan ajanlar: Gentiyan viyole,
potasyum permanganat, selenyum sülfür vb.)

Sistemik Tedavi

- Terbinafin 250 mg/gün **Fungusit; ilk tercih**
- Griseofulvin (500-1000mg, 12,5mg/kg/gün gün), yağlı yiyecekler
- Itrakonazol: 100mg/gün, geniş spektrum, pulse tedavi
- Flukonazol: 150mg/hf
- Ketokonazol; 200mg/gün (hepatotoksik)

Tinea capitis-Tedavi

- Sistemik antifungaller
- Topikal antifungaller destekleyici
- Kerionda epilasyon ve sistemik AB
- Şiddetli lezyonlarda 1-2 hf 1mg/kg prednizon
- Antifungal etkili şampuanlar
- Tarak-fırça-yastık dezenfeksiyonu

Onikomikoz-Tedavi

- Sistemik antifungal ajanlar
- Topikal solusyonlar (Tiokonazol ve sipropioksolamin)
- Tırnağın < %60 enfekte olduğu durumlarda topikal ajanlar yeterli iken, > %60 enfeksiyon durumlarında sistemik tedavi uygulanmalıdır

Onikomikoz tedavisi

- Terbinafin 250 mg tb., 1x1, 3 ay
 - Itraspor 100 mg cap., 2x2
- Her ay 1 hafta pulse, 3 pulse

Diğer Dermatofitozlarda Tedavi

- Sınırlı ve komplike olmayan olgularda 2-4 hafta topikal tedavi yeterlidir
- Skuamlı/hiperkeratozik tinea pediste keratolitik pomadlar veya sistemik tedavi gerekebilir
- Çok yaygın durumlarda da sistemik tedavi tercih edilir.

- İntertriginöz tinea pediste antibakteriyel ajanlar tedaviye eklenebilir
- Vezikülobüllöz tinea pediste pansumanlar, topikal-sistemik KS yararlı olabilir
- Antifungal pudralarla relapslar azaltılabilir

Korunma

- Yıkılan bölgenin iyi kurulanması
- Kapalı-dar ayakkabılardan kaçınma
- Pamuklu-teri emen çorapların giyilmesi
- Ayakkabı-terliklerin %10 formolle dezenfeksiyonu
- Hasta yakınlarının tedavisi

- Şişmanlık ve hiperhidrozun önlenmesi
- Havuz-duş-hamamlarda korunma
- Havlu-tarak ve terliklerin ortak kullanımından kaçınma

Tinea versicolor

- Etken malassezia türü mantarlardır
- Genellikle yaz aylarında
- Wood ışığı ile soluk sarı floresans
- Nativ preperat

Klinik:

Hiperpigmente ya da hipopigmente maküller

Gövde üst kısımları, ense, kolların proksimalleri

Yonga arazı (+)

