

---

SCACCO  
MATTO

MING

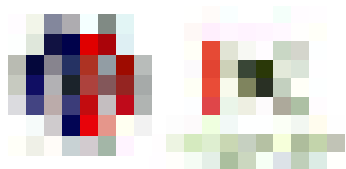
MIAC - DIAMANTI - PAVANAGOND

# DERMATITI

**Manuela Papini**

Università di Perugia

Clinica Dermatologica di Terni



**Roberta Calcaterra**

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle  
popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie  
della Povertà - Roma



## **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 e fungine

## ★ Infezioni batteriche

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

## ★ Micosi

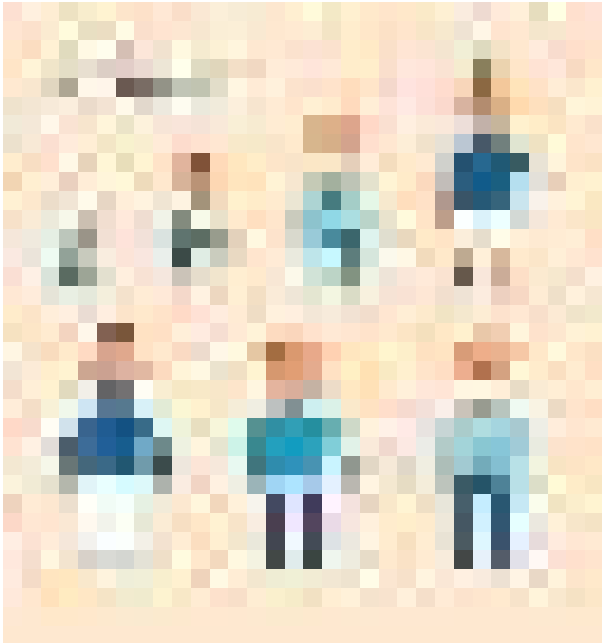
- Da dermatofiti (tigna del capillizio, tinea corporis – cruris – pedis – manus)
- Da lieviti (candidiasi – pitiriasi versicolore)
- Onicomicosi

## ★ Lesioni cutanee sovra-infettate o impetiginizzate

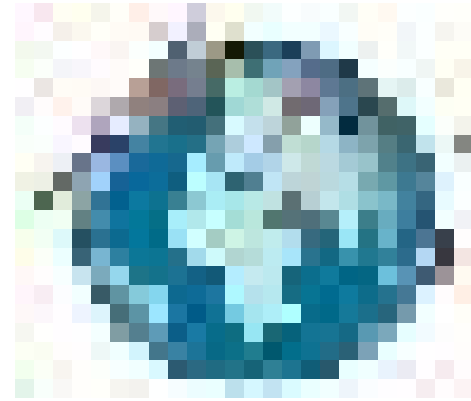
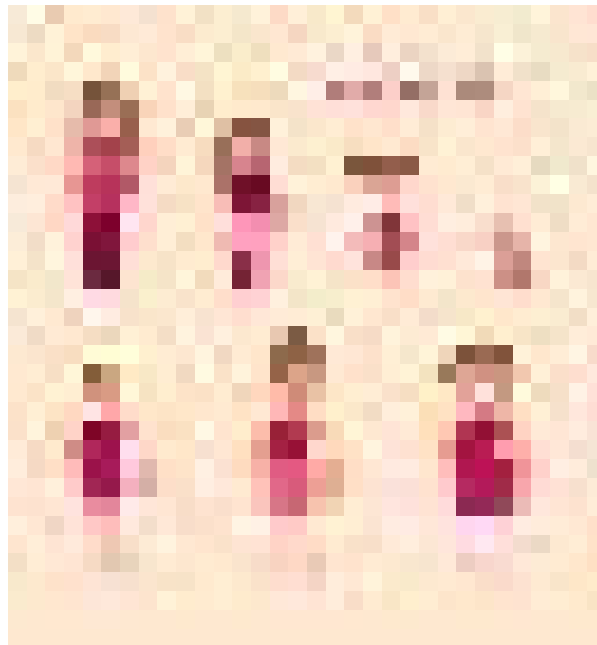
- Ferite, ustioni e ulcere
- Dermatiti infiammatorie (per es. dermatite atopica)

# Epidemiologia delle infezioni cutanee

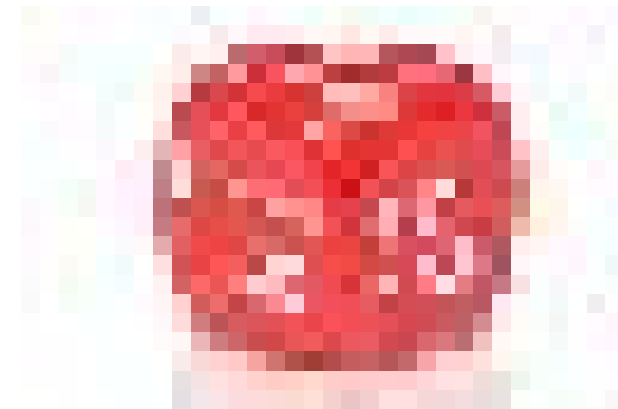
- Quale epidemiologia?



...con il genere  
e con l'età



Varia nel mondo



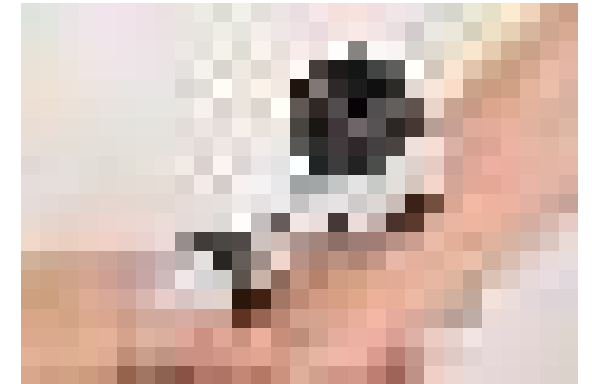
...e con fattori di rischio

# Epidemiologia delle infezioni cutanee

...e il medico che le osserva



Medico di base / Pediatra



Dermatologo

# Epidemiologia ..in letteratura

## Infezioni fungine superficiali

- Tra le infezioni cutanee più frequenti
- Prevalenza stimata nel mondo: 20-25% della popolazione
- Circa 1 miliardo di persone avrebbero infezioni di cute, unghie, capelli
- 10 milioni le candidiasi delle mucose
- Forme ignorate o mis-diagnosticate molto comuni
- Molto frequenti in diabetici, immunodepressi, oncologici, età estreme



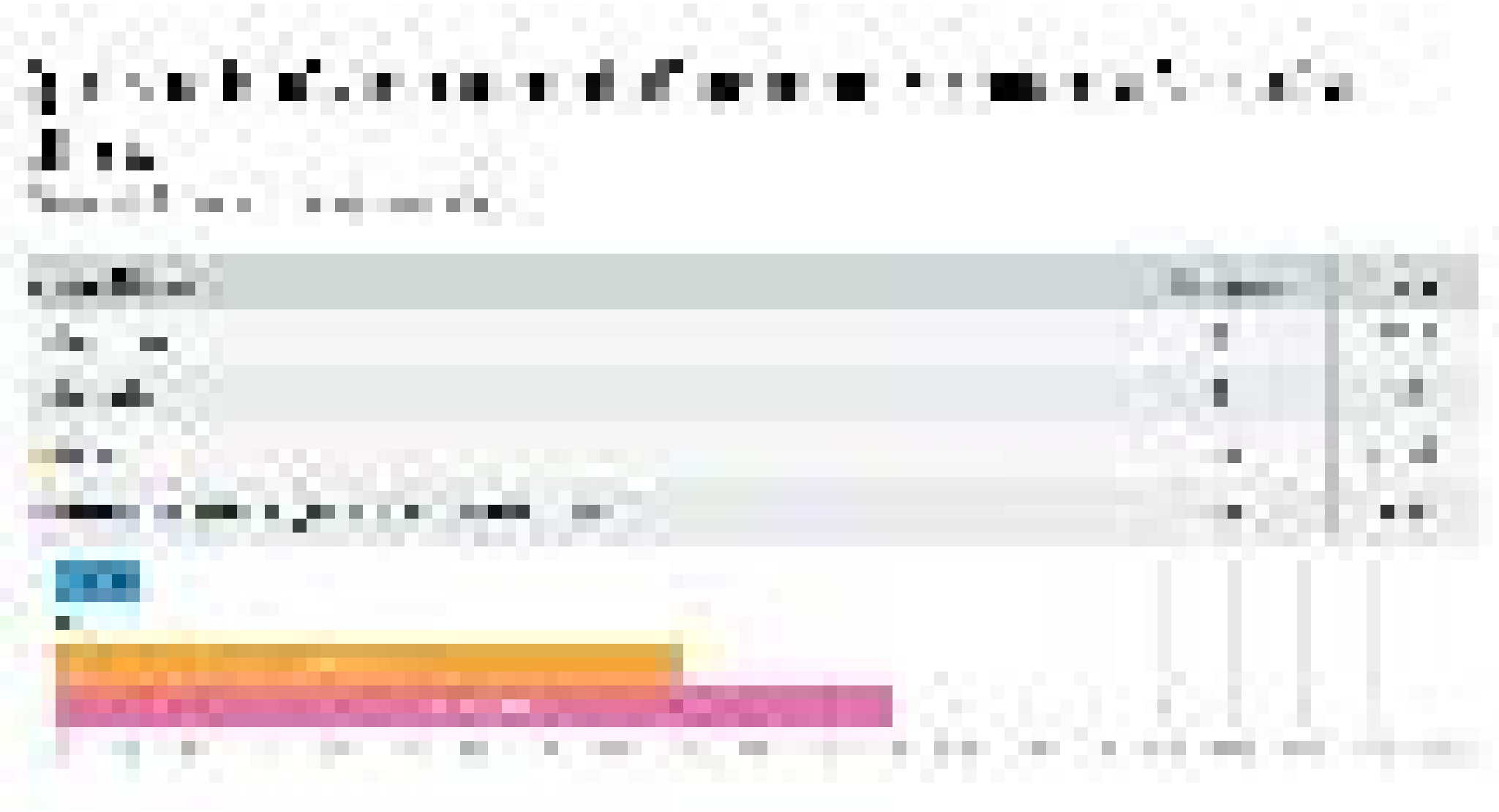
# Epidemiologia ..in letteratura

## Infezioni batteriche della cute e dei tessuti molli

- Ritenute le infezioni batteriche più comuni
- Sarebbero le infezioni più frequenti in PS e in Guardia Medica
- 7-10% dei pz ospedalizzati
- 14 milioni di visite ambulatoriali
- Incidenza stimata 24.6 per mille/anno nel 2005 e 2006 in Europa e US
- Molto frequenti in diabetici, immunodepressi, oncologici







# 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
- Pitiriasi versicolore

Onicomicosi da dermatofiti, da muffe e da lieviti



# Dermatofitosi

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

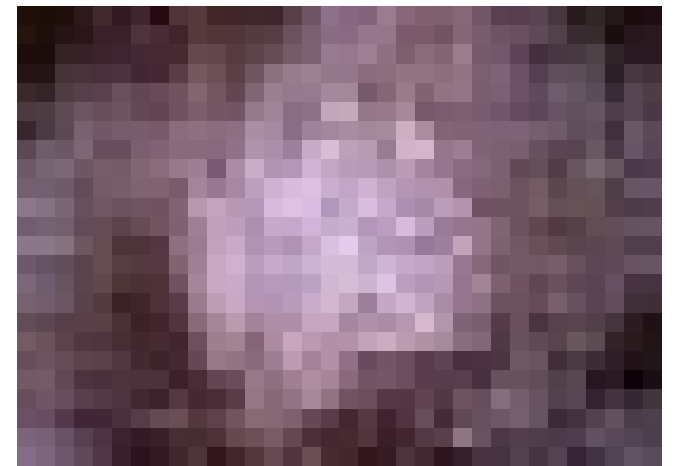
Classificazione internazionale in base alla sede anatomica della infezione → **tinea** + genitivo della sede:

- ***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
- I funghi corrodono la cheratina del capello e lo fanno spezzare → chiazza/e senza capelli
- Eritema, desquamazione e prurito variabili
- In genere non febbre, non linfadenopatie, non disturbi generali



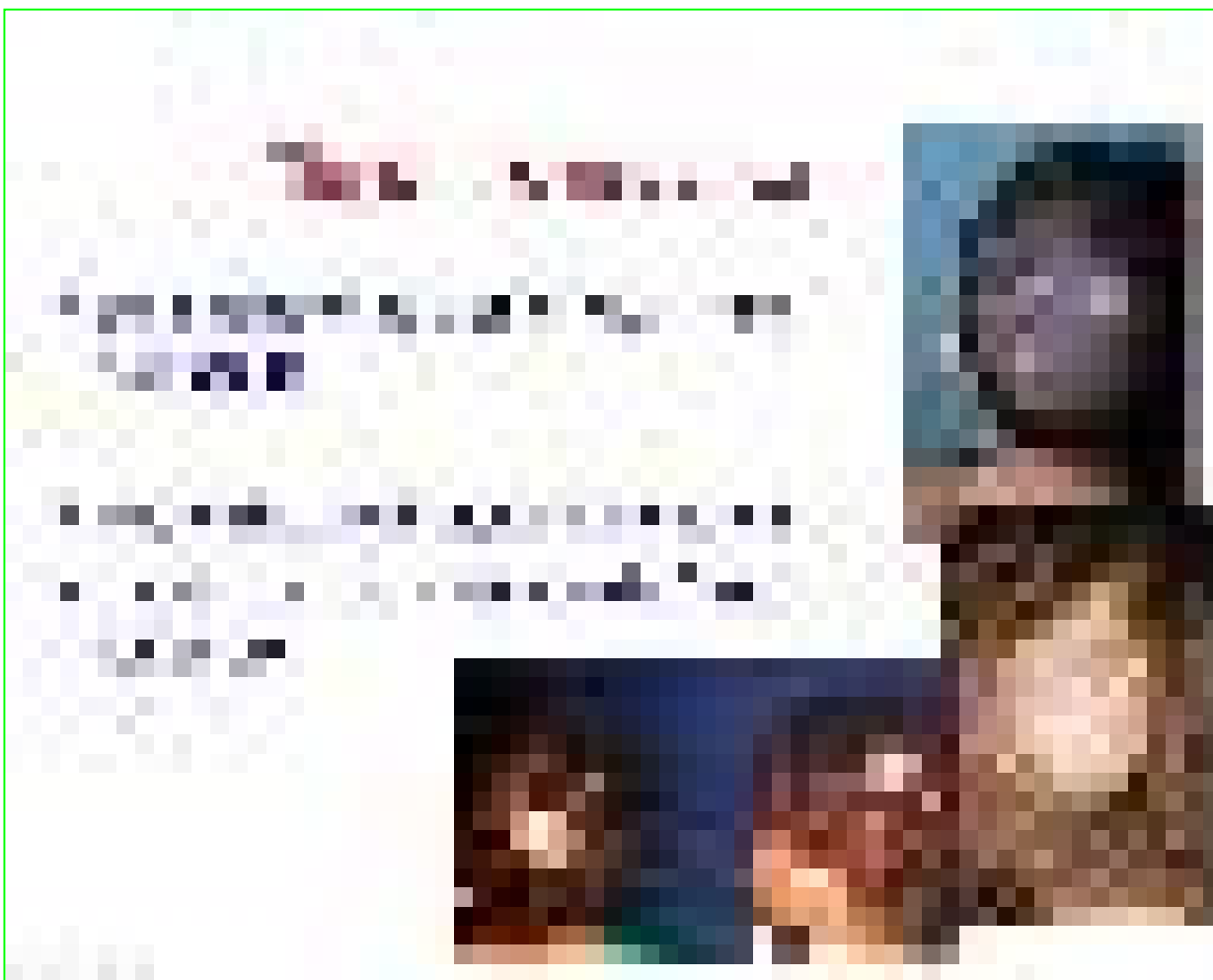


In Italia, la tinea capitis è ancora oggi legata soprattutto a [M.canis](#) (70%)

