



PIODERMITELE

ȘIPITCO NATALIA

CONFERENȚIAR UNIVERSITAR

GENERALITAȚI

Piodermitele reprezintă manifestări cutanate inflamatorii, adesea supurative, produse în special de coci piogeni (streptococi sau stafilococi) care se găsesc pe suprafața pielii în exces.

Genul *Staphylococcus*

- Coci Gram-pozitivi
- grămezi neregulate (ciorchine)
- cresc pe medii uzuale, produc pigment (alb-galben)
- familia *Micrococcaceae* (*Staphylococcus*, *Micrococcus*, *Sarcina*)
- Genul *Staphylococcus* – 20 de specii
- *Staphylococcus aureus* – coagulazo-pozitiv infectii severe
- *Staphylococcus epidermidis*- coagulazo-negativ frecvent infectii legate de protezele cardio-vasculare, ortopedice, catetere
- *Staphylococcus saprophyticus*- coagulazo-negativ – infectii urinare

Staphylococcus aureus

- Caractere morfologice:
 - celule sferice, diametru=1µm
 - in mediul lichid – coci izolati, in perechi, tetrade sau lanturi
 - Gram pozitivi
 - genul *Micrococcus* – asezati in tetrade, genul *Sarcina* - asezati cate 8 coci
- Caractere de cultura:
 - aerobi, microaerofili, cresc la 37°C
 - colonii rotunde 1-2mm “smooth”, lucioase
 - *S. aureus* - colonii pigmentate alb-galben
 - tulbura bulionul, formeaza depozit
 - pe mediul geloza-sange pot fi hemolitici
- Pigment:
 - galben-auriu (*Staphylococcus aureus*)
 - alb (*Staphylococcus epidermidis*)
 - galben-citrin (*Staphylococcus saprophyticus*)

- Caractere biochimice:
 - fermentează glucoza fara producere de gaz
 - fermentează glucoza, manitolul, lactoza, zaharoza etc. cu producere de acid
 - catalazo-pozitivi (diferentiere de streptococi)

- Stafilococi coagulază – pozitivi -*Staphylococcus aureus*
 - coagulaza libera- transforma fibrinogenul din plasma umana/iepure in fibrina cu un activator prezent in plasma(observabila prin contactul culturii cu plasma diluata)
 - coagulaza legata=factor de coagulare asociat suprafetei stafilococilor leaga fibrinogenul agregarea bacteriilor

- Stafilococi coagulază - negativi:
 - *Staphylococcus epidermidis*
 - *Staphylococcus saprophyticus*

Acțiunea agenților fizici și chimici

- Rezistă:
 - culturi, la frigider – câteva luni;
 - puroi uscat – 2-3 luni;
 - relativ rezistenți la antiseptice/dezinfectante (60' la alcool 70; 10' la fenol 2%)
 - radiații gamma
 - coloranți – violet de gețiană, fuxina acidă, verde malachit etc.
 - distruși în 60 minute la temperatura de 60° C
 - sensibili la bacteriofagi, la UV
 - efect bacteriostatic: suc de lămae, măr, ananas, caise, piersici, ciocolată, cacao
 - Peste 95% rezistenți la penicilină, rezistent la meticilină (oxacilină)
 - polirezistente (cefalosporine, eritromicina, clindamicina)
 - Sensibil la vancomicină

ETIOLOGIE

- Stafilococi (coci Gram pozitiv dispuse în ciochine):
 - Stafilococ aureu tipul fagic 71(90%)
 - Stafilococ alb
- Streptococi (coci Gram pozitiv dispuse în lanțuri):
 - streptococ β -hemolitic din grupul A Lancenfield (tipurile 3, 13, 12, 8, 49 și 57)

PATOGENEZA

■ Patogenia și virulența stafilococilor:

- hemolizina, leucocidina, coagulaza, lipaza, factor dermonecrotizant, epidermolizina, hialuronidaza, enterotoxina

■ Patogenia și virulența streptococilor:

- streptolizina O, hemolizina, streptokinaza, hialuronidaza, eritrotoxina, leucocidina, proteinaza

FACTORII PREDISPOZANȚI

■ Exogeni:

- microtraumatismele pielii
- poluarea pielii (profesională, igienică ect)
- suprarăciera și supraîncălzirea organismului

■ Endogeni:

- defecte imune
- dereglarea metabolismului glucidic
- modificări endocrine
- dereglări alimentare
- schimbările funcționale ale sistemului nervos



```
graph TD; A[CLASIFICAREA] --- B[STAFILODERMII]; A --- C[STREPTODERMII]; A --- D[PIODERMITE MIXTE]
```

