

DIFERENȚE ÎN EVOLUȚIA CLINICĂ
A ERIZIPELULUI LA TINERI ÎN COMPARAȚIE
CU EVOLUȚIA LA PERSOANELE DE VÂRSTĂ
MEDIE ȘI ÎNAINȚATĂ

Liviu IAROVOI¹, Constantin ANDRIUȚĂ¹,
Raisa POPOVICI², Svetlana MALCOCI², Lilia COJUHARI¹

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie N. Testemițanu

²IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Toma Ciorbă

Summary

Differences in clinical evolution of erysipelas in young compared with middle-aged people and advanced

Study on clinical features depending on the patients' age with erysipelas was performed on 79 persons. It was found that erysipelas in younger age people flowed more easily. In people over 44 years obesity was disease risk, which often favored the appearance of erysipelas. The frequency of damage face young people proved to be significantly increased, than in middle-aged and elderly, where erysipelas prevails location on the lower limbs. Complications in young erysipelas occurred less frequently, especially suppurative. Erysipelas went longer if: the localization of the inflammatory process is on the lower limbs, favoring the presence of concomitant diseases (obesity, diabetes, venous thrombophlebitis leg, elephantiasis, and plantar mycosis or streptodermia), patients' age 60 years and more.

Key words: erysipelas, younger age, middle-aged, elder age, lower limbs, concomitant diseases.

Резюме

Различия в клиническом течении рожи у молодых по сравнению с течением у людей среднего возраста и пожилых

Было установлено, что в молодом возрасте рожка протекала легче. У людей старше 44 лет ожирение чаще всего явилось фоновым заболеванием, определившим появление рожи. Частота повреждения лица у молодых людей оказалось значительно больше, чем среди больных среднего возраста и пожилых, у которых преобладала рожка нижних конечностей. Осложнения рожи у больных молодого возраста происходили реже, особенно гнойные. Рожка протекала дольше: если были поражены нижние конечности, при наличии сопутствующих заболеваний (ожирение, сахарный диабет, тромбоз вен нижних конечностей, слоновость, стрептодермия и микозы подошв), при возрасте пациентов старше 60 лет.

Ключевые слова: рожка, фоновое заболевание, лицо, нижние конечности, сопутствующие заболевания.

Actualitatea temei

Diversitatea formelor clinice ale erizipelului (în funcție de localizare, caracterul afectării, frecvența apariției, gradul de gravitate) și discrepanța datelor statistice în descrierea acestor forme de la un autor la altul argumentează necesitatea cercetării, mai ales în condițiile Republicii Moldova, unde această patologie a fost studiată insuficient și pe un număr mic de cazuri [2, 6].

La vârsta de până la 18 ani, erizipelul s-a înregistrat de E. Mahe [4] doar în cazuri unice; la cea de 20-30 de ani această maladie se întâlnește mai des la bărbați decât la femei, în legătură cu ponderea crescută a formei primare la această vârstă (92,9%), cauza fiind, de regulă, legată de microtraumatisme (97,4%) și foarte rar (2,6%) – de maladiile concomitente. La această vârstă complicațiile erau destul de rare (11,8%).

Cea mai mare parte a erizipelului revine vârstei de peste 50 de ani [7]. Totuși, majoritatea autorilor în acest caz indică o vârstă mai înaintată – de peste 60 de ani [3, 5, 8] și numai unii dintre ei consemnează o vârstă mai tânără – de peste 40 de ani [1, 9].

Material și metode de cercetare

Studiul asupra particularităților clinice ale erizipelului în funcție de vârsta pacienților s-a efectuat asupra a 79 bolnavi internați în Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Toma Ciorbă. Acești bolnavi au fost repartizați în două loturi: lotul I, format din 38 pacienți tineri, cu vârsta de la 19 până la 44 ani, și lotul II, constituit din 41 bolnavi de vârstă medie și înaintată, cuprinsă între 45 și 75 de ani.