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



# Quadro clínico



# Tigne suppurative

## Forme cliniche

- ◆ **Tinea barbae (*sicosis micotica*)**
- ◆ **Kerion Celsi**

Zoofili >95%

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

• Inizialmente chiazze eritemato-desquamative, che diventano poi edematose e infiltrate, cosparse di pustole

• Talvolta suppurazione intensa e colliquazione centrale

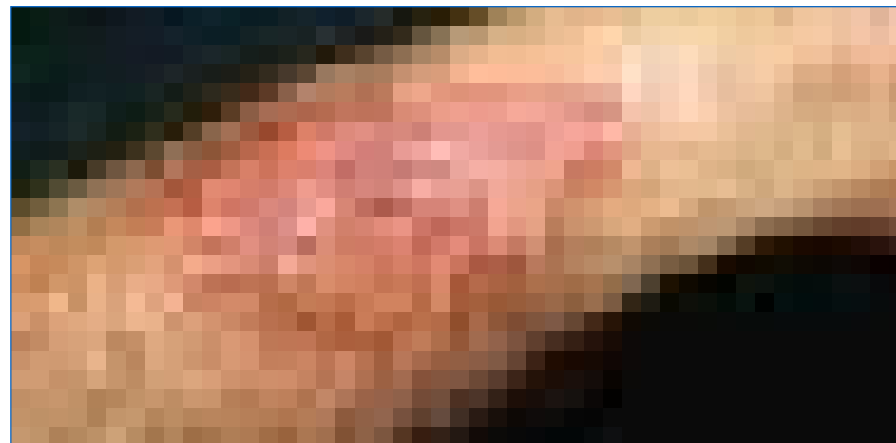
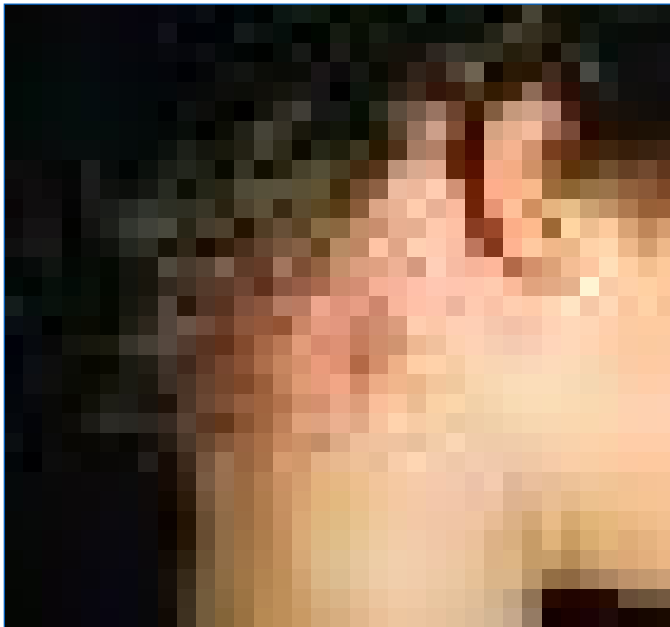
N.B.:suppurazione causata da miceti e non da contaminazione batterica!





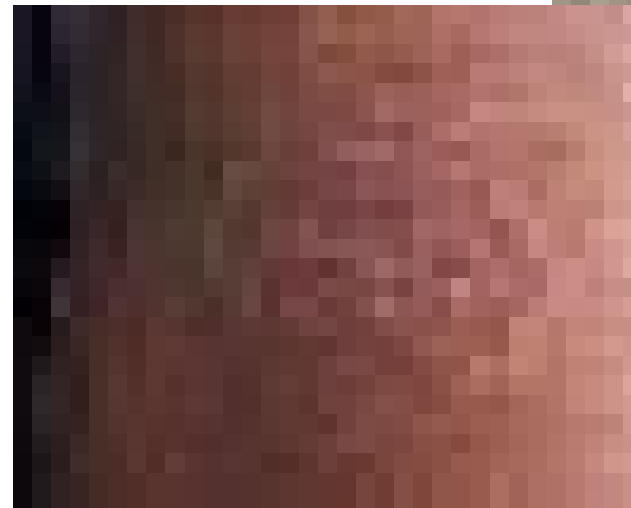
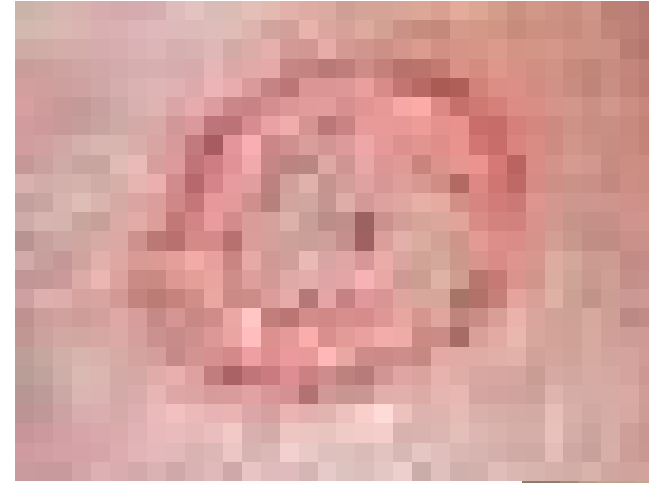


- Frequenti sintomi generali: febbre, linfadenopatie, artralgie, astenia, eritema nodoso reattivo
- Guarigione con esiti cicatriziali
- Intensa risposta immunitaria

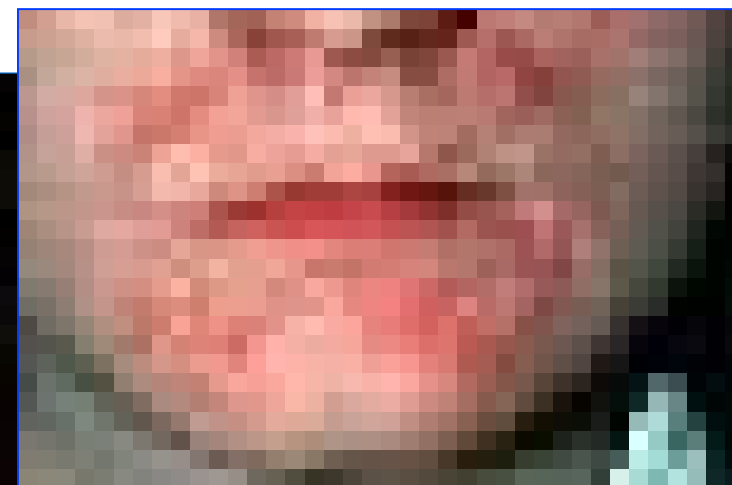
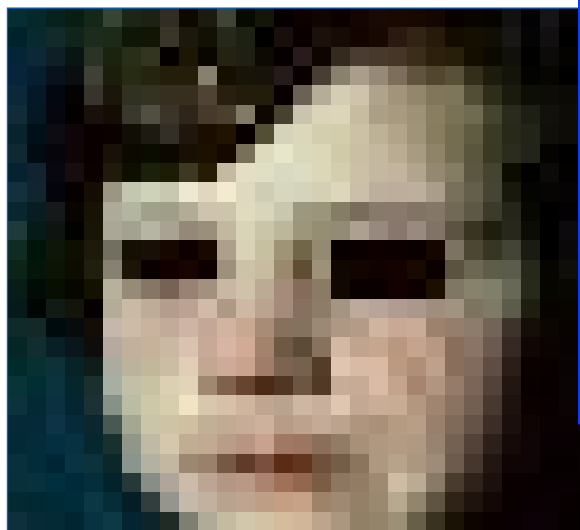
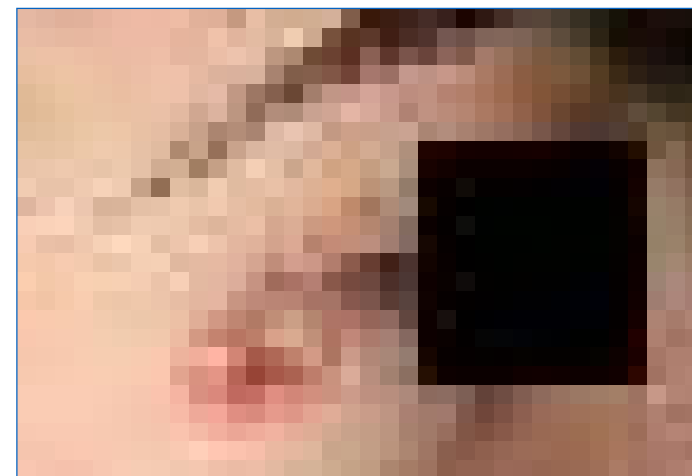
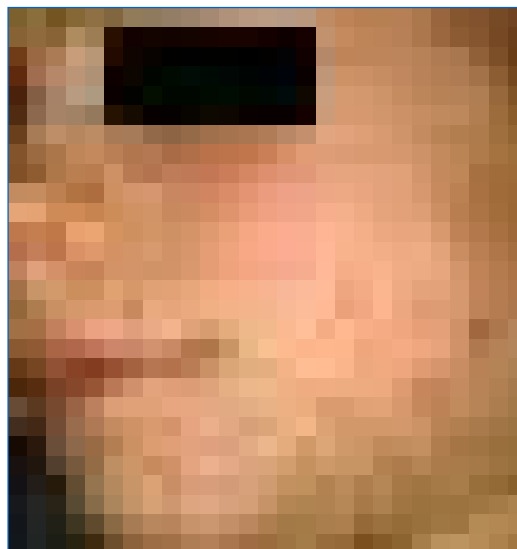


# Tinea corporis

- 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 desquamante
- Progressione centrifuga
- Prurito

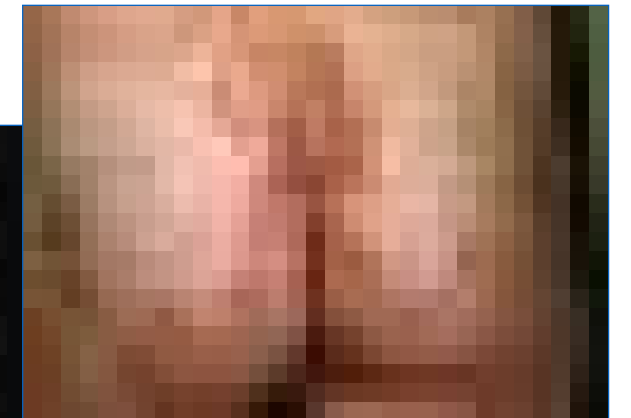
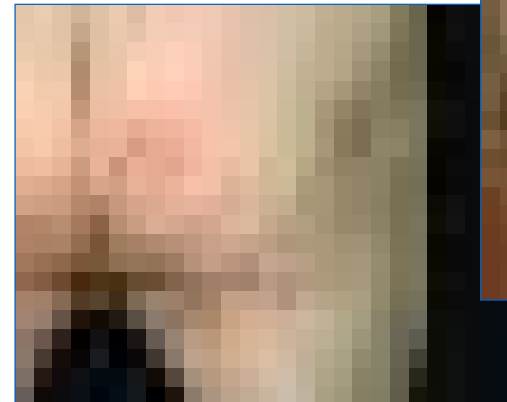
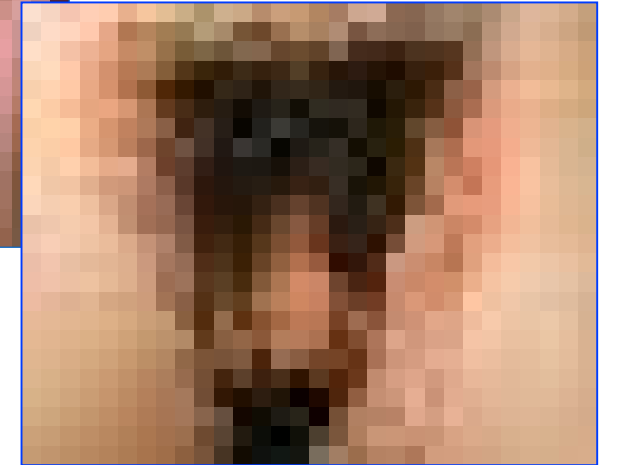
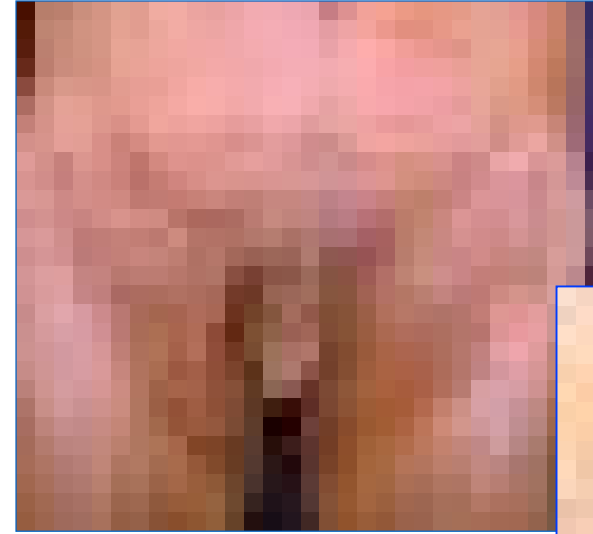


- In alcune sedi, specie al **volto**, le lesioni possono mostrare aspetti atipici
- Simulano altre dermatosi infiammatorie (rosacea, dermatite periorale, lupus, fotodermatiti)



