

Dermatofitler, dış yüzeyi keratinize epitel ile kaplı, insanları ve hayvanları enfekte edebilen bir grup filamentöz mantarlardır. Birçok farklı türü tanımlanan bu mantarların sınıflandırılması daha önce fenotipik özelliklerle yapılırken günümüzde genotipik özelliklerle yapılmaktadır (1). Dermatofit türlerinin sıklığı konakçı yaşı, yaşam koşulları, popülasyon yoğunluğu, nem, hijyen durumu ve antifungal ajan kullanımına bağlı olarak değişmektedir (2). Deri, tırnak ve saç etkileyebilen dermatofitler, bağışıklığı baskılanmayan bireylerde derinin üst katmanlarında sınırlı kalırken, bağışıklık sistemini baskılayan durumlar veya bazı genetik bozukluklarda alt dokuları invaze edebilir.

Derinin yüzeysel dermatofitik enfeksiyonları genellikle topikal antifungal tedavilere iyi yanıt verir. Yaygın ve topikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda sistemik tedavide ilk tercih edilen sistemik terbinafindir. Ancak, son yıllarda terbinafine dirençli vakalar bildirilmektedir. İtrakonazol ve terbinafin gibi sistemik tedavilere dirençli *T. rubrum* ve *T. indotineae* vakaları özellikle Hindistan gibi endemik bölgelerde büyük sorunlara neden olurken, Orta Doğu, Avrupa ve Amerika'da da anekdot vakaları rapor edilmiştir (3).

Türkiye'de terbinafin dirençli ilk olgu 2 yıl önce Adana'da tespit edildi. Terbinafin ve itrakonazol tedavisi ile düzelmeyen bu olguda yapılan mikolojik incelemede saptanan dermatofitin tiplendirmesi yurt dışında yapıldı, *T. indotineae* ile uyumlu bulundu ve hasta yüksek doz sistemik flukanazol (200 mg/gün) ile tedavi edildi (4). Rapor edilen (2023) bu vaka sonrasında tüm Türkiye'den benzer 70 olgu kliniğimize yönlendirildi. Terbinafin dirençli olan *T. indotineae* vakalarında uzun süre itrakonazol ve sonrasında düzelme yok ise posikonazol veya vorikonazol tedavisi önerilmektedir. Biz ilk olgumuzda yüksek doz flukanazol tedavisi ile lezyonları kontrol altına aldığımızdan terbinafin ve itrakonazole yanıt vermeyen olgularda 4-8 hafta süre ile flukanazol 200 mg tedavisi uyguladık ve çoğu hastada lezyonların düzelmesini sağladık. Flukanazol tedavisine yanıt vermeyen hastalar ise enfeksiyon hastalıklarına yönlendirilerek literatürde önerildiği gibi posikonazol (ilk gün 2x300 mg, ardından 4-8 hafta süre ile 300 mg/gün) veya vorikonazol (ilk gün 2x200 mg, ardından 4-8 hafta süre ile 200 mg/gün) tedavisi uygulandı ve tedaviye yanıt alındı (5).

Dermatofit enfeksiyonları, dermatologların tedavi etmesi gereken bir enfeksiyondur. Bu hastalığın son gelişmelere uygun şekilde tedavisinin yapılması için gereken vorikonazol ve posikonazolün dermatologlar tarafından da reçete edilebilmesi gerekmektedir. Bu amaçla gerekli süreçlerin başlatılmasını arz ederiz.

#### EK: KAYNAKLAR

1. Dukik K, de Hoog GS, Stielow JB, Freeke J, van den Ende BG, Vicente VA, Menken SBJ, Ahmed SA. Molecular and Phenotypic Characterization of *Nannizzia* (Arthrodermataceae). *Mycopathologia* 2020; 185: 9-35.
2. Durdu M, İlkit M. Dermatophytes and Dermatophytoses, Bouchara JP, Nenoff P, Gupta AK, Chaturvedi V, Editors. Springer, London/Berlin, Zug, ss.65-86, 2021.
3. Gu D, Hatch M, Ghannoum M, Elewski BE. Treatment-resistant dermatophytosis: A representative case highlighting an emerging public health threat. *JAAD Case Rep* 2020; 6: 1153-1155.
4. Durdu M, Kandemir H, Karakoyun AS, İlkit M, Tang C, de Hoog S. First Terbinafine-Resistant *Trichophyton indotineae* Isolates with Phe397Leu and/or Thr414His Mutations in Turkey. *Mycopathologia*. 2023;188(1):2.
5. Gupta AK, Polla Ravi S, Wang T, Bakotic WL, Shemer A. Mapping the Global Spread of *T. indotineae*: An Update on Antifungal Resistance, Mutations, and Strategies for Effective Management. *Mycopathologia*. 2024;189(3):45.