

Kerion celsi: Bir vaka takdimi

Eda Albayrak,¹ Ayşe Gültekingil Keser², Yıldız Kantarcı³, Yasemin Özsürekci⁴, Özlem Tekşam^{5,*}, Ali Bülent Cengiz⁶, Sibel Ersoy Evans⁷

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Pediyatri Araştırma Görevlisi, ²Pediyatri Uzmanı, ³Dermatoloji Araştırma Görevlisi, ⁴Pediyatri Uzmanı, ⁵Pediyatri Doçenti, ⁶Pediyatri Profesörü, ⁷Dermatoloji Doçenti

*İletişim: ozlemt@hacettepe.edu.tr

SUMMARY: Albayrak E, Gültekingil Keser A, Kantarcı Y, Özsürekci Y, Tekşam Ö, Cengiz AB, Ersoy Evans S. (Departments of Pediatrics and Dermatology, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Kerion celsi: a case report. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014; 57: 258-261.

Kerion celsi is an inflammatory form of tinea capitis caused by a T-cell-mediated hypersensitivity reaction to the causative dermatophyte. Differential diagnosis is very difficult when a scalp wound is abscess-like. Early diagnosis may avert unnecessary and inappropriate surgical drainage. Here we present 10 year old boy with a complaint of a head wound and diagnosis as kerion celsi. If there is a scalp wound with crusting, serious oozing, pus and keratin debris in childhood, and especially if there is resistance to the usual treatment modalities, kerion celsi should be considered in differential diagnosis.

Key words: kerion celsi, tinea capitis, scalp, abscess.

ÖZET: Kerion celsi, mantar elemanlarına karşı immünolojik duyarlılığı olan çocuklarda, dermatofit türlerinin etken olduğu fungal enfeksiyonlar sırasında saçlı deride oluşan bir T hücre aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Apse kliniği ile benzerlik gösterdiğinden ayırıcı tanısı oldukça güçtür. Erken tanı konulması; cerrahi drenaj gibi gereksiz tedavi uygulamalarını önleyebilir. Bu yazıda, saçlı deride pürülan akıntılı apse şikayeti nedeniyle başvuran ve sistemik-topikal antifungal tedaviye hızla yanıt veren on yaşında bir kerion celsi vakası sunulmuştur. Çocukluk çağında saçlı deride akıntılı, pürülan apse benzeri lezyon varlığında özellikle standart tedavi yaklaşımlarına direnç söz konusu ise, kerion celsi ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: kerion celsi, tinea kapitis, saçlı deri, apse.

Tinea kapitis (T. kapitis), saçlı deri ve saçın dermatofitik enfeksiyonudur ve en sık 3-7 yaş grubundaki çocuklarda görülür. Bebeklik dönemi ve puberte sonrası dönemde salgılanan sebumun içeriğindeki fungustatik özellikteki yağ asitleri nedeniyle bu yaş gruplarında T. kapitis seyrektilir.¹ Hastalığa sıklıkla Tricophyton ve Microsporum türü dermatofitler neden olur.¹⁻³ Ülkemizde en sık saptanan patojenler Tricophyton violaceum ve T. verrucosum'dur.^{2,3} İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %90'dan fazla olguda etken T. tonsurans'tır.¹ Saçlı deride kepeklenme, alopesi ve servikal-okspital lenfadenopati T. kapitisin klasik triadıdır. Tinea kapitisin asemptomatik taşıyıcılık yanında tinea kapitis süperfisyalis, tinea kapitis profunda (kerion celsi) ve favus olmak üzere klinik tipleri vardır.^{1,4} Bu yazıda saçlı deride

pürülan akıntılı apse şikayetiyle başvuran bir kerion celsi vakası sunulmuştur.

Vaka Takdimi

On yaşında erkek hasta, saçlı deride akıntılı yara şikayeti ile çocuk acil polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden yaklaşık yirmi gün önce saçlı deride sivilce benzeri bir kabarıklık çıktığı, gittikçe büyüyerek ağrısız, kaşıntılı bir şişlik halini aldığı ve yaradan sarı renkli bir akıntı olduğu; ailenin büyükbaş hayvan beslediği, hastanın yakın temasta olduğu hayvanlardan bazılarının derisinde de yara olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; saçlı deride sağ paryetal bölgede yaklaşık 8x8 cm boyutlarında eritemli, püstüler, yer yer kurutların gözlemlendiği, fluktuasyon veren yumuşak, ağrısız, üzeri alopesik olan bir apse vardı. Lezyona

