



Cilt -Yumuşak Doku İnfeksiyonları

Doç. Dr. Şaban Esen

Folikülit

- Kıl folikülü veya bütünlüğü bozulmuş deriden girer
- Folikülit
 - Kıl folikülü ve apokrin bölgeyi içine alır
 - İyi seyirlidir
 - Ortası endüre çevresi hiperemik ağırlı lezyon vardır
 - Sistemik semptom bulunmaz
 - Tedavide lokal antiseptikler yeterlidir

Folikülit



Fronkül

- Folikülitin daha derin inflamatuvar nodüle dönüşmesi ile oluşur
- Kıldan zengin bölgeleri tutar
- Ağrılı kırmızı nodül ile başlar, hızla genişler
- Ortası sararır, bazen kendiliğinden bazen cerrahi olarak direne olur
- Otoinokülasyon ile uydu lezyonlar gelişir
- Çok yüksek olmayan ateş olabilir
- Drenaj ile iyileşir

Fronkül



Karbonkül

- Kıl folikülünden kaynak alır
- Dah derin yerleşimlidir, ağrılıdır
- Apse formasyonu oluşur
- En çok boyun bölgesinde oluşur
- Üst dudakta bulunanlar beyinde septik tromboflebite neden olur
- Birden fazla sinüs ağzı vardır
- Skar bırakarak iyileşir
- Sistemik semptomlar ve bakteriyemi bulunur
- Tekrarlayan fronküloz ciddi bir sorundur
- Antibiyotik kullanılmalıdır

Karbonkül



İmpetigo

- Dermisi tutan yüzeysel deri infeksiyonudur
- En sık yaz aylarında ve çocuklarda görülür
- Aynı hastalığa % 10 oranında *Streptococcus pyogenes* neden olur
- Büllöz impetigoya *S.aureus* faj tip 2 neden olur
- Yüz-bacak gibi derinin açık kalan kısımlarında görülür
- Son derece bulaşıcıdır, temas, ortak havlu kullanımı ile bulaşır
- Topikal veya
- Sistemik tedavi verilmelidir

İmpetigo



İmpetigo-tedavi

- Topikal tedavi
 - Mupirosin
 - Neomisin
 - Basitrasin
 - Fusidikasit
 - Povidon-iyot
- Oral tedaviler
 - Oral sefalosporinler
 - AMC
 - Makrolitler

Hayvan ısırıkları

- Etkenler
- *S. aureus*,
- Alfa-, beta-, gama-hemolitik streptokoklar,
- Gram-negatif türler,
- Anaerobic mikroorganizmalar
- *P.multocida* (% 20-50), kedi ısırmasında esas etkindir

Hayvan ısırığında yaklaşım

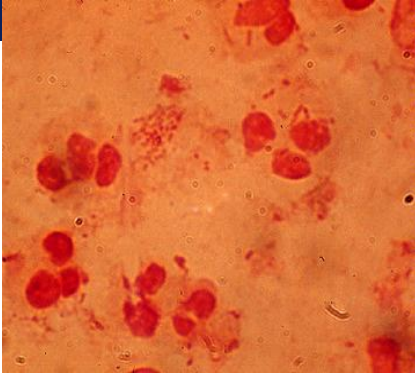
- Tetanoz profilaksisi
- Kuduz profilaksisi
- Antibiyotik profilaksisi

Antibiyotik kullanımı tartışmalıdır

- El ısırığı
- Derin ısırık
- Cerrahi debrtiman gereken ısırık
- Yaşlı hasta
- İmmun yetmezlikli hasta
- Protetik ekleme yakın ısırık
- Venöz veya lenfeatik dolaşım yetmezliği olan ekstremitte ısırığı

Seçilecek antibiyotik

- Mümkünse ilk doz parenteral
 - SAM 3 g IV
 - Klindamisin 600 mg IV- sonra 3x 300 mg + oral kinolon
 - Çocuklarda TMP/SMZ
 - Ardından oral
 - AMC
 - Enfekte yara
 - AMC, SAM parenteral, PIP/TAZO
 - Klindamsin+ Kinolon-- TMP/SMZ
 - Sefuroksim
 - 1.kuşak, sefprozil
- En az 10 gün



P.multocida

Kedi tırnağı hastalığı

- Bartonella henselae
- 3-30 gün sonra papül-püstül gelişir
- Bölgesel LAP yaklaşık 3 hafta sonra gelişir
- Tedavide
 - Azitromisin ilk gün 500, sonraki 4 gün 250 mg
 - Eritromisin, doksisisiklin



Tularemi

- *F.tularensis*
 - Gram negatif kokobasil
- Klinik formlar
 - Ülseroglandüler
 - Glandüler
 - Tifoid
 - Pnömonik
 - Oküloglandüler
 - Orofaringeal

Tularemi

- Temastan 3-10 gün sonra mikroorganizma giriş yerinde ülser veya eskar
- Bölgesel hassas LAP
- Başlangıçta ateş, üşüme titreme, halsizlik
- Betalaktam tedavisine cevapsızlık
- Tanı serolojik

Tularemi-tedavi

- Streptomisin 30 mg/kg/gün 7-10 gün
- Gentamisin 3-5 mg/kg/gün
- Doksisiklin 2 x 100 mg
- Oral kinolon (sipro, levo) 14 gün