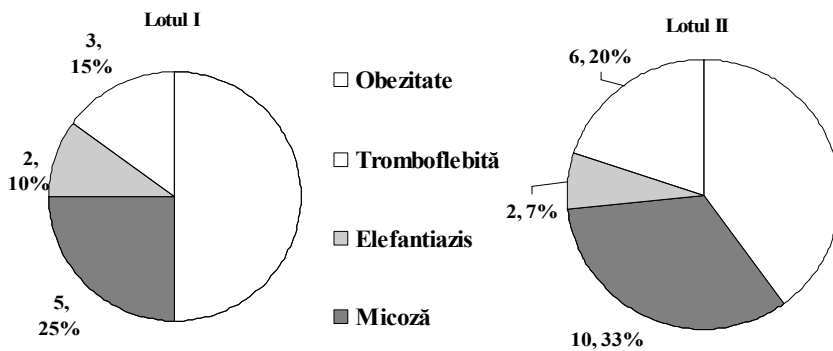
Obiectivele lucrării: analiza datelor anamnestice, epidemiologice, clinico-evolutive și complicațiilor apărute la bolnavii supravegheați.

Rezultate obținute

Cauzele cele mai frecvente ce au dus la apariția erizipelului în lotul I erau: microtraumatismul – la 18 din 38 (46%) bolnavi și limfostaza după mastectomiile suportate – la 6 din 37 (16%). În lotul II: microtraumatismul s-a întâlnit la 22 din 41 (52,5%) și flebectomiile – la 6 din 40 (15%) pacienți.

Bolile concomitente de risc, care au favorizat apariția erizipelului în ambele loturi, erau aceleași, dar ponderea lor se deosebea (vezi figura). Astfel, pentru persoanele tinere (lotul I) obezitatea ca factor de risc a erizipelului prelua cu mult (50% din totalul maladiilor de risc) asupra celorlalte

boli concomitente. La bolnavii lotului II atât obezitatea (40% din totalul maladiilor de risc ai lotului), cât și tromboflebita (33%) s-au dovedit a fi factorii cei mai importanți pentru apariția erizipelului (vezi figura).



Bolile concomitente de risc în apariția erizipelului în loturile I și II de bolnavi (abs. și %)

Analizând evoluția erizipelului, s-a constatat că în lotul I forma primară era la 28 (74%) pacienți, iar cea repetată și recidivantă – la 10 (26%). În lotul II frecvența erizipelului primar a fost depistată la 25 (60%) bolnavi, iar cea repetată și recidivantă – la 16 (40%).

Conform caracterului manifestărilor locale, s-a stabilit că forma eritematoasă era cea mai frecventă în ambele loturi și constituia 24 (63%) în lotul I și 23 (55,5%) cazuri în lotul II. Forma eritemobuloasă s-a întâlnit la 8 (21%) și 9 (22,5%) pacienți, respectiv din lotul I și II. Formele eritemohemoragică și bulohemoragică în lotul I au avut aceeași pondere – câte 3(8%) bolnavi fiecare, iar în lotul II aceste forme s-au constatat în 7 (17%) și 2 (5%) cazuri, respectiv.

Luând în considerație caracterul evoluției erizipelului, s-a determinat că în lotul I forma ușoară era în 9 (24%) cazuri, cea medie – în 27 (71%) și cea gravă – în 2 (5%). În lotul II forma ușoară a erizipelului era la 3 (7%) pacienți, cea medie – la 33 (83%) și cea gravă – la 4 (10%). Astfel, în lotul I pacienții cu formă ușoară de erizipel au fost de 3,2 ori mai mulți ($P<0,05$) decât în lotul II.

