

PIODERMITE

DOC. Ș.M., CONFERENȚIAR UNIVERSITAR

L. GUGULAN



- Piodermitele constituie un grup de afecțiuni tegumentare inflamatorii; acute sau subacute, uneori supurative și recidivante produse prin invazia agresivă a microbilor, cel mai adesea stafilococi sau streptococi.
- La naștere pielea este sterilă, în scurt timp la suprafața ei acomodându-se o mare varietate de microorganism ce formează biocenoza pielii normale.
- Există o interacțiune permanentă între microfloră și garda umană, aceasta fiind condiționată atât de factori microbieni, cât și de organismul uman.

Echilibrul dintre tegument și biocinoza normală cutanată poate fi destabilizat în anumite situații cu condiționare externă sau internă ca:

- creșterea numărului și virulenței agenților microbieni
- pierderea integrității pielii post traumatic sau secundar unei alte dermatoze
- igiena defectuoasă
- aplicarea accidentală ori terapeutică a unor substanțe iritante
- hiperhidroza
- scăderea capacității de reacție și apărare a organismului uman secundară unui diabet, ciroză, boli cu substrat imun sau autoimun.

CLASIFICAREA PIODERMITELOR

I. Stafilococii 90 %

1. Stafilococii foliculare

a) Superficiale (octeofoliculita, foliculite cronice ale membrelor inferioare)

a) Profunde acute (foliculita genelor, foliculita narioară subacute sicozis stafilococic)

2. Stafilococii perifoliculare (furunculul, furunculul antracoid, furunculoza)

3. Stafilococii glandelor sudoripare (hidrosadenita, abcesele multiple ale sugarului)

4. Stafilococii a unghiilor (onixis și perionixis)

II. Streptococii

1. Streptococii eritematoase (limfangita, erizipel)

2. Streptococii scuamoase și scuamo-crustoase (pitiriazis al feței, streptococia scuamoasă a pielii capului)

III. Infecții mixte streptostafilococice

1. Buloase

- impetigo
 - pemfigus epidemic al nou-născutului
 - turniola
 - cheilite
2. Erozive – intertrigo
3. Ulceroase (ectima)

Ostiofoliculita – produsă de stafilococul auriu, e o erupție de pustule foliculare mici localizate la adulți pe membre, în jurul plăcilor sau pe scalp. Evoluția vindecare sau netratate cronicizează în pustule profunde. Tratamentul general nu necesită local coloranți; l.e.Castellani, albastru de metilen, mixturi sau sprayri cu antibiotice.

Foliculita narinară afectează mai des bărbații, evoluează ca o pustulă dureroasă, centrată de un fir de păr, situată în interiorul narinelor.

Sicozisul stafilococic - afecțiune profundă subacută cu localizare la nivelul zonei acoperite de păr a feței (barbă, musteață), afectează bărbații cu deficiența imună.

Debutează prin pustule centrate de fire de păr, pe un fond eritematos însoțit de o reacție inflamatorie zgomotoasă în profunzime.

Tratament – antibiotice pe cale orală după antibiogramă (cefalosporine, amoxicilina, oxacilina).

Stafilocociile perifoliculare cuprind furunculele.

- Furunculul este o foliculoperifoliculită acută, profundă, necrozantă. El apare mai frecvent la persoane cu diabet, obezitate, deficiențe imunologice, alcoolici, malnutriți, care fac terapii cortizonice sau citostatice. Debutul se face printr-o pată eritemato-edematoasă, pe care se organizează o pustulă foliculară. În scurt timp leziunea devine infiltrativă, nodulară, reliefată, dureroasă.
- Datorită faptului că stafilococii responsabili de producerea furunculelor au în dotare un bogat echipament enzimatic în care domină factorul dermo-necrozant, leucocidina și alte enzime litice, are loc un proces de necrozare a țesuturilor afectate de stafilococ cu formarea unei formațiuni caracteristice de culoare alb-gălbuie, bine delimitată periferic denumită burbion, formată din țesuturi sfacelate și puroi ("țâțâna" furuncurului în limbaj popular).

- Burbionul se elimină la exterior lăsând o ulcerăție profundă, crateriformă, care se vindecă printr-o cicatrice.

Furunculul se poate localiza oriunde pe corp dar apare mai frecvent pe membre. Simptomatologia locală descrisă se asociază cu fenomene generale, subfebrilitate și stare generală alterată.

