



# PIODERMITELE

VLADISLAV GOGU

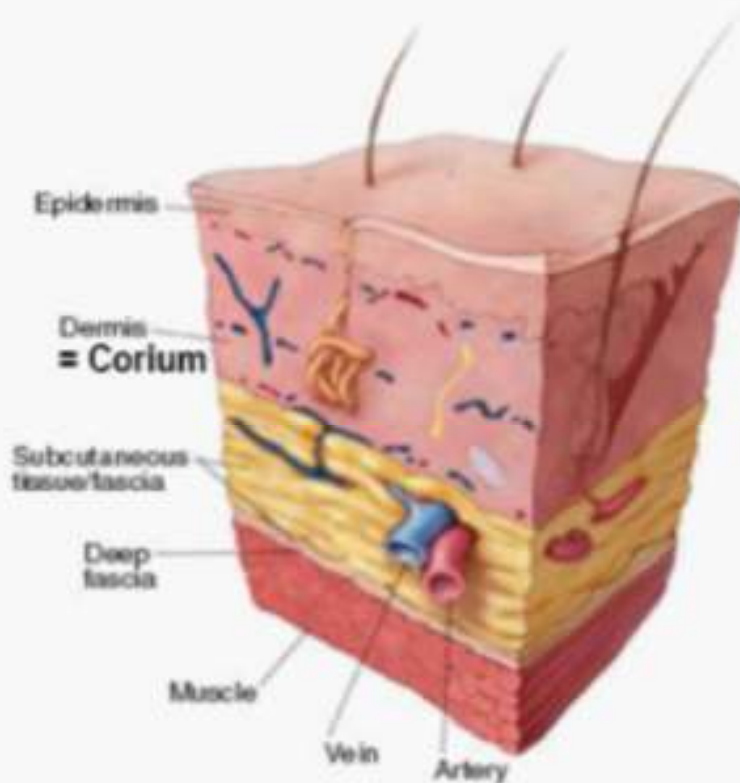
CONFERENCEȚIAR UNIVERSITAR

# Rezistența naturală a pielii

- Pielea umană normală este colonizată imediat după naștere de către un număr mare de bacterii care traiesc ca comensali pe epiderm și anexele epidermice,
- În câteva săptămâni de la naștere, flora pielii neonatală este similară cu cea al adulților;
- Pielea normală la persoane sanatoase este foarte rezistentă la invazia diferitor varietăți de bacterii pentru care este expusă în mod constant,
- Este dificil de a produce infecții localizate, cum ar fi impetigo, furunculoză, sau celulita dacă tegumentul este intact.

# Skin – bacterial flora

majority gram-pos  
Bacteria, different density



## Transient flora

(,airborne flora') – contaminate the normal skin, but rarely multiply on it

- *Staphylococcus aureus*
- *Streptococcus pyogenes*

## Resident flora ( $10^2$ to $10^6/cm^2$ )

Permanently colonize the skin

- *Corynebacteria* spp
- Propionibacteria
- Coagulase.neg. staphyloc.
- gram+ bacteria
- In skin folds also gram- bact

## Temporary resident flora

Contaminate the skin, stay there only for a while



# Microflora cutanată

- Comensală (Ex. *Corynebacteria*, etc)
- Mutualistă (Ex. *Pseudomonas aeruginosa*)
  - Produce acidul pseudomonic (Mupirocina)
- Patogenă (Ex. *S. aureus* etc)



# Mirosul corpului

- Mirosul corpului este influențat de acțiunile florei cutanate:
  - Membrii de **Corynebacterium**, produc **lipaze** care descompun lipidele din sudoare în molecule mai mici, cum ar fi **acidul butiric**.
  - **Propionibacterium** descompun unii aminoacizi, prezenți în ducturile glandelor sebacee la adolescenți și adulți, în **acidul propionic**.
  - **Staphylococcus epidermidis** – descenează sudoarea în **acidul isovaleric** (3-metil butanoic)
  - **Bacillus subtilis** - induce apariția mirosului specific al picioarelor
- Factorii, cum ar fi alimentele, băuturile, diferite boli pot influența mirosul corpului.
- Mirosul corpului unui individ este influențat de stilul de viață, sex, genetica și medicație.

# Spectrum of bacterial skin infections

## Dept. Dermatovenereology Frankfurt

Prospective collection of swabs from infected skin lesions  
(4 months; 385 isolates out-pts., 175 in-pts)

Bacteria	out-pts	in-pts
<i>Staphylococcus aureus</i>	67%	61%
<i>Streptococci A,B</i>	27%	25%
<i>Pseudomonas aerug.</i>	5%	20%
<i>Enterobacter spp.</i>	22%	28%
Others	<5%	<5%

- Dermat. infections are primarily caused by virulent pathogens, mainly **staphylococci** and **streptococci**, are called pyodermas
- Bacterial infection can affect the epidermis, skin appendages, or cutaneous / subcutaneous tissues



