

**SCACCO  
MATTO**



**MMMG**

**DOLORE - DERMATITI - RISK MANAGEMENT**



# DERMATITI

Prof.ssa Caterina Foti  
Clinica Dermatologica  
Università di Bari

## **Prima parte – Infezioni cutanee batteriche e fungine**

- 1. Definizione e classificazione delle principali infezioni batteriche e fungine della cute**
- 2. Definizione e inquadramento delle dermatiti con infezione secondaria o impetiginizzate**

## **Seconda parte – Iter diagnostico**

- 1. La diagnosi clinica**
- 2. La diagnosi di laboratorio**

## **Terza parte – La scelta terapeutica**

- 1. La terapia topica**
- 2. La terapia sistemica**
- 3. Terapie adiuvanti**

# Infezioni cutanee batteriche

## *Primitive*

- **Della cute glabra**
- Impetigine ed ectima → **Superficiali**
- Erisipela e celluliti → **Profonde**
- **A localizzazione annessiale**
- follicolite → **Superficiali**
- foruncolo, favo, idrosadenite → **Profonde**

## *Secondarie*

### ★ Lesioni cutanee sovra-infettate o impetiginizzate

- Ferite, ustioni e ulcere
- Dermatiti infiammatorie (per es. dermatite atopica)

#### ★ Micosi

- Da dermatofiti (tigna del capillizio, tinea corporis – cruris – pedis – manus)
- Da lieviti (candidiasi – pitiriasi versicolore)
- Onicomicosi

# Epidemiologia delle infezioni cutanee

- Quale epidemiologia?



...con il genere  
e con l'età



Varia nel mondo



...e con fattori di rischio

# **INFEZIONI FUNGINE DELLA CUTE**

# Infezioni fungine superficiali

- Tra le infezioni cutanee più frequenti
- Prevalenza stimata nel mondo: 20-25% della popolazione
- Forme ignorate o mis-diagnosticate molto comuni
- Molto frequenti in diabetici, immunodepressi, oncologici, età estreme

[Epidemiol. Infect.](#) 2016; 144(11): 2091-2100. doi:10.1017/S0950268816000000  
**Epidemiological trends in skin mycoses worldwide.**  
[Epidemiol. Infect.](#) 2016; 144(11): 2091-2100.

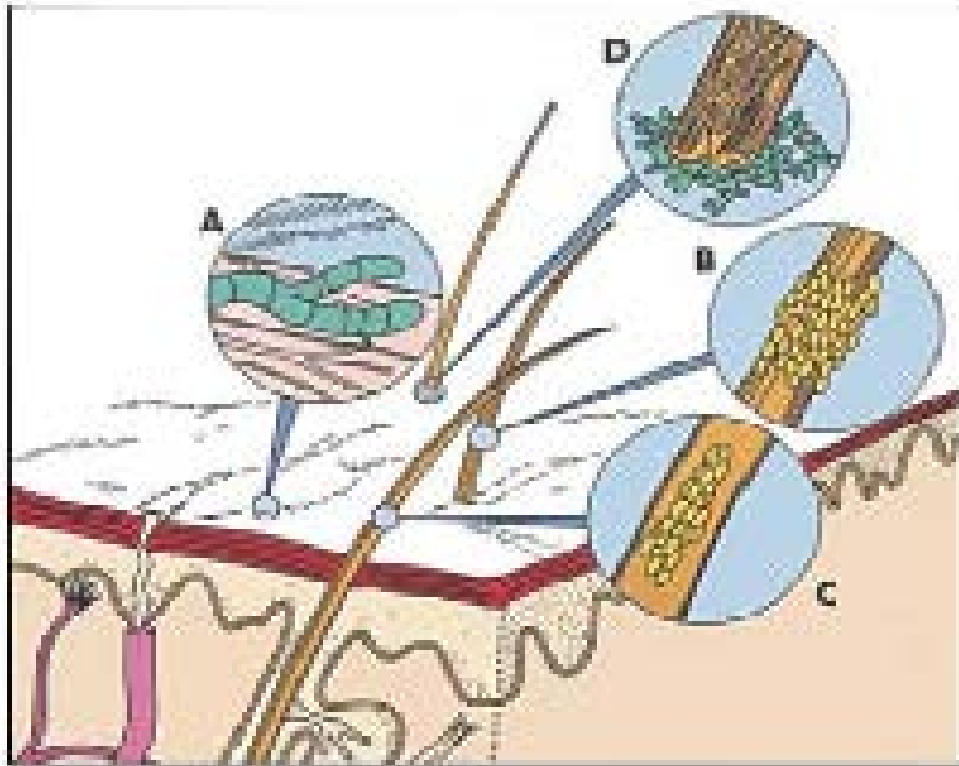
2017

**Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases—Estimate Precision**

This book is available in [PDF](#) and [HTML](#) formats. For more information, visit [World Scientific](#).

# Micosi cutanee superficiali

- Le micosi cutanee sono malattie della pelle, dei peli, delle unghie e delle mucose visibili causate da miceti



## Da dermatofiti

- Tigna del capillizio e di altri peli
- Tinea corporis, cruris, pedis, manuum

## Da lieviti

- Candidiasi cutanee e mucose
- Pityriasis versicolor

Onicomicosi da dermatofiti, da muffe e da lieviti

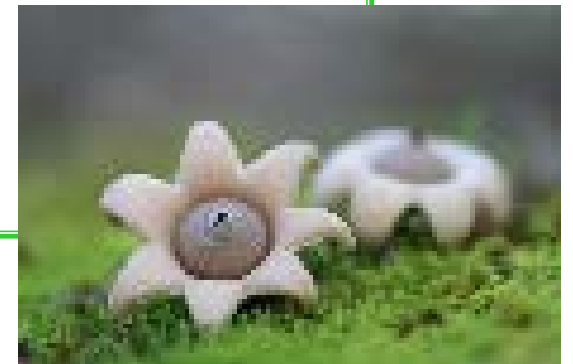


# Dermatofitosi

- Causate da miceti detti dermatofiti per la loro capacità colonizzare la cheratina della cute, dei peli e delle unghie
- Contagio diretto e indiretto da animali o da altri esseri umani
- Fattori favorenti:
  - perdita dell'azione difensiva della barriera superficiale
  - ambiente caldo-umido

Classificazione internazionale in base alla sede anatomica della infezione → ***tinea*** + genitivo della sede:

- ***tinea capitis***
- ***tinea corporis***
- ***tinea faciei***
- ***tinea barbae***
- ***tinea manuum***
- ***tinea cruris***
- ***tinea pedis***
- ***tinea unguium***



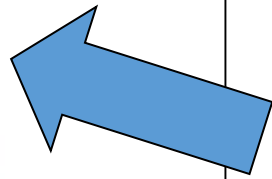
# Tinea capitis

- Infezione dermatofitica del cuoio capelluto
- Colpisce i bambini, rara negli adulti
- Si manifesta con la comparsa di aree alopeciche
- In genere non febbre, non linfadenopatie, non disturbi generali





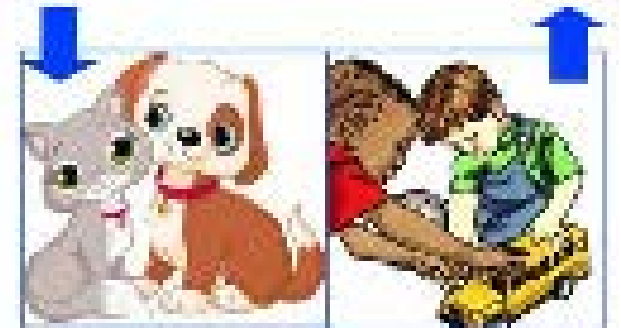
## Dermatophytes on the move



In Italia, la tinea capitis è ancora oggi legata soprattutto a **M.canis** (70%)

Sono però in aumento i casi legati a specie antropofile d'importazione, soprattutto nelle grandi città, dove maggiore è il numero di migranti

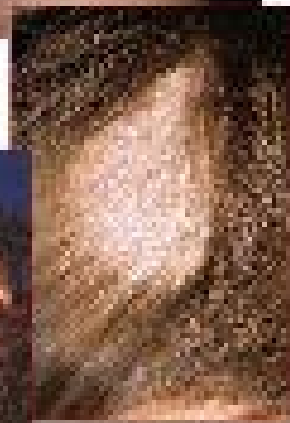
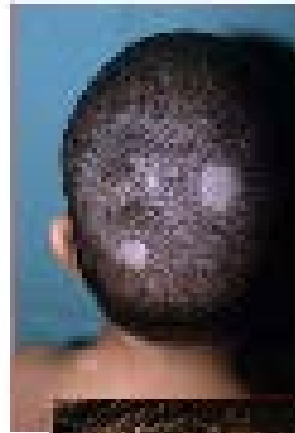
In calo la forma da miceli zocilli e in aumento quelle da antropofili



# Quadro clinico

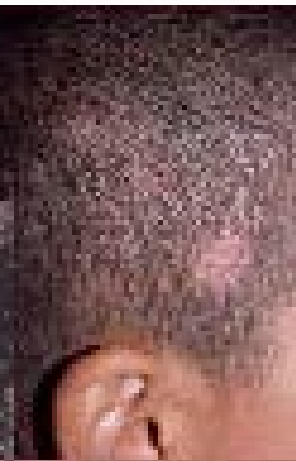
## Tigna microsporica

- Et  pediatrica (3-7 anni, M2F), rara nell'adulto
- Poche chiazze di grandi dimensioni
- Capelli spezzati a 2-3 mm dall'ostio follicolare



## Tigna tricofitica

- Picco d'incidenza in et  scolare, ma non rara anche l'adulto
- Chiazze numerose, piccole (<1-2 cm), p[ ] flogistiche e poco desquamanti
- "punti neri"
- Capelli integri nelle chiazze





Microsporica



Tricofitica



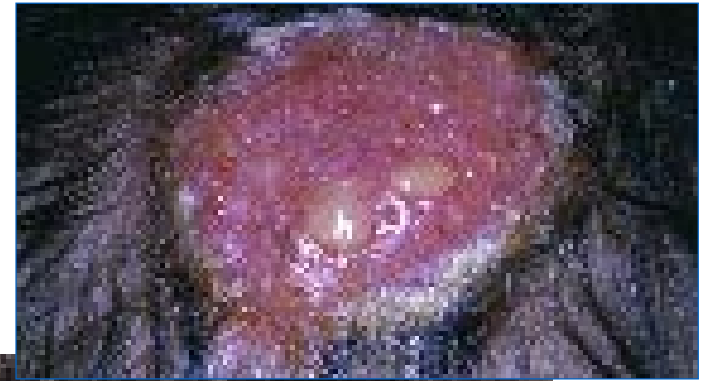
# Kerion celsi

## Zoofili >95%

- T. mentagrophytes (coniglio)
- T. verrucosum (vitelli e pecore)
- M. canis (gatto)

- **Vaste placche infiammate ricoperte da pustole e croste**
- **Funghi zoofili**
- **Reazione immunologiche ad antigeni del fungo**
- **Sintomi sistemici: febbre adenopatia**
- **Può lasciare esiti cicatriziali**
- **Può essere confusa con una infezione batterica o con una neoplasia**

# Kerion celsi





# Tinea corporis

- Contagio frequente da animali (↑ parti scoperte), ma anche interumano (↑ zone coperte, piedi, inguini)
- In tutte le età, ma ↑ bambini e donne
- Chiazze tondeggianti, con bordo eritematoso e parte centrale desquamante
- Progressione centrifuga
- Prurito



# TINEA CORPORIS







- In alcune sedi, specie al volto le lesioni non essere facilmente riconoscibili e mostrare aspetti atipici
- Simulano altre dermatosi infiammatorie (rosacea, dermatite periorale, lupus, fotodermatiti)





# TINEA CORPORIS



# Tinea cruris

- Tipica degli adulti, ↑ maschi
- Chiazze eritemato-desquamative, anelli incompleti
- Lesioni in genere simmetriche, molto pruriginose
- Risoluzione centrale
- Frequente estensione ai glutei
- Scroto risparmiato





# Tinea manuum



# TINEA PEDIS

- Forma eritemato-squamosa
- Forma interdigitale
- Forma disidrosica
- Forma ipercheratosica a mocassino

# Tinea pedis

- Forma eritemato-squamosa
- Forma interdigitale
- Forma disidrosica
- Forma ipercheratosica a mocassino



# Tinea pedis

- Forma eritemato-squamosa
- **Forma interdigitale**
- Forma disidrosica
- Forma ipercheratosica a mocassino



# Tinea pedis

- Forma interdigitale
- Forma eritemato-squamosa
- **Forma disidrosica**
- Forma ipercheratosica a mocassino



