

ACNEEA

I. Definiție

- boală autolimitată ce afectează unitatea pilosebacee: leziuni caracteristice = comedoane și leziuni inflamatorii: papule, pustule, noduli și cicatrici

II. Patogenie

- 4 factori majori sunt implicați în patogenie:

- A. creșterea producerii de sebum – seboree (dependentă de hormonii androgeni)
- B. anomalii ale florei microbiene (*P. acnes*, *S. epidermidis*, *Malasezia furfur*)
- C. keratinizarea ductului foliculului pilosebaceu (puncte albe și puncte negre)
- D. inflamația (mediatori produși de *P. acnes* sau de keratinocitele ductale)

III. Manifestări clinice

- leziuni noninflamatorii - comedoanele închise și comedoanele deschise
- leziuni inflamatorii - papule, pustule, noduli, cicatrici

IV. Factori care influențează acneea: dieta, exacerbarea premenstruală, transpirația, UV, stressul, profesiunea (halogeni, uleiuri minerale)

V. Tipuri de acnee

1. În funcție de vârstă

- acneea neonatală.
- acneea infantilă
- acneea copilăriei
- acneea juvenilă
- acneea excoriată a tinerelor fete
- acneea adultului

2. Acneea Indusă medicamentos

- foliculita steroidiană
- acneea indusă de halogeni: iod, brom
- alte tipuri: indusă de antiepileptice, antituberculoase, etc.

3. Acneea "endocrină" (sindrom Cushiong, sindrom adrenogenital, ovar polichistic)

4. Acneea Indusă de factori externi

- acneea ocupațională
- acneea tropicală
- acneea estivală (de Mallorca)
- acneea cosmetică
- acneea de pomadă
- acneea de detergent
- acneea mecanică
- acneea asociată cu edem facial

5. Forme grave de acnee

- ◆ acneea conglobată (comedoane, noduli, abcese care drenează prin sinusuri)
- ◆ acneea fulminans (debut brusc cu leziuni masive, inflamatorii pe trunchi, febră)
- ◆ foliculita cu germeni gram negativi (complicație, a tratamentului îndelungat cu AB)

VI. Stadializarea severității

- scala Leeds (10 grade de severitate) apreciere clinică
- există numeroase alte modalități clinice de apreciere, cel mai frecvent fiind în ușoară, moderată și severă

VII. Tratament

- boala răspunde lent la tratament, tratamentul poate dura luni sau ani

a. TOPIC ◆ predominant anticomedogenic (derivați de vitamină A, acid azelaic)

- ◆ predominant antimicrobian (acid azelaic, benzoil peroxid, clindamicină, eritromicină, tetraciclină, eritromicină + zinc)
- ◆ predominant antiinflamator (antibiotice topic)

- b. ORAL
- ◆ antibiotice: doxiciclina, minociclina, tetraciclina, eritromicina
 - ◆ hormoni (ciproteron acetat, spironolactona)
 - ◆ isotretinoin

Severitatea acneei	Tipul predominant de leziune	Tratament inițial
Ușoară	Comedoniană	Topic: retinoizi/ antibiotice/ combinații
	Inflamatorie	Topic: benzoil peroxid/ acid azelaic/ antibiotice/ combinații
Moderată		Oral: antibiotic/ ciproteron acetat + topic
Severă		Oral: isotretin + topic

ROZACEEA

- **Definiție:** dermatoză a feței caracterizată prin placarde eritemato-telangiectazice care se pot asocia cu leziuni papulo-pustuloase și hipertrofice ale țesuturilor moi subiacente. Leziunile apar inițial pe zonele convexe ale feței și constau din papule și pustule pe un fond eritematos, telangiectazic, edematos ce evoluează spre indurarea și îngroșarea tegumentului afectat.
- **Etiologie** - necunoscută
- **Factori exacerbanți:** care determină eritem, medicamente, infecții și infestații
- **Fiziopatologie**
 - eritem mediat prin eliberarea unor substanțe vasoactive
 - dezechilibru între lichidul extravazat din vasele sanguine și drenarea limfatică
 - rozaceea nu se asociază cu seboree.
- **Clinic**
 - erupție polimorfă / zonele centrale convexe ale feței: nas, frunte, obraji, bărbie
 - debutul este precedat de perioade de eritem recurent → persistent, telangiectazii
 - papulele foliculare și nefoliculare, pustulele, îngroșarea tegumentului → rinofima
- **Stadializare**
 - Stadiul 0 = eritem tranzitor
 - Stadiul I = eritem moderat persistent, telangiectazii ușoare
 - Stadiul II = papule, pustule, eritem persistent, telangiectazii numeroase
 - Stadiul III = idem + papule, pustule, noduli, plăci, indurație, "fime"
- **Forme clinice:**
 1. rozaceea cu limfedem cronic și indurație ce asociază rinofima
 2. rozaceea oftalmică
 3. rozaceea granulomatoasă sau lupoidă

4. rozaceea cu Gram negativi
5. rozaceea conglobata
6. pyoderma faciale sau rozaceea fulminans
7. rozaceea-corticoid indusă
8. rinofima (forme: glandulară, fibroasă, fibroangiomatică, actinică)

- Diagnostic diferențial

1. lupus eritematos
2. acnee vulgară
3. dermatită seboreică
4. sarcoidoză

Tratament

Este dificil iar vindecarea este adesea imposibilă.
Se adaptează după stadiu și forma clinică.