bastırıldığında pü y drenajı gözlemlendi (Şekil 1). Bilateral submandibuler, posterior ve anterior servikal bölgelerde çok sayıda milimetrik, mobil lenfadenopatiler, sağ suboksipitalde bir adet 1.5x1 cm çapında ağrılı lenfadenopati saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 13.2 gr/dl, lökosit 16300 /mm³, trombosit 525000/mm³, periferik kan yaymasında %80 nötrofil, %14 lenfosit, %1 eozinofil, %5 monosit saptandı, eritrosit sedimentasyon hızı 26 mm/saat (normali 0-20 mm/saat), CRP 0.7 mg/dl (normali 0-0.5 ng/dl) bulundu. Pü yden alınan örneğin Gram boyamasında; az sayıda epitel ve polimorfonükleer lökositler görüldü, ancak mikroorganizmaya rastlanmadı. Kerion celsi düşünölen hastadan lezyondan alınan kazıntı örneğinin %10'luk potasyum hidroksit (KOH testi) ile yapılan mikroskopik incelemesinde hifler görölməsi üzerine hastaya kerion celsi tanısıyla 125 mg/gün dozunda oral terbinafin, 0.5 mg/kg/gün dozunda oral steroid (prednizon), topikal antifungal (terbinafin), antifungal şampuan (ketokonazol) ve sekonder bakteriyel enfeksiyon nedeniyle oral ampisilin-sulbaktam tedavileri başlandı. Antifungal tedaviye KOH testi negatifleşinceye kadar devam edildi. Pü y kültüründe Staphylococcus aureus ve A grubu beta hemolitik streptokok üremesi olan hastanın oral antibiyotik tedavisi on güne tamamlandı. Tedaviye hızlı yanıt veren hasta halen izlenmekte olup saçlı derideki enfeksiyonu düzelmiş ve alopesi bölgesinin küçüldüğü görüldü (Şekil 2).

Tartışma

Kerion celsi (Tinea capitis profunda), enflamatuvar tinea kapitisin tipik bir örneğidir. Kerion celsi; Trichophyton mentagrophytes, T. verrucosum, T. rosaceum (T. megninii), T. tonsurans, T. violaceum ve T. soudanense gibi zoofilik dermatofit türlerinin etken olduğı fungal enfeksiyonlar da izlenir ve mantar elemanlarına karşı immünolojik duyarlılığı olan çocuklarda, hücre sel immünite aracılığı ile saçlı deride oluş an bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur.¹⁻⁵ Kerion celsi'de histopatolojik olarak yoğun bir enflamasyon ve aşırı duyarlılık reaksiyonu bulguları göröölür. Çoğunlukla puberte öncesi çocukların saçlı derilerinde gelişir. Tedavisiz olgular enfeksiyon sonrasında genellikle alopesik skar ile iyileşir. Bulaşma en sık büyükbaş hayvanlardan ya da onlarla temas sonucu enfekte olmuş araç-gereç ve

eşyalardan olur.⁶ Klinik olarak, saçlı deride değişik boyutlarda püstöller ve nodöller ile kalın bir kurut tabakası göröölür.⁷ Çevre deri eritemli ve skuamlıdır. Lezyonun üzerindeki kılların kolaylıkla çekilebilmesi ve üzerine bastırıldığında folliköllerden pü y gelmesi tipiktir.⁷ Hastalarda lenfadenopati, ateş ve ağrı göröölabilir. Kerion celsi olgularında vakamızda da olduğı gibi ikincil bakteriyel enfeksiyon gelişebilir. Literatürde en sık göröölün ikincil bakteriyel etken S. aureus olarak belirtilmiştir.⁸

T. kapitis tedavisinde topikal ilaçlar kıl follikölüne penetre olmadığından sistemik antifungaller kullanılmalıdır. Topikal tedavilerden yardımcı olarak yararlanılır.⁹ Griseofulvin, 1958'de kullanılmaya başlandığından itibaren tinea kapitis için altın standart olarak kabul edilmiş bir tedavi ajanıdır.^{9,10} Ölkemizde griseofulvin halen bulunmamaktadır. Terbinafin, itraconazol, flukonazol gibi yeni oral antifungal ajanların pediatrik yaş grubunda tinea kapitis tedavisindeki etkinlikleri ve potansiyel yan etkileri yapılan çok sayıdaki çalışmada griseofulvin ile benzer bulunmuştur. Bu grup ilaçların tedavi süreleri daha kısa olmakla beraber tedavi maliyetleri yüksektir.¹¹

Terbinafin; fungal hücre zarı sentezindeki kilit enzim olan skualen epoksidi inhibe eder ve fungisidal etki gösterir. Terbinafin oral yolla kullanıldığında gastrointestinal sistemden yüksek oranda emilir ve plazma proteinlerine nonspesifik olarak güçlü şekilde bağlanır. Önerilen günlük terbinafin dozu vücut ağırlığı 20 kg'dan az olan hastalara 62.5 mg, 21-40 kg için 125 mg, 40 kg'dan fazla olan hastalar için 250 mg'dır. Verilen doz ortalama günde 4-5 mg/kg olup, tedavi süresi dört haftadır.¹²⁻¹⁴

Kerion tedavisinde sistemik kortikosteroidlerin kullanımı tartışmalıdır. Bir haftalık 1-2 mg/kg/gün dozunda prednizon tedavisinin şiddetli olgularda adjuvan tedavi olarak kullanımını önerenler yanında steroid tedavisinin gerekli olmadığını savunan çalışmalar da vardır.^{12,13} Tedavisine sistemik kortikosteroid eklenen olguların iyileşme süresinde değişiklik gözlenmemiştir.¹⁰ Steroidlerin enflamatuvar evreyi daha hızlı tedavi ederek deride atrofiyi önleyebildikleri, ancak kültürlerin negatifleşme süresini uzatabilecekleri de bildirilmiştir.¹⁴ Vakamızda 0.5 mg/kg/gün dozunda prednizon oral yolla verilmiştir. Rutin olarak oral antibiyotik tedavisi uygulanmasının kerion tedavisine ek



Şekil 1. Sağ paryetal bölgede saçlı deride püy drenajı ve alopesik alanların izlendiği apse.



Şekil 2. Tedavinin yedinci gününde saçlı derideki enflamasyonun düzeldiği görülmektedir.

katkısı yoktur.^{12,13} Ancak bizim vakamızda da görüldüğü üzere ikincil bakteriyel enfeksiyon varlığında tedaviye sistemik oral antibiyotik eklenebilir. Antihistaminikler, kaşınmaya bağlı olarak sporların yayılımını önleyebilecekleri için önerilirler.^{13,14} Selenyum sülfid, povidin iyot, %2 ketakonazol, siklopiroksolamin şampuanlarının canlı sporların taşınmasını ve enfektiviteyi azalttıkları belirlenmiştir.^{10,12} Şampuanların haftada 2-3 kere, 5-10 dakika süreyle, 2-4 hafta uygulanması önerilir.^{9,13} Topikal antifungal krem/losyonların ise bir hafta boyunca lezyonlara günlük olarak uygulanması önerilir. Kerion nodüllerinin eksizyon ya da insizyonu gibi cerrahi girişim ise önerilmemektedir.^{15,16}

Apse kliniğiyle benzerlik göstermesi nedeniyle bu hastalarda ayırıcı tanı önemlidir. Literatürde ayırıcı tanının güç olabileceğini gösteren çeşitli olgu sunumları olup; lezyonlar sıklıkla bakteriyel enfeksiyon ya da travmatik yaralar ile karıştırılmakta, bu nedenle cerrahi girişim uygulanan hastaların da bulunduğu bildirilmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Zaror ve arkadaşlarının¹⁷ bildirmiş olduğu altı hastadan beşi stafilokoklara bağlı apse tanısıyla hastaneye yatırılmış ve daha sonra kerion celsi tanısı almıştır. Thoma-Greber ve arkadaşları¹⁵ ise acil servise saçlı deride pürülan akıntılı şişlikler nedeniyle başvuran iki hastadan birine saçlı deriden alınan kültürde *S. aureus* üremesi olması ve servikal lenfadenopatinin eşlik etmesi nedeniyle bakteriyel apse tanısı ile birkaç kez cerrahi insizyon ve drenaj yapıldığını; diğer hastada ise saçlı derideki yaranın cerrahi olarak eksize edilerek greftlendiğini ancak yaranın kapanmaması nedeniyle dermatoloji konsültasyonu istendiğini ve sonrasında

