

DERMATOMİKOTİK ENFEKSİYONLARIN DOĞU ANADOLUDAKİ DURUMU

Dr. Osman GÜNEY (*)

Son iki yıl 1966-1967 içinde polikliniğimize baş vuran tüm dermatomikozis vak'aları toplandı. Bu suretle elde edilen 738 vak'alık seride, bu enfeksiyonun sıklığı, diğer dermatozlara oranı, bölgesel seks ve yaşa göre dağılımı, klinik formların oranı ve bunları etkileyen faktörler incelendi. Sonuçlar tartışılarak çözüm yolları araştırıldı.

Doğu Anadolu'da yüzeysel mantar hastalıklarının sıklığı ve bilhassa puberteden sonra favus vakalarına fazla rastlanması, bizi bu bölgedeki dermatomikotik enfeksiyonların epidemiyolojik ve toplum sağlığı yönünden tetkikine sevketti. Bu çalışmada, dermatomikozis'in bölgedeki sıklığı ve diğer dermatoz'lara nisbeti, yaş ve cinsiyete göre ve bölge içindeki dağılışı, hastalık süreleri, klinik formların nisbeti gibi hususlar ve bunların karşılıklı münasebetleri incelendi. Elde edilen sonuçlar tartışılarak değerlendirilimiye çalışıldı.

MATERYEL VE METOD

Son iki yıl (1966-1967) içinde polikliniğimize gelen toplam 738 der-

matomikzis vakası araştırmaya konu teşkil etmiştir.

Anamnez ve klinik inceleme metodları kullanılarak özellikle şu hususların tesbitine çalışılmıştır: a. Yaş ve cinsiyet, b. Şehir, kasaba ve köylerdeki dağılım nisbeti, c. Hastalık süresi, d. Lezyonun klinik formu.

Vak'alarda teşhis, klinik ve laboratuvar metodları ile konuldu. Laboratuvar çalışmalarında kültür sonuçları ayrı bir çalışma olarak neşredilmiştir (2). Klinik olarak dermatomikotik enfeksiyonlara benzediği halde kültür ve KOH muayeneleri sonucu menfi olan vak'alar, çalışmamızın dışına bırakılmıştır.

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Cildiye Bölümü Uzman Asistanı

BULGULAR

Araştırmanın yapıldığı dönem içinde toplam 8237 cild hastası görülmüş, bunların 738 (%9) inin «dermatomikozis» gösterdiği tesbit edilmiştir.

Vak'aların 491 i erkek (%67), 247 si kadın (%33) olup, en küçüğü 9 aylık, en büyüğü 70 yaşındaydı.

Fizyolojik esasa göre yaptığımız dört yaş gurubunda hastaların dağılışı tablo (1) de gösterilmiştir.

Tablo 1 - Vak'aların yaş guruplarındaki dağılışı.

	Erkek	Kadın	Toplam	Yüzde
a. Süt çocuğu devri (0-2 yaş arası).....	19	8	27	%4
b. Oyun " " (3-6 " ").....	122	87	209	%28
c. Okul " " (7-15 " ").....	183	105	288	%39
d. Puberte ve sonrası (16 yaş ve büyüğü)	167	47	214	%29
Toplam	491	247	738	%100

Hastaların bölge içindeki dağılışı üzerine elde edilen sonuçlar tablo (2) de gösterilmiştir.

Hastalık süreleri: Her klinik form için ortalama hastalık süresi hesaplandı. Bunun için her klinik formdaki

Tablo 2 - Hastaların Bölge İçinde Dağılışı

a. Erzurum'un içinden gelenler.....	264	(%34)
b. Erzurum'un kaza ve köylerinden gelenler...	276	(%37)
c. Erzurum'un komşu illerinden gelenler.....	198	(%27)

hastalık süreleri toplamı vak'a sayısına bölündü. Bu suretle alınan sonuçlar bölgelerle mukayese edilerek Tablo-3 de gösterilmiştir.

Klinik formların dağılışı. Klinik formların cinsiyete göre dağılımı Tablo-4 de, yaş guruplarına göre dağılımı Tablo-5 de ve bölgelere göre dağılımı Tablo-6 da gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Enfeksiyonun sıklığı: Dermatomikotik enfeksiyonlar yoğunluk bakımından coğrafi değişiklikler göstermekle beraber, aşağı yukarı bütün

dünyada mevcuttur. Bilhassa Avrupa ve Asyanın geri kalmış ülkelerinde yaygın bulunduğu hemen her müellifin kabul ettiği bir husustur (1,4,6,14,16,17,18). Grin (10), 1,782,000 kişilik bir taramanın sonuçlarına göre Yugoslavyada %5,9 oranında T. Capitis'li bulunduğunu bildirmiştir. Bunun ne kadar yüksek bir epidemiyolojik nisbet olduğu ortadadır. Türkiyede yapılmış bir kaç araştırmanın sonuçlarına bakılırsa bizdeki durum da bundan pek farklı değildir (3,7,8,9,11,12,15,20,21). Erbakan ve Erkmén (7), 1965 deki 7637 kişilik bir taramalarında el, ayak ve saçlı deri mikozis'lerini %7,2 ora-

Tablo - 3. Muhetlif bölgelerden gelen vak'aların klinik formlara göre ortalama yaşı ve hastalık süresi.

Klinik Tablo	Erzurum içinden gelen vak'aların ortalama : yaşı hastalık süresi		Erzurum Kaza ve Köyle- rinden gelen vak'aların O. yaşı hastalık süresi		Erzurum dışından gelen vak'aların ortalama : yaşı hastalık süresi		Genel olarak bütün vak'aların ortalama : yaşı hastalık süresi	
	7.5	3 yıl	10	4 yıl	12.6	5.3 yıl	9	4 6 yıl
T. Favosa	7	1.5 ay	6.6	2 ay	7.2	6 ay	6.9	3 5 ay
T. Capitis	7	1.5 ay	6.6	2 ay	7.2	6 ay	6.9	3 5 ay
Kerion	6	19 gün	6.8	21 gün	8	29 gün	6.7	28 gün
T. Corporis	14.5	27 gün	15	1.5 ay	19	8 ay	15.5	3 ay
T. Pedis	30	2 yıl	31	2 yıl	33	3 yıl	32	2.4 yıl
T. Versicolor	23	2 yıl	23	2 yıl	24	4 yıl	23.5	3 yıl
T. Barbae	-	-	29	25 gün	31	34 gün	30	1 ay
T. Magnum	30	2 yıl	-	-	32	3 yıl	31	2.5 yıl
T. Unguium	27	2 yıl	-	-	28	3 yıl	27.5	2 5 yıl

Tablo 4 - Klinik formların cinsiyete göre dağılımı.

Klinik Tablo	Cinsiyet		Top.	Yüzde
	Erk.	Kd.		
T. Favosa	112	99	211	%29
T. Capitis	112	60	172	%23
Kerion	104	40	144	%20
T. Pedis	102	17	119	%16
T. Corporis	34	25	59	%8
T. Versicolor	9	1	10	%1
T. Barbae	9	-	9	%1
T. Magnum	5	2	7	%1
T. Unguium	4	3	7	%1
Toplam	491	247	738	%100

nında bulmuşlardır. Yine Erkmen (8), Orta Anadolu bölgesinde yaptığı 8521 kişilik başka bir taramada, sadece saçlı deri mikozis'lerinin, %2-4 oranında olduğunu bildirmiştir.

Ankara Tıp Fakültesinde Marchionini (15), Cildiye Polikliniğinin

1944 e kadarki 7 yıllık dönemden dermatomikozis'lerin diğer dermatoz-lara oranını %5,4 olarak bulmuştur. Kemahlı (12), bu oranın 1965 de Ankara Hastanesi Cildiye Servisi istatistiğinde %7 olduğunu bildirmiştir. Bu son iki netice her ne kadar genel popülasyon üzerinden değerler değilse de batıdaki polikliniklere nazaran (1, 4,6,13,14,16,17,18), enfeksiyonun bizde daha çok görüldüğünü ifade etmek-tedir.

