

DERİNİN BAKTERİYEL İNFEKSİYONLARI

Derinin bakterilere karşı koruyucu etkileri aşağıda belirtilmiştir:

- Stratum korneumun iyi bir mekanik engel oluşturması
- Deskuamasyon ile bakterilerin uzaklaştırılması
- Derinin bakteri üremesine çok uygun olmayan göreceli kuruluğu
- Deri üzerindeki sebumun bakteriler üzerindeki olumsuz etkisi: lipid manto
- Deri pH'sının asidik değeri (5.5-5.9): Asid manto
- Bakteriyel interferens
- Hücrel ve hümorale immünite

Derinin kalıcı florasını oluşturan bakteriler:

Gram (+) bakterilerden: Corynebacteriumlar, P. acnes, difteroidler, Stafilokoklar

Gram (-) bakterilerden: E.coli, Proteus, Pseudomonas

Deride enfeksiyonlarının çoğunu Streptokoklar ve Stafilokoklar oluşturur.

Streptokokların oluşturdukları deri hastalıkları:

İmpetigo Kontagioza, ektima, erizipel, sellülit, lenfanjit, nekrotizan fasiit, toksik şok sendromu.

Stafilokokların neden olduğu deri hastalıkları:

Büllöz impetigo, follikülit, fronkül, karbonkül, sikozis barba (sikozis simpleks, sikozis vulgaris), stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, follikülitis dekalvans, folikülitis keloidalis (akne keloidyen)

İmpetigo (non-büllöz form): Etken A grubu beta-hemolitik streptokoklardır. Çocuklarda sık görülür. Bulaşıcıdır. Sıklıkla yüz, el, ayak gibi açık bölgelerde görülür. Küçük, kırmızı bir makül halinde başlar, hızla vezikül veya püstül, erode ve sulanan alanlara dönüşür. Üzerinde tipik olarak sarımsı, bal mumu renginde krutlar olur. Otoinokülasyon ile bulaşır. Bölgesel lenfadenopati oluşabilir. Skatris bırakmaz. Postpiyodermal glomerulonefrite yol açabilir.

Büllöz impetigo: Etken S. aureustur. Kötü hijyen koşullarında yaşayan çocuklarda, bebeklerde ve süt çocuklarında görülür. Yaygın büllerle karakterize, çok bulaşıcıdır. Eksfoliyatin-A ve eksfoliyatin-B eksotoksinlerine bağlı olarak granüler tabakada akantolizis olur ve subkorneal bül meydana gelir. Birkaç aile bireyinde veya aynı sınıfta okuyanlarda benzer lezyonlar olabilir. Küçük bir vezikül şeklinde başlar, bül, erozyona dönüşür. En sık yüz ve gövdede görülür. Sistemik semptom eşlik etmez.

Ektima: A grubu streptokoklar, nadiren de stafilokoklar etkindir. Bozuk hijyen şartları altında yaşayan çocuklarda ve immünsüprese kişilerde görülür. Sıklıkla alt ekstremitelerde (tibia ön yüz) eritemli zeminde büyük bir püstül şeklinde başlar. Tipik olarak birkaç cm çapında, 2-3 mm derinliğinde, üstü sert, yapışık, kalın, sarımsı-gri renkli krutla (istiridye kabuğu görünümü) kaplı, zımba ile delinmiş gibi ülserasyonlardır. Lezyonlar tek ya da multipl olabilir. Ülser bir kaç haftada sikatrisle sonlanır. En önemli komplikasyon glomerulonefrittir.

Erizipel: Yüzeysel dermal lenfatiklerin streptokoklarla çok nadiren de stafilokoklarla infekte olmasıyla meydana gelir. Hastalık daha çok yüz ve alt ekstremitelerde görülür. Travmalarla deriye girişi kolaylaşır. Kıl çekme, burunla oynama, burun, dış kulak yolu bölgesindeki operasyonlar, fissürler, saçlı deri yaralanmaları, tinea pedis, herpes enfeksiyonu, ekzema, pemfigus gibi altta yatan faktörler olabilir. Canlı kırmızı renkli, parlak, deriden hafif kabarık, indüre, keskin kenarlı ancak düzensiz sınırlı, soliter plaklar görülür. Sıcak, duyarlı veya ağrılı, 10-15cm çaptadır. Erken dönemde ani yükselen ateş ve titreme görülür. Bölgesel LAP, derin dermis, subkutan doku ve bazen de kas ve kemikler tutulabilir.

Selülit: A grubu streptokoklar, bazen de stafilokoklar ve H. influenza etkendir. En sık alt ekstremitelerde, yüz, ayaklar, eller, gövde, boyun, kalçalarda görülür. Ağrı, eritem, ödem, lokal ısı artışının olduğu plaklardır. Erizipelden farklı olarak deriden kabarık ve keskin sınırlı değildir. Rengi biraz daha donuk kırmızıdır. Apseleşebilir.