# Tinea pedis

- Forma interdigitale
- Forma eritemato-squamosa
- Forma disidrosica
- **Forma ipercheratosica a mocassino**



# **INFEZIONI CUTANEE DA LIEVITI**

# Pityriasis versicolor

- Causata da *Malassezia furfur*, lievito lipofilo colonizza normalmente le aree cutanee ricche di ghiandole sebacee
- importanti anche i fattori predisponenti locali
- Predilige i giovani maschi adulti
- Non contagiosa

## • **Fattori predisponenti**

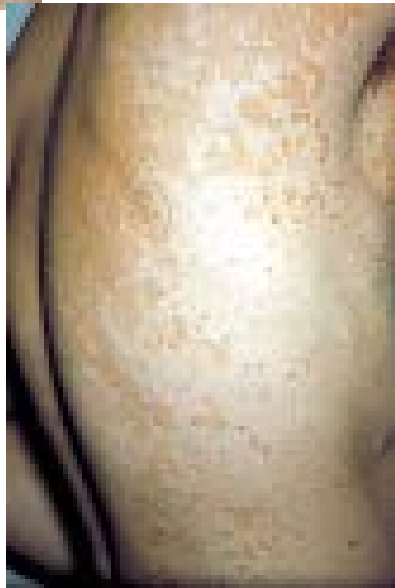
- **Clima caldo-umido**
- **Terapia cortisonica**
- **Immunodepressione**



# Quadro clinico

- Chiazze lievemente eritematose, oppure color camoscio o ancora ipopigmentate (*versicolor*)
- Sedi tipiche: zone seborroiche nell'adulto, volto nei bambini
- Prurito d'intensità variabile





# Candidiasi

- Causate da lieviti del genere *Candida*
- Sono tra le più comuni affezioni dermatologiche osservate nella pratica quotidiana
- Colpiscono tutte le età con un ampio spettro di quadri clinici di varia espressione e gravità
- Tipica micosi opportunistica

- **CANDIDOSI ORALE**
- **CANDIDOSI GENITALE**
- **INTERTRIGINI**
- **PERIONISSI E ONICOMICOSI**



## Fattori favorenti locali

- Microtraumi
- Occlusione e macerazione
- Uso ripetuto ed eccessivo di detergenti, antisettici, antibiotici
- Presenza di altre dermatosi (*psoriasi, dermatite seborroica, dermatiti eczematose*)

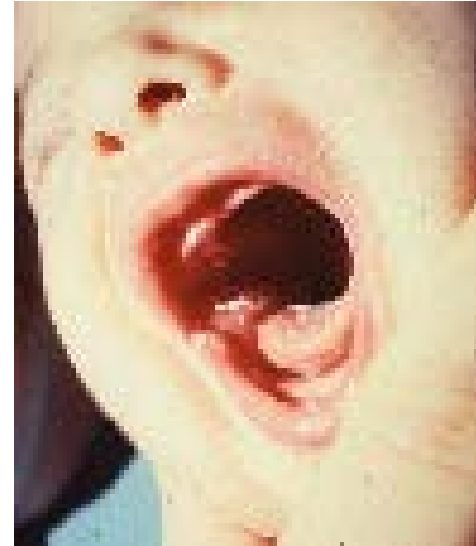
## Fattori favorenti sistemici

- Terapia con cortisonici, antibiotici a largo spettro, immunosoppressori, contraccettivi
- Diabete e altre endocrinopatie  
Immunodepressione
- Neoplasie e altre malattie debilitanti



# Candidosi del cavo orale

- ◆ cheilite angolare
- ◆ pseudomembranosa
- ◆ eritematosa o atrofica acuta e cronica
- ◆ iperplastica



# Candidosi genitali

## Balanopostiti e vulvo-vaginiti



# Intertrigine delle grandi pieghe

↑ inguinali e sottomammarie

- Inizia dal fondo della piega
- Colorito rosso intenso, superficie lucida “laccata”
- Desquamazione nella zona immediatamente periferica
- Esternamente : pustole sparse

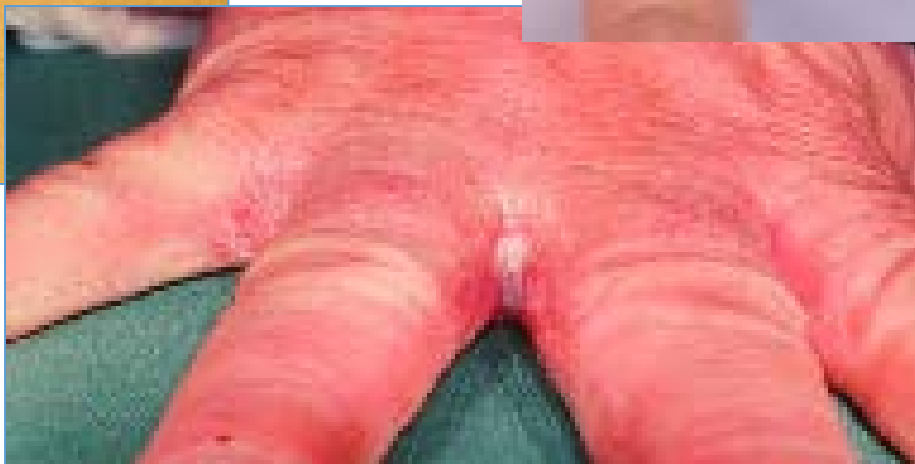






# Intertrigine delle piccole pieghe

- Spazi interdigitali di mani e piedi



# ONICOMICOSI

# Onicomicosi

- Il fungo penetra nell'unghia e la corrode fino a farla sgretolare completamente
- Più comune ai piedi e negli anziani



# Onicomicosi da dermatofiti

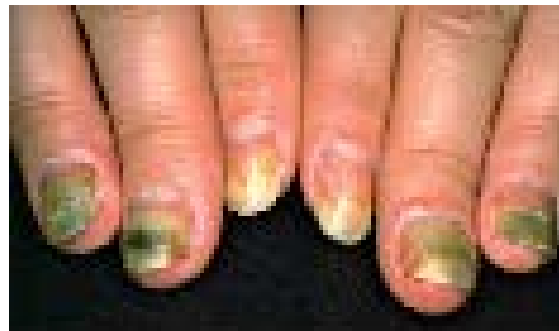
- Forma distale/laterale sottoungueale
- Forma prossimale sottoungueale
- Forma bianca superficiale
- Onicodistrofia totale