Tipul de rozacee	Topic	Sistemic	Altele
Papulopustuloasă	Antibiotice cu spectrul larg (eritromicină, clindamicină, tetraciclină) Tretinoin Metronidazol	Antibiotice cu spectrul larg (eritromicină, minociclină, tetraciclină) Isotretinoin Metronidazol	Evitarea factorilor declanșatori
Eritemato-telangiectazică		Propranolol Clonidină	Laser
Oculară	Antibiotice cu spectrul larg (doxiciclină)	Antibiotice cu spectrul larg	Unguente cu parafină
Rinofima		Isotretinoin	Remodelare chirurgicală/laser
Pioderma faciale		Steroizi p.o. Isotretinoin	

ULCER DE GAMBĂ

I. Generalități = leziuni cronice cu lipsă de substanță determinate de cauze:
venoase (80%), arteriale (10%), neurologice (10%)

II. Ulcere venoase (ulcer varicos, ulcer de stază, ulcer gravitațional)

- vascularizația venoasă a membrilor inferioare este realizată de două sisteme de drenaj:
 - (a) profund - funcționează la presiune crescută și dotat cu valve
 - (b) superficial - funcționează la presiune joasă și este lipsit de valve
- afectarea venoasă = valve incompetente la nivelul v. perforante → varice hidrostatice
- conceptul care susține apariția ulcerelor pe fondul venelor dilatate care induc stază venoasă și lipsa oxigenării tisulare este astăzi abandonat. La pacienții cu ulcer de gambă s-a constatat prezența unei circulații sangvine rapide cu sânge venos bogat în oxigen. Presiunea venoasă crescută este asociată cu proliferare capilară și creșterea permeabilității endoteliale. Este permisă trecerea fibrinei din lumenul capilarelor dilatate în țesut unde se vor distribui pericapilar (barieră ce oprește difuziunea oxigenului)
- captarea leucocitelor sanguine în capilarele dilatate → mediatori pro-inflamatori
- aspecte clinice
 - istoric de gambe edemațiate și acuze de înțepături sau durere
 - edemul gambei, dermatita ocră, leziuni eczematoase, lipodermatoscleroza, gambă în "sticlă de șampanie inversată", ulcer de gambă (perimaleolar intern)
- stadializare prin clasificarea CEAP (Clinică, Etiologică, Anatomică, Patofiziologică)
 - clasa 0 = fără semne de boală venoasă
 - clasa 1 = telangiectazii sau vene reticulare
 - clasa 2 = vene varicoase
 - clasa 3 = edem
 - clasa 4 = boala venoasă (dermatită ocră, eczemă, lipodermatoscleroză)
 - clasa 5 = idem 4 + ulcer vindecat
 - clasa 6 = idem 4 + ulcer prezent
- ulcerile venoase cu evoluție îndelungată necesită biopsia marginilor
- tratament ulcere venoase
 - măsuri generale (spălare zilnică în apă 38°C, încălțăminte adecvată; unghii, fumat)
 - controlul edemului: repaus la pat, menținere picior în poziție antigravitațională
 - bandaje compresive (30-40 mmHg) până deasupra ultimului pachet varicos
 - tratamentul dermatitei: dermatocorticoizi
 - debridarea ulcerului

II. Ulcere arteriale

- arterele membrului inferior sunt afectate cel mai frecvent prin apariția plăcilor de aterom
- clinic
 - pacient > 45 ani, dureri la nivelul gambelor accentuate la efort, ameliorate în repaus
 - pacienți fumători, diabetici
 - arterită prezentă (5 p = pain + pulseless + pallor + paralisys + parestesys)
 - ulcerul arterial este mic, bine delimitat, aspect rotund (trasat cu compasul), dispus pe zone de presiune maximă (perimaleolar extern, degete picior).
 - timpul de umplere capilară = timpul necesar recolorării vârfului halucelui după compresia acestuia până la albire (normal este de 3-4 secunde)
- stadializare insuficiență arterială
 - stadiul I = simptome absente
 - stadiul II = claudicație intermitentă
 - stadiul III = dureri la repaus
 - stadiul IV = dureri permanente, gangrenă

- tratament ulcere arteriale
 - măsuri generale (oprire fumat, control diabet zaharat, program de exerciții fizice, capul patului elevat 10-20 cm, îmbrăcămintă calduroasă)
 - nu se debridează crusta escarotică (lărgiște ischemia)

III. Ulcere neuropatice

- ulcerele neuropatice sunt produse prin traumatisme repetate
- cea mai frecventă cauză de ulcer neuropatic este întâlnită în cadrul diabetului zaharat
- clinic
 - paretezii / anestezie a gambei și piciorului
 - senzație de furnicătură sau arsură accentuată nocturn dar ameliorată de efort
 - simțul tactil → sensibilitatea la vibrații → senzațiile proprioceptorilor articulari.
 - afectează teritorii cu traumatizare maximă: călcâi, proeminente metatarsiene
 - ulcerul este profund, cu margini atone și înconjurat de calozitate groasă
- tratament ulcere neuropate
 - măsuri generale (oprire fumat, control diabet zaharat, îmbrăcămintă calduroasă)
 - branșuri / colăcei decupați pe zona ulcerată
 - debridarea chirurgicală a ulcerelor

Tratamente topice pentru ulcerele de gambă

- Dermazin
- Curiosin
- Irujol
- pansamente Textus și acid hialuronic
- antibiotice topice

Tratamente sistemice pentru ulcerele de gambă

- antibiotice
- hemoreologice. Pentoxifilin (crește activitatea fibrinolitică, reduce riscul de tromboză)
- vasodilatatoare: Nifedipin
- venotonice: Ginkor Fort, Detralex, Ciclo 3 Fort