Biz ise, son iki yıllık poliklinik kayıtlarına göre bu oranı %9 olarak bulduk. Buna göre yukardaki netice-lerin daha ziyade Orta Anadolu böl-gesini temsil ettiği göz önüne alınırsa, bu enfeksiyonun Doğu Anadolu böl-gesinde daha yoğun bulunduğu veya önde gelen bir dermatolojik problem olduğu sonucuna varılabilir.

Bu yoğunluğun sebepleri şöylece sıralanabilir: a- Buranın bir hay-

Tablo - 5. Klinik formların yaş gruplarına göre dağılışı.

Klinik Tablo	Süt Çocuğu (0-2 yaş)		Oyun Çocuğu (3-6 yaş)		Okul Çocuğu (7-15 yaş)		Füberte-Erişkin (16 ve büyüğü)	
	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın	erkek	kadın
T. Favosa	3	2	24	25	60	59	25	13
T. Capitis	8	1	42	37	62	22	-	-
Kerion	6	4	48	22	47	14	3	-
T. Corporis	2	1	8	3	14	9	10	12
T. Pedis	-	-	-	-	-	-	102	17
T. Versicolor	-	-	-	-	-	-	9	1
T. Barbae	-	-	-	-	-	-	9	-
T. Magaum	-	-	-	-	-	-	5	2
T. Unguium	-	-	-	-	-	1	4	2
Toplam	19	8	122	87	183	105	167	47
Yüzde	%4		%28		%39		%29	

Tablo - 6. Klinik formların bölge içindeki dağılımı.

KlinikTablo	Erzurum içinden gelen vak'a sayısı	Erzurum civarından ge. vak'a sayısı	Erzurum dışından gelen vak'a sayısı	Toplam
T. Favosa	38	114	59	211
T. Capitis	99	51	22	172
Kerion	47	75	22	144
T. Corporis	29	17	13	59
T. Pedis	41	15	63	119
T. Versicolor	3	1	6	10
T. Barbae	-	3	6	9
T. Magnum	4	-	3	7
T. Unguium	3	-	4	7
Toplam	264	276	198	738
Yüzde	%36	%37	%27	%100

vancılık bölgesi olması dolayısıyla sıkı hayvan temasının fazlalığı. Gerçekten de Aksungur (2) çalışmasında bu bölgenin dermatofitik florasının daha ziyade havansal menşeli olduğunu göstermiştir, b- Bölgenin sosyo-ekonomik ve kültürel geriliği, c- Dezenfeksiyon kaidelerinden habersiz gezginci köy berberlerinin faaliyetleri. d- Okullarda hasta çocukların izolasyonu keyfiyetine gereken önemin verilmemesi. e- Hastalığın genel olarak fatal ve ızdırap verici olmaması, fakirlik, cahillik ve ulaşım güçlükleri gibi nedenlerle mevcut vak'aların tedavisiz kalması ve bunların devamlı enfeksiyon kaynağı rolü oynaması. f- Şimdiye kadar bölgede bir radyo-epilasyon merkezinin bulunmaması nedeni ile halkın radikal tevdavi imkânından mahrum kalması...

Seks ve Yaş Gruplarına Göre Dağılışı: Vak'aların 2/3 ünü erkekler 1/3 ünü kadınlar teşkil etmiştir. Aşağı yukarı her cemiyette şekil bozukluğu yapan hastalıkların tedavisin-

de kızlara öncelik tanındığı göz önüne alınırsa, gerçekte bu oranın çok daha erkeklerin aleyhine olduğu düşünülebilir. Fakat bu fazlalık, Tablo - 1 de görüleceği üzere daha ziyade «okul çocukluğu» ve sonrası devrelerindedir. Enfeksiyonun erkeklerde fazla görülmesi fizyolojik bir takım sebeplere bağlanmıştır (1,4,6,14,16,17,18,19). Bunlar kız çocuklarının çekingen davranışlarına mukabil, erkeklerin aktif ve zedeleyici olmaları, kızların uzun saçlarının koruyucu bir rol oynaması ve yine kızların berberlerinin umumiyetle anneleri olması şeklinde sıralanabilir. Hastaların yaş gruplarındaki dağılışı bu iddiaları doğrular mahiyettedir. (Tablo - 1 ve - 5). Şöyle ki :

a. Umumiyetle hareketsiz ve kucakta geçen «süt çocukluğu» devrinde total vak'a sayısı az (%4) olduğu gibi seks oranı bariz bir değişikliğe uğramamıştır.

b. «Oyun çocukluğu» devrinde artan hareketliliğe paralel olarak vak a sayısı da artmıştır (%28). Buna

mukabil kız ve erkek çocuklar henüz ayırt edilmediği ve hatta aynı oyunu birlikte oynadıkları için seks oranında bariz bir üstünlük belirmemiştir.

c. «Okul çocukluğu» devrinde vaka sayısı ve seks farkı maksimuma varmıştır. Gerçekten de çocuk her şeyden evvel bir topluma girmiştir. Seks farklılaşması iyice belirmiş, bu arada oğlanların saçları kesildiği halde kızlarınki bırakılmıştır.

d. «Püberte ve sonrası»nda ise vak'a sayısı biraz azalmış (%29), fakat seks üstünlüğü erkekler aleyhine daha çok belirmiştir. Bunların büyük bir kısmını önceki devrelerden kalan favuslular teşkil ediyordu.

Hastalık Süreleri ve Bölgesel Dağılışı: Hastaları, şehir içinden, kaza ve köylerden, civar iller (özellikle Kars, Ağrı, Muş, Tunceli, Bingöl, Van, Gümüşhane, Hakkâri, Bitlis, Siirt, Erzin-can, Trabzon ve Rize)den gelenler diye üç grupta topladık (Tablo- 2 ve 3.) Bundan maksadımız, şehir içi şartları ile civarını karşılaştırabilmektir. Elde edilen bulgulara göre bu üç bölgeden gelen vak'aların sayısında büyük bir fark yoktu. Erkmén (9), Orta Anadolu'daki bir araştırmasında kaza ve köylerden gelenleri şehirlere nazaran üç misli fazla bulmuştur. Buna göre bizim sonucumuz, her ne kadar Erzurum'un içindeki şartların kaza ve köyleri ile aynı olduğu şeklinde yorumlanabilirse de, bu bulgunun gerçeği aksettirmediği de söylenebilir. Gerçekten de, evvelce sıraladığımız engeller dolayısıyla, merkezden uzaklaştıkça muayeneye gelemeyen vak'a sayısının artması söz konusudur. Nitekim « hastalık süreleri »

üzerine aldığımız sonuçlar bunu doğrulamaktadır (Tablo - 3).

Meselâ favus'ta, şehir içinden gelenlerde ortalama hastalık süresi 3 yıl olduğu halde, kaza ve köylerden gelenlerde 4, civar illerden gelenlerde 5,3 yılı bulmaktadır. Görülüyor ki merkezden uzaklaştıkça hastalığa katlanma süresi artmaktadır. Tabiatıyla bunda, civar vilayetlerin ekserisinde dermatoloji uzmanı bulunmaması da rol oynamaktadır. Bununla beraber bütün bölgenin hastalık süreleri ortalama medeni ölçülere göre çok yüksektir. Meselâ yine favusta bu süre 4,6 yıl, T. Capitis'de 3,5 ay gibi uzun zamanları bulmuştur. Bunların arasında 20 yıldır hasta olduğu halde ancak askerlik veya evlilik muameleleri dolayısıyla gelmek zorunda kalmış vak'alar vardı.

Hastalık sürelerinin bu kadar uzun olmasında bizce şu faktörlerin de rolü büyüktür : Bölgede öteden beri bir radyo-epilasyon merkezinin bulunmaması. Tedaviye büyük bir kolaylık ve müessiriyet getirmiş olan Griseofulvin'in memleketimize geç girmesi. Halen de bu ilacın usulüne uygun tatbik edilmemesi (5). Gerçekten biz de, vak'alarımızın hiç birinde evvelce tam doz Griseofulvin tatbik edildiğini tesbit edemedik. Tabiatıyla bunda fakirliğin de rolü büyüktür.

Klinik Formların Dağılışı: saçlı deri favus'u bütün klinik formların %29 unu teşkil ederek başta gelmiştir. Bunu %23 ile non-enfekte T. Capitis, %20 ile enfekte T. Capitis (kerion) ve %16 ile T. Pedis takip etmiştir (Tablo - 4). T. Corporis %8 ile sırada yer almış, buna mukabil, T. Versico-

lor, T. Magnum, T. Unguim, T. Barbae gibi diğer klinik formlar ihmal edilecek kadar az (%1 er) bulunmuştur. Görüleceği üzere saçlı deri mikotik enfeksiyonları diğer bütün dermatomikozis'lerin 2/3 den fazlasını teşkil etmiştir. Bunlar arasında favus ve bırakabileceği atrofik nedbeler dolaşısıyla kerion, kellik amili olarak bilhassa önem taşırlar. Buna göre bütün dermatomikozis vak'alarımızın takriben yarısında kel kalma ihtimali mevcuttu. Ayrıca özellikle favus'ta spontan şifa da söz konusu olmadığından, daimi enfeksion kaynaklığı durumu vardır. Bu klinik form, yine (21) Orta ve Batı Anadoludakine oranla bu bölgede daha kesif bulunmaktadır.

Tırnak mikozları diğer bölgelerde %5,8 e ulaştığı ve gittikçe de artmakta olduğu bildirildiği (3,20) halde, bu bölgede %1 i bile bulmamıştır. Keza T. Pedis yüksek bir orana (%16) erişmiş gibi görünmekle beraber, aslında bu vak'aların ekseriyetini memur ve asker gibi yabancı unsurlar teşkil ediyordu. Bu itibarla bunu da yaygın yerli bir enfeksiyon saymamıza pek imkân yoktur. T. Versicolor da %1 gibi cüz'i bir miktarda ve yine daha ziyade yabancı unsurlarda görülmüştür. Deniz ve göl bulunmaması bu azlıkta rol oynamaktadır. Ayağın evoperasyonunu bozmıyan yün çorap giyme adeti ve bölgenin kuru ve soğuk iklimi de bu son enfeksiyonların azlığına tesir etmektedir.

S O N U Ç

I. Doğu Anadolu Bölgesinde saçlı deri mantar enfeksiyonları ve bun-

lar içinde de bilhassa favus, yaygın bir durumdadır. Bunun sebepleri :

1. Buranın bir hayvancılık bölgesi olması.
2. Sosyo-ekonomik ve kültürel gerilik.
3. Berberlerin dezenfeksiyona riayet etmemeleri.
4. Okullarda hasta çocukların izolasyonunda titiz davranılmaması.
5. Öteden beri bölgede bir radyo-epilasyon merkezinin yokluğu.
6. Griseofulvin'in memletemize geçirmesi, halen de üsülüne uygun kullanılmaması.

Bu sebeplerin kaldırılmasında halkın uyarılması ve aydınlatılması başta gelmektedir. Bunun için, başta bölge radyosu olmak üzere bütün eğitim ve yayın vasıtalarından faydalanmak gerekir. Berberlerin dezenfeksiyon kaidelerine uymaları ve okullarda izolasyon keyfiyeti ilgili mercilerce temin edilebilir. Griseofulvin'in icabında hastalara ücretsiz verilmesi ve usulüne uygun tatbikatı için gerekenler yapılabilir. Bunun için ilgili sağlık personeline yapılacak bir günlük seminerler dahi kâfi gelir.

II. Erkeklerin enfeksiyona daha fazla tutulması fizyolojik farklardan ileri gelmektedir. Yaşları 7-19 arasında olanlarda vak'a sayısı en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Buna göre mücadelenin, özellikle bu döneme teksif edilmesi gerekir. Post pübertik devredeki vak'aların büyük bir kısmını bu döneme kalmış favus vak'aları teşkil etmiştir.

III. Hastalık kabasa ve köylerde şehir içine nazaran bir fazlalık göstermekle beraber, bütün bölgede oldukça homojen bir dağılım göstermektedir. Merkez (Erzurum) dan uzaklaştıkça vak'a sayısının artması: ulaşım güçlüğü, fakirlik, cahillik, hastalığı önemsememek, tedavi edilebileceğine inanamamak gibi nedenlerle ilgilidir. Bunun için köylere daha yakın olmaları dolaşısıyla mücadelenin «Sağlık ocakları» inca yürütülmesi zorunludur.