Forme di onicomicosi molto simili a quelle da dermatofiti possono essere causate da numerose muffe



# Onico-perionissi da Candida

- Predilige le mani di donne mature
- Meno comune ai piedi (>diabetici)
- Inizia a livello della plica laterale con una perionissi acuta o subacuta
- Scollamento della lamina nelle porzioni laterali
- Sovrainfezione batterica (*Pseudomonas*, *Stafilococco*) → colorazione giallo-bruna o verdastra della lamina



# ATTENZIONE

## non tutte le onicopatie sono micosi!

- Le infezioni fungine sono responsabili del 50% circa delle onicopatie
- Altre cause di alterazioni delle unghie:
  - Traumatiche e chimiche
  - Altre malattie della pelle → psoriasi, lichen, alopecia areata, dermatiti da contatto, malattie genetiche....
  - Malattie sistemiche → pneumopatie, artrosi, collagenopatie, linfedema, varici....
  - Tumori benigni e maligni → melanoma, carcinomi, fibromi, esostosi sottoungueali...





**Tinea corporis**



**Micosi fungoide**



**Pitiriasi rosea**



**Dermatite seborroica**

**Non è sempre quel che sembra .....**









Eczema disidrosico



Tinea pedis



Psoriasi pustolosa



**Alopecia da trazione**



**Tigna microsporica**



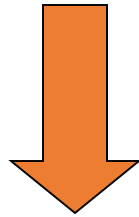
**Tricotillomania**



**Tigna tricofitica**

# Diagnosi delle micosi superficiali

Sospetto diagnostico

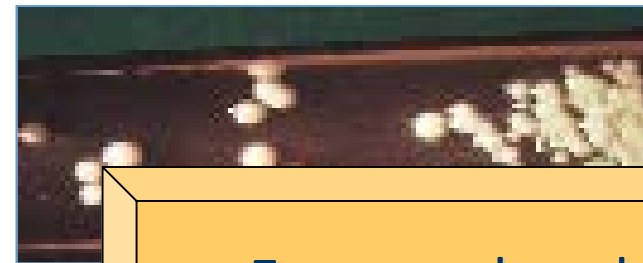


Conferma  
micologica

Esame microscopico



Esame colturale



# Perché fare sempre l'esame micologico?

- Confermare la diagnosi e identificare l'agente eziologico
  - ↳ Evitare le terapie inutili
  - ↳ Scegliere la terapia più adeguata
  - ↳ Ridurre i costi sanitari
  - ↳ Programmare le eventuali misure di profilassi

# TERAPIA

Manuela Papini, Elisa Margherita Difonzo, Gabriella Calabrd,  
Claudia Gianni, Roberta Calcaterra

# MICOSI SUPERFICIALI

LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI SIDeMAST

**2014**

# OPZIONI TERAPEUTICHE NELLE MICOSI SUPERFICIALI

TABELLE di M. Pignatelli, 2014, 2015

APPLICAZIONE	TERAPIA	SPETTRO D'AZIONE DELLA SOSTANZA	INDICAZIONI APPLICATIVE
Miconazolo • 2% crema • 2% spray • 2% polvere	200 mg crema (10 g) 200 mg polvere (10 g) 200 mg spray (10 g)	Amfotripterina Miconazolo Benzimidazoli Benzimidazoli	Onicofunghi Onicofunghi Onicofunghi
Clotrimazolo • 1% crema • 1% spray • 1% polvere	200 mg crema (10 g) 200 mg spray (10 g) 200 mg polvere (10 g)	Amfotripterina Miconazolo Benzimidazoli Benzimidazoli	Onicofunghi Onicofunghi Onicofunghi
Terbinafina • 1% crema • 1% spray • 1% polvere	250 mg crema (10 g) 250 mg spray (10 g) 250 mg polvere (10 g)	Amfotripterina Miconazolo Benzimidazoli Benzimidazoli	Onicofunghi Onicofunghi Onicofunghi
Isotretinoina • 0,05% crema • 0,05% spray • 0,05% polvere	250 mg crema (10 g) 250 mg spray (10 g) 250 mg polvere (10 g)	Amfotripterina Miconazolo Benzimidazoli Benzimidazoli	Onicofunghi Onicofunghi Onicofunghi

APPLICAZIONE	FORMULAZIONE	SPETTRO D'AZIONE	INDICAZIONI	INTERAZIONI E EFFETTI COLLATERALI (E/O D'ABUSO)
Miconazolo	Crema 2% 100.000 U/ml	Amfotripterina	Trafficanti, onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità
Terbinafina	Crema 1% 20.000 mg	Amfotripterina	Onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità
Clotrimazolo	Crema 1% 20.000 mg	Amfotripterina	Onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità
Isotretinoina	Crema 0,05% 20.000 mg	Amfotripterina	Onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità
Terbinafina	Crema 1% 20.000 mg	Amfotripterina	Onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità
Clotrimazolo	Crema 1% 20.000 mg	Amfotripterina	Onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità
Isotretinoina	Crema 0,05% 20.000 mg	Amfotripterina	Onicofunghi, dermatofiti	Gravemente tossico nei pesci, irritazione alla pelle, bruciore, ipersensibilità





**terapia**

*terapia*

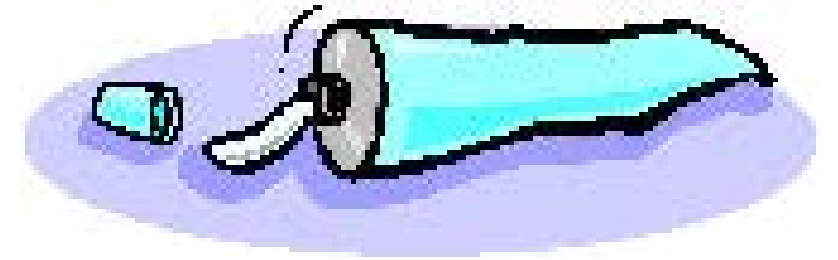
**terapia**

**terapia**

- Terapia topica o sistemica?
- Quale antifungino?
- Come trattare le forme recidivanti o che non sembrano rispondere alla terapia?
- Come prevenire le recidive?

# Terapia topica o sistemica?

- **Terapia topica in prima battuta in tutti i casi di**
  - ↳ Tinea corporis localizzata o con poche chiazze
  - ↳ Tinea cruris
  - ↳ Candidiasi delle pieghe, del cavo orale e dei genitali esterni
  - ↳ Pityriasis versicolor di limitata estensione
  - ↳ Onicomicosi di modesta entità
  
- ↳ Impossibilità di condurre terapia sistemica



**MA...**

# Terapia sistemica

- Tinea capitis, tinea barbae e altre infezioni con interessamento dei peli (anche vello)
- Tinea pedis e manuum
- Dermatofitosi, pityriasis versicolor e candidiasi estese, recidivanti, che non hanno risposto alla terapia topica
- Onicomicosi non di lieve entità
- Presenza di particolari fattori di rischio

# Quale antifungino topico?

- Gli azolici topici e la ciclopirox hanno un'efficacia paragonabile se usati correttamente e per tempi adeguati
- La ciclopirox ha uno spettro d'azione che si estende ai batteri Gram+ e alcuni Gram- e può essere vantaggiosa in caso di intertrigini macerate, essudanti e/o con evidente colonizzazione batterica



# Quale antifungino sistemico?

- Azolici per via sistemica : infezioni da lieviti e da dermatofiti
- La terbinafina per via sistemica: infezioni da dermatofiti (non è indicata nelle infezioni da lieviti)
- Tinea capitis (→griseofulvina)



# Terapia della tinea capitis

- Prima scelta

  - ↳ Griseofulvina orale 20-25mg/kg/dì

  - ↳ x 6-8 settimane

- Seconda scelta

  - ↳ Terbinafina - Itraconazolo - Fluconazolo



01/3 Proctologia e infetto di scartano (tinea) - 10/10  
1/3

01/3 Proctologia e infetto di scartano (tinea) - 10/10  
1/3

01/3 Proctologia e infetto di scartano (tinea) - 10/10  
1/3

01/3 Proctologia e infetto di scartano (tinea) - 10/10  
1/3

01/3 Proctologia e infetto di scartano (tinea) - 10/10  
1/3





## Tinea Capitis: Current Status

R. L. Fry

MEDICAL  
PROGRESS

www.journals.cambridge.org/hyg THE JOURNAL OF PEDAGOGICS



## Tinea in Tots: Cases and Literature Review of Oral Antifungal Treatment of Tinea Capitis in Children under 2 Years of Age

John T. DeWald, MD,<sup>1</sup> David E. Thrall, MD,<sup>2</sup> James Blumh, PhD,<sup>3</sup> and Benoit L. Cohen, MD<sup>4</sup>

FROM THE COCHRANE LIBRARY

## Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children: An abridged Cochrane Review



Shaojun Chen, BMS,<sup>1</sup> Xu Jiang, BMS,<sup>2</sup> Ming Yang, MD,<sup>3</sup> Cathy Bennett, PhD,<sup>4</sup> Usha Ganesan, MD,<sup>5</sup> Xiang Lin, MSc,<sup>6</sup> Xia Tian, MSc,<sup>7</sup> Jiliang Yao, PhD,<sup>8</sup> and Min Zhang, MD,<sup>9</sup>  
*Shanghai, China; Cochrane, United Kingdom; and Barcelona, Spain*

- **Griseofulvina è la prima scelta consigliata da tutte le linee guida, ma...**
- **Terbinafina è più efficace nelle forme da tricotofiti antropofili, anche in età pediatrica**

# I problemi quotidiani della terapia antifungina





# Il problema delle resistenze

- In aumento i ceppi di **Candida** resistenti agli antifungini
- Vere resistenze agli antimicotici molto rare per altri tipi miceti responsabili di forme superficiali
- Alcune specie (↑*C. glabrata*) sono poco o nulla sensibili a fluconazolo, ad altri azolici ed alla terbinafina
- Altre specie *non-albicans* sviluppano facilmente resistenza, soprattutto negli immunocompromessi e/o a seguito di terapie ripetute

# Quali strategie in questi casi?

- **Terapia topica** in base ai risultati dell'antimicogramma o **con azolici che meno frequentemente danno resistenza** (es. clotrimazolo, bifonazolo, sertaconazolo)
- Terapia topica con **antifungini non azolici**: Ciclopirox
- **“Ritorno al passato”**: coloranti, **acido borico**, clorossidanti, jodio povidone
- Trattamenti adiuvanti → probiotici, antifungini naturali (oli essenziali di melaleuca, geranio, lemongrass, chiodo di garofano, cannella)

# Il problema delle ricadute e recidive

- Frequenti soprattutto per
  - Pityriasis versicolor
  - Candidiasi vaginale
  - Tinea pedis
  - Onicomicosi



# Perché la micosi non guarisce o recidiva?

- Re-infezione
- Persistenza dei fattori di rischio
- Scarsa aderenza alla terapia



# Perché la micosi non guarisce o recidiva?

- Scarsa aderenza alla terapia → sensazione di non efficacia



## Micosi con notevole componente infiammatoria

- Le forme che si giovano di più dell'uso della terapia di associazione corticosteroide + antifungino sono le micosi delle pieghe, soprattutto inguinali e interdigitali



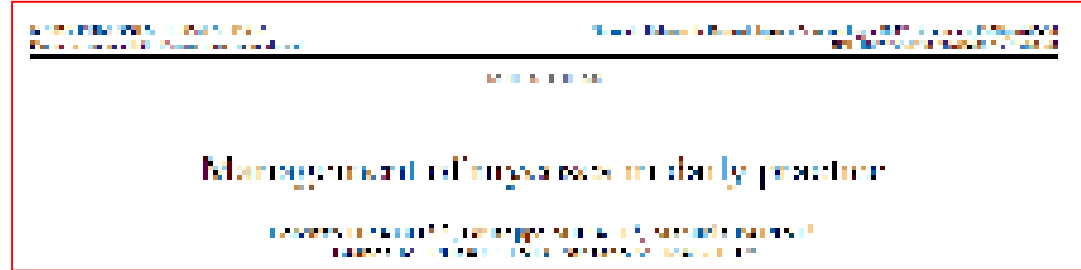


# “Red flags” per la presenza di miceti + batteri

Pieghe inguinali sottomammarie , interdigitali

- Prurito intenso
- Essudazione
- Cattivo odore dell'essudato
- Aree erose/disepitelizzate
- Croste giallastre friabili
- Lesioni a distanza

