

کچلی تشخیص داده نشده

مقدمه: کچلی ناشناخته یک عفونت پوستی موضعی است که توسط قارچ ایجاد می‌شود و به دلیل مصرف کورتون، شکل ضایعه و شدت آن با تظاهرات پوستی معمول توسط درماتوفیت‌ها متفاوت است.

زمینه و هدف: بیمار، خانم ۳۹ ساله‌ای است که با سابقه ضایعات اریتماتوز پوسته‌پوسته در دست، باسن، کشاله ران و هر دو پا به مدت ۷ ماه به پزشک مراجعه می‌کند. با تشخیص آگزما داروهای موضعی شامل کالامین - دی و هیدروکورتیزون تجویز شده بود و به علت عدم پاسخ به درمان، پماد موضعی کلوبتازول شروع شد و بیمار مجدداً و مکرراً از کلوبتازول استفاده نموده است. اهمیت معرفی بیمار حاضر، ضرورت انجام آزمایش قارچ‌شناسی در مورد ضایعات پوستی غیرمعمولی را جهت انتخاب درمان مناسب و جلوگیری از گسترش گونه‌های مقاوم به دارو، برجسته می‌کند.

روش کار: با توجه به سابقه بیمار، آزمایش قارچ‌شناسی انجام شد. در آزمایش مستقیم میکروسکوپی و کشت میسلیموم گونه درماتوفیت مشاهده شد.

یافته‌ها: در بیمار ما استروئید قطع شد و با ترینافین خوراکی ۲۵۰ میلی‌گرمی، یک بار در روز به مدت ۴ هفته همراه با کرم موضعی کلوتریمازول تحت درمان قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: تجویز کورتیکواستروئیدهای موضعی / خوراکی هم‌چنان باید محدود باشد؛ به‌ویژه اینکه استفاده از استروئیدها در طول همه‌گیری کووید - ۱۹ افزایش پیدا است.

کلیدواژه‌ها: کچلی تشخیص داده نشده، استروئید، درماتوفیتوزیس

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۳

پوست و زیبایی؛ زمستان ۱۴۰۰، دوره ۱۲ (۴): ۲۷۲-۲۷۰

زهراییگم موسوی
علیرضا فیروز
مهسا فتاحی

مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده مسئول:
مهسا فتاحی

تهران، خیابان طالقانی، شماره ۴۱۵
پست الکترونیک:

mfattahi@sina.tums.ac.ir

تعارض منافع: اعلام نشده است

گزارش مورد

زمانی که بیمار به مرکز تحقیقات و آموزش بیماری‌های پوستی و جذام دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرد (شکل ۱)، ضایعات خارش‌دار وسیع در پاها و اخیراً دست به‌ویژه مچ دست شکایت داشت. در معاینه فیزیکی ضایعات شبیه آگزما در دست‌ها و نواحی از ران و پروکسیمال ساق پا مشاهده شد.

با توجه به سابقه بیمار، ما مشکوک به کچلی غیرقابل تشخیص (درماتوفیتوز ناشی از تجویز بی‌رویه کورتیکواستروئیدهای موضعی/خوراکی) بودیم و متعاقباً آزمایش قارچ‌شناسی (آزمایش مستقیم میکروسکوپی و

بیمار، خانم ۳۹ ساله‌ای با سابقه ضایعات پوستی اریتماتوز پوسته‌پوسته در دست، باسن، کشاله ران و هر دو پا به مدت ۷ ماه به پزشک مراجعه می‌نماید. با تشخیص آگزما، داروهای موضعی شامل کالامین دی و هیدروکورتیزون تجویز شده بود و به علت عدم پاسخ به درمان، پماد موضعی کلوبتازول شروع شد. پس از آن بیمار به دنبال مصرف کلوبتازول احساس بهبودی نموده و چون طی چند روز دوباره ضایعات خارش‌دار عود می‌کرده است، مجدداً و مکرراً از کلوبتازول استفاده نموده است.



شکل ۱: تغییر ضایعات پوستی بر اثر مصرف کورتون

معرفی بیمار حاضر، ضرورت انجام آزمایش قارچ‌شناسی در مورد ضایعات پوستی غیر معمولی^۱ را جهت انتخاب درمان مناسب و جلوگیری از گسترش گونه‌های مقاوم به دارو، برجسته می‌کند. علاوه بر این، تجویز کورتیکواستروئیدهای موضعی/خوراکی همچنان باید محدود باشد^{۲،۳}، به‌ویژه اینکه استفاده از استروئیدها در طول همه‌گیری کووید - ۱۹ افزایش پیدا کرده است.

کشت بر روی میکوزیل آگار - Merck، آلمان - در دمای اتاق به مدت ۱۰ روز انجام شد. در آزمایش مستقیم میکروسکوپی، میسلیموم گونه درماتوفیت مشاهده شد. در میکوزیل آگار کلنی‌های سفیدرنگ با پراکندگی شعاعی، برآمدگی مرکزی و حاشیه‌های پودری مشاهده شد. در بیمار ما استروئید قطع شد و او با تربینافین خوراکی ۲۵۰ میلی‌گرمی، یک بار در روز به مدت ۴ هفته همراه با کرم موضعی کلوتریمازول تحت درمان قرار گرفت.

References

1. Atzori L, Pau M, Aste N, et al. Dermatophyte infections mimicking other skin diseases: a 154-person case survey of tinea atypica in the district of Cagliari (Italy). *Int J Dermatol* 2012; 51: 410-5.
2. Froidefond M, Dudouet P, Ranque S, et al. Tinea incognito: Primum non nocere. *J Glob Infect Dis* 2021; 103: 597-8.
3. Piri F, Zarei Mahmoudabadi A, Ronagh A, et al. Assessment of a pan-dermatophyte nested-PCR compared with conventional methods for direct detection and identification of dermatophytosis agents in animals. *Mycoses* 2018; 61: 837-44.

Tinea incognita

Zahrabeigom Moosavi, MD
Allreza Firooz, MD
Mahsa Fattahi, PhD

Center for Research & Training in Skin
Diseases & Leprosy, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Jan 21, 2022
Accepted: Feb 02, 2022
Pages: 270-272

Introduction: Tinea incognita is a localized skin infection caused by a fungus. Due to the use of corticosteroids, the shape and severity of the lesion are different from the usual skin manifestations by dermatophytes.

Background and Aim: A 39-year-old female with history of erythematous, scaly skin lesions on her hands, buttock, inguinal and both legs for 7 months referred to clinician, who prescribed Calamine-D and hydrocortisone without any treatment and clobetazole was recommended. She self-continued clobetazole. This case highlight the importance of mycological test in case of atypical skin lesions to choose an appropriate treatment and avoiding to spread of drug resistance species.

Methods: Regarding to history of patient, the mycological test (Direct Microscopy and culture) was made. In direct microscopy and culture mycelia of dermatophyte species was seen.

Results: In our case steroid discontinued and she was treated with oral terbinafine 250 mg once a day for 4 weeks in combination with topical clotrimazole cream.

Conclusion: the prescription of topical/oral corticosteroids should still be limited and take a caution until confirmation of diagnosis, particularly since the use of steroids during COVID 19.

Keywords: tinea incognita, steroid, dermatophytosis

Corresponding Author:
Mahsa Fattahi, PhD

No. 415, Taleqani Ave., Tehran, Iran
Email: mfattahi@sina.tums.ac.ir

Conflict of interest: None to declare

Copyright © 2022 Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

2022, Volume 12, Number 4