# Tinea cruris

- Tipica degli adulti, ↑ maschi
- Chiazze eritemato-desquamative, a “bavaglino”
- Lesioni in genere simmetriche, molto pruriginose
- Risoluzione centrale e lesioni satelliti
- Frequente estensione ai glutei
- Esacerbazioni stagionali



# Pityriasis versicolor

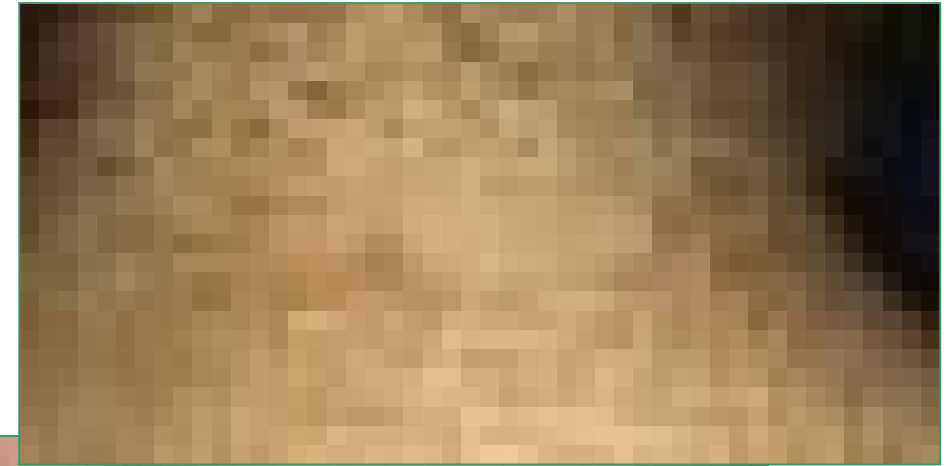
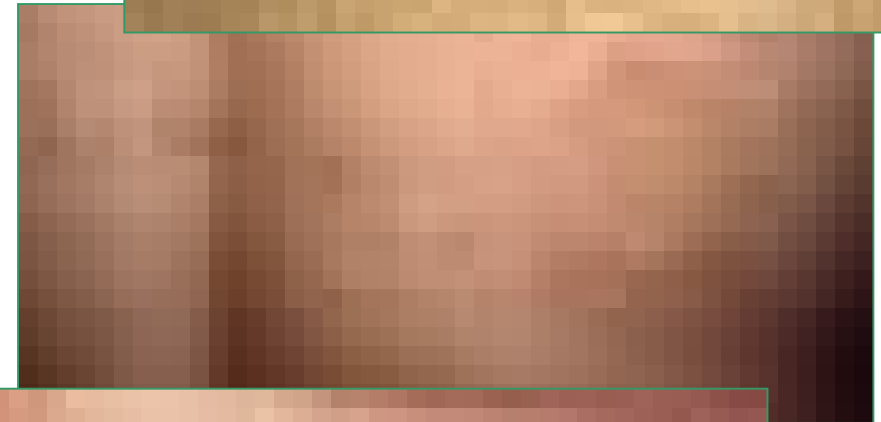
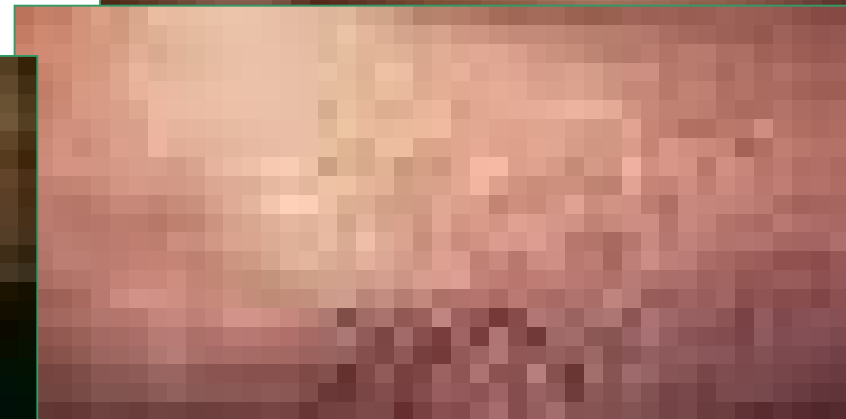
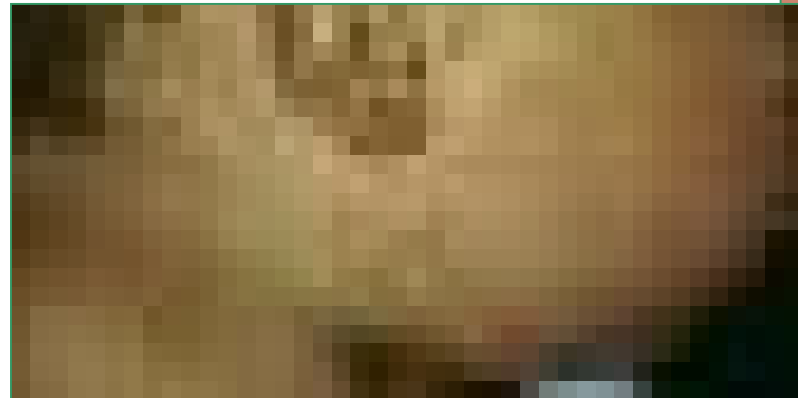
- Causata da *Malassezia furfur*, lievito lipofilo colonizza normalmente le aree cutanee ricche di ghiandole sebacee
- Infezione endogena opportunistica, risultato dell'interazione tra virulenza/patogenicità del micete e difese dell'ospite
- Predisposizione genetica
- Abbastanza importanti anche i fattori predisponenti locali (per es. qualità e quantità della secrezione sebacea)
- Predilige i giovani maschi adulti
- Non contagiosa

## • **Fattori predisponenti**

- **Clima caldo-umido**
- **Seborrea**
- **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

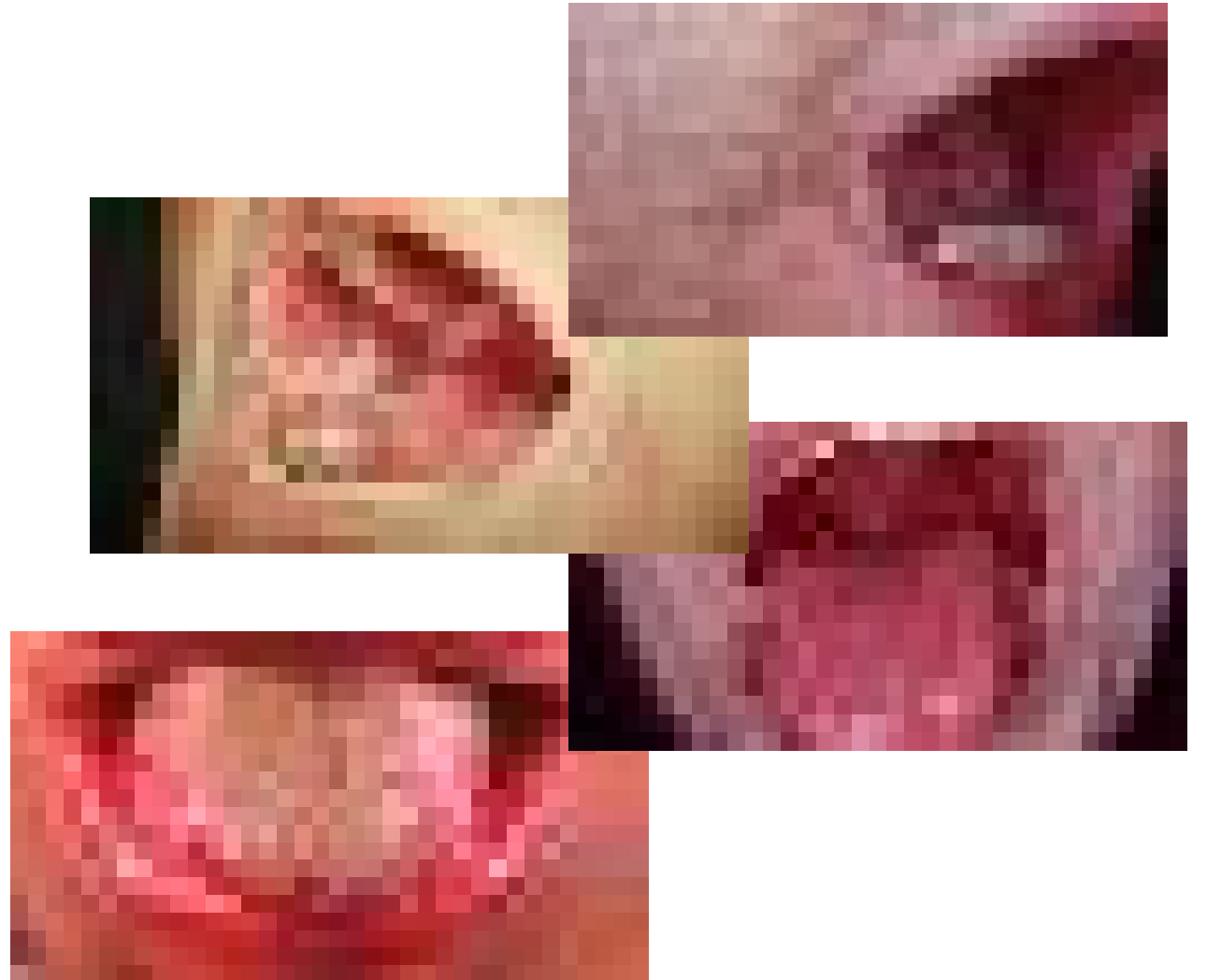
- Terapia con cortisonici, antibiotici a largo spettro, immunosoppressori, contraccettivi
- Diabete e altre endocrinopatie  
Immunodepressione
- Neoplasie e altre malattie debilitanti





# Candidosi del cavo orale

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



# Candidosi genitali

## Balanopostiti e vulvo-vaginiti

- Eritemato-papulo-squamosa
- Pseudomembranosa
- Eritematosa



# Intertrigine delle grandi pieghe

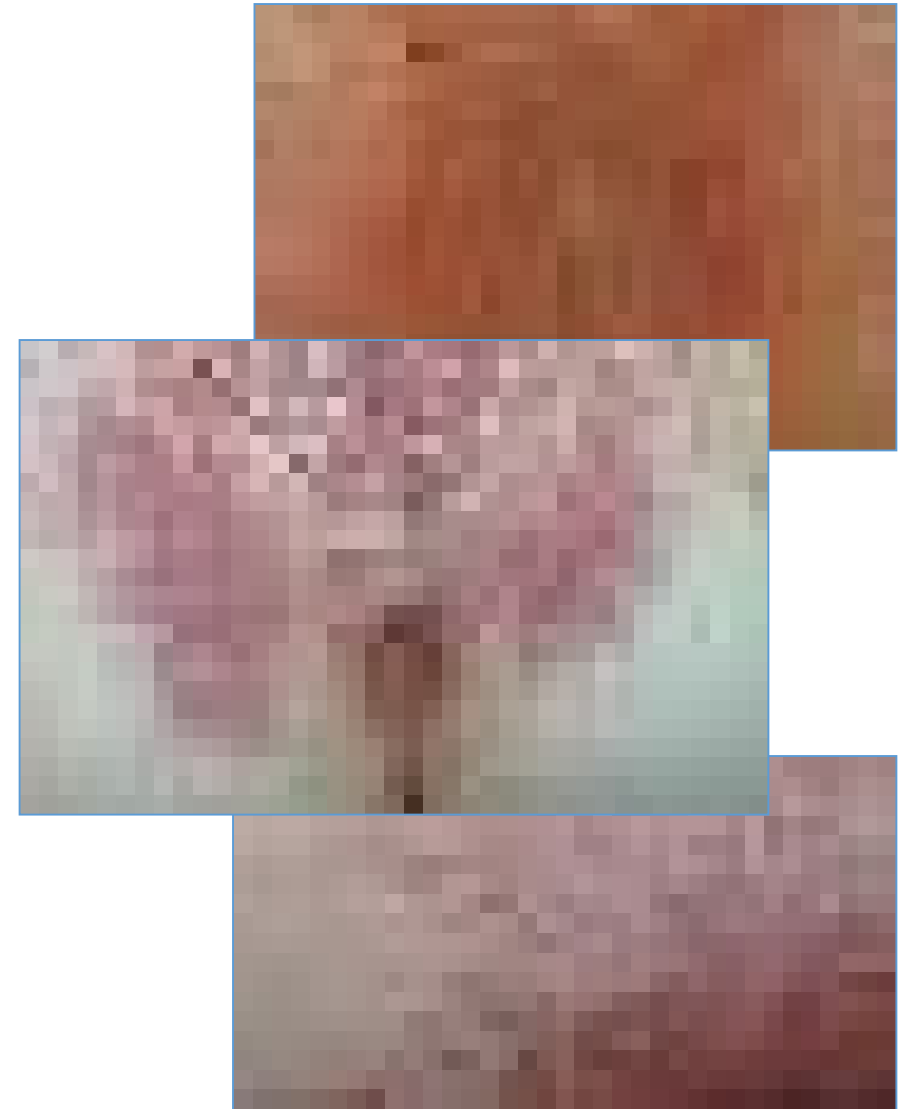
↑ Inguinali e sottomammarie

■ Inizia dal fondo della piega

■ Colorito rosso intenso, superficie lucida  
“laccata”

■ Desquamazione a collaretto dei bordi

■ Lesioni eritemato-papulose e/o pustolose  
satelliti con orlo scollato e desquamante



# Candidosi del pannolino

- Inizia dopo la 2°-3ª settimana di vita
- Copre e oltrepassa tutta l'area del pannolino
- Si associa in genere a candidosi orale e intestinale
- Aspetti differenziali verso la dermatite da pannolino
  - inizia dal fondo delle pieghe
  - presenta bordi netti e desquamanti e le tipiche lesioni satellite



# 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
- L'infezione si estende poi alla lamina
- Frequente l'associazione con infezioni batteriche (*Pseudomonas*, *Stafilococco*) → colorazione giallo-bruna o verdastra della lamina

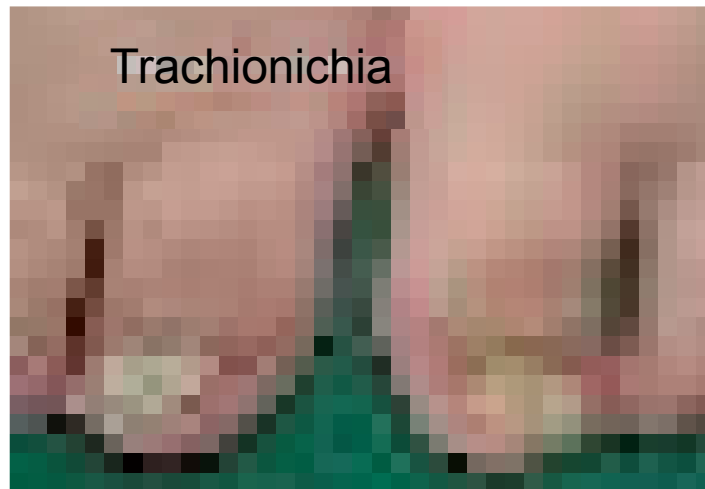


# ATTENZIONE

## non tutte le onicopatie sono micosi!

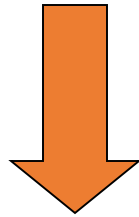
- Le infezioni fungine sono responsabili del 50% circa delle onicopatie
- Altre cause di alterazioni delle unghie:
  - Traumatiche e chimiche
  - Altre malattie della pelle → psoriasi, lichen, alopecia areata, dermatiti da contatto, malattie genetiche....
  - Malattie sistemiche → pneumopatie, artrosi,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