SUMMARY

During the past two years (1966 to 1967) 738 cases of dermatomycoses have been examined in this clinic. The frequency of infection, the rate compared to other dermatoses, original differences, sex and age differences and clinical forms were studied. The results have been discussed and means of solving problems have been described.

REFERANSLAR

1. EJELLO, L., GEORGE, L., KAPLAN, W. and KAUFMAN, L.: Laboratory Manual for Medical Mycology, U. S. Department of Health, Education and Welfare Public Health Service, U. S. Government Printing Office, Washington, 1963.
2. AKSUNGUR, L. : Dermatophytic Flora of Tinea Capitis of Eastern Anatolia, The Turkish journal of Pediatrics, 10/1 (23-31), 1968.
3. AKSUNGUR, L. ve DEMİRÖRS E.: Orta anadoluda Onychomycosis Florası ve bunların yaş ve cinsiyete göre dağılımı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmûası, 19/4 (821), 1966.
4. CONANT, N. F., SMITH, D. T., CALLAWAY, J.L. and MARTIN, D.S.: manual of Medical Mycology, 2 nd Edition, Philadelphia and London: W.B. Saunder, 1954.
5. EĞİLMEZ, H.: Genel olarak Gri-seofulvin'e (favus, trikofisi ve mikrospori gibi saçlı deri mantar hastalıklarının tedavisi) ve tedavideki muvaffakiyetsizlik sebepleri, önlenmesi. Hastane 20/3 (140), 1966.
6. EMMONS, C. W., BINFORD, C.H. and UTZ, J.P.: Medical Mycology, London: Henry Kimpton, 1963.
7. ERBAKAN, N. ve ERKMEN, H.: The Ecology of Dermatophytes in Central Anatolia, acta Medica Turcica, New Series, 2/1 (118), 1965.
8. ERKMEN, H.: Mantar Hastalıklarının Memleketimizdeki Bu Günkü Durumu ve Buna Bağlı bazı problemler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmûası, 20/3 (503), 1967.
9. ERKMEN, H.: Memleketimiz Dermatofite'leri hakkında, Türk Hijyen ve Tecrübi biyoloji Dergisi, 18/1-2 (275), 1958.
10. GRIN, E.I.: Epidemiology and control of tinea Capitis in Yugoslavia, Transactions of the St. John's Hospital Dermatological Society, 47 (109), 1961.
11. GÜRHAN, N., ONAT, F. ve AK-

- SUNGUR, L. : Sathî Mantar hastalıkları, Gülhane Tıp Bülteni, 2/1 (61), 1957.
12. KEMAHLLI, H.: Ekzema ve Allerji Münasebetleri, Sağlık Dergisi, Temmuz-Ağustos, 1965.
13. KORNBEELT, L.V. and VILLAFANE, J.: The Changing Pattern of Superficial Fungus Infection in New York City, *Dermatologica*, Basel, 120: 185, 1960.
14. LEWIS, G. M., HOPPER, M. E., WILSON, J.W. and PLUNKETT, O.A.: An Introduction to Medical Mycology, The Year Book Publishers, INC. 200 East Illinois Street., Chicago, Forth Edition, 1958.
15. MARCHIONINI, A. : Türkiye'de Cild Mütahasisısını İlgilendiren Epidemiyolojik ve Sosyal Sağlık problemleri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1/1-1, (135), 1947.
16. ORMBY, O.S. and MONTGOMERY, H.: Diseases of the Skin, 8 end Edition, Lea and Febiger, Philadelphia, 1954.
17. PERLMAN, H.: Pediatric Dermatology.. The Year Book Publishers, INC., Chicago 1960.
18. FILLSBURY, D.M., SHELLEY, W. B. and KLIGMAN, A. M.: Dermatology, W.B. Saunders Comp Philadelphia, 1965.
19. ROTHMAN, S.: Physiology and Biochemistry of the Skin, The University of Chicago Press, Illinois, 1945.
20. TAT, A, L.: Onychomycosis'lerin Türkiye'de Artışı ve bu artışın Sebepleri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 9/1-2 (7), 1956
21. TAT, A.L. ve ERBAKAN, N.: Infezioni Micotiche nell' Anatolia Centrale, *Minerva Medica*, 57/2-H.53, 1956.