## GENERALITAȚI

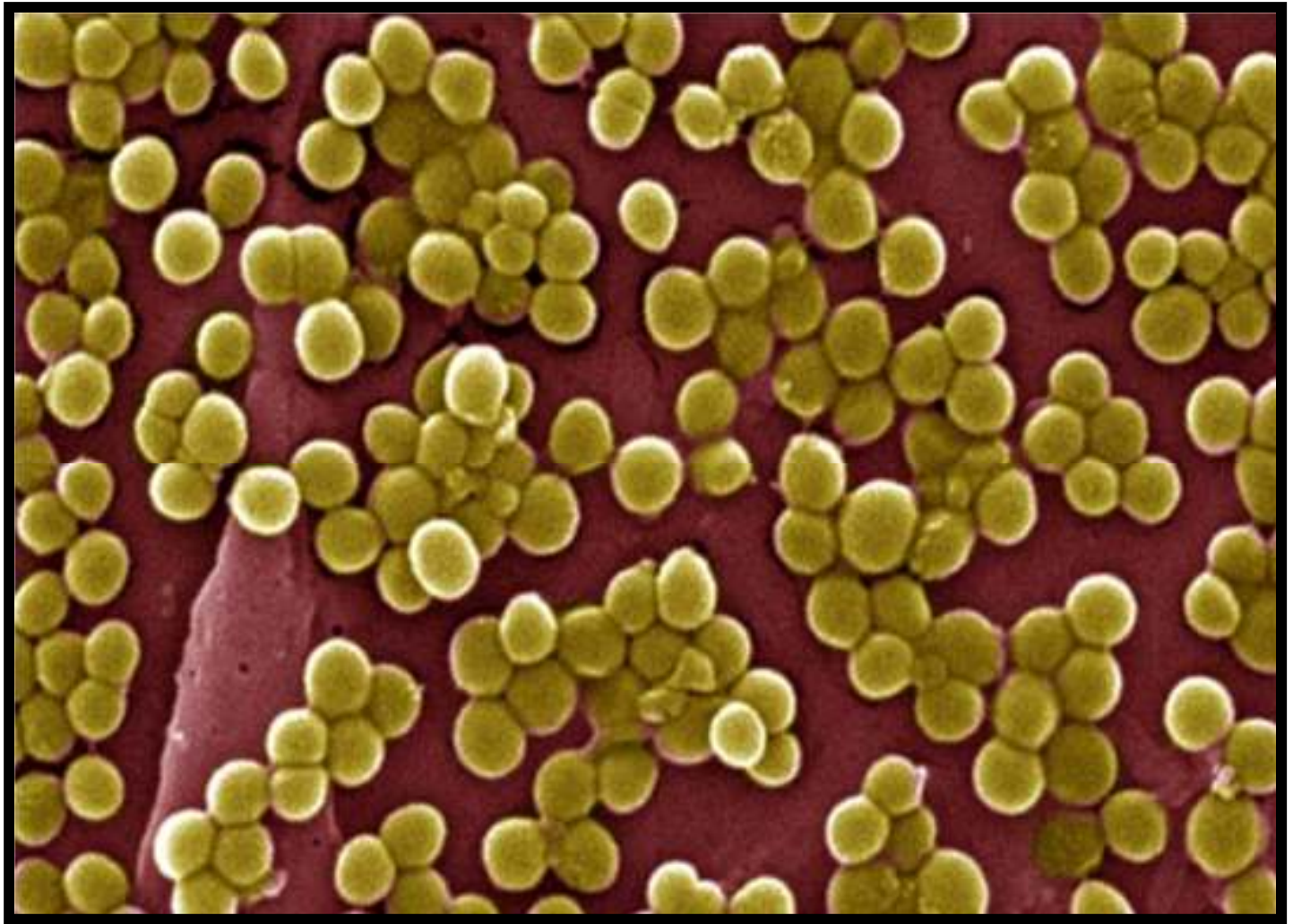
- Infecțiile bacteriene ale pielii pot fi divizate în 4 grupe de bază:
  - **Infecții cutanate primare (piodermite)**
  - Infecții cutanate secundare ca complicații ale altor dermatoze
  - Manifestări cutanate în maladiile sistemice bacteriene
  - Reacții cutanate la infecțiile la distanță

# GENERALITAȚI

- Infecțiile cutanate primare (piodermitele) reprezintă manifestări cutanate inflamatorii, adesea supurative, produse în special de coci piogeni (streptococi sau stafilococi) care se găsesc pe suprafața pielii în exces.
- Infecțiile bacteriene primare sunt produse de invazia în pielea aparent normală a speciilor unice de bacterii patogene.
- În astfel de afecțiuni, de obicei nu există îndoială cu privire la rolul etiologic principal al agentului specific în patogenizarea leziunii.
- Acțiunea medicamentoasă țintită asupra bacteriei patogene aproape universal duce la vindecarea leziunii.



## ETIOLOGIE




- **Stafilococii** sunt bacterii sferoidale, neincapsulate, Gram- pozitive aranjate în clastere în materialul patologic



## PROPRIETĂȚILE ETIOPATOGENETICE A STAFILOCOCILOR

- Speciile:
  - *Staphylococcus aureus*, coagulazo- pozitiv, este patogen (90%)
  - *Staphylococcus epidermidis*, coagulazo-negativ, este potential patogen (10%)
  - *Staphylococcus albus*, coagulaso-negativ, este saprofit
- Substanțele biologice active produse de *Staphylococcus aureus*:
  - enzimele: coagulaza, hemolizinele, leucocidinele, fosfatasele, fosfolipasele, enzimele proteolitice, enzimele glicolitice.
  - toxinele: toxina exfoliativă, toxina –I al sindromului de șoc toxic, proteina A.



## Substanțele biologice active produse de Staphylococcus aureus

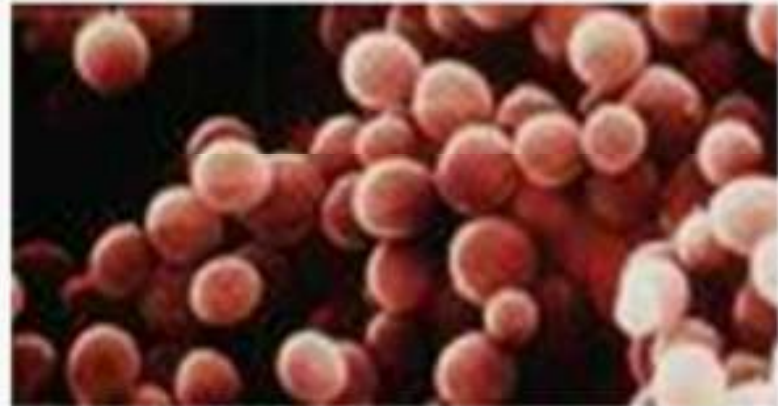
- **Enzimele:** plasmacoagulaza (100%), clumping factor (93%), proteina A, stafilokinaza (fibrinolizina), nucleaze (ex. dezoxiribonucleaza), hialuronidaza etc.
- **Toxinele:** Alpha (toxina exfoliativă, toxina –I al sindromului de șoc toxic, proteina A.

# Staphylococcus aureus I

- Selection of enzymes and antigens

→ Virulence factors

- **Plasmacoagulase** 100%
- Clumping factor 93%



- **Protein A:** on cell surface, co-valent binding to peptidoglycan layer. Binds to Fc-part of immunoglobulins, antiopsonic
- **Staphylokinase** (fibrinolysin)
- **Nucleases** (e.g. desoxyribonuclease)
- **Hyaluronidase**

# Staphylococcus aureus II

- **Toxins**

- ➔ **Virulence factors**

- **Alpha( $\alpha$ -) toxin** (Haemolysin): 'lethal factor', destroys cell membranes
- **Beta( $\beta$ -) toxin** (Haemolysin): sphingomyelinase, damages membranes containing sphingomyelin (e.g. sheep erythrocytes)
- **Gamma( $\gamma$ -) toxin** and **Panton-Valentine leucocidin** are two independent proteins that synergistically damage PMNs, monocytes and macrophages
- **Delta( $\delta$ -) toxin** (haemolysin), damages cell membranes and induces inflammation



# Staphylococcus aureus III

- **Toxins**

- ➔ **Virulence factors**

- **Enterotoxins** (Serotypes A,B,C1-3,D,E,G)

- Ingestion

- ➔ food poisoning

- systemic uptake

- ➔ 50% of non-menstrual toxic shock syndrome

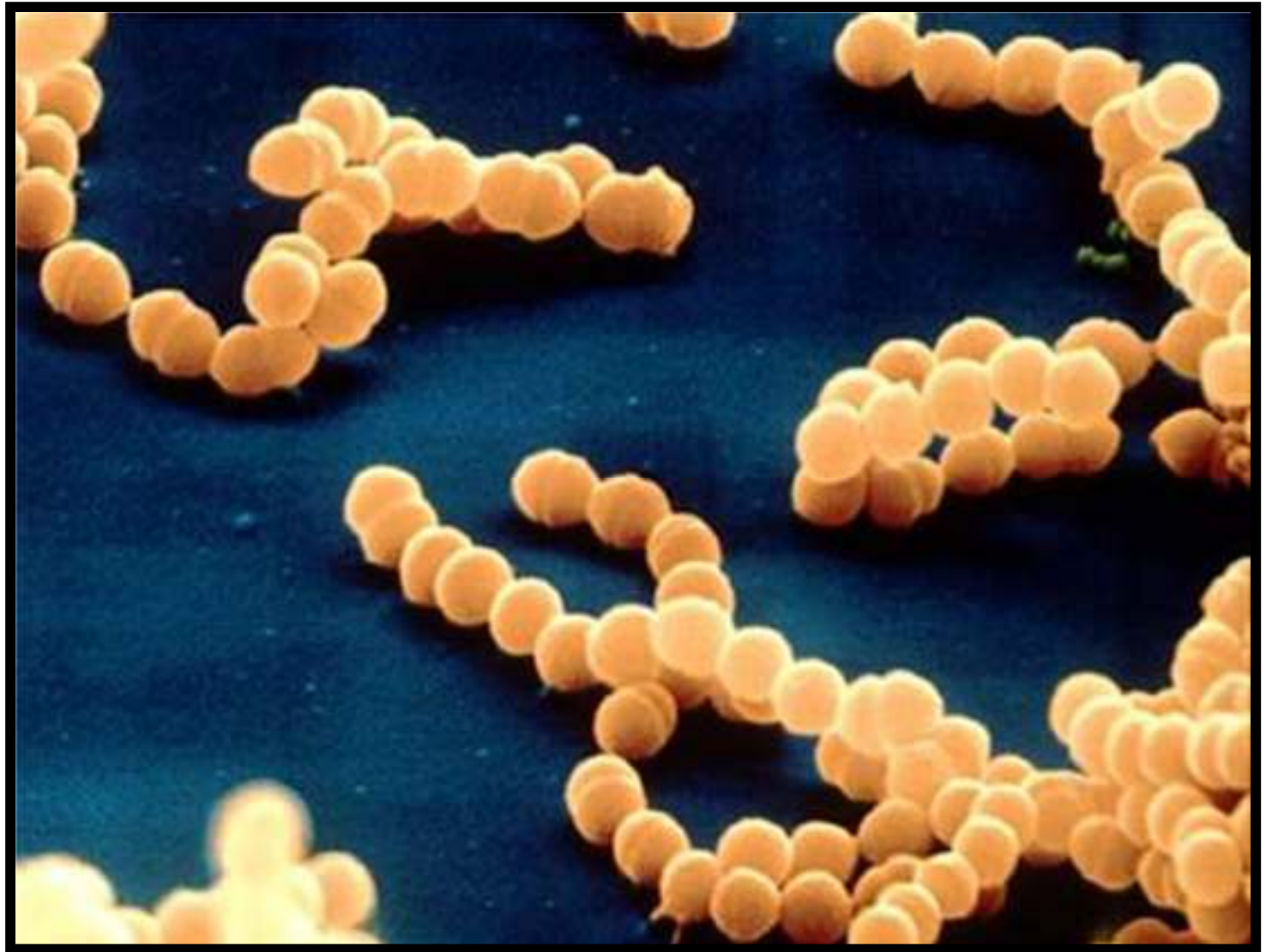
- **Toxic shock Syndrome Toxin-1 (TSST-1)**

- **Exfoliatins** (epidermolytic factors) A and B ➔

- Scalded skin syndrome mainly by strains of phage group II (5% of all *S. aureus* strains)



## ETIOLOGIE



**Streptococcul** este o bacterie Gram pozitivă, sferoidală, uneori capsulată, arangată în materialul patologic în lanțuri





# PROPRIETĂȚILE ETIOPATOGENETICE A STREPTOCOCILOR

- Este catalaza-negativ, anaerob facultativ
- Crește pe medii de cultură
- Se deosebesc după producerea hemolizei
  - beta-hemolitice,
  - alpha-hemolitice
  - non-hemolitice
- Există 18 grupe de antigeni (A - R) după clasificarea lui Lancefield
- Streptococul  $\beta$ -hemolitic din grupul A Lancefield (tipurile 3, 13, 12, 8, 49 și 57)– *Streptococcus pyogenes*

# Factorii predispozanți

## ■ Exogeni:

### □ **Proprietățile patogene invazie a microorganismului**

- patogenitatea bacteriilor – capacitatea de a produce un proces infecțios cutanat care este în dependență de virulență, componentul enzimatic și capacitatea de a realiza reacții de hipersensibilizare
- gradul de contaminare – cantitatea de germeni în momentul anumit;

### □ **Portalul de intrare**

- microtraumatismele pielii
- utilizarea în exces a detergenților, săpunurilor, etc.)
- poluarea pielii (profesională, igiena precară ect)
- suprarăcirea și supraîncălzirea organismului

## ■ Endogeni:

### □ **Capacitatea de apărare ale gazdei și răspunsul inflamator la invazia microbiană (terenul gazdei)**

- capacitatea reproductivă a pielii și funcționalitatea suprafeții epiteliale (epidermului),
  - funcția antibacteriană a secreției sebacee (acizii grași nesaturații, acizi linoleic și linoleinic, sunt inhibitori mai marcați pentru *S. aureus* decât pentru stafilococi coaguloso- negativi)
  - schimbările funcționale ale sistemului nervos (xeroza tegumentară sau hiperhidroza)
  - interferența bacteriană (interacțiunea dintre microorganismele comensale de pe piele cu agenți patogeni potențiali)
  - defecte imune în răspunsul specific sau nespecific
- modificări endocrine

# Patogenia piodermitelor

- Bacteriile nu sunt capabile să penetreze stratul cornos ale pielii normale și atunci când sunt aplicate pe suprafața cutanată intactă scad rapid în număr;
- macerările și ocluziile, care rezultă creșterea pH, conținutul crescut de apă în epiderm, duce la creșterea dramatică a florei bacteriene; (uscăciunea relativă a pielii normale contribuie în mod specific la limitarea marcată de creștere a bacteriilor, în special bacili gram-negative)
- Lipidele care se găsesc pe suprafața pielii au proprietăți antibacteriene; (acizii grași nesaturații, acizi linoleic și linoleinic, sunt inhibitori mai marcanți pentru *S. aureus* decât pentru stafilococi coaguloso- negativi,
- Interferența bacteriană este o componentă din flora normala a pielii; (efectul de supresie a unei specii de bacterii pe colonizare de către alta) exercită o influență majoră asupra compoziției de ansamblu a florei pielii,
- Microorganismele care supraviețuiesc și se multiplica în diferite nișe ecologice a pielii normale, constituie "flora cutanată normală"



# CLASIFICAREA

STAFILODERMII

STREPTODERMII

PIODERMITE  
MIXTE



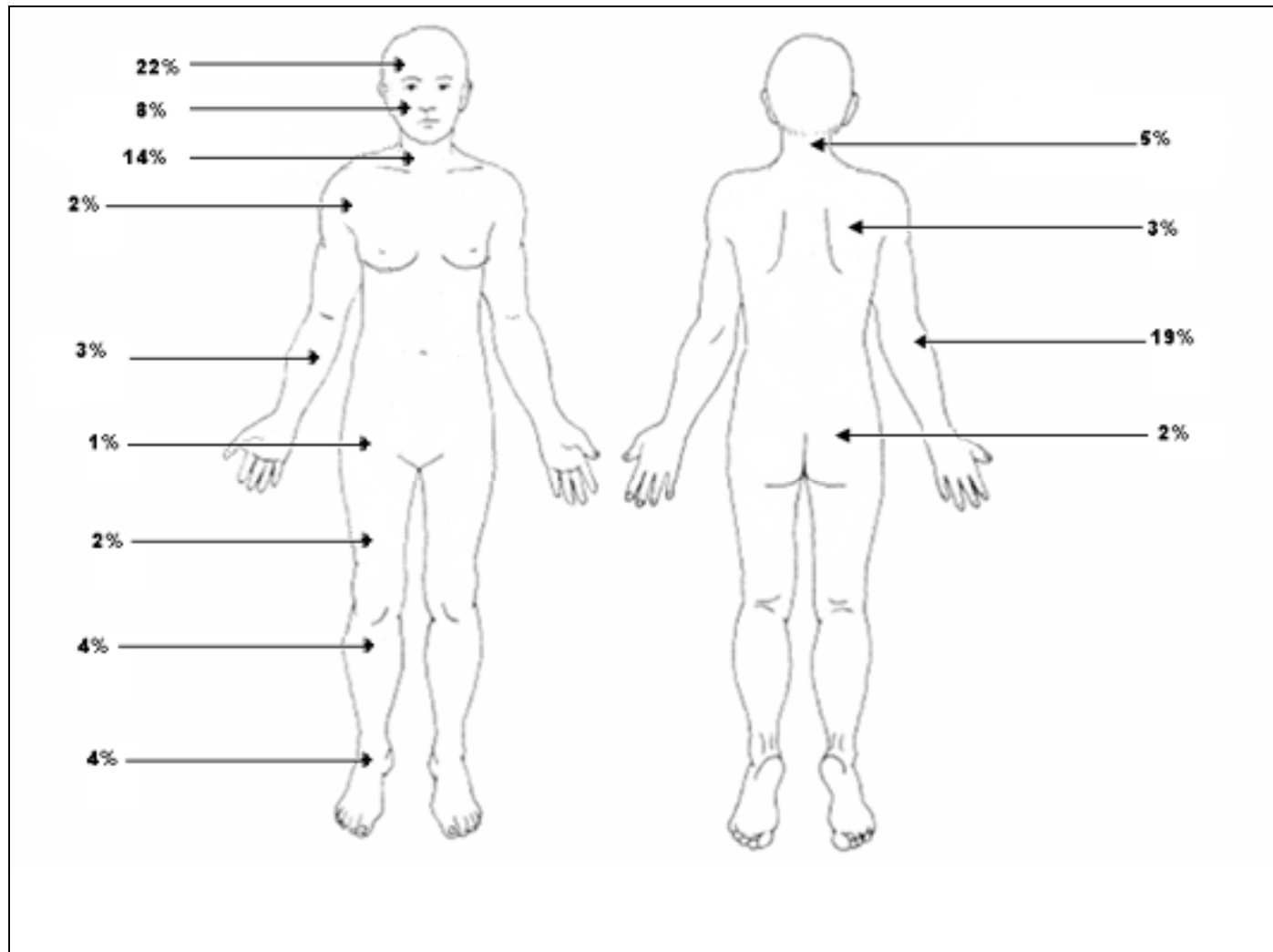
# CARACTERISTICA GENERALĂ A STAFILODERMIILOR

- Preponderent afectează foliculii piloși, glandele sebacee și sudoripare
- Procesul supurativ ca regulă, avansează în profunzime
- Erupțiile nu au tendință la creștere periferică și confluere
- Pustulele au formă conică sau semisferică, cu tavan tensionat. Sunt înconjurate de un lizereu eritematos.
- Masele supurative sunt de culoare galben-verzuie

# CLASIFICAREA STAFILOCOCIILOR CUTANATE

<b>FOLICULITE SUPERFICIALE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Impetigo stafilococic (Bockhardt)</li></ul>
<b>FOLICULITE PROFUNDE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Sicozis vulgar</li><li>■ Foliculita profundă</li></ul>
<b>PERI-FOLICULITE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Furuncul</li><li>■ Carbuncul (furuncul antracoid)</li></ul>
<b>INFECȚIILE GLADELOR SUDORIPARE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Hidrosadenita</li><li>■ Pseudofurunculoza Finger</li></ul>
<b>STAFILOCOCHII ALE PIELII GLABRE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Impetigo bulos (pemfigus neonatorum epidemic)</li><li>■ Dermatita exfoliativă Ritter von Rittershaim</li></ul>

# DISTRIBUIREA INFECȚIILOR STAFILOCOCICE CUTANATE (după Roodyn)



# IMPETIGO STAFILOCOCIC (Bockhardt) sau OSTIOFOLICULITA



- Inflamație supurativă limitată la nivelul ostiumului folicular.
- Se localizează electiv pe față, scalp și extremități (zonele păroase)
- Se caracterizează prin apariția pustulelor superficiale, centrate de un fir de păr, înconjurate de un halou eritematos.





Pustulele au formă conică sau semisferică, cu tavan tensionat. Sunt înconjurate de un lizereu eritematos și nu au tendință la creștere periferică și confluere



În majoritatea cazurilor evoluează spre crustificare și regresează fără sechele, mai rar evoluează într-o foliculită profundă.



## SICOZIS VULGAR

- Proces subacut, deseori recidivant, localizat la nivelul bărbii și mustății, care survine la bărbatul adult.
- Clinic este prezentat de colecții superficiale ostio-foliculare și un abces în profunzimea foliculului pilos („abces în buton de cămașă”)
- La smulgerea părului din focar, la rădăcina lui se observă o teacă gelatinoasă îmbibată cu puroi.



- Papulo-pustulele sunt situate la rădăcina firelor de păr, însoțite de o reacție inflamatorie în profunzime.
- În jurul foliculitelor apare un infiltrat inflamator, destul de dur, dureros, de culoare roșu-cianotică





Antrenarea în proces a noilor foliculi duce la o evoluție lentă a focarului, formând un conglomerat de pustule. După ce tavanul pustulelor se sparge, puroiul se usucă, formând cruste galben-gri, care încheie părul. De obicei regresează fără cicatrici



# Clinical manifestation

## ■ **Differential diagnosis in sycosis:**

- pseudofolliculitis, by ingrowing hair, with papules and pustules on shaved skin, in the beard skin, in black persons the lesions may be large, with scarring and keloid formation
- mycotic sycosis, with separated inflammatory follicular nodules, with evolution to suppuration, discharging pus and scarring alopecia
- lupus vulgaris, with small nodules, confluent in plaques, sometimes ulceration and atrophic scarring



# FURUNCUL

Infecție foliculară și peri-foliculară cu evoluție spre necroză și cicatrice.

- Debutează ca o foliculită superficială simplă, care repede devine dureroasă, congestivă și iritantă în profunzime cu un nodul înconjurat de edem.
- Se formează o proeminență roșie, dureroasă, uneori pulsativă, ce prezintă în vârf o pustulă foliculară.
- Procesul inflamator interesează pe lângă foliculul pilos, și glandele sebacee, țesutul conjunctiv peripilar și țesutul adipos.
- În decurs de 5-7 zile, țesuturile sfacelate se elimină sub forma unui dop (burbion) și cu o cantitate variabilă de puroi.
- Rămâne o depresiune purulentă ce se vindecă cu prețul unei cicatrice.



# FURUNCUL





# FURUNCUL





## FURUNCULOZA

Este o stare morbidă caracterizată prin succesiunea unor furuncule timp de luni și ani de zile: pe măsura ce un furuncul se vindecă, se formează altul nou.

Boala apare la persoane cu deficiență imună sau este favorizată de diabet, denutriție, cașecxie





## **FURUNCUL ANTRACOID (CARBUNCUL)**

- Este un proces de perifoliculită stafilococică ce interesează concomitent mai mulți foliculi pilosebacei învecinați, dând astfel naștere unui placard inflamator și supurativ foarte dureros.
- Leziunile deseori sunt însoțite de alterarea stării generale, febră, frisoane, adenopatie inflamatoare regională, vărsături.
- Se localizează, cu predilecție, la ceafă.





- Pe suprafața placardului se observă multipli noduli care după eliminarea sfacelului, formează mai multe orificii cu aspect de „stropitoare“.





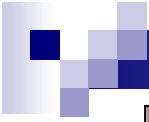
# Clinical manifestation

- **Differential diagnosis in furuncle and carbuncle:**
  - **Kerion:** it is a round, prominent, erythematous plaque, with follicular pustules, discharging pus and hair loss (cicatricial alopecia), the pain is moderate
  - **Gumma:** it is a profound subcutaneous nodule, with a steady evolution
  - **Hidradenitis suppurativa** is also initially a profound nodule with evolution to suppuration and discharge of necrotic tissue and pus, healing with scar
  - **Anthrax**, a haemorrhagic bulla, at the site of inoculation of the skin with *Bacillus anthracis* is associated with edema and fever

# HIDROSADENITA SUPURATIVĂ (apocrină)

- Este o stafilococie cronică, recidivantă ale glandelor sudoripare apocrine axilare și mult mai rar, perianogenitale.
- Boala se întâlnește la adulți tineri, mai frecvent la femei.
- Clinic:
  - debutează prin apariția unor nodozități subcutanate dureroase, acoperite de un tegument inițial nemodificat.
  - ulterior acestea devin roșii, indurate, aderente la țesutul cutanat și abcedează lăsând să se scurgă o cantitate redusă de puroi smântânos cu component hemoragic.
  - După deschiderea nodozităților se micșorează senzația de durere și tensionare.
  - Procesul regresează prin cicatrici fibroase.
- Cel mai frecvent, infecția antrenează și glandele sudoripare vecine, determinând apariția de leziuni noi.
- Boala deseori îmbracă un caracter recidivant, cu recăderi frecvente și evoluție persistentă îndelungată.













# PSEUDOFURUNCULOZA

## Finger (abcese multiple)

- Se întâlnește în primele luni de viață.
- Se afectează glandele sudoripare ecrine, incomplet dezvoltate la această vârstă (din cauza orificiilor larg deschise și secreție cu pH alcalin).
- Localizarea electivă este pe față, gât, părțile laterale ale abdomenului, regiunea fesieră, pliurile mari.
- Debut insidios, cu pustule cât o gămălie de ac (porită), care evoluează fie spre uscare și resorbție, fie se extind în profunzime formând noduli inflamatori ce pot atinge mărimea unui bob de mazăre (periporită) cu tendință la abcedare. La regresiune rămân cicatrici punctiforme.

**PSEUDOFURUNCULOZA**  
**Finger**



**PSEUDOFURUNCULOZA Finger**





# PEMFIGUS NEONATORUM EPIDEMIC

## (impetigo bulos)

- Survine la copii mici până la un an, mai frecvent în colectivitățile de copii, sub forma unor microepidemii
- Etiologie stafilococică (*S. aureus*, tipul fagic II, care produce toxine exfoliative A sau B, capabile să inducă clivaj în epiderm), mai rar și streptococică.
- Clinic:
  - Leziunile pot fi prezente pretutindeni, inclusiv palmele și plantele, mai rar poate fi implicată și mucoasa cavității bucale.
  - Se caracterizează prin bule flasce cu conținut sero-purulent, de dimensiuni diverse (1-3 cm în  $\varnothing$ ). În jurul bulelor se găsește un halou inflamator.
  - După 4-5 zile bulele se rup și formează cruste, la detașarea cărora rămân pete eritematoase, care dispar în câteva săptămâni.
- Pot să apară complicații conjunctivale, onixis, perionixis.

# PEMFIGUS NEONATORUM EPIDEMIC



# PEMFIGUS NEONATORUM EPIDEMIC (impetigo bullos)



# **DERMATITA EXFOLIATIVĂ Ritter von Rittershaim**

## **Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)**

- Dermatită exfoliativă a nou-născutului, determinată de o infecție cu stafilococ auriu hemolitic, tipul fagic 71.
- considerată parte a unui spectru de infecții mediate de toxinele stafilococice exfoliative (ET), care include impetigo bulos și sindromul de soc toxic.
- Apare sporadic, în primele săptămâni de viață
- Copii prezintă somnolență, vomă, diaree, febră.
- În cazurile grave procesul evoluează septic, deseori în asocieră cu complicații (pneumonie, otite, fenomene meningeale, enterocolite acute, flegmoane), care pot duce la deces letal.
- Anemie, leucocitoză, eozinofilie, VSH-crecut.
- Diagnosticul diferențial se face cu eritrodermia Leiner- Moussous, eritrodermia ihtioziformă.





de



- **Stadiul eritematos:** debutează printr-un eritem periorifical care se extinde rapid cuprinzând întregul tegument.





- **Stadiul de exfoliere:** se produce o exfoliere generalizată cu decolarea epidermului la frecare sau apăsare neânsemnată (**semnul Nikolsky pozitiv**), lăsând suprafețe denudate, roșii, lucitoare. Deseori apar bule mari care repede se sparg lăsând suprafețe erozive cu tendință spre extindere.
- **Stadiul de vindecare:** survine peste 7-10 zile prin micșorarea eritemului și epitelizarea completă a eroziunilor





# CARACTERISTICA GENERALĂ A STREPTODERMILIOR

- Preponderent afectează pielea glabră cu respectarea foliculilor piloși și a glandelor
- Procesul supurativ mai frecvent afectează straturile superficiale,
- Erupțiile au tendință la creștere periferică și confluere
- Pustulele au formă de vezicule sau de bule cu tavanul ușor fragil (flasc).
- Conținutul flictenelor inițial este transparent apoi devine turbure (purulent).