CLASIFICAREA

STAFILODERMII

STREPTODERMII

PIODERMITE
MIXTE

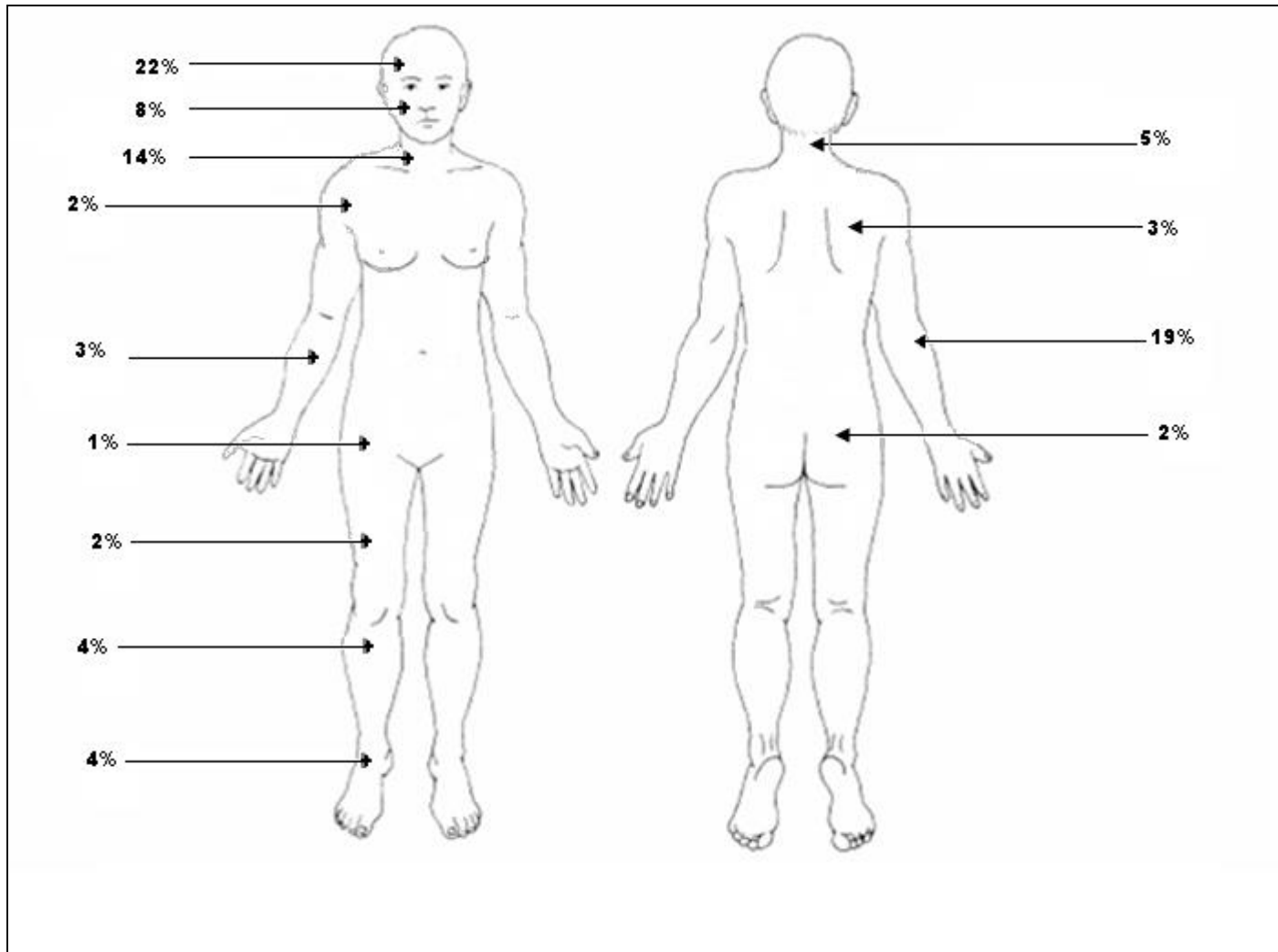
CLASIFICAREA STAFILOCOCIILOR CUTANATE

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

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

DISTRIBUIREA INFECȚIILOR STAFILOCOCICE CUTANATE (după Roodyn)



IMPETIGO STAFILOCOCIC (Bockhardt) sau OSTIOFOLICULITA



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

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

IMPETIGO STAFILOCOCCIC





SICOZIS VULGAR

- Proces subacut, deseori recidivant, localizat la nivelul bărbiei și mustăților, care survine la bărbatul adult.
- Clinic este prezentat de osteofoliculite și foliculite profunde centrate de un fir de păr.
- Infecția evoluează în profunzimea foliculului pilos.
- 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.
- La smulgerea părului din focar, la rădăcina lui se observă o teacă gelatinoasă îmbibată cu puroi.
- De obicei procesul regresează fără cicatrici

SICOZIS VULGAR



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 cicatrici.

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“.



25 12:34

HIDROSADENITA

- 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

- Se întâlnește exclusiv 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).
- 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.
- Localizarea electivă este pe față, gât, părțile laterale ale abdomenului, regiunea fesieră, pliurile mari.