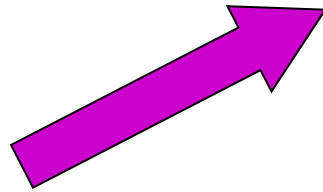


# Diagnosi delle micosi superficiali

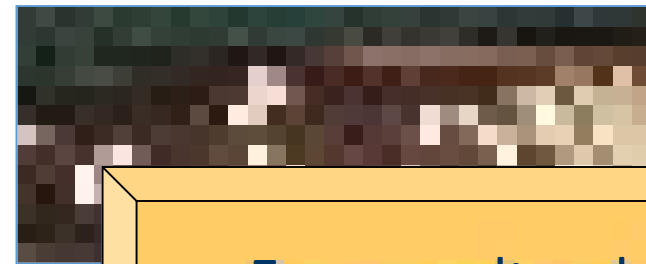
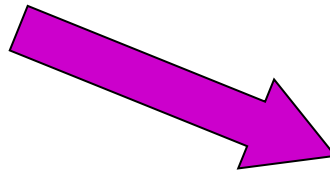
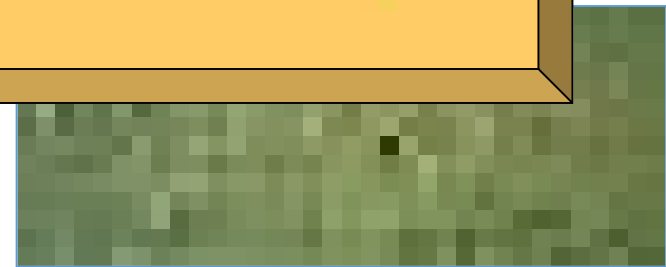
Diagnosi clinica



Conferma  
micologica



Esame microscopico



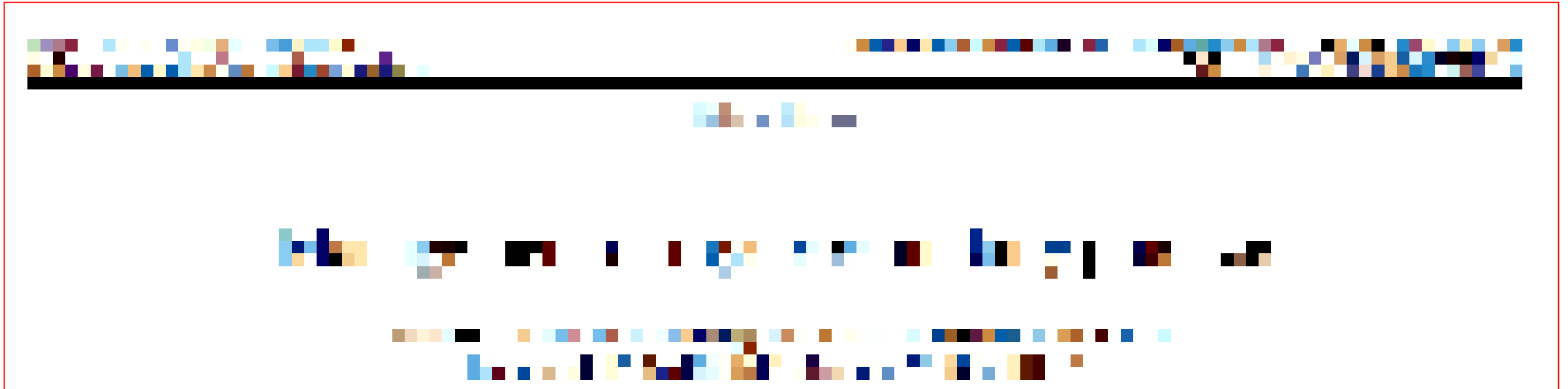
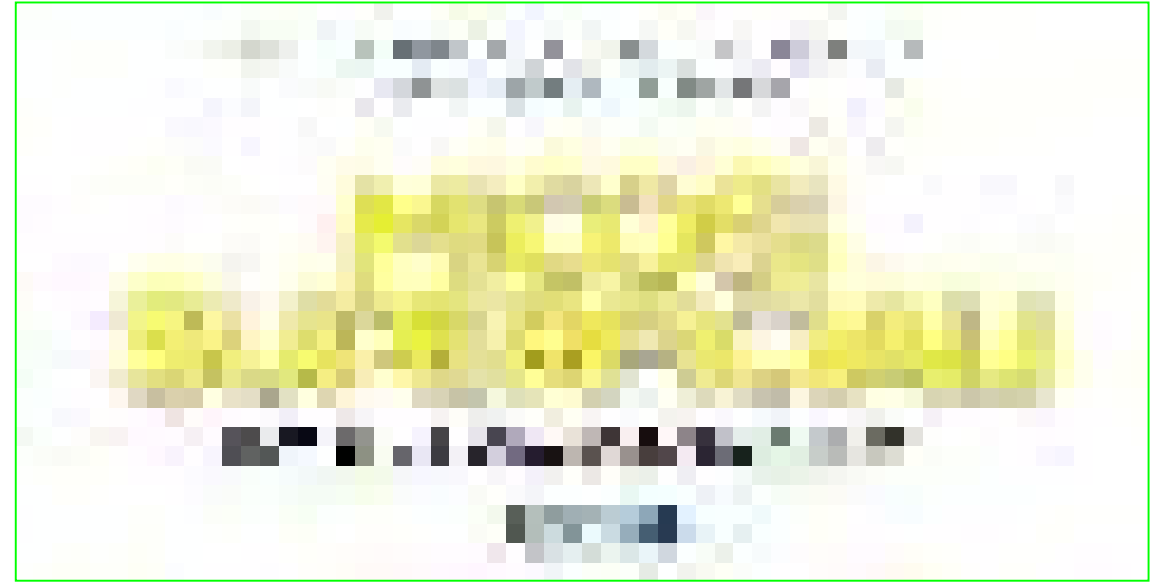
Esame colturale



# Perché fare sempre l'esame micologico?

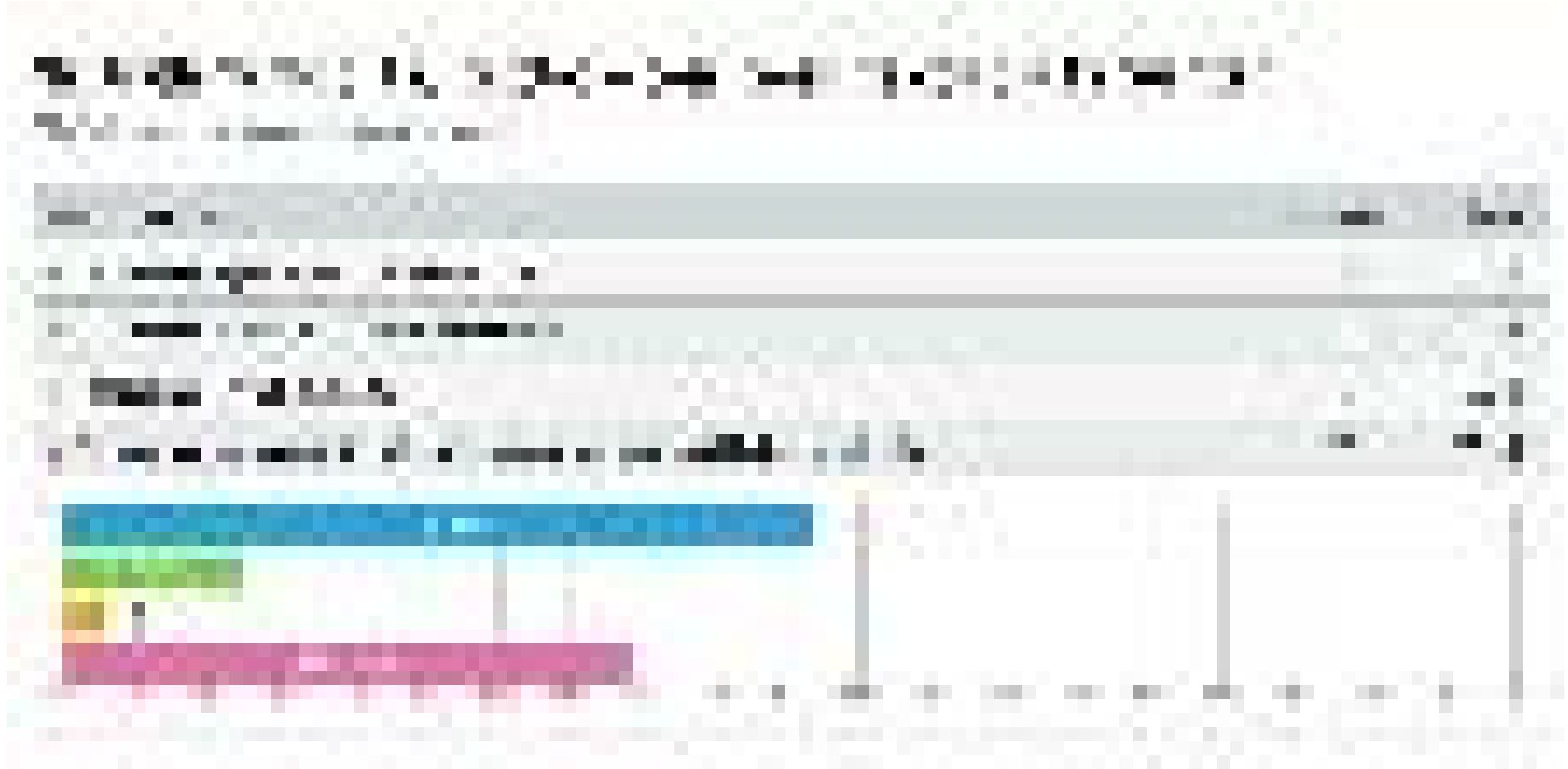
- Confermare la diagnosi e identificare l'agente eziologico
  - ↳ Evitare le terapie inutili
  - ↳ Scegliere la terapia più adeguata
  - ↳ Aumentare l'aderenza al trattamento
  - ↳ Ridurre i costi sanitari
  - ↳ Programmare le eventuali misure di profilassi

# TERAPIA



# OPZIONI TERAPEUTICHE NELLE MICOSI SUPERFICIALI







**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 topica in prima battuta e in monoterapia

- **Solo se**

- La micosi non è una ricaduta/recidiva precoce
- La micosi non è complicata (es. localizzazioni multiple)
- Non ci sono importanti fattori di rischio per non risposta al trattamento o rapida recidiva
- Il soggetto è adeguatamente compliant

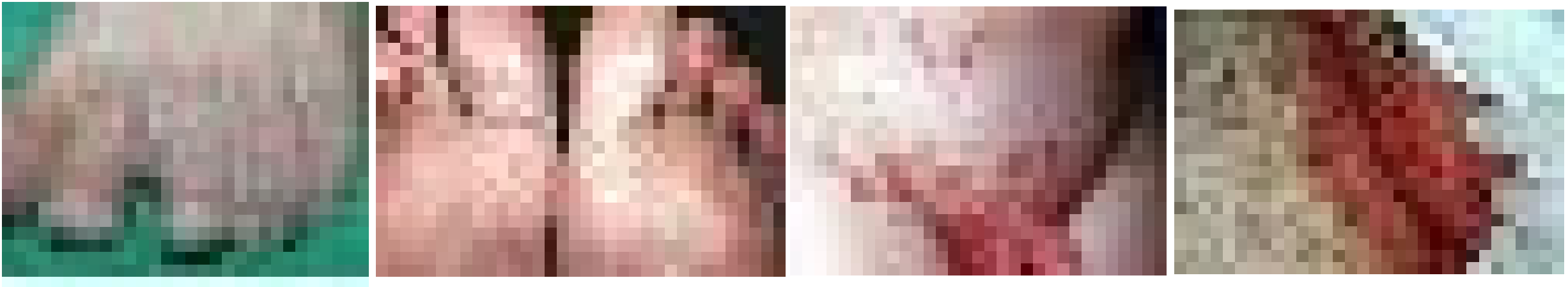


# Terapia sistemica

- 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?