# CLASIFICAREA STREPTOCOCIILOR CUTANATE

<b>VEZICULO - BULOASE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Impetigo crustos periorificial Tilbury-Fox</li><li>■ Turniola (paronichia streptococică)</li><li>■ Cheilita angulară (perleș)</li></ul>
<b>EROZIVE ȘI ULCEROASE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Intertrigo</li><li>■ Streptococia papulo-erozivă</li><li>■ Ectima</li></ul>
<b>ERITEMATOASE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Erizipel</li></ul>
<b>SCUAMOASE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Pitiriazis alb al feței</li></ul>

# IMPETIGO CRUSTOS PERIORIFICIAL

## Tilbury-Fox (impetigo non-bulos)

- Piodermită superficială, contagioasă
- Se întâlnește frecvent la copii, având incidența maximă între 3-10 ani
- Localizarea electivă pe față, scalp, membrele superioare.
- Erupțiile sunt prezentate de flictene cu conținut sero-purulent, înconjurate de un halou eritematos. Elementele se rup cu ușurință formând eroziuni, care se acoperă rapid cu cruste galben-melicerice (ca mierea) în urma uscării exudatului.
- Are tendință la extindere prin autoinoculări.
- Regresează în 2-3 săptămâni fără cicatrice.









## TURNIOLA (PARONICHIA STREPTOCOCICĂ)

- Formă particulară de perionixis (afectarea repliului unghial)
- Se asociază cu febră, frisoane, adenopatie.
- Secundar poate apărea distrofie unghială.

## TURNIOLA



Se manifestă printr-o flictenă gigantă cu tavan dur, conținut purulent, chenar inflamator și însoțită de durere.



# CHEILITA ANGULARĂ

(PERLEȘ STREPTOCOCIC)

- Afectează cu predilecție copii preșcolari și școlari
- Debutul se face, de regulă la nivelul comisurilor bucale prin apariția unor flictene pe fond eritematos, care repede se sparg producând fisuri comisurale dureroase, acoperite de cruste melicerice (perleche).
- Pot avea evoluție îndelungată, regresează fără sechele



# PERLEŞ STREPTOCOCIC





## INTERTRIGO STREPTOCOCIC

- Se localizează mai frecvent în spațiul retroauricular, poate fi găsit și la nivelul altor plici.
- Se caracterizează prin eritem difuz și edem la ambele suprafețe ale pliului, la care se adaugă flictene, care după spargere produc eroziuni zemuinde, fisuri dureroase în fundul pliului, pe alocuri acoperite de cruste melicerice.
- Sunt însoțite de prurit intens.



# ECTIMA

- Este o maladie infecțioasă a pielii, de tip ulceros,
- Se întâlnește la copiii preșcolari și școlari, cu mult mai rar la adulți.
- La copii este favorizată de igiena deficitară și de leziuni cutanate preexistente. La adulți frecvent apare la persoane debile, diabetice, subnutrite.
- Se localizează cu predilecție la nivelul gambelor.
- Debutează ca un impetigo bulos (ori veziculos). În scurt timp bula se rupe și lasă o exulcerație care se acoperă de o crustă brună (sau hematică), ce păstrează la periferie un chenar eritematos și resturi din bula inițială. Sub crusta aderentă este prezentă o ulcerație, ce sângerează ușor, refăcând depozitul crustos.
- Caracteristic pentru ectimă este evoluția destul de lungă (săptămâni și luni), vindecarea obținându-se greu, cu prețul unei cicatrice.
- În jurul ectimei frecvent apar leziuni de autoinoculare,
- Se poate complica cu o adenolimfangită













## ERIZIPEL

- Este dermo-hipodermită acută care se datorează pătrunderii streptococului în rețeaua limfatică dermică, printr-o poartă de intrare de obicei inaparentă (înțepături de insecte, escoriații, plăgi superficiale etc)
- Debutează brusc cu frison, febră mare (39-40°C), cefalee, vomă, uneori convulsii.
- Localizarea electivă este fața, pavilionul urechii, membrele inferioare.
- Se asociază adenopatie satelită dureroasă

## ERIZIPEL

Leziunile cutanate constau dintr-un placard eritemato-edematos dureros, elevat, bine delimitat dispus în jurul sau în vecinătatea porții de intrare.











Poate îmbrăca diverse forme clinice: buloasă, hemoragică, supurată, necotizantă.

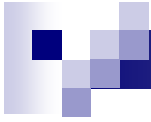


## **PITIRIAZIS ALB AL FETEI**

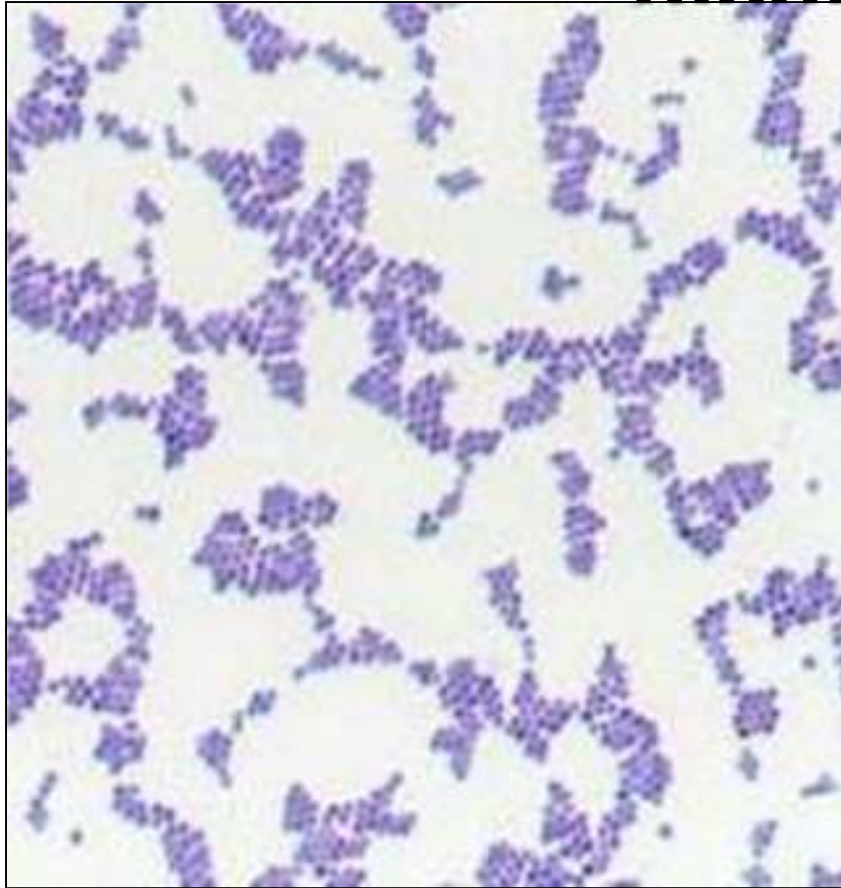
- Se întâlnește la copii și femei tinere
- Se localizează mai frecvent pe obraji, ghât
- Este prezentat de plăci rotunde sau ovalare, mici (1-2 cm ø), destul de bine conturate, de culoare albă sau pal-roză acoperite de scuame fine difuze
- Erupțiile sub acțiunea soarelui, mai ales vara, se reduc la macule depigmentate (leucomelanodermia).