- Furunculul antracoid reprezintă o formă particulară de furuncul, mai rar întâlnită care afectează majoritar bărbații și se localizează cel mai des la ceafă.
- Leziunea începe tot printr-o pustulă foliculară însă infecția stafilococică se propagă rapid din aproape în aproape cuprinzând un grup de foliculi și țesuturile din jurul lor, ajungând la un placard de dimensiuni mari. După îndepărtarea țesuturilor sfacelate și a burbioanelor procesul inflamator perifolicular regresează rapid iar vindecarea se face prin câte o cicatrice pentru fiecare burbion. Bolnavii prezintă simultan febră, frisoane și adenopatie inflamatorie regională.

- Furunculul buzei superioare și al nasului, supranumit și furunculul "malign" al feței se localizează în triunghiul din centrul feței care cuprinde piramida nazală și buza superioară.
- Debutul se face zgomotos, cu cefalee marcată, greață, amețeală, stare generală alterată, febră, iar local, dacă localizarea este pe buza superioară, aceasta devine roșie, edematoasă, proeminentă, cu aspectul de "buză de tapir", cu durere locală pulsatilă. În scurt timp se organizează burbionul.

Această formă de furuncul constituie o urgență medico-chirurgicală datorită trombozei sinusului cavernos, complicație de temut care poate apărea prin migrarea embolilor bacterieni la vasele endocraniene și care este aproape imposibil de tratat.

- Este necesară instituirea precoce a tratamentului general cu antibiotice. În cadrul manevrelor de tratament local în furunculul malign al feței este interzisă incizarea cât și stoarcerea acestuia, întrucât prin presare se pot mobiliza trombi microbieni în circulația sanguină sau limfatică.

- Furunculoză este întâlnită într-un procent mic de cazuri și presupune concomitența unor factori ce țin de terenul pacientului respectiv, de prezența diabetului zaharat, a unor deficiențe imune, a malnutriției, simultaneitatea unor alte afecțiuni sau chiar mizeria socială.
- Ea reprezintă evoluția concomitentă sau succesivă a mai multor furuncule, are caracter recidivant și este dificil de tratat.

Stafilocociile glandelor sudorale

- Hidrosadenita este o stafilococie inflamatorie, supurativă ce interesează preferențial glandele sudoripare apocrine ale axilelor.
- Clinic, debutul constă dintr-o pată eritematoasă la nivelul ostiumului folicular pe care se dezvoltă o pustulă foliculară. Infecția se propagă în profunzime străbătând canalul sudoripar, afectează glomerulul glandular care se transformă într-un nodul, proeminent, dureros și fluctuent care abcedează.
- **Evoluția este trenantă și rezistentă la tratament.**
- **Tratamentul** constă din antibioterapie, în formele recidivante se poate asocia vaccinoterapia.

- **Dermatitele prin toxinele stafilococilor** sunt reprezentate de sindromul Leyll al copilului, produs de stafilococii grupului fagic II tipul 71.
- Boala este o urgență medico-chirurgicală cu evoluție gravă, foarte rapidă și dacă nu este diagnosticată corect și instituit tratamentul precoce evoluția pacientului merge spre deces.
- Clinic debutul este brusc cu febră, alterarea stării generale și apariția de pete eritematoase de dimensiuni mari care la scurt timp se decolează lăsând suprafețe largi denudate, secundar cărora se instalează rapid tulburări ale echilibrului electrolitic.

Aspectul este de piele opărită, boala numindu-se epidermonecroliză toxică.

- Izolarea bolnavului în încăperi sterile (ca și la bolnavii arși) asociată cu administrarea precoce a unor doze mari de antibiotice antistafilococice (cefalosporine) și cortizonice, precum și corectarea plasmoragiei prin menținerea echilibrului hidroelectrolitic pot salva viața bolnavului.

Streptococii cutanate

Streptocociile cutanate eritematoase cuprind limfangita și erizipelul.

- **Limfangita** este inflamația acută a traseelor limfatice superficiale produsă de streptococ. Se localizează mai ales pe membre.
- *Tratamentul general* constă din antibioterapie (penicilină, eritromicină).
- **Erizipelul** este o dermoepidermită eritematoasă acută streptococică, favorizată aproape întotdeauna de existența unei porți de pătrundere (traumatisme, micoze fisurare ale picioarelor, rinite, conjunctivite).