- La terbinafina per via sistemica non è indicata nelle infezioni da lieviti, mentre è la prima scelta in tutte le forme da dermatofiti esclusa la tinea capitis (→griseofulvina)



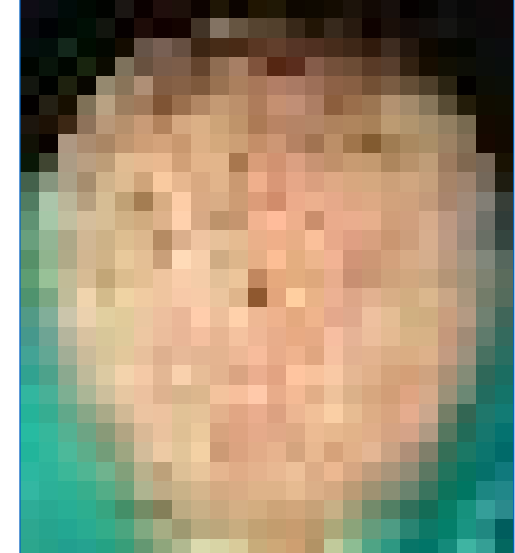
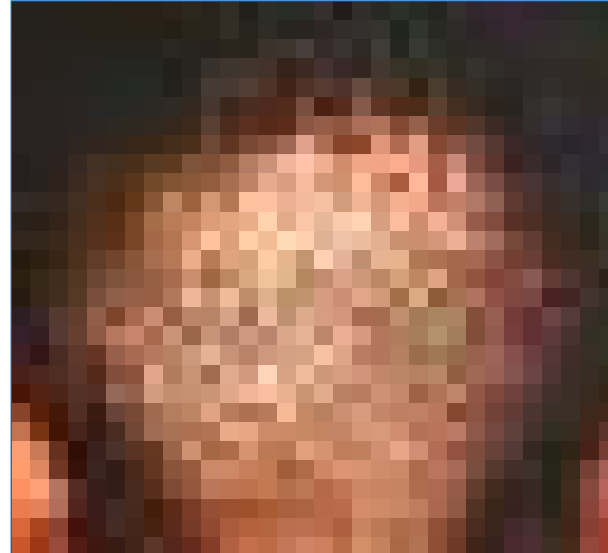
# Terapia della tinea capitis

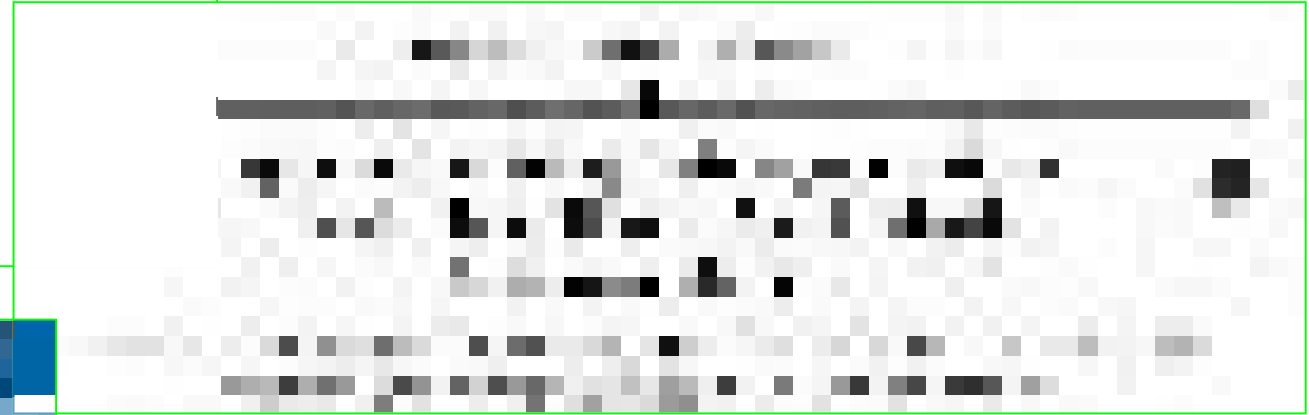
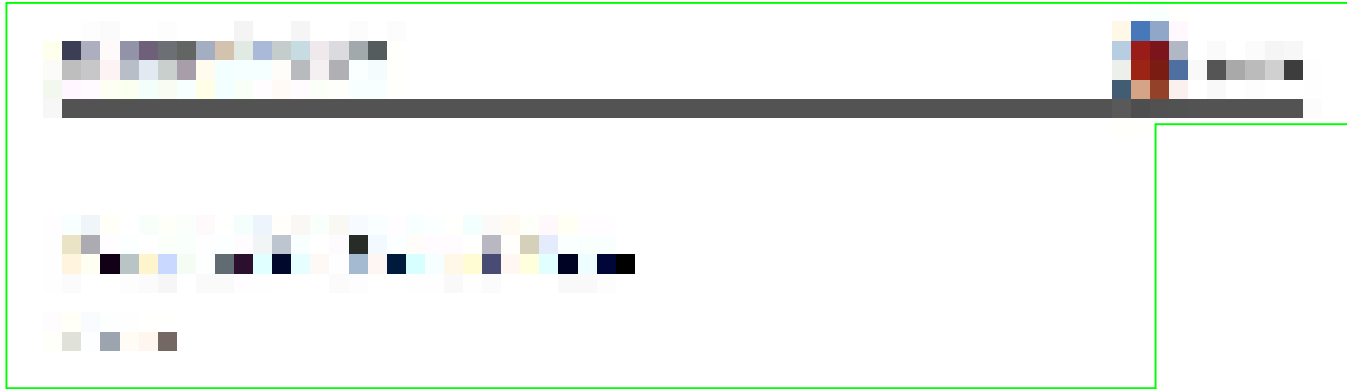
- Prima scelta

- ↳ Griseofulvina orale 20-25mg/kg/dì x 6-8 settimane

- Seconda scelta

- ↳ Terbinafina - Itraconazolo - Fluconazolo





- **Griseofulvina** è la prima scelta consigliata da tutte le linee guida, ma...
- **Terbinafina** è più efficace nelle forme da **tricotofi 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. krusei*) sono poco o nulla sensibili a fluconazolo e altri azolici
- 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, Nistatina, Amfotericina
- **“Ritorno al passato”**: coloranti, acido bórico, 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?

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



# Perché la micosi non guarisce o recidiva?

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



# Motivi della non aderenza

Le principali motivazioni per la non aderenza:

- Terapia troppo lunga o complessa >50%
- Sensazione di non efficacia >30%
- Costi elevati 15%
- Effetti collaterali 5%

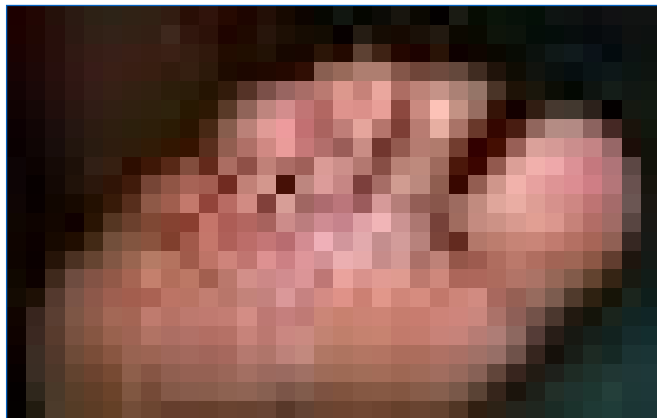


# Sensazione di non efficacia



- Quando l'infezione è intensa, la terapia antifungina “pura” può richiedere qualche giorno per cominciare ad agire visibilmente
- L'utilizzo , nei primi 2-5 giorni, di un prodotto topico che associa antifungino e cortisonico può dare rapido sollievo al paziente e spronarlo a proseguire poi la terapia come prescritta
- Questa associazione riduce rapidamente anche i sintomi soggettivi più fastidiosi, quali prurito e bruciore

- Le forme che si giovano di più dell'uso della terapia di associazione corticosteroide + antifungino sono le micosi delle pieghe, soprattutto inguinali e interdigitali
- In queste sedi è anche molto frequente l'associazione con infezioni batteriche, specie da Gram-negativi

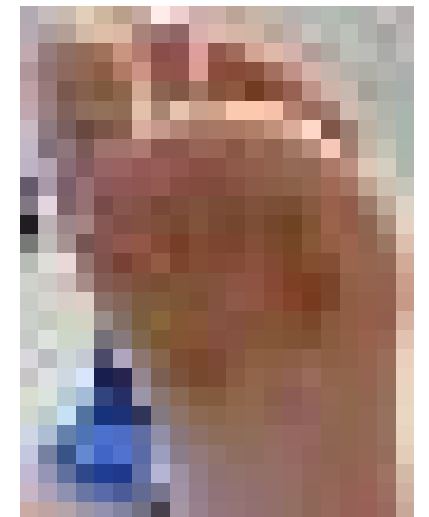
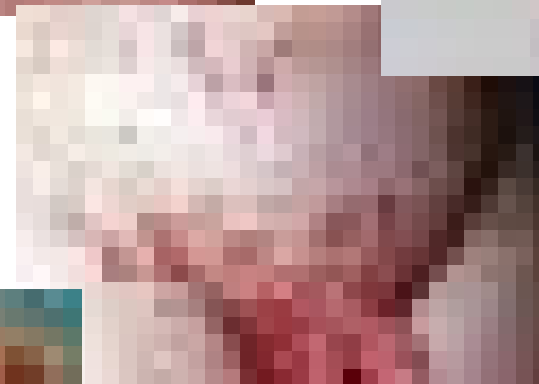
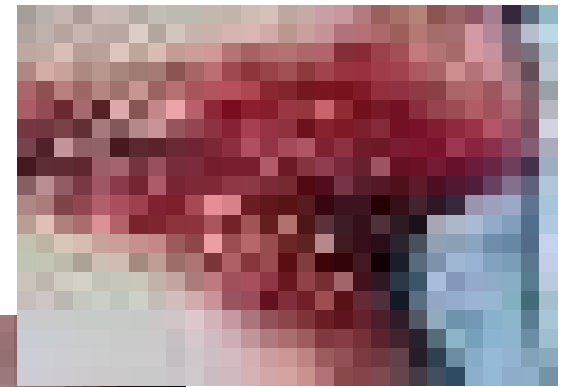
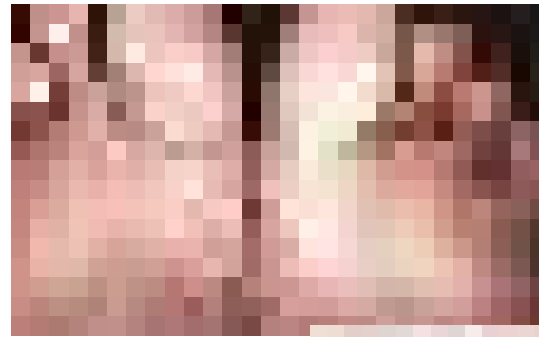






## “Red flags” per la presenza di miceti + batteri

- 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 della cute e degli annessi cutanei

- ★ Esistono molteplici classificazioni delle infezioni batteriche della cute e dei tessuti molli basate su criteri diversi
- ★ La maggior parte delle linee guida segue la classificazione di Di Nubile et al, basata su un livello di gravità crescente
  - Infezioni non complicate
  - Infezioni complicate



# Infezioni batteriche della cute e degli annessi cutanei

## ★ Infezioni batteriche non complicate

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

## ★ Lesioni cutanee sovra-infettate o impetiginizzate

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

## ★ Infezioni batteriche complicate

- Infezioni acute della ferita da trauma, da morso di animale
- Infezione post-operatoria
- Infezioni croniche della ferita
- Infezioni del piede diabetico, di ulcere vascolari e da pressione

## ★ Fascite necrotizzante

## ★ Mionecrosi

# Infezioni batteriche della cute e degli annessi cutanei

## ★ Infezioni batteriche non complicate

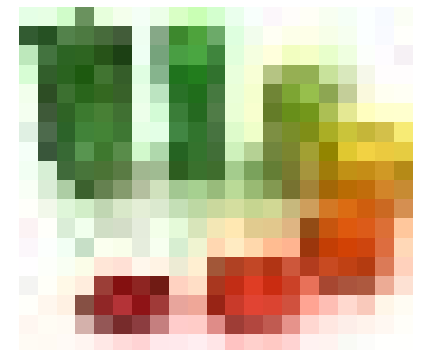
- Superficiali → Impetigine ed ectima
- Profonde → Erisipela e celluliti
- Infezioni a localizzazione annessiale superficiali → (follicolite) e profonde → (foruncolo, favo, idrosadenite, ascesso)

Generalmente da Gram-positivi

## ★ Lesioni cutanee sovra-infettate o impetiginizzate

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

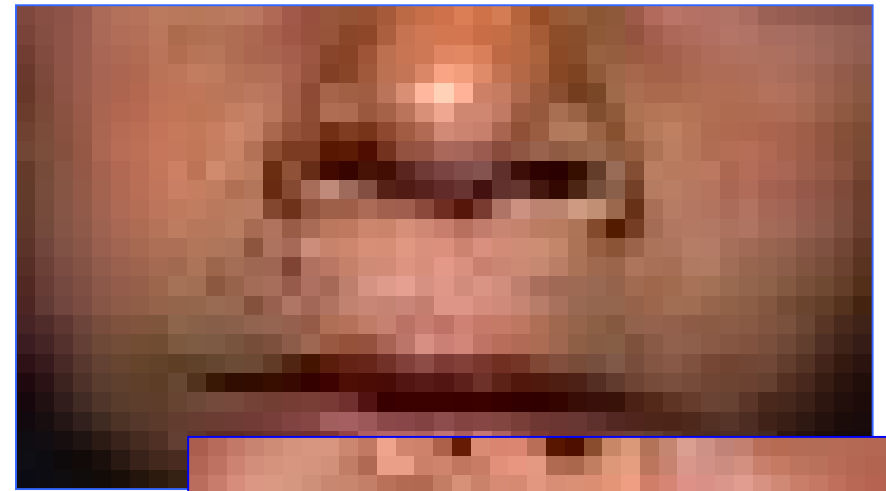
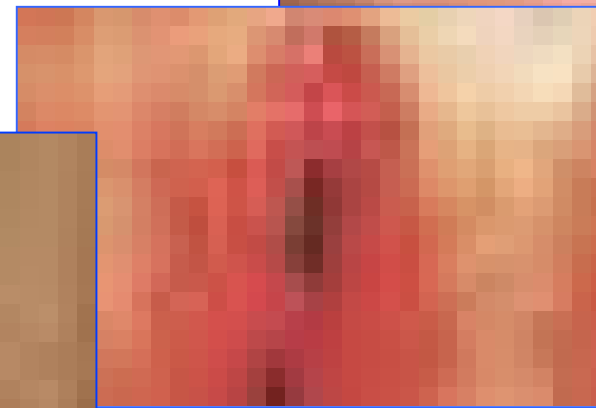
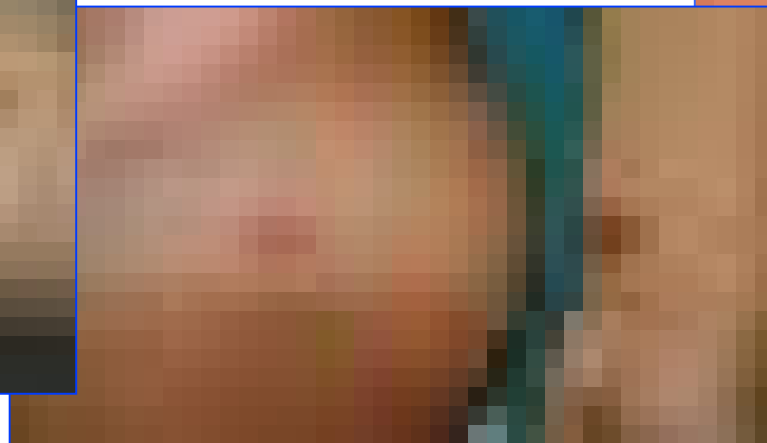
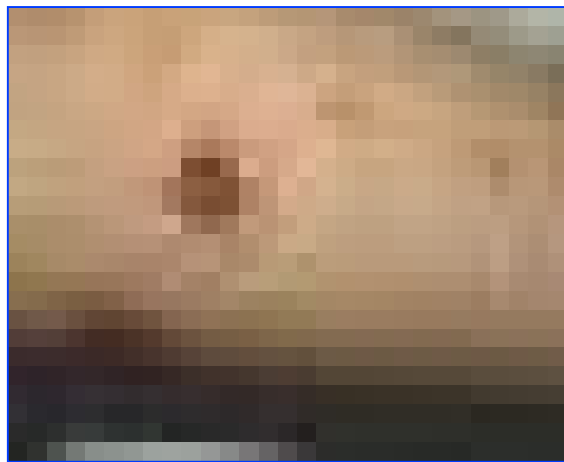
da Gram-positivi e da Gram-negativi