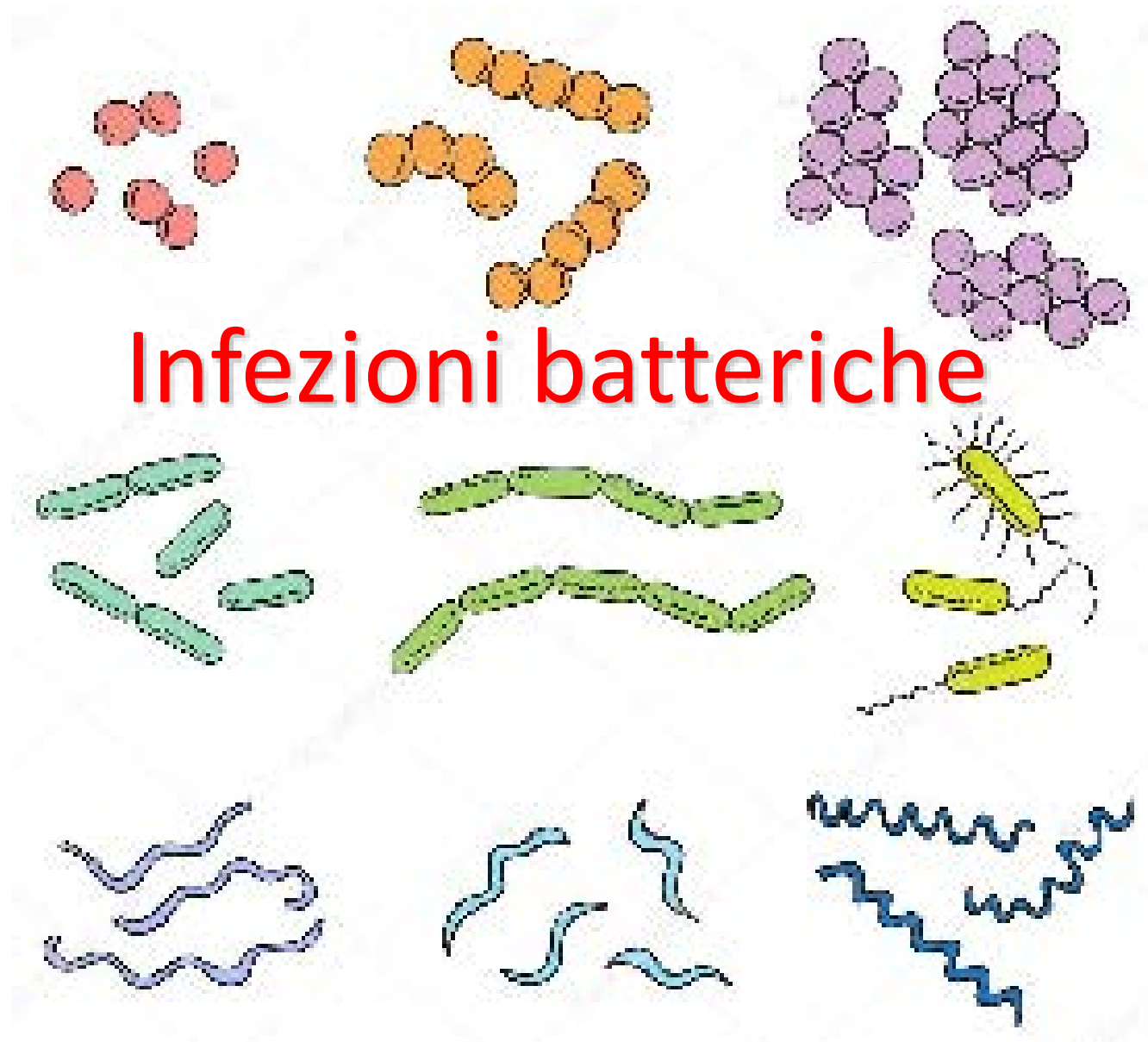




- Se si sospetta l'eziologia mista miceti e batteri, l'utilizzo di un'associazione **corticosteroide + clorchinaldolo** può portare a rapido miglioramento del quadro clinico e della sintomatologia, in attesa delle indagini colturali
- Tale trattamento non deve, tuttavia, essere protratto per più di 3-5 giorni







# Infezioni batteriche

# Infezioni batteriche della cute e degli annessi cutanei

## ★ Infezioni batteriche primitive

- Superficiali → Impetigine ed ectima
- Profonde → Erisipela e celluliti
- Infezioni a localizzazione annessiale superficiali → (follicolite) e profonde → (foruncolo, favo, idrosadenite, ascesso)

## ★ Lesioni cutanee secondarie o impetiginizzate

- Ferite e ustioni superficiali
- Dermatiti infiammatorie (per es. dermatite atopica)

# Infezioni batteriche della cute e degli annessi cutanei

## ★ Infezioni batteriche primitive

- Superficiali → Impetigine ed ectima
- Profonde → Erisipela e celluliti
- Infezioni a localizzazione annessiale superficiali → (follicolite) e profonde → (foruncolo, favo, idrosadenite, ascesso)

## ★ Lesioni cutanee secondarie

- Ferite e ustioni superficiali
- Dermatiti infiammatorie (per es. dermatite atopica)

Generalmente da Gram-positivi

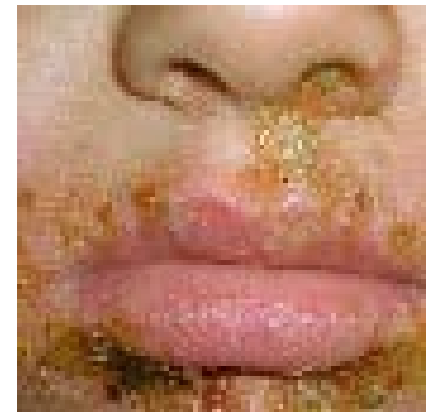
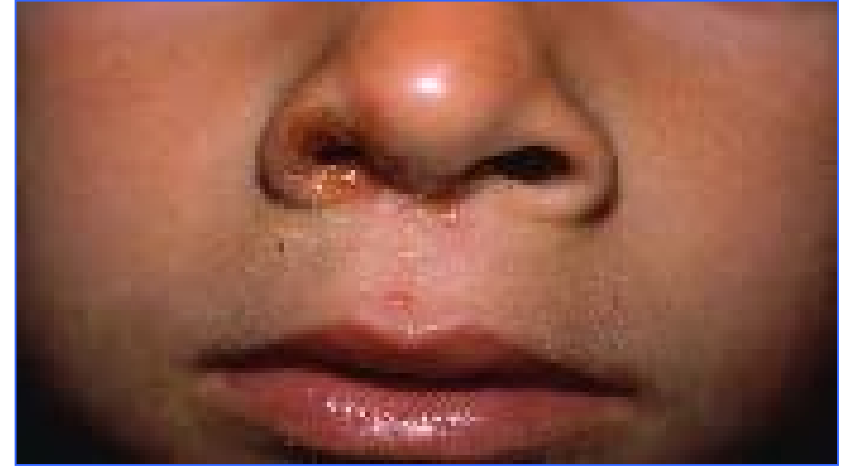
da Gram-positivi e da Gram-negativi