# PITIRIAZIS ALB AL FETEI



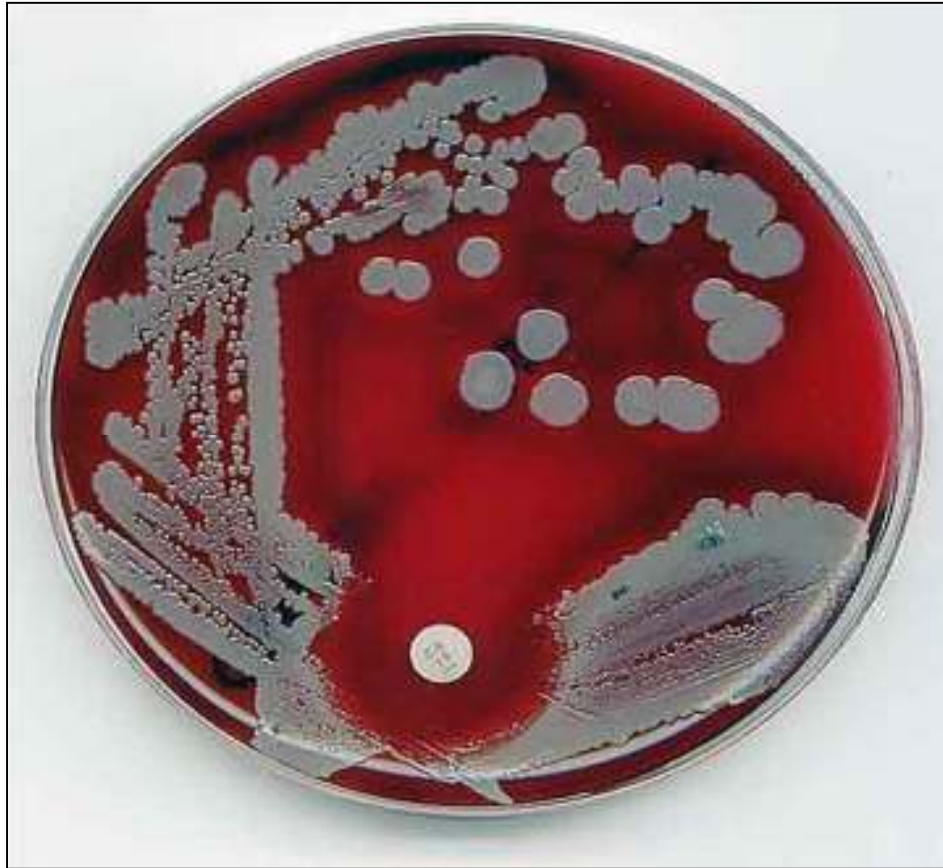


# Diagnosticul de laborator în dermatite



- Examenul microscopic a materialului patologic, după Gram





## terilogic

- Mediul de bază - agar cu sânge într-un tub de thioglycollate (bulion anaerob),
- medii suplimentare sunt indicate în dependență de aspectele clinice și după evaluarea frotiului Gram-colorat

# Tratamentul piodermitelor

## I. Antibiototerapia sistemică

### A. Infecții stafilococice :

#### ■ *S.aureus* sau *S.epidermidis* ne producători de penicilinază:

- De prima linie: penicilina G sau V
- Alternativ: cefalosporine (Ceftriaxon, Cefalexin, Cefadroxil, Cefaclor); claritromycină, vancomicină, clindamicină

#### ■ Stafilococi producători de penicilinază:

##### - meticilin-sensibili:

- De prima linie: oxacilină, cefalosporine de generația I sau II
- Alternativ: ciprofloxacina, acidul fuzidic, macrolide, rifampicina, aminopeniciline + inhibitori de  $\beta$ -lactamază (Augmentin)

##### - methicilin-resistenți:

- De prima linie: vancomicina, acidul fuzidic, rifampicina
- Alternativ: oxacilina, cefotaxim

### B. Infecții streptococice :

- De prima linie: penicilina G sau V
- Alternativ: eritromicina, clindamicina, cefalosporine, vancomicina

In cazuri recurente (erisipel) - penicilină retard (benzilpenicilina) care pot preveni recăderile.



# Tratamentul piodermitelor

## II. Imunoterapie:

### ■ Specifică

#### Activă

- Vaccin
- Anatoxină stafilococică
- Antifagina stafilococică

#### Pasivă

- Ser ( $\gamma$ -globulin) antistafilococic
- Plasmă hiperimună antistafilococică

### ■ Nespecifică

- Piroterapie
- Autohemoterapie
- Adaptogeni etc.



# Tratamentul piodermitelor

## III. Tratament topic:

- Soluții antiseptice: povidon iod 1% (Betadina), chlorhexidin bigluconat 1%
- Antibiotice (unguente): eritromicina 2-4%, acidul fuzidic 2%, mupirocina 2% , canamicina 0,5-1%, cloramfenicol 3%, neomicina 0,5-1%, bacitracina

## IV. Fizioterapie: UVB

## V. Proceduri chirurgicale