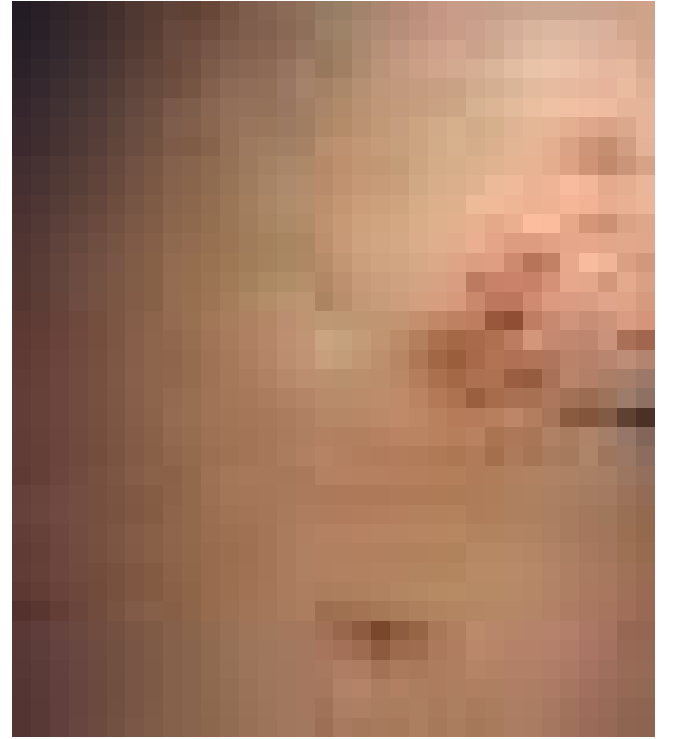
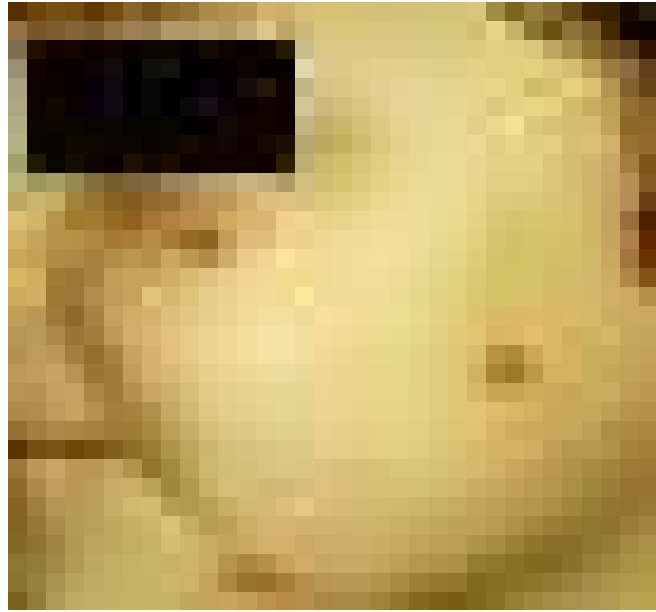
# Impetigine

- 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 a fine estate (clima caldo-umido)
- Altamente contagiosa per i soggetti recettivi
- 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

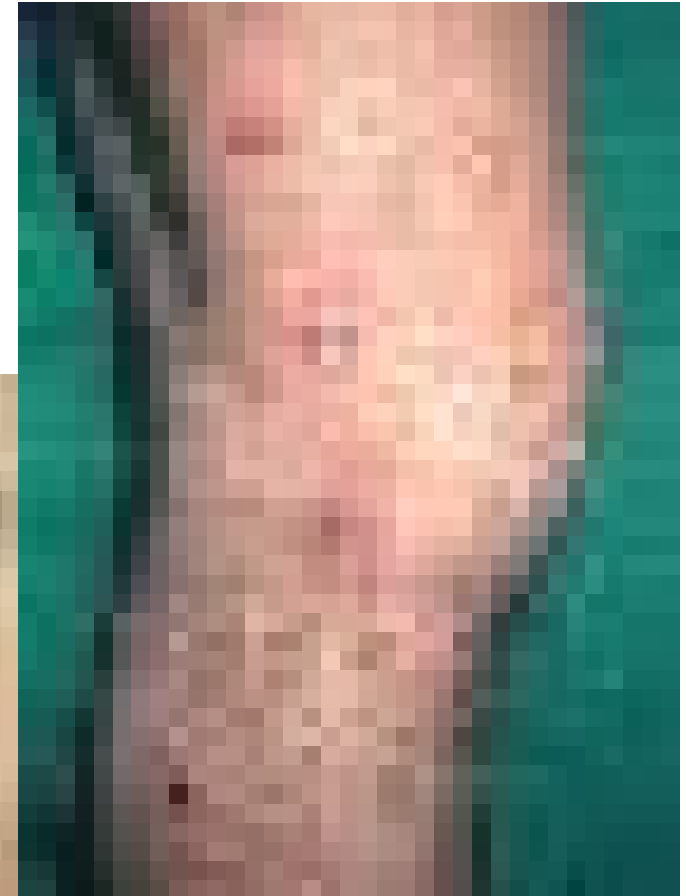






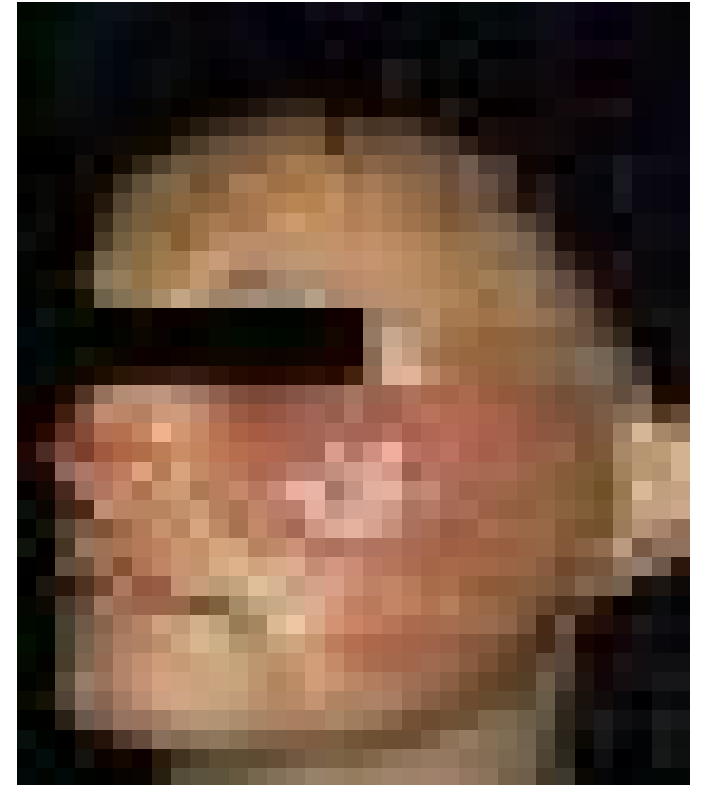
# Ectima

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

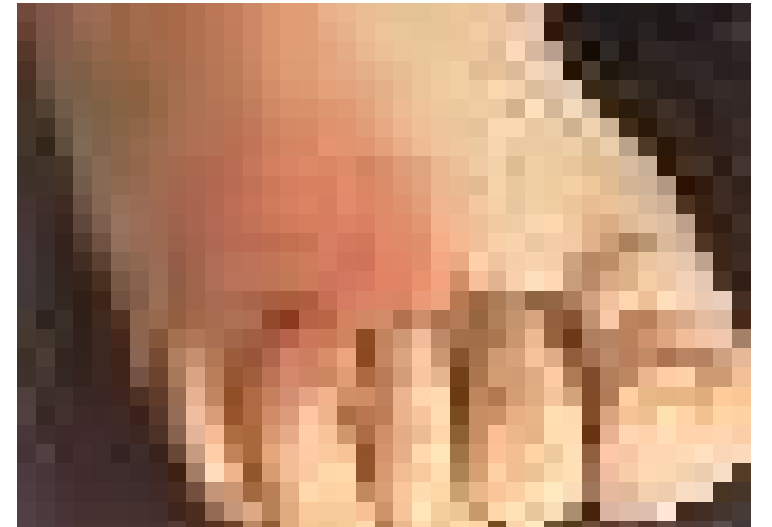
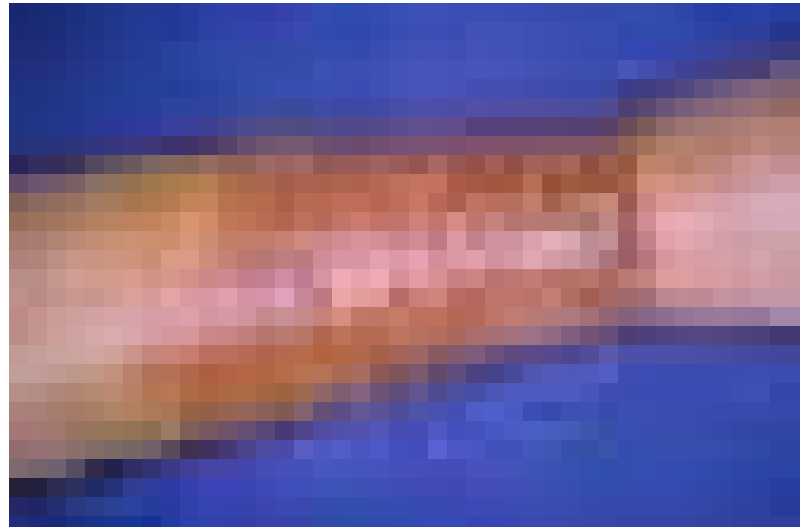
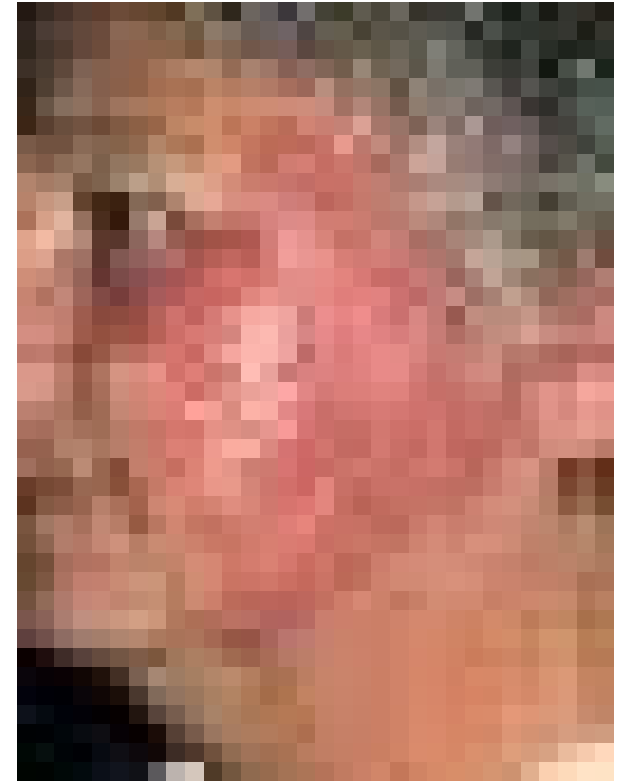


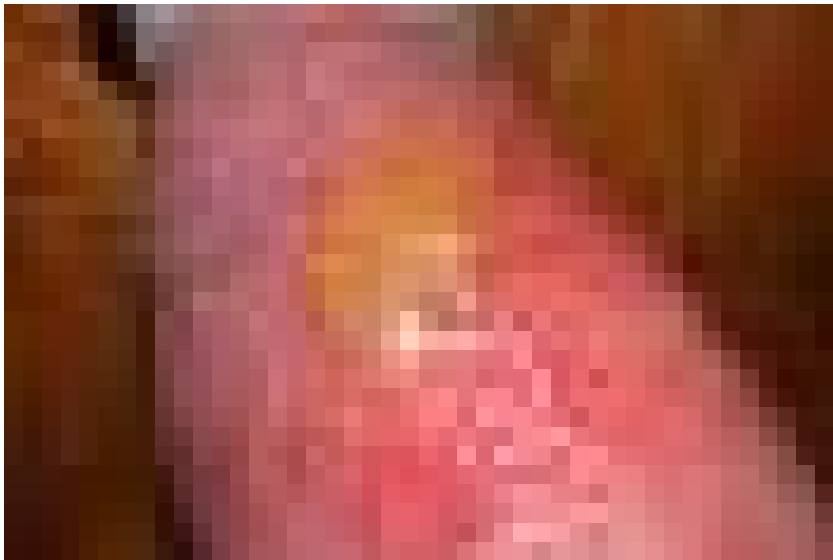
# Erisipela

- 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*)



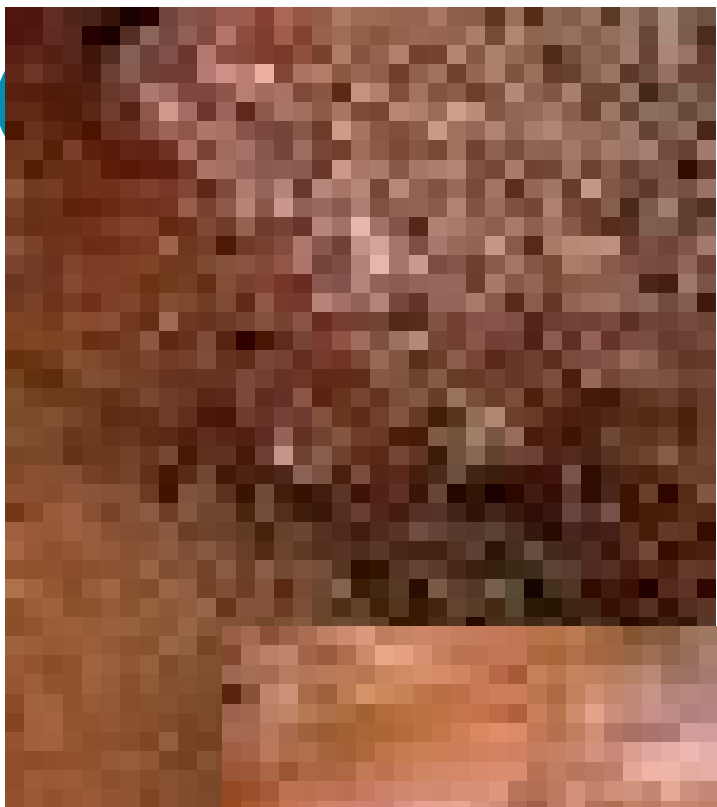


# Follicolite, foruncolo, altri ascessi

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









# Foruncolo

- Dolore intenso
- Linfadenopatia consensuale
- Possibile febbre

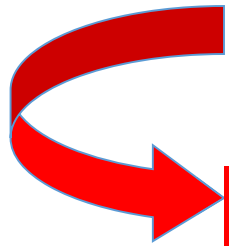
Lesioni multiple o ricorrenti devono far sospettare :