Toksik şok sendromu

- Patogenezden toksitoksik şok sendrom toksin (TŞST 1) sorumludur
- Yüksek ateş
- Hipotansiyon
- Bol sulu ishal
- Eritroderma
- Mental konfüzyon
- Renal yetmezlik
- Kadınlarda tampon kullanımı ile ilişkilendirildi



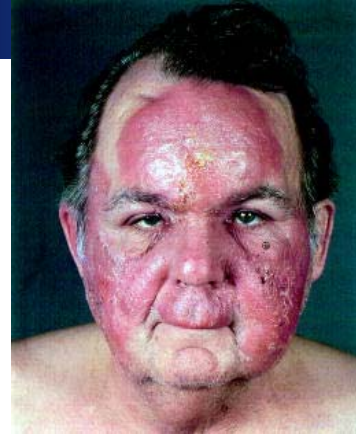


Şarbon

- Bacillus anthracis
- 5-7 (min 1-maks 12) gün inkübasyon süresi
- En sık yaralanan bölgede lezyon
 - Yüz
 - Boyun
 - Kol ve el
- Kaşıntılı, ağrısız hızla ilerleyen papül
- Sonra ortası vezikül ve bül halini alır
- Ortası nekroze ağrısız lezyon
- Etrafında yaygın ödem vardır
- Bölgesel LAP
- Ateş, kırınglık, baş ağrısı eşlik eder

Şarbon tedavisi

- Penisilinler
- Tetrasiklin, kloramfenikol, eritromisin etkili olabilir
- Duaylılık sonuçları alınana kadar
 - Kinolon: siprofloksasin, levofloksasin, moksifloksasin
- 7-10 gün tedavi yeterli
- Biyoterörizm kuşkusunda 60 gün



Erizipel

- Derinin yüzeysel tabakası ve cilt lenfatiklerinin tutulumu ile seyreder
- AGS lar etkendir
- En sık yüzde, sonra alt ekstremitelerde, bebeklerde en sık göbek çevresinde görülür
- Bakteri bütünlüğü bozulmuş deriden girer
- DM, alkol kullanımı, venöz stazlar kolaylaştırıcı faktörlerdir
- 3-4 günlük kuluçka döneminden sonra
 - Üşüme, titreme, ateş ile akut olarak başlar. Yanma, kaşıntı hissi olabilir

Erizipel

- Lezyon eritem şeklinde başlar ve hızla yayılır
- Epidermisi tuttuğu için sağlam deri ile infekte deri arasında keskin bir sınır vardır
- Bazen vezikül ve büller de olabilir
- Bir kaç günde deskumasyon gelişir, iz bırakmadan iyileşir
- Tekrarlayabilir, kalıcı lenfödem gelişebilir

Tedavi

- Parenteral veya oral penisilinler



Sellülit

- Deri ve deri altı dokunun infeksiyonudur
 - DM
 - Alkol kullanımı
 - Venöz staz predispozisyon sağlar
- En sık etkenler AGS'ler, S.aureus'tur. Ayrıca < 2 yaş çocuklarda H.influenzae,
- Daha az sıklıkta B, C, G grubu streptokoklar, S.pneumoniae, Pasteurella multocida, enterik gram negatif basiller, P.aeruginosa, Clostridium türleri, Vibrio vulnificus, Aeromonas hydrophila, Erisipelothrix rhusiopathiae, atipik mikobakteriler etken olabilir

Sellülit

- Sellülit en sık alt ekstremitelerde ve tek taraflıdır
- Giriş kapısı her zaman fark edilmeyebilir
- Sağlam deri ile keskin sınır yoktur
- Eritem ısı artışı, şişlik, lokal ağrı ve hassasiyet tipik klinik bulgulardır
- Olguların çoğunda ateş, üşüme, titreme, halsizlik gibi sistemik semptomlar vardır
- Bölgesel LAP ve lenfanjit sıklıkla tabloya eşlik eder

Tedavi

- Penislinaz dirençli penisilin, AMC, SAM
- I.Kuşak sefalosporin
- Penislin allerjisi
 - Klindamisin
 - Yeni kuşak kinolonlar
 - Vankomisin

Nekrotizan yumuşak doku infeksiyonları

- Monomikrobiyal (sıklıkla Streptokok, stafilocok)
- Polimikrobiyal
 - Aerob-anaerob mikst
- Nekrotizan fasiit
- Anaerobik streptokokal miyozit
- Piyomiyozit
- Sinerjistik nekrotizan sellülit
- Forniye gangreni
- Klostridyal miyonekroz

Bulgular

- Sürekli şiddetli bir ağrı
- Bül
- Cilt nekrozu-ekimoz
- Yumuşak dokuda gaz varlığı
- Eritem bölgesinin dışında da uzanan ödem
- Ciltte duyu kaybı
- Sistemik toksisite bulguları
 - Ateş, lökositoz, deliryum, böbrek yetmezliği
- Antibiyotik tedavisine rağmen hızla ilerleme

Tedavi

- Cerrahi + Antibiyotik+ Destek tedavisi
- Antibiyotikler
 - SAM+klindamisin+kinolon (IDSA A-III)