# Impetigine

- Germi in causa: *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*
- Predilige l'età pediatrica
- Tra gli adulti, colpisce in genere diabetici, immunodepressi e soggetti debilitati
- Più comune d'estate (clima caldo-umido)
- Può causare piccole epidemie in nursery, scuole e altre comunità

- Inizia spesso in corrispondenza degli orifici (narici, labbra, regione perianale)
- Bolle a contenuto sieroso-purulento, che si rompono facilmente
- Croste giallastre, friabili
- Prurito e bruciore
- Rapida estensione per autoinoculazione





# Ectima

- Più profonda dell'impetigine, raggiunge il derma, causando lesioni a "scodella"
- Causata da Strepto- e Stafilococchi



# Erisipela

- Colpisce soprattutto adulti
- In genere da **Streptococco**
- Il germe penetra attraverso piccole ferite, punture ed escoriazioni, e raggiunge il derma
- Fattori predisponenti: diabete, ridotte difese immunitarie locali e sistemiche





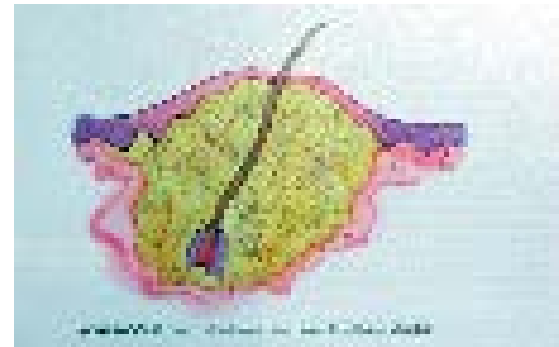
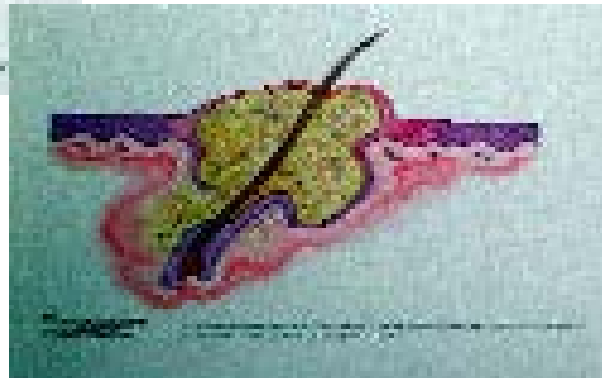
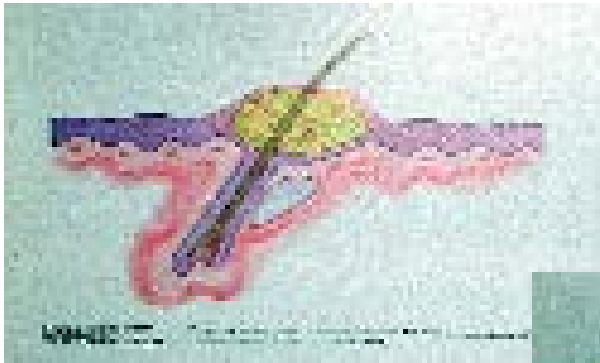
- Eritema
- Edema duro
- Cute a buccia d'arancia, calda, tesa, dolente
- A volte lesioni bollose
- Linfadenopatia
- Febbre di tipo settico (*non sempre*)





# Follicolite, foruncolo, altri ascessi

- Infezioni del follicolo pilifero, in genere dovute a **Stafilococco**
- Forme superficiali → follicoliti
- Forme profonde → foruncolo







- Dolore intenso
- Linfadenopatia consensuale
- Possibile febbre

Lesioni multiple o ricorrenti devono far sospettare :

- infezioni da MRSA
- fattori predisponenti



## Foruncolo



# Diagnosi di sospetta infezione da MRSA

La diagnosi clinica di presunta infezione da CA-MRSA si basa su

- Anamnesi:

- ✓ fattori di rischio,
- ✓ casi multipli tra i contatti stretti,
- ✓ recidivanza insistente,
- ✓ precedente infezione da CA-MRSA

- Quadro clinico

- **Mancata risposta alla terapia empirica con beta-lattamici e/o macrolidi**

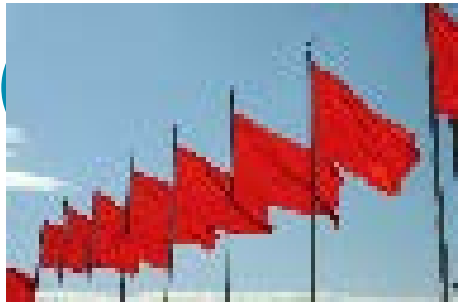
# Impetiginizzazione (*o sovrainfezione*) di altre dermatiti o lesioni cutanee

Fattori favorenti:

- Prurito → grattamento
- Medicazioni incongrue
- Immunodeficit







## “Red flags” per infezione batterica secondaria di altre dermatiti

- Prurito intenso
- Peggioramento o comparsa di dolore e/o bruciore
- Comparsa o aumento di essudazione  $\pm$  maleodorante
- Comparsa di aree erose/disepitelizzate
- Croste giallastre friabili
- Peggioramento o comparsa di eritema perilesionale
- Tessuto di granulazione esuberante, friabile e facilmente sanguinante
- Comparsa di piccoli focolai di necrosi sulla ferita/ulcera
- Febbre (non comune)