- infezioni da MRSA
- fattori predisponenti



# MRSA: problema crescente

- Il 25-30% della popolazione sana è colonizzato (*cute, mucosa nasale*) da SA meticillino-sensibile (MSSA)
- 1-3% da CA-MRSA
- Negli USA, il 51-87% delle infezioni cutanee osservate in Pronto Soccorso risulta causato da MRSA

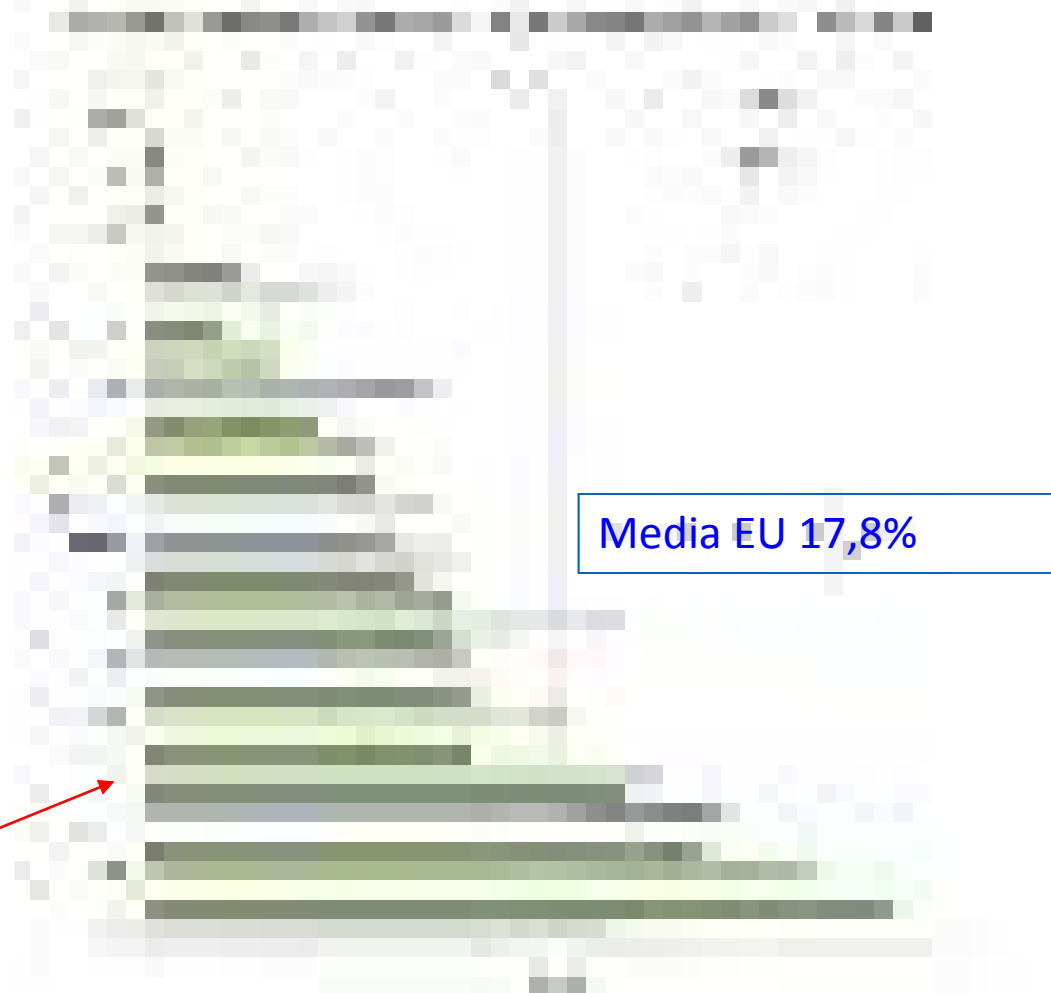
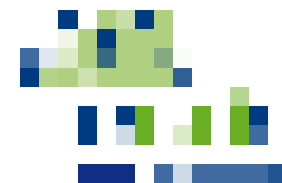


**99% da CA-MRSA**

**94% dei ceppi isolati produce PVL**

# MRSA, infezioni invasive nel 2012

*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*



# MRSA

- 53% dei cloni isolati in Europa da infezioni invasive
- 40% delle sepsi osservate in soggetti adulti in 13 paesi EU 2007-2008
- 98% delle infezioni osservate nelle ICU di 75 stati del network di sorveglianza WHO
- 80% delle infezioni nei centri ustioni tedeschi



# 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

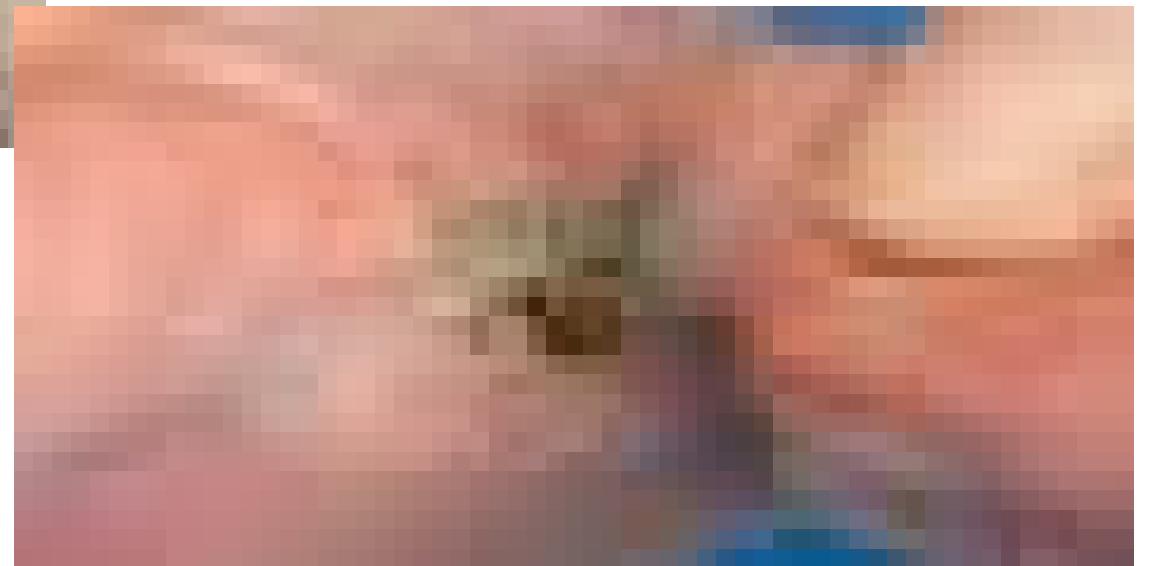
- Quadro clinico

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

# Intertrigini batteriche

- Infezione localizzata alle pieghe
- Germi responsabili:  
**Stafilococco, Streptococco Gram-negativi** alle pieghe inguinali e ai piedi
- Fattori predisponenti: obesità, diabete, ambiente caldo-umido, altre dermatiti





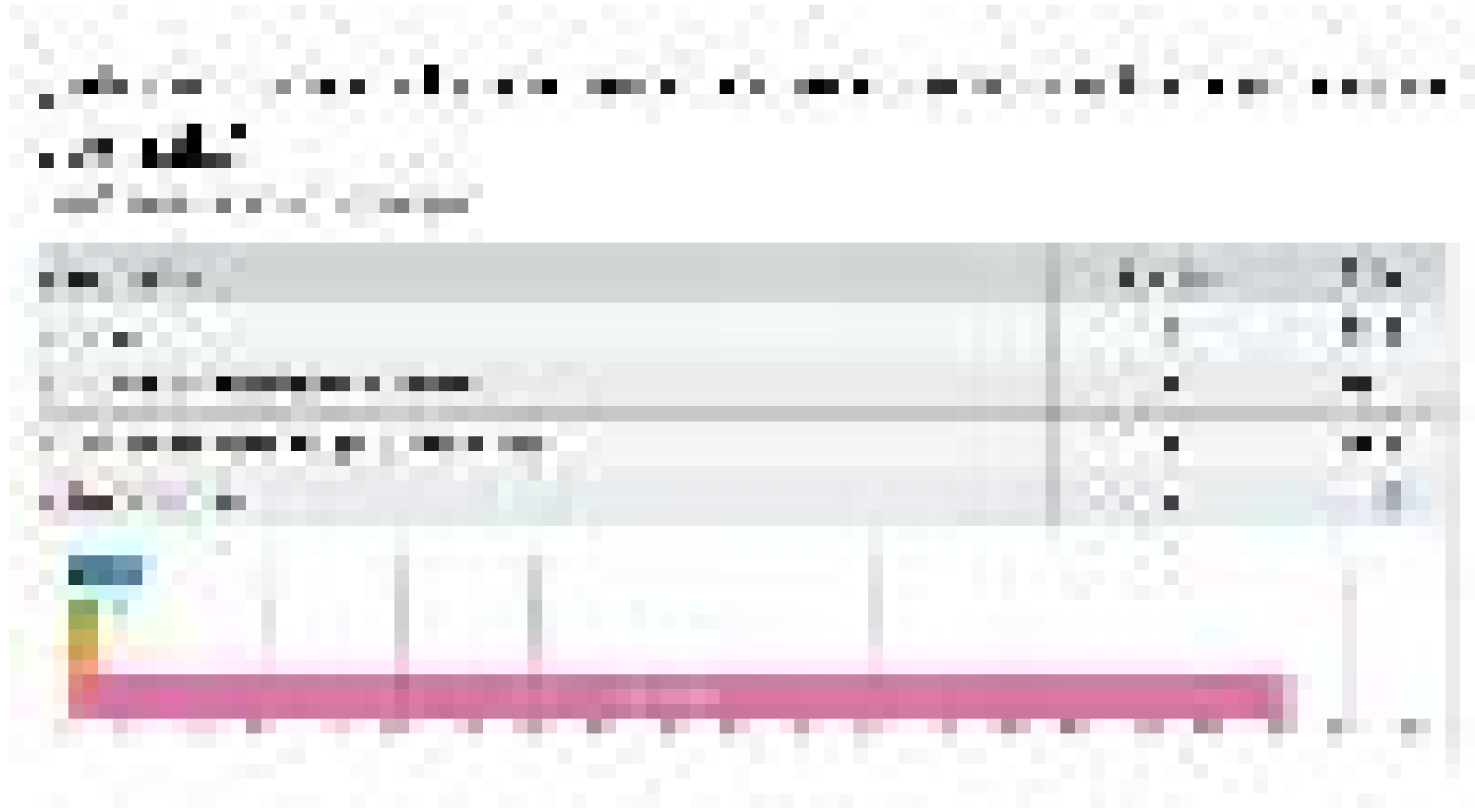
# Impetiginizzazione (o sovrainfezione) di altre dermatiti o lesioni cutanee

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



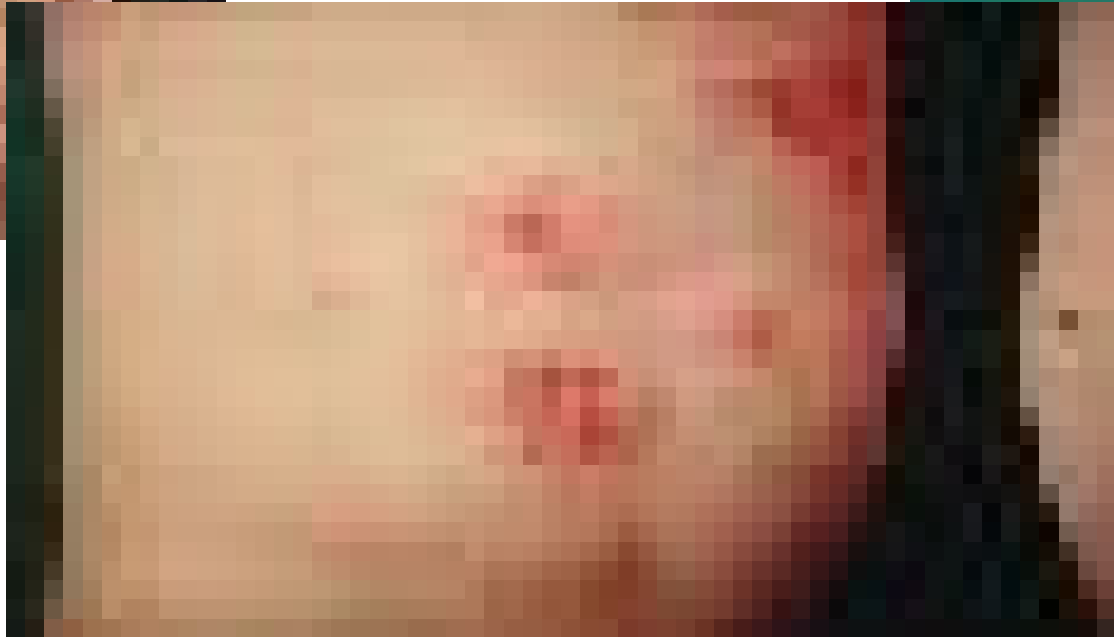
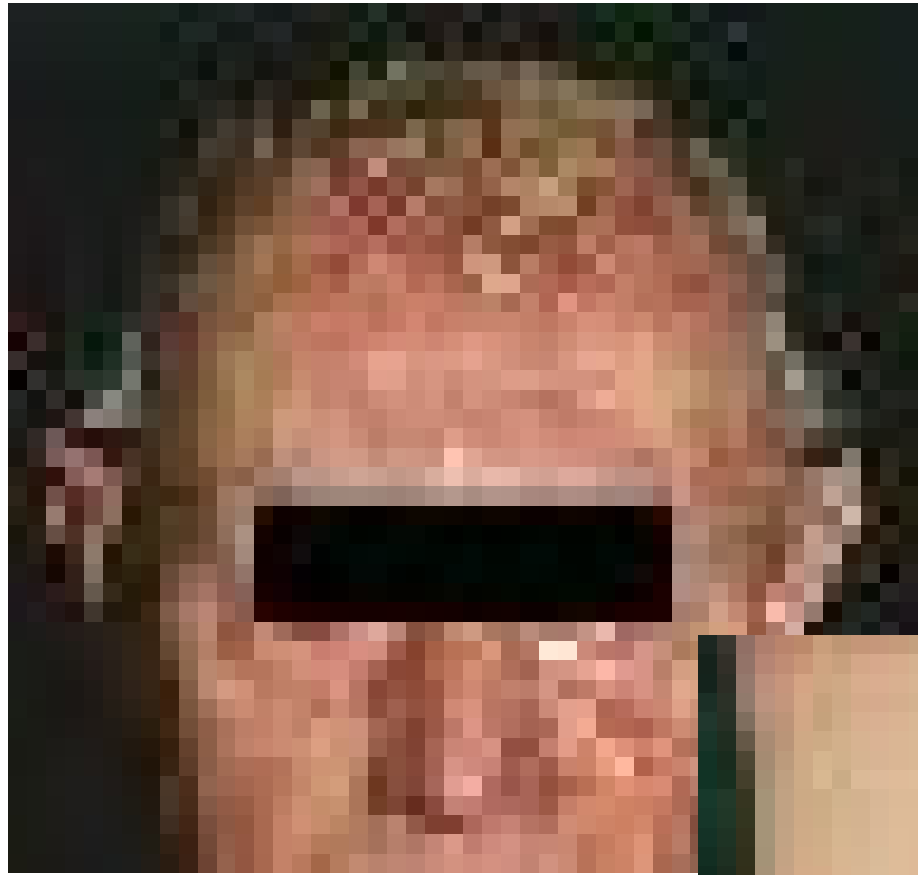
Dermatite atopica  
impetiginizzata