hastalara tanı konulduğunu belirtmişlerdir. Von Laer Tschudin ve arkadaşları¹⁶ ilk olgularında travma sonrası geçmeyen yara ve şişlik nedeniyle acil servise başvuran hastaya enfekte hematoma tanısı ile genel anestezi altında insizyon ve drenaj yapıldığını; diğer hastaya ise tıbbi tedaviye rağmen ateş, saçlı deride apse benzeri lezyon nedeniyle cerrahi insizyon ve eksizyon uygulandığını; yaranın iyileşmemesi üzerine dermatoloji konsültasyonu sonrasında tanı konulabildiğini vurgulamıştır. Saçlı derideki mikotik enfeksiyonların geniş bir klinik spektrumda görülmesi, genellikle pürülan akıntı, apse, ateş ve lenfadenopati ile başvuran bu hastalarda antibiyotik tedavisi, ardından cerrahi insizyon ve drenaj yapılmasının sık karşılaşılan bir uygulama olması nedeniyle, kerion celsi tanısının öncelikli olarak düşünülmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Özellikle çocuklarda antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen enfekte skalp lezyonlarıyla karşılaşıldığında, cerrahi müdahaleden önce mantar enfeksiyonlarının akılda bulundurulması ve dermatoloji kliniklerinde daha kolay tanı alan bu klinik durum konusunda pediatristlerin de farkındalığının artırılması gerekmektedir. Hastamızda da olduğu gibi hayvanlarla temas öyküsünün olması da bu açıdan önemli bir risk faktörü olarak dikkat çekmelidir. Doğru ve erken tanıyla uygun tedavinin başlanması, gereksiz cerrahi işlemlerden kaçınılmasını, saçlı deri dokularının ve saç foliküllerinin korunmasını sağlayarak kalıcı alopesi riskini azaltacaktır.

Sonuç olarak; çocukluk çağında saçlı deride akıntılı, pürülan apse benzeri lezyon varlığında

özellikle standart tedavi yaklaşımlarına direnç söz konusu ise, kerion celsi tanısının ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gerekir. Bu sayede doğru ve erken tanı mümkün olacağı gibi, gereksiz tanı ve tedavi girişimleri de engellenmiş olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gümüşay T, Ilkit M. Epidemiology of tinea capitis in Ceyhan district, Adana in Cukurova region, Turkey. *Mycoses* 2006; 49: 346-349.
2. Altındis M, Bilgili E, Kiraz N, Ceri A. Prevalence of tinea capitis in primary schools in Turkey. *Mycoses* 2003; 46: 218-221.
3. Akpolat NO, Akdeniz S, Elci S, Atmaca S, Ozekinci T. Tinea capitis in Diyarbakir, Turkey. *Mycoses* 2005; 48: 8-10.
4. Kıran R. Saçlı deri dermatofit enfeksiyonlarının klinik görünümü. *Türkiye Klin J Int Med Sci* 2005; 1: 3-5.
5. Al Sogair S, Hay RJ. Fungal infection in children: tinea capitis. *Clin Dermatol* 2000; 18: 679-685.
6. Seebacher C, Abeck D, Brasch J, et al. Tinea capitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2006; 4: 1085-1091.
7. Mirmirani P, Willey A, Chamlin S, Frieden IJ, Price VH. Tinea capitis mimicking cicatricial alopecia: what host and dermatophyte factors lead to this unusual clinical presentation? *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 490-495.
8. Proudfoot LE, Higgins EM, Morris-Jones R. A retrospective study of the management of pediatric kerion in *Trichophyton tonsurans* infection. *Pediatr Dermatol* 2011; 28: 655-657.
9. Kakourou T, Uksal U; European Society for Pediatric Dermatology. Guidelines for the management of tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol* 2010; 27: 226-228.
10. Higgins EM, Fuller LC, Smith CH. Guidelines for the management of tinea capitis. *British Association of Dermatologists. Br J Dermatol* 2000; 143: 53-58.
11. González U, Seaton T, Bergus G, Jacobson J, Martínez-Monzón C. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; CD004685.
12. Pomeranz AJ, Sabnis SS. Tinea capitis: epidemiology, diagnosis and management strategies. *Pediatr Drugs* 2002; 4: 779-783.
13. Ali S, Graham TA, Forgie SE. The assessment and management of tinea capitis in children. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23: 662-665.
14. Möhrensclager M, Seidl HP, Ring J, Abeck D. Pediatric tinea capitis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2005; 6: 203-213.
15. Thoma-Greber E, Zenker S, Röcken M, Wolff H, Korting HC. Surgical treatment of tinea capitis in childhood. *Mycoses* 2003; 46: 351-354.
16. von Laer Tschudin L, Laffitte E, Baudraz-Rosselet F, Dushi G, Hohlfeld J, de Buys Roessingh AS. Tinea capitis: no incision nor excision. *J Pediatr Surg* 2007; 42: E33-E36.
17. Zaror L, Hering M, Moreno MI, Navarrete M. Kerion celsi. A diagnostic problem? Experience with 6 cases. *Rev Med Chil* 1995; 123: 1006-1008.
18. Kyle AA, Dahl MV. Topical therapy for fungal infections. *Am J Clin Dermatol* 2004; 5: 443-451.