Ustione impetiginizzata



Dermatite atopica  
impetiginizzata



Ulcera  
vascolare  
sovra-  
infettata

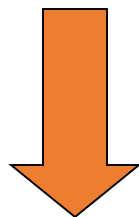


herpes simplex impetiginizzato

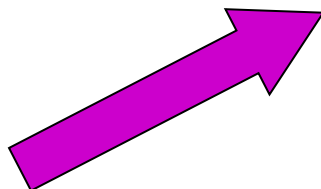


# Diagnosi delle piodermiti

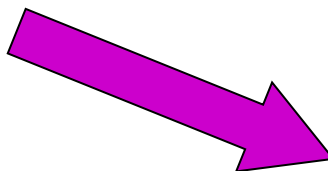
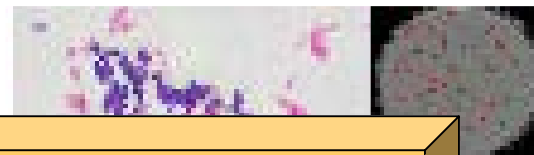
Diagnosi clinica



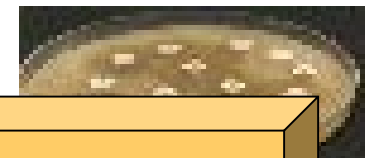
Conferma  
batteriologica



Esame microscopico  
e colturale



Antibiogramma



# Altre indagini

- Emocoltura
- Emocoromo → leucocitosi neutrofila  
anemia  
trombocitopenia  
leucopenia
- Esame istologico
- Diagnostica per immagini

Generalmente non  
necessarie o non utili in  
presenza di infezioni  
superficiali e/o localizzate

# I problemi della terapia delle infezioni batteriche cutanee

- Topica o sistemica?
- Come scegliere l'antibiotico?
- Incisione e drenaggio delle raccolte ascessuali?
- Quando è necessario inviare il paziente in ospedale?
- Come valutare la guarigione?
- Come gestire le infezioni recidivanti?

# Terapia topica

- Generalmente sufficiente nelle infezioni superficiali di estensione limitata
  - Impetigine
  - Follicoliti
  - Dermatiti sovra-infette: ferite, ustioni di limitata estensione e senza sintomi sistemici



# Terapia sistemica

- Erisipela
- Infezioni superficiali con lesioni estese o in rapida diffusione
- Ferite, ustioni, ulcere o dermatiti con alone eritematoso >5cm
- Foruncoli/ascessi multipli o con linfadenite/febbre/leucocitosi
- Presenza di comorbidità rilevanti (diabete, neutropenia, IRC, cirrosi, scompenso cardiaco)
- Paziente non compliant alla terapia topica





# Come scegliere l'antibiotico

- La terapia deve iniziare subito con l'antibiotico più probabilmente efficace in quel particolare caso, in base alle **nozioni epidemiologiche** e cliniche, alla **tipologia di lesione** e alle **caratteristiche del paziente** (bambino, adulto, anziano, comorbidità, allergie/intolleranze)
- **Nella maggior parte dei casi il primo approccio alla terapia deve quindi essere empirico**
- Le indagini microbiologiche e l'antibiogramma saranno poi la guida per aggiustare la terapia, in base al germe isolato e alla sensibilità agli antibiotici

## Come scegliere l'antibiotico: Chi fa cosa?

- Infezioni più spesso sostenute da *Streptococcus pyogenes* o altri streptococchi
  - Impetigine
  - Erisipela
- Infezioni più spesso sostenute da *Staphylococcus aureus* o altri stafilococchi
  - Follicoliti, foruncoli
- Infezioni spesso sostenute da **Gram-negativi** o da **flora mista**
  - Infezioni secondarie di ferite, ulcere, ustioni, dermatiti infiammatorie

# Come scegliere la terapia topica

- Impetigine e altre forme superficiali generalmente da Strepto- e Stafilococchi
  - Jodio povidone, clorexidina, perossido di idrogeno, perossido di benzoile
  - Eritromicina, acido fusidico, rifamicina, tetraciclina, mupirocina, retapamulina, clindamicina, gentamicina
- Se si sospetta MRSA
  - Mupirocina, rifamicina
- Forme di sospetta natura polimicrobica o da Gram-negativi
  - Jodio povidone, clorexidina
  - Gentamicina, tobramicina, amikacina, tetraciclina



# «Strategie» di vita quotidiana

- Quando l'inflammation è intensa e/o i sintomi soggettivi marcati, l'utilizzo per pochi giorni di un prodotto topico che associa un antisettico (per es. clorchinaldolo) e cortisonico può dare rapido sollievo al paziente
- Il trattamento di associazione antisettico + cortisonico non deve essere protratto oltre i 3-5 giorni, tempo generalmente necessario e sufficiente per acquisire i risultati dell'esame colturale e dell'antibiogramma.



# «Strategie» di vita quotidiana

- Questa associazione è particolarmente utile anche nelle dermatiti sovra-infette, soprattutto nelle forme eczematose (dermatite da contatto, dermatite nummulare, disidrosi), o quando si sospetta una eziologia polimicrobica



# Come scegliere l'antibiotico sistemico

- Impetigine e altre forme superficiali generalmente da Strepto- e Stafilococchi
  1. Amoxicillina+ac.clavulanico o altri beta-lattamici, cefalosporine
  2. Eritromicina o altri macrolidi in età pediatrica o se allergia a penicilline
  3. Tetracicline, chinolonici, clindamicina
- Se si sospetta MRSA
  1. Co-trimoxazolo
  2. Clindamicina
  3. Tetracicline
  4. Rifampicina
- Forme di sospetta natura polimicrobica o da Gram-negativi
  - Cefalosporine di ultima generazione e/o chinolonici o aminoglicosidici

# Quando inviare il paziente in ospedale

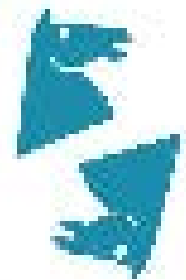
- Infezioni gravi o in rapido peggioramento
- Importante coinvolgimento delle condizioni generali
- Necessità di terapia infusionale non eseguibile a domicilio
- Necessità di trattamento chirurgico per lesioni profonde, necrotico-gangrenose, localizzate in aree o di elevato valore estetico-funzionale
- Comorbidità importanti a rischio di rapido deterioramento
- Immunodepressione



# Come valutare la durata del trattamento e la guarigione

- Non esistono linee-guida standard in proposito
- La durata del trattamento è legata a
  - Tipo di lesione e area anatomica coinvolta
  - Necessità o meno di drenaggio e toilette chirurgica
  - Età e condizioni generali del pz.
- La terapia topica deve essere prolungata fino a completa guarigione delle lesioni cutanee
- La terapia antibiotica sistemica dovrebbe essere prolungata per almeno 7-14 giorni





**SCACCO  
MATTO**

**MMG**

**DOLORE - DERMATITI - RISK MANAGEMENT**

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