PEMFIGUS NEONATORUM EPIDEMIC

- Survine la copii mici până la un an, mai frecvent în colectivitățile de copii, sub forma unor microepidemii
- Etiologie stafilococică, mai rar și streptococică
- Se caracterizează prin bule flasce cu conținut sero-purulent, de dimensiuni diverse (1-3 cm în \emptyset). 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



DERMATITA EXFOLIATIVĂ

Ritter von Rittershaim

- Dermatitisă exfoliativă a nou-născutului, determinată de o infecție cu stafilococ auriu hemolitic, tipul fagic 71.
- Apare sporadic, în primele săptămâni de viață
- Copii prezintă somnolență, vomă, diaree, febră.
- În cazurile grave procesul evoluează septic, deseori în asociere 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.



- Debutază printr-un eritem periorifical care se extinde rapid (**stadiul eritematos**), cuprinzând întregul tegument. Se produce o exfoliere generalizată (**stadiul de exfoliere**), epidermul se detașează ușor la frecare sau apăsare (semnul Nicolsci pozitiv), lăsând suprafețe denudate, roșii, lucitoare. Deseori apar bule mari care repede se sparg lăsând suprafețe erozive cu tendință spre extindere. Peste 7-10 zile se micșorează eritemul, eroziunile se epitelizează (**stadiul de vindecare**).



CLASIFICAREA STREPTOCOCIILOR CUTANATE

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

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).

ERIZIPEL

- Este dermo-hipodermită acută care se datorează pătrunderii streptococului în rețeaua limfatică dermică, printr-o poartă de intrare de multe ori in, aparentă (înțepături de insecte, escoriații, plăji superficiale etc)
- Debutează brusc cu frison, febră mare (39-40°C), cefalee, vomă, uneori convulsii.
- Leziunile cutanate constiuie un placard eritemato-edematos dureros, elevat, bine delimitat dispus în jurul sau în vecinătatea porții de intrare.
- Se asociază adenopatie satelită dureroasă
- Localizarea electivă este fața, pavilionul urechii, membrele inferioare.
- Poate îmbrăca diverse forme clinice: buloasă, hemoragică, supurată, necotizantă.

ERIZIPEL







IMPETIGO CRUSTOS PERIORIFICIAL

Tilbury-Fox

- 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.

IMPETIGO CRUSTOS PERIORIFICIAL

Tilbury-Fox













TURNIOLA (PARONICHIA STREPTOCOCICĂ)

- Formă particulară de perionixis (afectarea repliului unghial)
- Se manifestă printr-o flictenă gigantă cu tavan dur, conținut purulent, chenar inflamator și însoțită de durere.
- Se asociază cu febră, frisoane, adenopatie.
- Secundar poate apărea distrofie unghială.

TURNIOLA



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 pliuri.
- 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.



STREPTOCOCIA PAPULO-EROZIVĂ

(SIFILOIDUL POSTEROZIV)

- Apare la copii sugari cu igienă defectuoasă, diaree.
- Se manifestă prin afectarea feselor, coapselor, perineului, scrotului.
- Apar papule cu dimensiuni de un bob de mazăre, înconjugate de un halou eritematos. Pe suprafața lor se formează flictene, care se erodează ușor și se acoperă cu cruste, asemănător papulelor erozive sifilitice

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 cicatrici.
- În jurul ectimei frecvent apar leziuni de autoinoculare,
- Se poate complica cu o adenolimfangită







PITIRIAZIS ALB AL FEȚEI

- 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 (leucomelanoderma).

DIAGNOSTICUL

■ Diagnosticul se confirmă prin datele anamnestice:

- Condiții de ordin general: boli metabolice – diabet, obezitate, alcoolismul.
- Tulburări de nutriție, carențe vitaminice etc.; boli de sistem, care se însoțesc de imunosupresie – leucoze, reticuloze etc; deficitale imunitare congenitale sau dobândite, tratamente prelungite cu corticoizi sau medicamente imunosupresive.
- Factori locali – hiperhidroza, macerația, iritanți fizici și chimici.
- Durata maladiei pentru determinarea formei clinico-evolutive: forma acută sau cronică-recidivantă.
- Date epidemiologice: sursa de infecție, contacte, căile de infectare (directe și indirecte).

■ Diagnosticul clinic se confirmă prin examenul de laborator:

În forme cronice-recidivante se efectuează însămânțarea pe medii de cultură selective, pentru depistarea agentului patogen și determinarea sensibilității la antibiotice.

PRINCIPIILE DE TRATAMENT

■ Terapia generală:

- Antibiotice în stafilocociile severe, cu manifestările clinice multiple; în streptocociile diseminate.
- Imunoterapia specifică și nespecifică în formele cronice și recidivante;
- Proceduri fizioterapeutice (CFÎ, RUV).

■ Tratamentul local:

- În stadiul de zemuire: antiseptice, dezinfectante, coloranții anilinici – albastru de metilen, liq.Castellani.
- În stadiul de crustificare: pomezi și creme cu antibiotice (Baneocină, Bactroban, Gentamycin etc) (în formele mixte, microbiene și candidozice – Triderm, Neo-Tridermin, Pimafucort etc.)
- În stadiul de infiltrație: keratoplastice (ihtiol, levomicol)