

## OLGU SUNUMU

**Havva Erdem<sup>1</sup>**  
**Serdar Cenk Güvenç<sup>2</sup>**  
**Hülya Albayrak<sup>2</sup>**  
**M. Emin Yanık<sup>2</sup>**  
**Zehra Gürlevik<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp  
Fakültesi, Patoloji AD, Düzce

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp  
Fakültesi, Dermatoloji AD, Düzce

**Yazışma adresi:**

Serdar Cenk Güvenç  
Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Dermatoloji AD. Düzce  
Telefon: 0533 416 41 17  
E-mail: serdarcentk@yahoo.com

**Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878  
konuralptipdergi@duzce.edu.tr  
konuralpgeneltip@gmail.com  
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

## Sistemik Steroid Tedavisi ile Tetiklenen Rozesa ve Tinea Corporis Birlikteliği

### ÖZET

Tinea korporis, saçlıderi, inguinal ve palmoplantar alanlar haricinde kalan kılsız derinin inflamatuvar ya da noninflamatuvar lezyonlarla karakterize yüzeysel dermatofit enfeksiyonudur. Rozase yüzde flushing epizodları, telenjiektazi ve tekrarlayan inflamatuvar papül ve püstüllerle karakterize, çok sayıda etyolojik neden ve tetikleyici faktörün rol oynadığı cildin sık görülen inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu makalede sistemik steroid sonrası tetiklenen rozase ve kliniği tipik olmayan bir Tinea korporis birlikteliği olgusu sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Rozase, tinea korporis, steroid

## Tinea Corporis and Concomitance of Rosacea Triggered By Systemic Steroid Treatment

### ABSTRACT

Tinea corporis is a superficial dermatophyte infection characterized by either inflammatory or noninflammatory lesions on the glabrous skin (ie, skin regions except the scalp, groin, palms, and soles). Rosacea is a common inflammatory disease in which numerous etiologic and triggering factors play a role, and characterized with flushing episodes, telangiectasias, and recurrent inflammatory papules and pustules. Herein, we report a case of concomitance of rosacea triggered by systemic steroid treatment and tinea corporis with atypic clinic presentation.

**Key words:** Rosacea, tinea corporis, steroid.

## GİRİŞ

Dermatofitler, dünyada oldukça yaygın olmakla birlikte, kayda değer bir mortaliteye sahip değildirler ancak buna karşın kişilerin yaşam kalitesini büyük oranda etkilemektedirler. Üç anamorfik (aseksüel) cins dermatofitlere neden olmaktadır; *Trichophyton*, *Microsporum* ve *Epidermophyton*. Dermatofitlerde bulaş insanlar, hayvanlar ve toprak gibi farklı kaynaklardan sözkonusu olsa da, enfekte insanlar Tinea korporis (TK) için hala en yaygın kaynak olmaya devam etmektedir. Dünyada TK'da etken olarak en sık *T.rubrum* saptanmaktadır. TK daha sık olarak sıcak, nemli iklimlerde görülmektedir. Tedavi metodları tüm dünyada benzerlik göstermekte olup, modern antifungal tedaviler çoğu olguda hastalığın etkin kontrolünü sağlamaktadır (1).



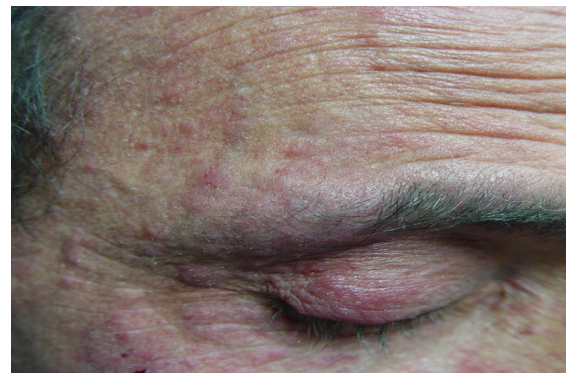
**Resim 1.** Her iki kol distal ve önkolda eritemli skuamli papüller.

Rozase genellikle orta yaştan sonra kadınlarda görülen, daha ziyade yüz orta kesimin etkilendiği kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Etiyoloji halen tam anlamıyla açıklığa kavuşmasa da inflamatuvar bir sürecin vasküler ve pilosebace üniti etkilenmesi sonucu ağrı, yanma ve flushing eşlik ettiği eritematöz bir döküntü oluşmaktadır (1). Boyun, gövde üst kısım ve saçlı deri gibi yüz dışındaki alanların tutulumu nadir olup bu belirtiler hastalığın kronik güneş maruziyeti ve hasarı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (2). Amerikan Ulusal Rozase Topluluğu tarafından kabul edilen rozase tanı kriterleri; yüzün konveks alanlarında olmak üzere: geçici eritem veya flushing, geçici olmayan eritem, papül, püstül ve telenjektazilerden bir ya da daha fazlasının varlığıdır (3). Eritematotelenjektazik, apülopüstüler, fimatöz, oküler olmak üzere dört alt tip, rozase fulminans, granümatöz rozase ve steroid rozase olarak da üç tane varyantı mevcuttur. Steroidin tetiklediği rozase sıklıkla topikal steroidlerin uzun süreli kullanımıyla ilişkili olup, bu

