

# **Birinci Basamakta Sık Gözlenen Dermatozlardan Tinea Pedis: Olgu Sunumu**

## **Tinea Pedis, One of the Most Common Dermatoses Seen in Primary Care: Case Report**

Gülbahar Ürün Unal<sup>1</sup>, Kamile Marakoğlu<sup>2</sup>, Mehmet Unal<sup>3</sup>, Muhammet Özmen<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Uzm.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup> Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>3</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>4</sup> Arş.Gör.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

### **Özet:**

Tinea Pedis; ayakların dermatofit denilen mantarlarla oluşan yüzeysel enfeksiyonudur. Hastalığa erken tanı konulması ve tedavi başlanması önemlidir. Bu tür enfeksiyonlar koruyucu hekimlik açısından büyük önem taşır. Bu nedenle tedavi ajanlarının yanı sıra bulaşı azaltacak/önleyecek faktörleri de bilmek gerekir. Bu olgu sunumunda ayaklarında kızarıklık ve soyulma şikayeti ile gelen diyabetes mellitus öyküsü bulunan hastanın aile hekimliği polikliniklerinde muayene ile tanısının konulup tedavisinin düzenlenebileceğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dermatofit, diyabetes mellitus, koruyucu hekimlik, tinea pedis.

### **Summary:**

Tinea Pedis; is a superficial infection of the feet with fungi called dermatophyte. It is important to put early diagnosis and start treatment. This group of infections carries huge importance with regard to preventive medicine. For this reason, in addition to treatment agents, factors on transmission reducing/preventing should be known. In this case report, it is aimed to draw attention to clinic diagnosis and treatment of a patient who has a history of diabetes mellitus with complaints of redness and desquamation on his feet in the family medicine polyclinics.

**Key Words:** Dermatophyte, diabetes mellitus, preventive medicine, tinea pedis.

*Kabul Tarihi: 01.02.2019*

### **Giriş**

Yüzeysel dermatofit enfeksiyonları en sık karşılaşılan deri hastalıklarıdır. Bu grup enfeksiyonlar bütün dünyada oldukça yaygındır. Dermatofit türlerinin dağılımı coğrafik bölgelere göre değişiklik gösterebilir. Yerleşim yerlerine göre dermatofitozlar; tinea pedis, tinea unguium, tinea inguinalis, tinea korporis, tinea manum, tinea capitis olarak sınıflandırılır. Bunların arasında en sık görülen tinea pedis genellikle ergenlik sonrasında görülür ve sıklıkla erkeklerde ve diyabet hastalarında rastlanan bir hastalıktır. Ülkemizdeki prevalansı %38,4 - %70 arasındadır (1). Hastalığa erken tanı konulması ve tedavi edilmesi önemlidir. Hastalığın belirtileri ayak tabanı ve yan kısımlarında kuru, beyaz renkli kabuklanma, kalınlaşma, çatlama ve özellikle 4.-5. ayak parmak aralarında

belirgin maserasyondur. Kaşıntı çok şiddetli olabilir ve kötü koku eşlik edebilir (2).

Diyabetik hastalarda normal popülasyon ile karşılaştırıldığında lokal veya sistemik enfeksiyonlar, daha sık gözlenmekte ve daha ciddi seyretmektedir. Oluşan bu enfeksiyonların önemli bir kısmını onikomikoz ve tinea pedis oluşturmaktadır. Üstelik tinea pedis; pek çok diyabet olmayan hastada zararsız olsa da, diyabetik hastalarda ciddi bakteriyel enfeksiyonlara yol açacak giriş noktaları ve fistüller oluşturmaktadır. Aynı zamanda kötü glisemik kontrol varlığında ve diyabetik hastalarda mantar enfeksiyonları ve periferik vasküler hastalıklar daha sık gözlemlenmiştir (3).

## Olgu

Bilinen tip-2 diyabetes mellitus olan ve oral antidiyabetik kullanan 52 yaşında emekli asker erkek hasta; iki ay önce her iki ayak tabanları ve yan kısımlarında başlayan ve giderek yayılan kızarıklık, kabuklanma ve kaşıntı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ayak laterallerinde ve topuklarda fazla olmak üzere yaygın eritem ve deskuamasyon mevcuttu. Parmak aralarında maserasyon ve sol ayak baş parmak tırnak bozukluğu da olan hastaya klinik tanı koyuldu (Şekil 1-2). Ayaktan nativ preparat alındı ve direkt mikroskopi bakışında mantar hifleri görüldü.

Hastaya Itrakonazol 100 mg kaps. 2x1, Butenafin %1 krem, Sertakonazol nitrat %2 krem ve Amorolfın %5 tırnak cilası başlandı. Tedavi sürecini hızlandıracak ek tedbirler ile hastaya 1 ay sonra kontrol önerildi. Kontrolünde klinik düzelme gösteren hastanın ayaklarındaki eritem ve deskuamasyon tamamen gerileyip, parmak aralarındaki maserasyonlarda iyileşme görüldü (Şekil 3).