Ulcera  
vascolare  
sovra-  
infettata

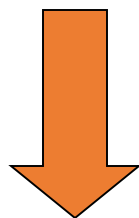


herpes simplex impetiginizzato

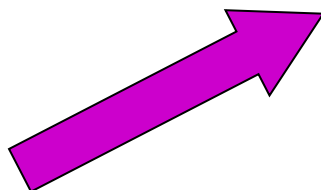


# Diagnosi delle piodermiti

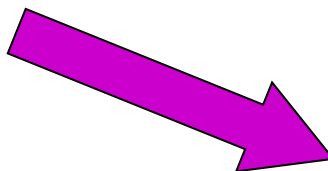
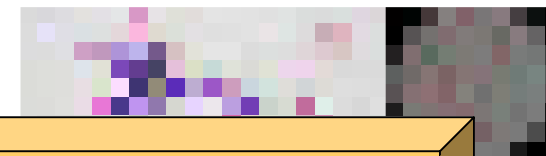
Diagnosi clinica



Conferma  
batteriologica



Esame microscopico  
e culturale



Antibiogramma



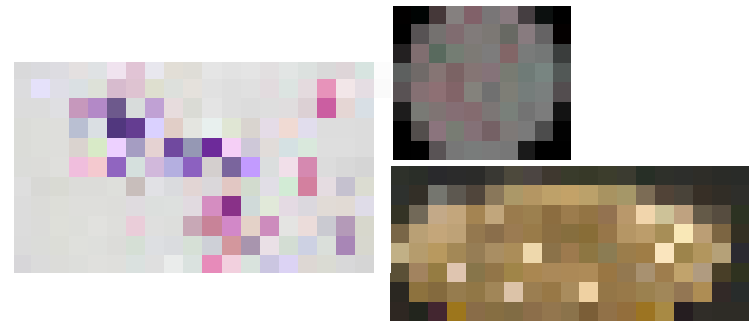
## Altre indagini

- 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

# Esame colturale e antibiogramma

- Non sempre necessari o possibili
- Non utilizzabili per iniziare la terapia → terapia empirica
- Certamente utili per il corretto trattamento → «aggiustare la mira»



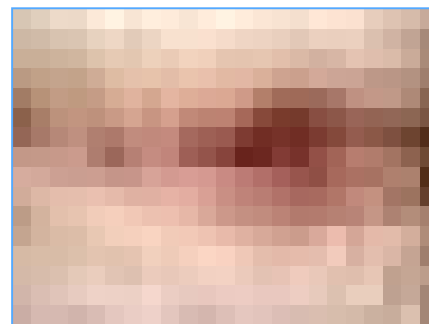
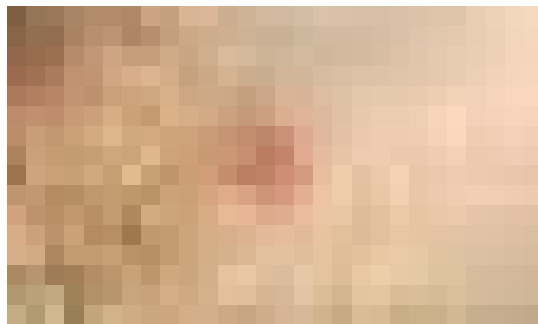
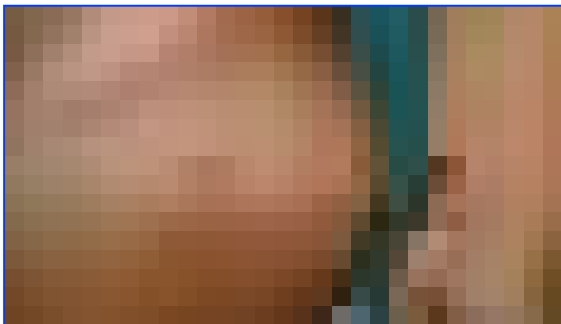
# I problemi della terapia delle infezioni batteriche cutanee

- 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?



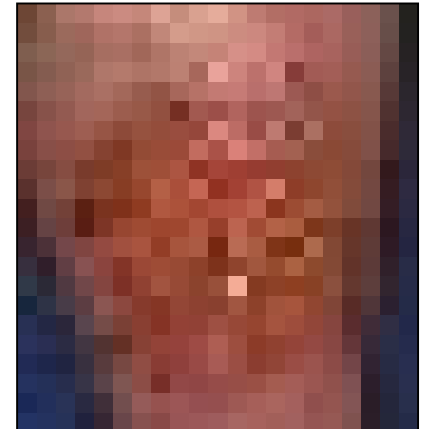
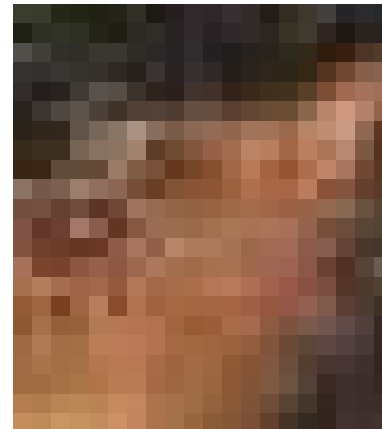
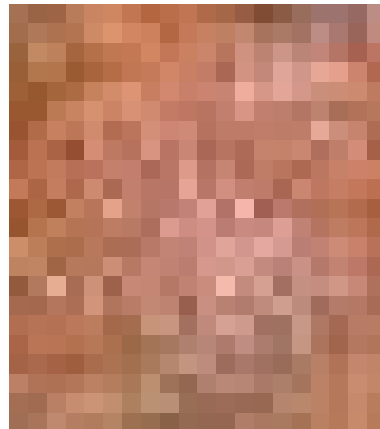
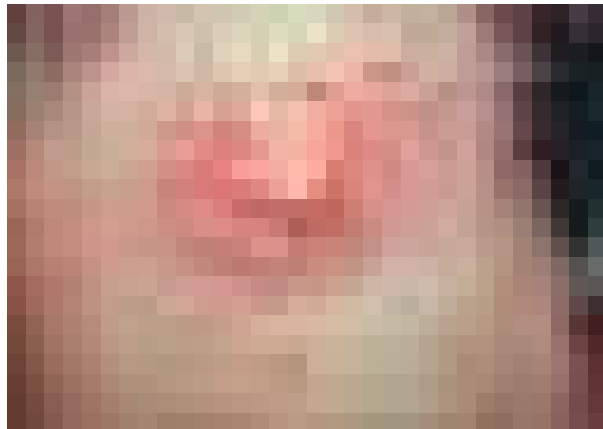
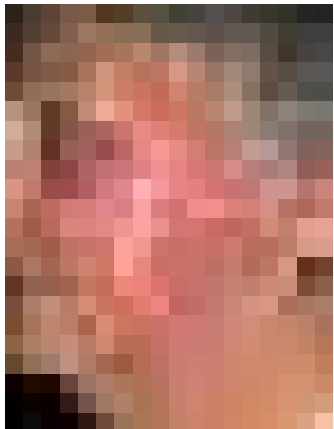
# Terapia topica

- Generalmente sufficiente nelle infezioni superficiali di estensione limitata
  - Impetigine
  - Dermatiti sovra-infette
  - Follicoliti
  - Piccole raccolte ascessuali uniche, insieme al drenaggio
  - 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
  - Impetigine bollosa
  - Follicoliti, foruncoli, ascessi superficiali
- Infezioni spesso sostenute da Gram-negativi o da flora mista
  - Intertrigini
  - Infezioni secondarie di ferite, ulcere, ustioni, dermatiti infiammatorie

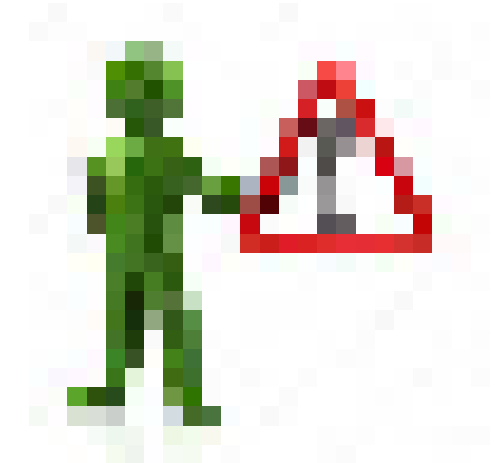
# Come scegliere la terapia topica

- 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



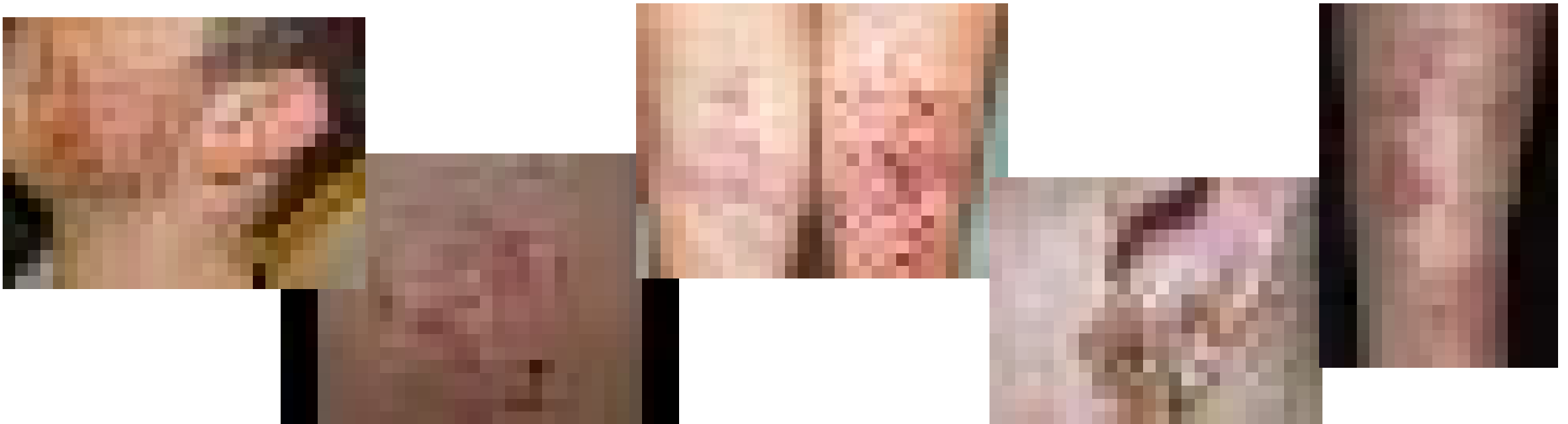
# «Strategie» di vita quotidiana

- 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



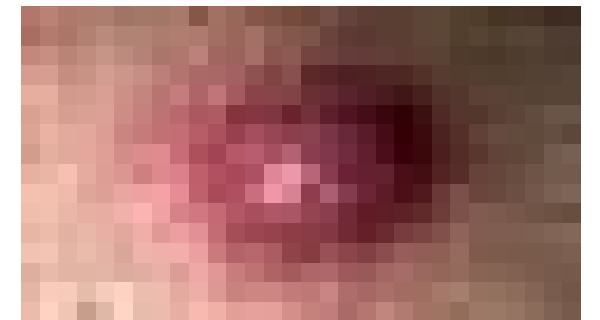
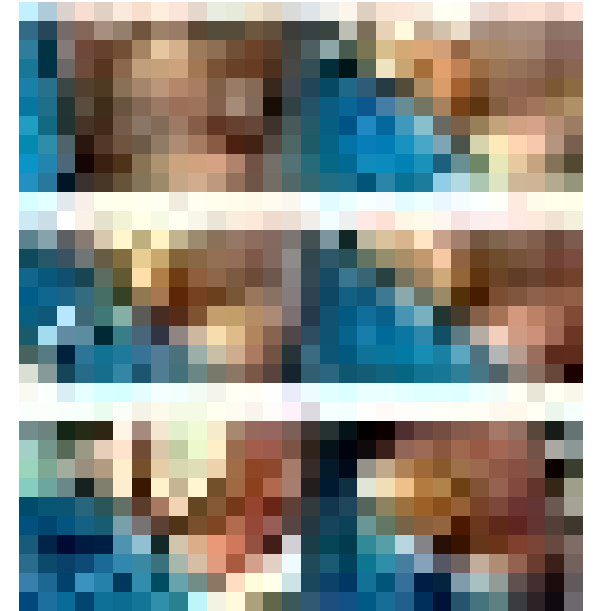
# Come scegliere l'antibiotico sistemico

- 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



# In caso di raccolte ascessuali

- Incisione e drenaggio della lesione
- Zaffaggio, se necessario
- Terapia antibiotica topica
- Terapia sistemica se:
  - Non è possibile incidere e drenare (sede, consenso negato, non compliance)
  - Non risposta clinica all'incisione e drenaggio
  - Progressione rapida
  - Flebite associata
  - Sintomi sistemici



# 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

# Come gestire le infezioni recidivanti

Perché l'infezione recidiva, quando recidiva e quante volte recidiva?

- La terapia è stata eseguita correttamente?
- È stata interrotta troppo presto?
- Esistono condizioni predisponenti o fattori di rischio importanti?
- È possibile che il paziente e/o i suoi conviventi siano portatori di Stafilococco (comune o MRSA)?

# Approccio alle infezioni cutanee recidivanti da *Staph.aureus*

- Trattare correttamente e per il tempo richiesto le lesioni cutanee acute
- Tampone nasale e perineale (pz + eventualmente conviventi) per la ricerca di *Staph.aureus* e antibiogramma per valutare le resistenze
- Se accertato stato di portatore, procedere alla decontaminazione:
  - Mupirocina unguento nasale 2-3 volte al dì x 5 giorni
  - Doccia giornaliera con detergente a base di clorexidina 2% per 5 giorni
  - Decontaminare i servizi igienici e la doccia
  - Non condividere asciugamani e altri effetti personali con altri

---

FRANCESCO MATTIO MINGO

VOICE - DRAMA - RISK MANAGEMENT

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**