ajanların rozase bulgu ve semptomlarında rahatlama sağlaması ve kesildiğinde oluşan yanma, hastalarda topikal steroid bağımlılık sendromuna yol açar. Tedavi küratif olmayıp, eritem ve inflamatuvar lezyonların miktarında azalma ile yanma, kaşıntı ve duyarlılığın sıklık, süre ve sayısını azaltmaya yöneliktir. Kısmen yararlı olan oral ivermektin ve lindan, topikal permetrin, fototerapi gibi tedavi seçenekleri olsa da oral tetrasiklinler, topikal metronidazol ve azelaik asit ana tedavi olarak geçerliliğini halen korumaktadır (1).

## OLGU

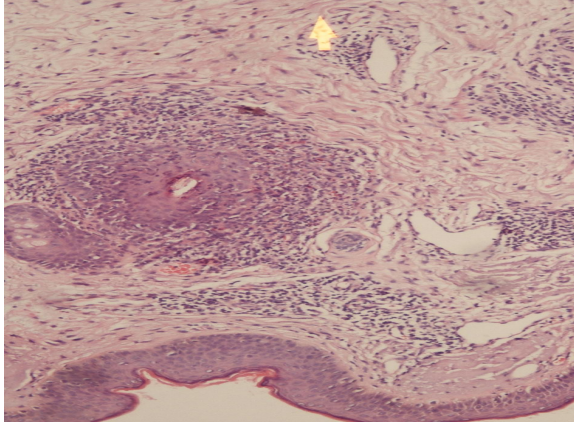
İki yıldır vücudunda iyileşmeyen yaralar şikayeti ile polikliniğimize başvuran 43 yaşındaki erkek hastada anamnezde bu şikayetleri nedeniyle topikal ve parenteral (İM) steroid ile oral antihistaminik kullanım öyküsü mevcuttu. Hasta son 7-8 aydır ilave olarak yüzünde de sivilce çıkışı ve bu nedenle %0.05 klobetazol 17-propiyonat (Dermovate pomat, GlaxoSmithKline) pomad kullandığını, ancak tedavi ile kaşıntıda gerileme olmasına karşın kızarıklıkta azalma olmadığını belirtti. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde ekstremitte distaller, inguinal ve her iki uylukta kenar aktivasyonu gösteren eritemli skuamli plakları mevcuttu. Hastanın üst ekstremitelerde olan lezyonlarının giysi ile uyumlu olacak şekilde güneşe maruz kalan kısımda olması ve keskin bir çizgi şeklinde giysi sınırını geçmemesi dikkat çekiciydi (**Resim 1**). İlave olarak hastada yüz ve ensede telenjektazi ve eritemli papüller lezyonlardan oluşan klinik görünüm vardı (**Resim 2**).



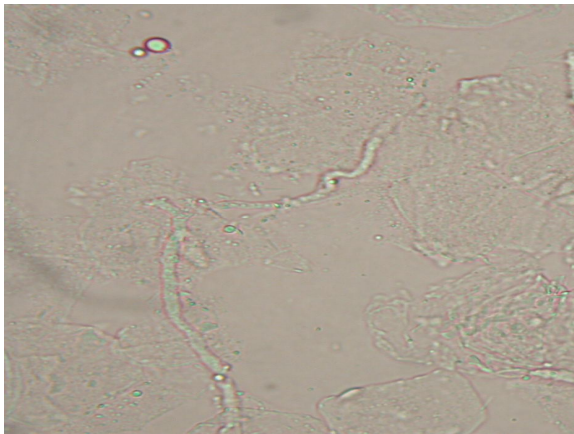
**Resim 2.** Yüzde telenjektazi ve eritemli papüller lezyonlar.

Hastadan yüz ve sol önkoldan olmak üzere rozase ve TK tanılarıyla 2 adet punch biyopsi alındı. Yüzden alınan parçanın histopatolojisinde hafif orta keratozun yer aldığı çok katlı yassı epitelde hafif spongiyoz, bazal hücrelerde yer yer vakuoler

dejenerasyon, papiller dermiste ödemin yanı sıra solar değişiklikler, perivasküler ve periadneksiyel eozinofillerin de yer aldığı yoğun mikst tipte iltihabi hücreler görüldü, mevcut bulgular klinikle birlikte değerlendirildiğinde rozase tanısı ile uyumlu olarak kabul edildi (**Resim 3**), önkoldan yapılan kazıntı materyalinin native incelemesinde mantar elemanlarının pozitif olması (**Resim 4**) yanında histopatolojisinde de tanı ile uyumlu olacak şekilde stratum korneum içinde hif yapıları seçildi. Hastaya tinea korporis nedeniyle sistemik olarak terbinafin (Terbisil tb, Berksam) 250mg/gün, 1 aylık tedavi planı, rozase açısından topikal olarak metronidazol (Roza jel, Orva ilaç) ve SPF 45 değerinde güneş koruyucu önerildi. Hastanın bir ay sonraki kontrolünde lezyonlarda tama yakın gerileme saptandı.



**Resim 3.** Perivasküler ve periadneksiyel eozinofillerin de yer aldığı yoğun mikst tipte iltihabi hücreler(H&Ex10).



**Resim 4.** Önkoldan yapılan kazıntı materyalinin native incelemesi(x40).

## TARTIŞMA

Tinea korporis yaygın bir enfeksiyon olup, daha sık olarak sıcak, nemli iklimlerde görülür. Trichophyton rubrum dünyada en yaygın enfeksiyöz ajan olup, TK olgularında %47 oranında etken olarak saptanır (4). TK tüm yaş gruplarında görülse de, preadolesan dönemde prevalans daha yüksektir. Kaşıntılı anüler plak, semptomatik enfeksiyonun karakteristik görünümü olup, hastalar asemptomatik olabileceği gibi ara sıra olan yanma hissi de tarif edebilmektedir. Bulaş, enfekte insan, hayvan veya cansız objeler yoluyla. Dermatofitlerin canlı dokuları nadiren invazyonu nedeniyle, lokalize enfeksiyonlarda günde 1-2 kez en az iki hafta süresince, lezyon ve sınırın 2 cm ötesine olacak şekilde topikal tedavi önerilmektedir (5). TK için yaygın enfeksiyon, immunsupresyon, topikal antifungal tedaviye direnç ya da birlikte olan tinea kapitis, tinea unguium durumları sistemik tedavi endikasyonunu oluşturur. Lokalize TK için prognoz mükemmel olup, topikal azol veya allilaminler ya da kısa süreli veya pulse sistemik antifungallerle yapılan tedavi sonrası kür oranları %70–100 oranındadır.

Rozase pek çok etyolojik neden ve tetikleyen faktörlerin eşlik ettiği, cildin yaygın görülen inflamatuvar bir hastalığıdır. Etyopatogenez tam olarak bilinmemekte olup, literatürde değişik etmenler suçlanmıştır; genetik yatkınlık, enfeksiyöz etkenler, kıl ünitesi bozuklukları, çevresel etmenler, güneş hasarı ve bağ dokusu hasarlanması, psikojenik etmenler, vazomotor sürersizlik, immunolojik mekanizmalar ve mediyatörler (6). Literatürde topikal steroidlerin giderek artan yaygın kullanımına bağlı gelişen çok sayıda rozase ya da rosacea-like dermatit mevcuttur (7,8). Fakat sistemik steroid kullanım sonrası alevlenen rozase vakası bildirilmekle birlikte hastada rozase kliniği yokken sistemik steroid kullanım sonrası rozase ortaya çıkışı bildirilmemiştir (9).

Topikal ya da sistemik steroidlerin yanlış tedavi ajanı olarak tinea kullanılmasıyla ilgili tinea inkognito sık görülen bir durum olup, hastalarda özellikle yüzde diskoid-like lupus eritematozus, egzema ya da rozase benzeri, gövdede ise impetigo ve ekzema benzeri klinik görünüme yol açabilir (10).

Olgumuzu sistemik steroid sonrası rozase şikayetlerinin oluşması ve kollardaki polimorf ışık erupsiyonunu andıracak tarzda atipik klinik görünümü olan bir TK vakası olması nedeniyle sunmayı uygun gördük.

**KAYNAKLAR**

1. Scheinfeld N, Berk T. A review of the diagnosis and treatment of rosacea. *Postgrad Med.* 2010;122(1):139–43.
2. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51(3):327–341.
3. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46(4):584–587.
4. Foster KW, Ghannoum MA, Elewski BE. Epidemiologic surveillance of cutaneous fungal infection in the United States from 1999 to 2002. *J Am Acad Dermatol* 2004;50(5):748-52.
5. Weinstein A, Berman B. Topical treatment of common superficial tinea infections. *Am Fam Physician.* 2002;65(10):2095–102.
6. Bakar Ö, Demirçay Z. The Etiopathogenesis and the new classification system of rosacea. *Türkderm.* 2007;41(3):77–80.
7. Chen AY, Zirwas MJ. Steroid-induced rosacealike dermatitis: case report and review of the literature. *Cutis.* 2009;83(4):198–204.
8. Litt JZ. Steroid-induced rosacea. *Am Fam Physician.* 1993;48(1):67–71.
9. Sneddon I. Adverse effect of topical fluorinated corticosteroids in rosacea. *Br Med J.* 1969;1(5645):671–3.
10. Romano C, Maritati E, Gianni C. Tinea incognito in Italy: a 15-year survey. *Mycoses.* 2006;49(5):383–7.