**Şekil 1-2.** Parmak aralarında maserasyon ve sol ayak baş parmak tırnak bozukluğu



**Şekil 3.** Hasta ayağın tedavi sonrası görünümü



## Tartışma

Tinea pedis en sık gözlenen dermatofit enfeksiyonudur. Diyabetes mellitus, immunosupresyon ve steroid kullanımı daha yaygın ve şiddetli seyretmesine neden olmaktadır. Nemli ortam ise oluşumunda kolaylaştırıcı faktörlerin en başında yer alır. Bu nedenle yaz aylarında ve tropikal iklimlerde yaygındır. Uzun süre kapalı ayakkabı giyenler, ortak ayakkabı kullananlar, hiperhidrozu olanlar yada ıslak ortamda çalışanlarda hastalık yaygındır. Daha önce yapılmış olan birçok çalışmada gösterilmiş olduğu gibi; kışla, yurt, yatılı okul, spor salonları gibi toplu yaşanan bölgelerde yüzeysel mantar enfeksiyonları ve özellikle tinea pedis olgularına daha sık rastlanmaktadır (4). Metin ve arkadaşlarının 1998 yılında Van ve çevresinde yaptıkları bir çalışmada %14,03 oranında yüzeysel mantar hastalığına rastlanmış ve bu dermatofitoz kliniğinin çoğunlunun tinea pedisten (%43,46) oluştuğu görülmüştür (5). İlkit ve arkadaşlarının 1999 yılında tıp fakültesi öğrencileri arasında yapmış oldukları çalışmada tinea pedisin en sık rastlanan dermatofitoz olduğu; bunu tinea unguium, tinea corporis ve tinea manuum izlediği bildirilmiştir (6). Ergin ve arkadaşları da 2000 yılında dermatoloji kliniğine başvuran ve dermatofitoz tanısı alan hastalarda en sık tinea pedis enfeksiyonuna rastlamışlardır (7). Güdücüoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında beden eğitimi öğrencileri arasında yaptıkları bir çalışmada da %17,5 oranında tinea pedis tespit edilmiştir (8). Hastalık intertriginöz tip, skuamöz-hiperkeratotik tip, veziküler veya vezikülobüllöz tip ve akut ülseratif tip olmak

üzere 4 klinik tabloda gözlenmektedir. Sunulan olguda, skuam ve hiperkeratoz ile seyreden genellikle ayak kenarları, topuklar ve parmak uçlarında rastlanan skuamöz-hiperkeratotik tip görülmüştür. Ayrıca bu formda olduğu gibi tüm tinea pedis formlarında sıklıkla tırnakların da tutulmuş olması diyagnostik bir bulgudur (9).

Diyabetik hastaların yaklaşık %30'unda çeşitli cilt lezyonları görülmekte olup, fungal cilt enfeksiyonu bu lezyonların önemli bir parçasıdır. Batı Avrupa popülasyonunda, benzer yaş grubunda tinea pedis prevalansının %4,9 olduğu ve diyabetin tinea pedisi kolaylaştıran bir metabolik hastalık olduğu bildirilmiştir (10,11,12). Akkuş ve arkadaşlarının 2016 yılında 227 diyabetik hastada yapmış oldukları kesitsel bir çalışmada hastalarda en sık görülen enfeksiyon mantar enfeksiyonu olmakla birlikte; bu hastaların %34,9'unda onikomikoz, ikinci sıklıkta ise tinea pedis (%26,3) görülmüştür (13). Zhong ve arkadaşlarının 2017 yılında Çin'deki bir hastanede 502 diyabetik hastada yapmış oldukları bir çalışmada tinea pedis oranı %33,22 saptanmıştır (14). Tinea pedis genel popülasyonda erkeklerde kadınlara göre sıklıkla daha fazla görülmektedir (15). Bunun muhtemel sebepleri sosyal yaşamda daha fazla aktivite yapmaları sonucunda tırnaklarının travmaya daha açık olması ve daha sık ucu kapalı ayakkabılar kullanmalarındadır. 2017 yılında 600 diyabetli kişinin katıldığı bir prevelans çalışmasında tinea pedis, %14,2 ile erkeklerde daha sık görülmüş ve yaş artışı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (16).

Kontrol edilmeyen veya tanı konulmayan diyabetiklerde, fungal enfeksiyonların insidansı ve morbiditesi etkili diyabet kontrolü ve antifungal ajanların kullanımı ile azaltılabilir. Hastalık çok yaygın ve komplike değilse topikal tedavi yeterli olur. Skuamöz-hiperkeratotik tip tinea pediste kalın hiperkeratoz sebebiyle lokal tedavi tek başına yeterli olmayabilir. Bu yüzden keratolitik pomadlar veya sistemik tedavi ile kombine edilmelidir. Tedavide bir takım ek tedbirlere de uyulmalıdır. Hastalar ayaklarını yıkadıktan sonra iyice kurulamalıdır, kapalı dar ayakkabılar giymemelidirler. Pamuklu, teri iyi emen çoraplar tercih edilmelidir. Hiperhidrozu olanlarda terlemeyi önlemek için günde iki kez %20 alüminyum klorid uygulaması yapılabilir. Ayrıca hastaların yakınlarında tinea pedis varsa bunlar da tedavi edilmelidir (17).