Lenfanjit: Derin lenfatiklerin lineer lezyonlarla karakterize olan streptokoksik enfeksiyonudur. En sık ayakta görülür. Lenf yolları trasesini takip eden, bir kaç mm'den bir kaç cm'ye kadar genişlikte ağrılı, eritemli ve ödemli, uzun çizgiler şeklinde görülür.

Folikülit: Kıl folikülünün yüzeysel veya derin inflamasyonudur. Çoğunlukla S. aureus etkendir. Erkeklerde ve saçlı deride, kadınlarda ise aksilla, kasık ve bacaklarda daha sıktır. Yüzeysel ve sık yerleşmiş püstüllerle karakterizedir. Soliter veya multipl lezyonlar olabilir. Halk arasında çıban olarak adlandırılır.

Fronkül: Derin yerleşimli inflamatuvar nodüllerle seyredir. Sıklıkla S. aureus etkendir. Özellikle ense, yüz, koltuk altı ve kalçada yerleşir. Başlangıçta kıl folikülü ağrılı, kırmızı, sert, fluktuasyon alınmayan bir nodül veya apse olarak görülür. Daha sonra bu nodülün üzerinde, ostium follikülaeye yerleşim gösteren bir püstül gelişir. Bir kaç gün sonra nodül yumuşar, fluktuasyon alınır, daha sonra ya rezorbe olur yada lezyonun merkezinden yüzeye açılmasıyla cerahat dışarı boşalır. Daha sonra lezyon iyileşmeye başlar. Şiddetli vakalarda skatris gözlenir. Kronik bir hal almışsa furonkülozis denir. Tekrarlayan fronkülleri olan hastalarda burun delikleri ve aksilla, perine ve bağırsaklarda kronik stafilokok taşıyıcılığı, diyabet ve immüsupresyon düşünülmelidir.

Karbonkül: Kan çıbanı, şir-i pençe denir. Birkaç komşu kıl folikülünün bir arada tutulduğu stafilokokal enfeksiyondur. Ense, omuz, sırt ve boyun gibi bölgelere yerleşir. Eritemli, sıcak, nodüler bir lezyon üzerinde birkaç adet püstül olması tipiktir. Lezyon tahta sertliğindedir. Yüzeysindeki birkaç odaktan drene olabilir. Hastanın genel durumu bozuktur. Ağır vakalarda septisemi görülebilir. Tanısı konulduğunda özellikle diyabet açısından araştırma yapılmalıdır. Etken çoğunlukla S. aureus'tur.

Sikozis barbae: Tipik olarak sakal ve bıyık bölgesinde çok sayıda, merkezinde kıl bulunan, toplu iğne başı büyüklüğünde püstüller görülür. Tinea barbada kıllar çekmekle kolay ele gelir, iltihabi belirtiler daha fazladır ve seyirleri akutur. Nativ preparatla ayırddılır. Sikozis barbada ise lezyonlar plak oluşturmaz ve kıllarda dökülme yapmaz.

Stafilokokkal haşlanmış deri sendromu: En sık S.aureus'un faj grup 2 suşları tarafından üretilen eksfoliatif toksinlere bağlıdır. Stratum granulozum hücrelerinde desmozomların kopmasına bağlı büller meydana gelir. Genellikle 6 ay-6 yaş arası çocuklarda görülür. Tüm vücutta yaygın eritem ve büller vardır. Derinin sağlam görülen bölgeleri, hafif bir sürtünmeyle kolayca soyularak erode bölgeler ortaya çıkar. Beraberinde ateş, iritasyon ve tüm cilt yüzeyinde yaygın duyarlılık bulunur. Ciddi sıvı elektrolit kayıpları ve sepsis gelişebilir. Tedavisinde lokal olarak nekrotik dokuların debridmanı, ıslak pansuman uygulanır. Sistemik antistafilokokkal etkili antibiyotikler verilir. Sıvı ve elektrolit dengesi sağlanır. Skatris bırakmadan iyileşir.

İntertrigo: İntertriginöz bölgelerde başta streptokoklar, daha sonra sırası ile stafilokoklar ve psödomonaslara bağlı enfeksiyonlardır. Keskin sınırlı eritemli lezyon yanma ve kaşıntı hissiyle gelişir. Etyolojik tanı mikolojik ve mikrobiyolojik yöntemlerle konulmalı, tedavi buna göre seçilmelidir. Birbirine değen yüzeylerin teması önlenerek maserasyon düzeltilebilir.

Eritrazma: Korinebakterium minutissimum etkendir. İntertiginöz bölgelerden özellikle inguinal bölge tutulur. Kasıklarda ve koltuk altında, keskin sınırlı, kahverengi, hafif kepeklenen, orta kısmı ile kenar bölgeleri arasında bir fark olmayan, kenar aktivasyonu göstermeyen lezyonlar halinde

görülür. Wood ışığı altında, etkenin ürettiği porfirinlerden (koproporfirin) dolayı mercan kırmızısı renginde floresans gösterir.

Kaynak

Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji