**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**2015-2016 EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI**

**DERS NOTU FORMU**

**DERSİN ADI:** Derinin Mantar Hastalıkları

**DERSİ VEREN ÖĞRETİM ÜYESİ:** Prof. Dr. Seher Bostancı, Prof. Dr. Nisa Akay

**DÖNEM:** V

**DERSİN VERİLDİĞİ KLİNİK STAJ:** Deri ve Zührevi Hastalıkları

|  |
| --- |
| **KLİNİK STAJLAR İÇİN;**  **DERSİN AÜTF ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDAKİ ÖĞRENME DÜZEYİ:**  **T □ TT□ Ön tanı □A □İ □ K□** |

|  |
| --- |
| **DERS İÇİN BİLİNMESİ GEREKEN ÖN BİLGİLER**   1. Elemanter lezyon bilgisi |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENME KAZANIMLARI**  Bu dersin sonunda öğrenciler  Sık görülen yüzeyel mantar hastalıklarının klinik bulgularını tanımlar  Sık görülen yüzeyel mantar enfeksiyonlarının tedavisini açıklar |

|  |
| --- |
| **DERSİN İÇERİĞİ**  Dermatofit enfeksiyonlarının (tinea kapitis superfisialis, tinea kapitis profunda, favus, tinea korporis, tinea inguinalis, tinea pedis, tinea ungium) klinik bulguları, ayırıcı tanısı, tanı ve tedavisi  Kandida enfeksiyonlarının klinik bulguları, ayırıcı tanı, tanı ve tedavisi  Tinea versikolorun klinik bulguları, ayırıcı tanısı, tanı ve tedavisi  Derinin mantar enfeksiyonlarında korunma |

|  |
| --- |
| **MANTARLARIN YAPTIĞI DERİ HASTALIKLARI**  Prof. Dr. Seher Bostancı  Doç. Dr. B. Nisa Akay  Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı  **MANTAR ENFEKSİYONLARI**  Yüzeyel mantar enfeksiyonları deride ,derin mantar enfeksiyonları ise deri ve iç organlarda görülür.En sık görülen yüzeyel mantar enfeksiyonlarıdır.  **YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI**  **Etken Enfeksiyon**   * Dermatofitler Dermatofitozis * Malassesia Furfur Tinea versikolor * Kandidalar Kandidiazis   **Dermatofitozisler yerleştikleri bölgelere göre farklı isimler alırlar.**   * Tinea kapitis - Saçlı deri * Tinea korporis - Gövde * Tinea barba - Sakal * Tinea inguinalis - Kasık * Tinea pedis - Ayak * Tinea manum - El * Tinea unguium - Tırnak (Onikomikozis)   **TİNEA KAPİTİS**   * Zoofilik ve jeofilik dermatofitler direk temasla, antrofilikler direk ve indirek temasla bulaşırlar. * Bulaş daima püberteden önce olur. * İmmün yetmezliği olanlarda bulaş püberteden sonra da olabilir. * Püberteden sonra sebumda fungustatik yağ asitleri yüksek konsantrasyonlarda bulunurlar.   **Tinea Kapitisler 3 farklı klinik tablo şeklinde görülürler.**   * Tinea kapitis süperfisyalis (Saçkıran, kuru kel) * Tinea kapitis profunda (Cerion celci) * Tinea kapitis favosa (Favus, kel)   **Tinea Kapitis Süperfisyaliste;**   * Lokalize nonskatrisyel alopesi * Pitriyazik skuamlar * Soluk kırık saçlar görülür. * Hastalık püberteden önce başlar. * Tedavi edilmeyen olgularda püberteden sonra iyileşir. * Skatris dokusu bırakmaz.   **TİNEA KAPİTİS SÜPERFİSYALİSTE TANI VE AYIRICI TANI**  **Kesin Tanı:** Nativ Preparat ile koyulur.  **Ayırıcı Tanıda Düşünülecek Hastalıklar:**   * Seboreik dermatit * Psoriasis * Alopesi areata * Alopesi areolaris spesifika * Trikotilomani   **TİNEA KAPİTİS PROFUNDA (CERİON CELCİ) (Yaş kel, Islak kel)**   * %50 tinea kapitis süperfisyalis şeklinde başlar. * Dermatofitler çoğunlukla zoofiliktir. * Subkutan nodüller * Abse oluşumları * Fistüller * Püstüllerle karakterizedir. * Lezyonlu bölgedeki soluk, kırık saçlar çekildiğinde kolaylıkla ele gelir. * Hastalık püberteden önce başlar. * Tedavi edilmemiş olgular püberteden sonra kendi kendine iyileşir. * Erken tedavide sikatris dokusu bırakmaz. * Geç kalınmış olgularda lokalize sikatrisiel alopesi bırakarak iyileşir.   **TİNEA KAPİTİS PROFUNDANIN KOMPLİKASYONLARI**   * İd reaksiyonu   + Eritema nodosum   + Gövdede makulopapüler deri döküntüleri * Sekonder enfeksiyon * Bölgesel lenfadenopati   **İD REAKSİYONU**   * Mantar enfeksiyonundan uzak bir bölgede meydana gelir. * Lezyonlarda nativ preparat negatiftir. * Mantar enfeksiyonu tedavi edildiğinde kendiliğinden iyileşir.   **TİNEA KAPİTİS PROFUNDADA TANI VE AYIRICI TANI**  **Kesin Tanı için nativ preperat yapılır.**  **Ayırıcı Tanı:**  **Başlangıç döneminde:**   * Follikülit * Fronkül * Karbonkül * Apse   **Lokalize skatrisyel alopesi bıraktığı dönemde:**   * Favus * Fronkül * Karbonkül * Diskoid lupus eritematozus * Morfea * Ca skatrisleri * Radyodermit * Yanık skatrisleri * Travmatik skatrisler * Liken planopilaris   **TİNEA KAPİTİS FAVOSA (FAVUS, KEL)**  **Etkeni :**Trichophyton schönlein  **Özellikleri**   * Scutulum veya godet oluşumları * Nemli atrofik deri * Başı çepeçevre saran sağlam saçlar * Kötü koku (Fare sidiği kokusu) * Hastalık püberteden önce başlar. * Tedavi edilmemiş olgularda püberteden sonra iyileşme görülmez. * Tüm olgular lokalize sikatrisyel alopesi bırakarak iyileşir.   **TİNEA KAPİTİS FAVOSADA TANI VE AYIRICI TANI**  **Kesin Tanı Nativ Preperat ile koyulur.**  **Ayırıcı Tanı:**  **Başlangıç döneminde:**   * Tinea capitis profunda * Fronkül * Karbonkül * İmpetigo   **Lokalize skatrisyel alopesi bıraktığı dönemde:**   * Tinea capitis profunda * Fronkül * Karbonkül * Diskoid lupus eritematozus * Morfea * Ca skatrisleri * Radyodermit * Yanık skatrisleri * Travmatik skatrisler * Liken planopilaris   **TİNEA KAPİTİSLERDE TEDAVİ**  Fungustatik bir ajan olan Griseofulvin ülkemizde bulunmamaktadır.Gerektiğinde yurt dışından getirtilebilir.2-14 yaş arasında 10 mg/kg/gün olarak verilir. Sistemik terbinafin 3-6 mg/kg/gün dozda 4 hafta süreyle verilir. Yeterli olmadığı durumlarda tedavi 8-12 haftaya kadar uzatılabilir. Topikal olarak imidazol veya nonimidazol grubu antimikotikler 2x1/gün aynı sürede verilir.   T. kapitis profundada kılların epile edilmesi, uzaklaştırılması önerilir. Ayrıca saçlar ketokanazol içeren şampuanlarla 1 hafta günlük, sonra haftada 2 yıkanır.  **TİNEA KORPORİS**  \* Gövdenin,ekstremitelerin mantar enfeksiyonudur.   * Yuvarlak, keskin sınırlı, eritemli, skuamlı, kenar aktivasyonu gösteren, veziküllerle karakterize plak oluşumlarıdır. * İç içe geçmiş halkalar şeklinde görülürler. * Daha çok açık olan deri bölgelerinde lokalizedirler. (El, kol, yüz, ayak, bacak) * Kesin tanı nativ preperat ile koyulur.   **TİNEA KORPORİSTE AYIRICI TANI**   * Psoriasis * Seboreik dermatit * Pitriazis rosea   **TİNEA KORPORİSTE TEDAVİ**  İmidazol veya nonimidazol grubu bir topikal antimikotik 2x1/gün 4 hafta süreyle uygulanır. Dirençli veya şiddetli olgularda sistemik terbinafin 250mg/gün 2 hafta süreyle oral olarak verilir. İkinci seçenek sistemik tedavi ıtrakanazoldur.  **TİNEA BARBA (SİKOZİS PARASİTARYA)**   * Erkeklerde sakal bölgesinde görülen dermatofit enfeksiyonudur. * Tinea capitis profunda klinik tablosu gösterir.   **Kesin tanı için nativ preperat yapılır.**  **TİNEA BARBADA AYIRICI TANI**  **Sikozis Simpleks (Sikozis nonparaziterya) en çok karışabileceği hastalıklardandır.Sikozis simpleks;**   * Stafilokok enfeksiyonuna bağlıdır. * Genellikle filtrum bölgesinden başlar. * Püstüllerle karakterizedir. * Kıllar çekildiğinde kolayca ele gelmez.   **TİNEA BARBADA TEDAVİ**  T. kapitis profunda tedavisi gibidir. İmidazol veya nonimidazol grubu antimikotik bir topik 2x1/gün ve sistemik terbinafin 250mg/gün 1x1, 4 hafta verilir. Hastalıklı bölgedeki kıllar uzaklaştırılır,epile edilir. Bölge ketokanazol içeren şampuanlarla yıkanır.  **TİNEA İNGUİNALİS**   * İnguinal bölgenin dermatofit enfeksiyonudur. * Keskin sınırlı, eritemli, skuamlı,veziküllü, kenar aktivasyonu gösteren, lezyonlarla karakterizedir. * İnguinal bölgeden sınırsız bir yayılım gösterir. (Uyluk, karın, gluteal bölge) * Kesin tanı için nativ preperat incelemesi yapılır.   **TİNEA İNGUİNALİSTE AYIRICI TANI**  **Eritrazma**   * Etken Corynobacterium minuttissimum * İnguinal bölgede kahverengi-kırmızı renkte, üzeri ince skuamlarla kapl, keskin sınırlı lezyon şeklinde görülür. * Sınırsız yayılımı yoktur. * Wood ışığı ile kiremit kırmızısı refle verir.   **İntertrigo**   * Bakteriel Nativ preparat (-) * Kandidal Nativ preparat: Kandida (+)   **Seboreik dermatit**   * Nativ preparat: (-)   **TİNEA İNGUİNALİSTE TEDAVİ**  İmidazol veya nonimidazol grubu bir topikal antimikotik 2x1/gün 4 hafta süreyle uygulanır. Dirençli veya şiddetli olgularda sistemik terbinafin 250mg/gün 2 hafta süreyle oral olarak verilir. İkinci seçenek sistemik tedavi ıtrakanazoldur. Ayrıca hastaya kasıklarını kuru tutması, aşırı terleme varsa pudralar önerilir.  **TİNEA PEDİS : 3 klinik tablo şeklinde görülebilir.**   * İntertriginöz tip: Parmak arası * Veziküler tip: Ayak tabanı * Skuamöz hiperkeratozik tip: Ayak tabanı   **İNTERTRİGİNÖZ TİP**   * Çoğunlukla 3-4 ve 4-5. ayak parmak aralarında maserasyonla karakterizedir. * **MASERASYON:** Derinin sıvı alıp şişmesi, yumuşaması, beyaz bir renk alması ile kendini gösteren bir klinik tablodur. Yumuşayan bölgeler zamanla erode olup açılabilir.   **VEZİKÜLER TİP**  Ayak tabanında derine yerleşmiş, sert, kolay açılmayan veziküller ve bazen büllerle karakterizedir. Bu lezyonlar zamanla rezorbe olarak yerinde yakalık tarzında skuam bırakarak iyileşirler. Bu klinik tabloya dizidroz adı verilir.  **SKUAMÖZ HİPERKERATOZİK TİP**  Ayak tabanında skuam ve hiperkeratozla karakterizedir. Yer yer ragad oluşumları da görülür.  **TİNEA PEDİSİN KOMPLİKASYONLARI**   * **İd reaksiyonu** kendisini; * Avuç içleri ve parmakların iç yüzlerinde dizidrotik veziküller * Gövdede makülopapüler deri döküntüleri * Ürtiker * Eritema nodozum şeklinde lezyonlarla gösterebilir.   **Diğer Komplikasyonlar:**   * Sekonder infeksiyon * Ekzematizasyon * Lenfanjit * Erizipel-Sellülit * Otoinokülasyonla tinea corporis, tinea inguinalis oluşumu   **Kesin tanı için nativ preperat yapılır.**  **TİNEA PEDİSTE AYIRICI TANI**  **İntertriginöz tipte**   * Yumuşak nasır * İntertrigolar   **Veziküler tip**   * Kontakt dermatit * El ve ayakların veziküler ekzeması   **Skuamöz hiperkeratozik tip**   * Sifiliz psoriasiformis palmaris et plantaris * Palmoplantar psoriazis   **TİNEA PEDİSTE TEDAVİ**  İmidazol veya nonimidazol grubu bir topikal antimikotik 2x1/gün 4 hafta süreyle uygulanır. Dirençli veya şiddetli olgularda sistemik terbinafin 250mg/gün 2 hafta süreyle oral olarak verilir. İkinci seçenek sistemik tedavi ıtrakanazoldur. Ayakkabı, terlik dezenfeksiyonu için siklopiroksolamin içeren pudra, spreyler, benzalkonyum klorid, etanol içeren antiseptikler kullanılır.  **TİNEA MANUM**   * Eritemli, skuamlı lezyonlarla karakterlidir. * Kesin tanı için nativ preperat yapılır * Tedavide imidazol veya nonimidazol grubu bir topikal antimikotik 2x1/gün 4 hafta süreyle uygulanır. Dirençli veya şiddetli olgularda sistemik terbinafin 250mg/gün 2 hafta süreyle oral olarak verilir. İkinci seçenek sistemik tedavi ıtrakanazoldur.   **TİNEA UNGUİUM (ONİKOMİKOZİS)**   * Dermatofitlere bağlı tırnak mantar enfeksiyonudur * Tırnağın serbest kenarından (margo liber) başlayarak proksimal kenara (margo occulta) kadar ilerleyen subungual hiperkeratozla karakterizedir. * Tırnaklarda kalınlaşma, kabalaşma, sarı-kahverengi renk değişiklikleri ,bazen parçalanmalar görülür.   **Kesin tanı için nativ preperat incelemesi yapılır.**  **TİNEA UNGUİUMDA KOMPLİKASYONLAR**   * İd reaksiyonu * Lenfanjit, erizipel, selülit * Otoinokülasyonla tinea pedis, tinea korporis ve tinea inguinalis oluşumu   **TİNEA UNGUİUMDA TEDAVİ**  Hastalıklı tırnak atravmatik şekilde uzaklaştırılır. Bunun için %20-40 üreli,asitli preparatlar veya siklopiroksalamin içeren tırnak cilaları kullanılır, beraberinde tırnak törpülenir. Sistemik tedavide birinci seçenek 250 mg/gün terbinafindir. Ayak tırnakları için 3 ay, el tırnakları için 1,5 ay kullanılır. İkinci seçenek sistemik tedavi ıtrakanazoldur. Sistemik tedaviden önce ve tedavi esnasında 4-6 haftada bir AST, ALT, GGT analizi yapılmalıdır. Ayakkabı, terlik dezenfeksiyonu için siklopiroksolamin içeren pudra, spreyler, benzalkonyum klorid, etanol içeren antiseptikler kullanılır  **TİNEA VERSİKOLOR (PİTRİAZİS VERSİKOLOR)**   * Etkeni pitrosprum ovalenin patojenite kazanması ile oluşan Malasesia Furfurdur. * Sütlü kahverengi, üzeri furfurik skuamlarla kaplı makullerle karakterizedir. * Lezyonlar değişik büyüklüklerde olabilirler (1-5-10 cm çapında). * Daha çok gövdenin ve kolların üst kısmında lokalizedirler. * Talaş belirtisi pozitiftir.   **Kesin tanı için nativ preperat incelemesi yapılır.**  **PİTRİAZİS VERSİKOLOR ALBA**   * Tinea versikolorun hipopigmente makulalarla karakterize formudur * Talaş belirtisi pozitiftir   **TİNEA VERSİKOLORDA AYIRICI TANI**   * Nörofibromatozisde görülen kafeola lekeleri * Postinflamatuar hiperpigmentasyon * Alba tipi   + Vitiligo   + Sifiliz lökomelanodermisi (venüs gerdanlığı)   + Lepra vitiligosu   + Cignolin lökomelanodermisi   + Postinflamatuar hipopigmentasyon   **TİNEA VERSİKOLORDA TEDAVİ**  İmidazol,nonimidazol topikal antimikotik krem,sprey 2 hafta süreyle günde iki defa kullanılır.Ayrıca  Zink pirityon,ketokanazol,sülfür-salisilik asit içeren şampuanlar kullanılır.Dirençli ve yaygın olgularda ıtrakanazol 200 mg/gün 5-7 gün süreyle verilir**.**  **KANDİDA ENFEKSİYONLARI (KANDİDİAZİS)**  **Neden olan faktörler**   * + Gebelik ve yenidoğan dönemi   + Yaşlılık   + Diabet   + Enfeksiyonlar   + Malign hastalıklar   + Uzun süre antibiotik kullanımı   + Oral kontraseptif kullanımı   + İmmünosüpressif ve kortikosteroid kullanımı   **Klinik tipleri**   * + Mukoza kandidiazisi   + Deri kandidiazisi   + Tırnak kandidiazisi   **MUKOZA KANDİDİAZİSİ**   * **Oral mukoza kandidiazisi** [Bebeklerde muguet (pamukçuk)] * **Vaginal kandidiazis**    + Gebelerde   + Diabetiklerde   + Uzun süre antibiotik alımında   + Oral kontraseptif kullanımında   **ORAL MUKOZA KANDİDİAZİSİ**   * Oral mukozada, dilde sarımtırak beyaz renkte membranöz oluşumlarla karakterizedir * Membranlar kazındığında altında kanama odaklarının görülmesi tanı koydurucudur   **VAJİNAL KANDİDİAZİS**   * Kadında genital organ mukozasında ve vajinada sarımtırak beyaz membranöz oluşumlarla karakterizedir * Kesilmiş süt gibi pıhtılar şeklinde bir vajinal akıntı mevcuttur * Şiddetli yanma-batma ve kaşıntı vardır   **DERİ KANDİDİAZİSİ**   * Keskin sınırlı, eritemli, üzerinde vezikül ve püstüllerin görüldüğü lezyonlarla karakterizedir. * İntertriginöz bölgelerde lokalizasyon gösterir. Buna bağlı maserasyon olabilir. * Yanma-batma, kaşıntı yakınması vardır .   **Erosio interdigitalis blastomiçetika**  **Anguler keilitis**  **TIRNAK KANDİDİAZİSİ**   * Tırnak çevresinde paronişi ile başlar * Margo okultadan margo libere doğru ilerleyen tırnak bozukluğu görülür   **TIRNAK KANDİDİAZİSİNDE AYIRICI TANI**   * Bakteriel paronişiler * Viral paronişiler (Herpetik dolama) * Paronişia sifilitika * Tinea unguium Tırnak bozukluğu yapan diğer nedenler   **DERİ KANDİDİAZİSİNDE TEDAVİ**  İmidazol grubu veya siklopiroksolamin içeren topikal antimikotikler 2x1 gün 1-2 hafta uygulanır. Çok enflamatuar lezyonlarda steroidli antimikotik kremler de kullanılabilinir. Yaygın ve şiddetli hastalıkta topikal tedaviye ek olarak flukanazol 50 mg/gün 2-7 hafta, ikinci seçenek olarak da ıtrakanazol kullanılır.  **AĞIZ MUKOZASINDA TEDAVİ**  Topikal nistatin iyileşinceye kadar kullanılır. Dirençli ve şiddetli durumlarda flukanazol 50 mg/gün 7-14 gündür. Alternatif sistemik ilaç ıtrakanazoldur.  **VULVOVAJİNAL KANDİDİAZİSDE TEDAVİ**  Akut durumda 150 mg tek doz flukanazol ve imidazol / siklopiroksalamin içeren topikal antimikotikler verilir. Şiddetli enfeksiyonda süre uzatılır. İkinci seçenek ıtrakanazoldur.  Kronik reküren vulvovajinal kandidiazisinde flukanazol 3 gün 150 mg/gün, sonra 6 ay 150 mg/hafta verilir.  **TIRNAK KANDİDİAZİSİNDE TEDAVİ**  Flukanazol 150 mg/hafta 8-12 hafta süreyle ve beraberinde antimikotik kandidalara etkili tırnak cilalarıyla birlikte kullanılır.  **MANTAR ENFEKSİYONLARINDA TANI**  %20’LİK KOH İLE NATİV PREPARAT YÖNTEMİ  **NATİV PREPARAT NASIL YAPILIR?**   * Deride masere alanlardan, skuam veya vezikül tabanından, saçlı deride soluk kırık saçlar ve skuamlardan, tırnakta tırnak altından bir bistüri yardımı ile kazıntı materyali alınır. * Lam üzerine yayılır. * Üzerine lamel kapatılır. * Lam ile lamel arasına %20’lik KOH solüsyonu damlatılır. * Hazırlanan preparat içinde ıslatılmış bir filtre kağıdı bulunan nemli bir petri kutusu içine konur. * Kutunun ağzı kapatılır. * Deri lezyonları için yarım saat, saç ve tırnak için bir saat beklenir. * Daha sonra preparatın fazla ıslaklığı bir gazlı bez yardımı ile alınarak mikroskop altında değerlendirilir. |

|  |
| --- |
| **ÖNERİLEN KAYNAKLAR:**  **Basılı Kaynaklar:**  1. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S., Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji  2. Fitzpatrick 'in Renkli Klinik Dermatoloji Atlası ve Özeti, Çeviri Editörü: Prof. Dr. Neslihan ŞENDUR, 6.baskı, McGraw Hill, ISBN : 9789752773806  3. Dermatoloji, Jean L Bolognia çeviri. Prof.Dr. Hayriye Sarıcaoğlu, Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan, Nobel Tıp Kitapevleri, 1.baskı, ISBN:9789754209034  **Elektronik Kaynaklar:**  1. **emedicine**.medscape.com  2. www.uptodate.com |