Sunulan hastanın iki taraflı skuamöz-hiperkeratotik tinea pedisi ve ek olarak tinea unguium olup, sistemik ve topikal tedavi uygulanmıştır ve sonucunda klinik düzelme gözlenmiştir (Şekil 3).

## Sonuç

Sonuç olarak; özellikle diyabet hastalarında tinea pedis, hastaların birinci basamak sağlık merkezlerine sık başvuru nedeni olup, tanının atlanması durumunda sellülit ve erizipel gibi yumuşak doku enfeksiyonları ve vasküler problemlere neden olabilecek ciddi bir hastalıktır (18). Toplumda sık görülen bu tablonun birinci basamak hekimlerince tanınıp tedavi edilmesi önemli komplikasyonların oluşmasını önleyecektir.

## Kaynaklar

1. Fındık D, Mevlütoğlu İ, Kaya M, Arslan A, Yüksel A. 1994-2000 Yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi mikoloji laboratuvarında dermatofitoz ön tanılı olgulardan izole edilen etkenler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001;2:19-22.
2. Gül Ü. Derinin yüzeysel dermatofit enfeksiyonları. Ankara Medical Journal 2014;14(3):107-13.
3. Takehara K, Amemiya A, Mugita Y, Tsunemi Y, Seko Y, Ohashi Y, et al. The Association between Tinea Pedis and Feet-Washing Behavior in Patients with Diabetes: A Cross-sectional Study. Adv Skin Wound Care 2017;30(11):510-6.
4. Richardson MD, Warnock DW. Fungal Infection Diagnosis and Management. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1993;44-60.
5. Metin A, Berktaş M, Güzeloğlu M, Delice İ, Subaşı Ş. Van Yöresinde Görülen Yüzeysel Mantar Hastalıkları. Van Tıp Derg 1998;5:136-40.
6. İlkit M, Taşova Y, İncecik Ş, Atlı T. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Dermatofitozlar. İnfeksiyon Derg 1999;13:109-10.
7. Ergin Ç, Ergin Ş, Yaylı G, Baysal V. Dermatoloji Kliniğine Başvuran Hastalarda Dermatofitoz Etkenleri. Türk Mikrobiyol Cem Derg 2000;30:121-4.
8. Güdücüoğlu H, Akdeniz N, Bozkurt H, Aygül K, İzci H, Berktaş M. Beden Eğitimi Bölümü

- Öğrencilerinin Yüzeysel Mantar Hastalıkları Açısından Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2006;13(2):53-5.
9. Braun-Falco O, Pelwig G, Wolff HH. Dermatologie und Venerologie. Berlin, Springer Verlag, 1996;279-317.
  10. Faergemann J, Baran R. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of onychomycosis. Br J Dermatol 2003;149(Suppl 65):1-4.
  11. Svejgaard EL, Nilsson J. Onychomycosis in Denmark: Prevalence of fungal nail infection in general practice. Mycoses 2003;47:131-5.
  12. Saunte DML, Holgersen JB, Haedersdal M, Strauss G, Bitsch M, Svendsen OL, et al. Prevalence of toe nail onychomycosis in diabetic patients. Acta Derm Venereol 2006; 86:425-8.
  13. Akkus G, Evran M, Gungor D, Karakas M, Sert M, Tetiker T. Tinea pedis and onychomycosis frequency in diabetes mellitus patients and diabetic foot ulcers: A cross sectional–observational study. Pak J Med Sci 2016;32(4):891-5.
  14. Zhong A, Li G, Wang D, Sun Y, Zou X, Li B, The risks and external effects of diabetic foot ulcer on diabetic patients: A hospital-based survey in Wuhan area, China. Wound Rep Reg 2017;25:858-63.
  15. Garg A, Venkatesh V, Singh M, Pathak KP, Kaushal GP, Agrawal SK. Onychomycosis in central India clinicoetiologic correlation. Int J Dermatol 2004;7:498-502.
  16. Oz Y, Qoraan I, Oz A, Balta I. Prevalence and epidemiology of tinea pedis and toenail onychomycosis and antifungal susceptibility of the causative agents in patients with type 2 diabetes in Turkey. International Journal of Dermatology 2017;56:68-74.
  17. Tüzün Y, Serdaroğlu S. Derinin Mantar Hastalıkları. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Güler MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2008; 341-82.
  18. Roldan YB, Mata-Essayag S, Hartung C. Erysipelas and Tinea Pedis. Mycoses 2000;43(5):181-3.

**İletişim:**

Uzm. Dr. Gülbahar Ürün Unal  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Konya, Türkiye  
Tel: +90.554.2930905  
E-mail: urunbahar@gmail.com