Subjektif yakınma genellikle yoktur

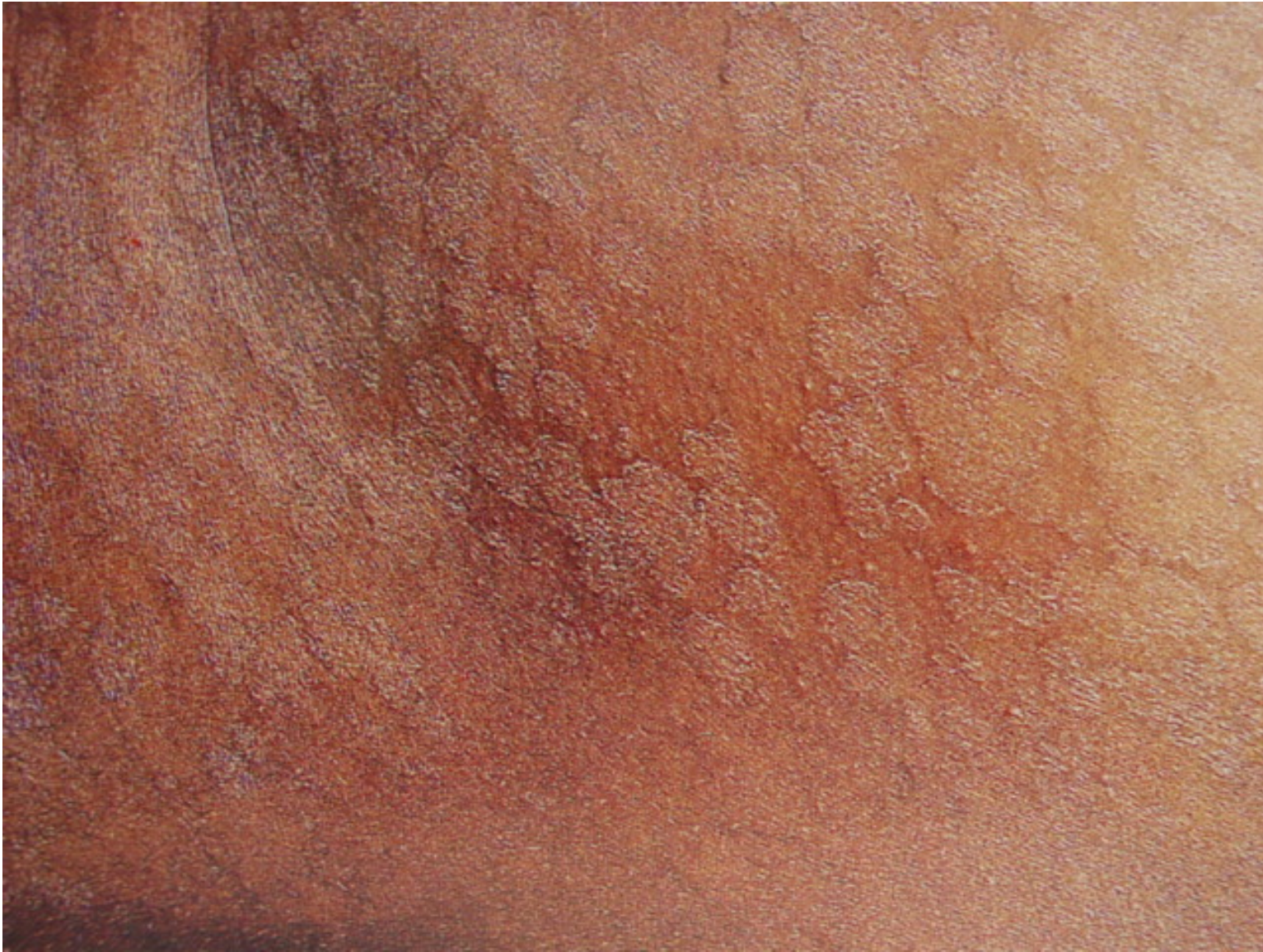
Tinea versicolor-Ayırıcı tanı

- S. dermatit
- Eritrazma
- P.rosea
- T.corporis
- Pitriazis alba
- Vitiligo

Tinea versicolor - Tedavi

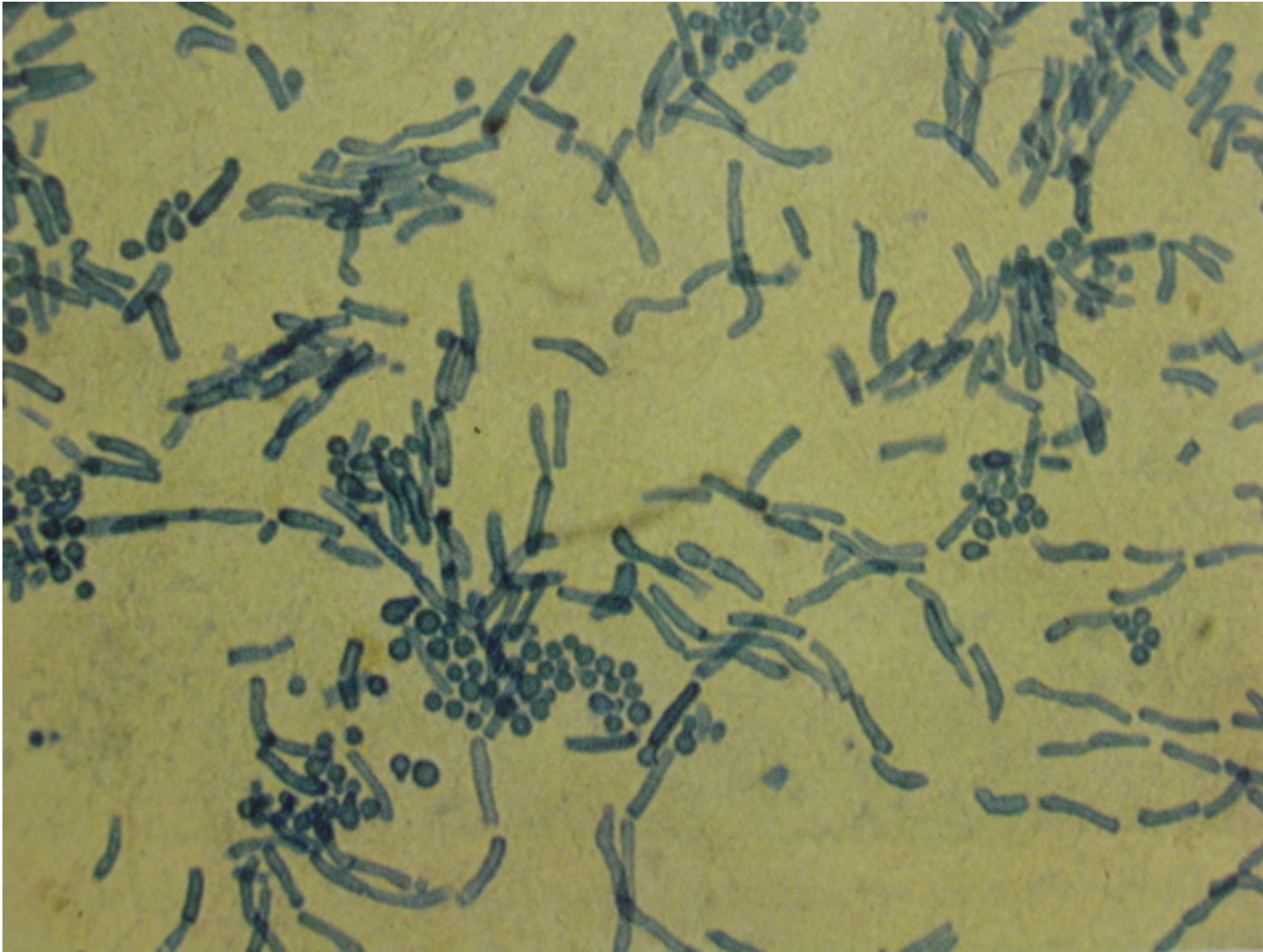
- Spontan gerileyebilir
- Topikal antifungaller - Günde iki kere, 2-3 hafta
- Antifungal şampuanlar haftada iki kere
- Dirençli - tekrarlayan olgularda sistemik: itrasper -200 mg/gün (5-7gün)













Deri Kandidiazisi

- Etken sıklıkla *C. albicans*'tır
- Normal bireylerde %80 kolonize
- Saprofit, fırsatçı enfeksiyon
- Direnç düşmesi, nemli bölgeler

Klinik tipler

1. Oral kandidiazis
2. Kandidal intertrigo
3. Perianal kandidiazis
4. Kandidal vulvovajinit
5. Kandidal balanit
6. Kandidal paronişi
7. Kronik mukokutanöz kandidiyazis

Oral Kandidiazis

1. Akut psödomembranöz kandidiazis: Yenidoğan %10, pamukçuk
2. Akut atrofik kandidiazis: Dil, AB kullanımı
3. Kronik atrofik kandidiazis: Protez damak
4. Kronik hiperplastik kandidiazis: yapışık
5. Angüler keilit (perleş): yaşlılar

Oral kandidiazis-Tedavi

- Nistatin solüsyon
- %5 bikarbonat solüsyonu ile gargara
- Dirençli olgularda sistemik flukonazol veya itrakonazol

Kandidal İntertrigo

- Obez kişiler ve kadınlarda sık görülür
- Genitoinguinal kıvrım-parmak araları-meme altları-aksillalar tutulur
- **Satellit püstüller** tanıda çok değerlidir.
- Maserasyon ve satellit püstüller tipiktir
- Elde parmak aralarındaki tipi: Erosio interdigitalis blastomycetica

Kandidal intertrigo - Ayırıcı tanı

- Dermatofit enfeksiyonları
- S.dermatit
- Fleksural psoriazis
- İntertrigo

Perianal Kandidiazis

- Perianal kaşıntılı-eritemli-sulantılı-masere lezyonlar görülür
- Ayırıcı tanı: fleksural psoriazis, kontakt dermatit, seboreik dermatit, tinea inguinalis

Kandidal Vulvovajinit

- Vajinal beyaz akıntı
- Eritem-maserasyona kaşıntı ve yanma
- Bu kadınların eşlerinde kandidal balanit görülebilir

Kandidal vajinit - Tedavi

- Topikal antifungal kremler ve ovüller
- Tek doz flukonazol 150 mg
- 2x200 mg itrakonazol

Çocuk bezi Kandidiazisi

- Bebeklerde bez bölgesinde eritem-maserasyon ve **satellit püstüller** görülür
- Islak kalma, topikal KS veya AB kullanılması ile tablo alevlenir
- Ayırıcı tanı: intertrigo, kontakt dermatit, psoriazis, infantil seboreik dermatit

Kandidal Paronişi

- Kronik paronişilerde etkindir
- **Lateral tırnak kıvrımında** eritem-ödem, bazen pü görülür
- Daha sonra tırnakta deformite ve renk değişikliği ortaya çıkar
- Ev kadınları, bulaşıkçı ve çamaşırcılarda sık görülür

Kronik Mukokutanöz Kandidiazis

- Deri-tırnak ve orofarinkste tedaviye dirençli kronik kandida enfeksiyonları görülür
- Hücresel immun sistem defektleri (+)
- Sistemik tedavi gereklidir