- Local apare la început o pată eritematoasă care se extinde rapid prin margini (ca o pată de ulei) devenind repede un placard mare, roșu aprins, cu margine bine delimitată, reliefată și dureros. La preseune marginea placardului este mai dureroasă comparativ cu centrul.
- **Tratamentul** general constă în doze mari de penicilină (4-6 mil.UI/zi) până cedează fenomenele obiective după care se continuă cura de consolidare cu peniciline de depozit (moldamin, retarpen – 1,2 mil.UI) administrate de 2 ori pe săptămână o perioadă variabilă în funcție de terenul pacientului și forma clinică de erizipel.

Piodermite mixte streptostafilococice

- Piodermite mixte streptostafilococice sunt produse de cei doi germeni cu tropism cutanat.

Impetigo contagios

- Este o piodermită superficială mixtă, buloasă foarte contagioasă. În trecut se considera că este produsă numai de streptococii piogeni, astăzi în patogeneza bolii este recunoscută și participarea stafilococului aureu.

- Debutează prin pete eritematoase pe care apar vezicobule sau bule de dimensiuni mijlocii, în tensiune care se rup. Este aspectul de impetigo bulos.
- Bulele cu conținut seros, gălbui capătă repede un conținut purulent, și după spargere lasă eroziuni cu halou eritematos marginal, acoperite de cruste galbene, melicerice (asemănătoare cu picătura de miere uscată, moment ce corespunde impetigoului crustos, denumit în limbaj popular „bube dulci,,



Boala evoluează spre vindecare în 2-3 săptămâni, însă la copii cu carențe imunologice, netratați la timp se poate complica cu limfangite, adenopatii, erizipel sau chiar nefrite.

- **Tratamentul** începe prin instituirea unor măsuri de igienă foarte drastice.

Pe cale generală se administrează antibiotice, penicilină, cefalosporine, eritromicină cure de 5-7 zile. Local, după toaleta regiunii făcută cu soluții antiseptice (soluția de acid boric 3%, soluția D'Alibouri, clorhexidin) se pot aplica coloranți (Tra Castellani, soluții de eozină 2% sau cristal violet) și dermatocorticoizi cu antibiotice (nebacetin spray sau unguent, diprogenta).

- **Intertrigo** definește streptostafilococia erozivă a plicilor. Procesul este inițiat de streptococ care dispare precoce din leziune fiind înlocuit de stafilococ și chiar alți germeni de la nivelul tegumentului. Debutul se face prin zone bine delimitate, eritematoase, edematoase care devin progresiv erozive și fisurare, cu fisuri dureroase în fundul plicii. Datorită procesului exudativ asociat în scurt timp se adaugă scuamocruste care completează aspectul caracteristic.
- ***Tratamentul local*** este adesea suficient, constând din aplicații de soluții antiseptice (apa D'Alibouri, soluție de acid boric, rivanol, burovin), urmate de cu topice de antibiotice și dermatocorticoizi (diprogenta, locacorten vioform, triderm).

- **Ectima** este o piodermită mixtă ulceroasă. Ea interesează mai ales copii neîngrijiți, adolescenții și adulții tineri cu anumite modificări de teren sau cu alte afecțiuni asociate (diabetici, carențați imunodepresati, purtători ai stazei venoase). Se localizează predominant la nivelul membrelor inferioare (pe gambe, mai rar și pe membrele superioare). Debutul are loc fie sub forma unei pete eritematoase pe care se dezvoltă în timp scurt o flictenă în tensiune fie leziunea inițială este eritemato-pustuloasă.

Ambele leziuni evoluează spre ulcerare rezultând o ulcerație rotund ovalară, cu margini drepte sau în pantă, cu gulerăș epidermic marginal și cu un halou eritematos periferic.

Ulcerația se acoperă întotdeauna cu o crustă brun hematică, groasă și aderentă.

- Evoluția, netratată, este de lungă durată, numărul ulcerațiilor se înmulțește prin contaminare din vecinătate iar vindecarea se face prin cicatrici roșii violacee care se pot hiperpigmenta într-o etapă următoare.
- **Tratamentul general** necesită administrarea de antibiotice macrolide sau cefalosporine iar tratamentul local este asemănător cu cel aplicat în impetigo.