Localizarea procesului inflamator în erizipel la bolnavii lotului I era: pe față – la 12 (32%), pe membrele superioare – la 3 (8%), pe cele inferioare – la 22 (60%) bolnavi. În lotul II fața a fost afectată la 5 (12%) pacienți, membrele superioare – la 1 (2,5%), membrele inferioare – la 35 (85,5%). Comparând aceste date, este lesne de observat că la bolnavii lotului I erizipelul s-a localizat pe față de 2,6 ori ($P<0,05$) mai frecvent decât la cei din lotul II.

Media zilei/pat în lotul I a constituit $9,6\pm 0,6$ zile, iar în lotul II – $10,9\pm 0,5$ zile. Durata medie a semnelor clinice caracteristice erizipelului la bolnavii lotului I a fost următoarea: durerile în regiunea afectată țineau $8,2\pm 0,6$ zile, febra – $4,9\pm 0,4$, frisoanele – $2,3\pm 0,15$, eritemul – $8,1\pm 0,6$, edemul – $7,4\pm 0,6$ zile. Frisoanele au lipsit la 13 (33%) pacienți din lotul I. În lotul II durerea în regiunea afectată s-a menținut în medie $9,4\pm 0,6$ zile, febra – $5,6\pm 0,3$, frisoanele – $2,5\pm 0,15$, eritemul – $11,1\pm 0,7$, edemul – $10,2\pm 0,7$ zile. Frisonul a lipsit la 9 (21%) bolnavi din lotul II. Analizând aceste date, nu am constatat diferențe statistice veridice privind semnele clinice ale intoxicației în erizipel (febra și frisonul) la contrapunerea indicilor respectivi ai loturilor I și II. În schimb, durata eritemului și edemului la bolnavii lotului II era, respectiv, de 2,2 ($P<0,05$)

și 3,1 ($P<0,01$) ori mai îndelungate decât în lotul I.

Complicațiile erizipelului la bolnavii din lotul I au fost: limfangoița – la 6 ($16,2\pm 5,9\%$), capilarotoxicoza, abcesul și necroza cutanată – la câte 1 pacient. În 29 ($77,7\pm 6,3\%$) cazuri din lotul I maladia a evoluat fără complicații. În lotul II erizipelul s-a complicat cu următoarele afecțiuni: limfangoiță – la 18 ($44,5\pm 7,2\%$), flegmon – la 4 ($10,0\pm 4,7\%$), ulcere trofice – la 3 ($7,5\pm 3,9\%$), necroza cutanată, elefantiazisul și abcesul – la câte 2 ($5\pm 2,9\%$) bolnavi. Complicații nu s-au înregistrat la 10 ($25,0\pm 6,8\%$) pacienți din lotul II. Astfel, la pacienții de peste 44 de ani (lotul II) complicațiile s-au produs de 3,3 ori mai frecvent ($P<0,001$) decât la bolnavii sub această vârstă (lotul I), dintre care limfangoița s-a înregistrat de 3 ori mai des ($P<0,001$). În total complicații supurative în lotul II s-au depistat la 11 bolnavi ($27,5\pm 6,9\%$), iar în lotul I – la 2 ($5,4\pm 3,2\%$), sau de 5,1 ori mai rar ($P<0,01$).

27($72,7\pm 6,5\%$) bolnavi din lotul I s-au externat cu însănătoșire, iar 11 ($22,3\pm 7,5\%$) – cu ameliorare. Totodată, numai 18 ($41,0\pm 8,2\%$) convalescenți din lotul II s-au externat cu însănătoșire, iar ceilalți 23 ($58,3\pm 6,8\%$) – cu ameliorare. Din aceste date reiese că bolnavii din I lot s-au externat de 1,8 ori mai frecvent ($P<0,05$) cu însănătoșire decât cei din lotul II.

Discuții

Erizipelul a decurs mai îndelung la bolnavii de vârstă mai mare de 60 de ani, mai ales la acele persoane care suportau maladii concomitente ca: obezitatea, tromboflebita membrilor inferioare, diabetul zaharat, micoza plantară sau streptodermia, ultima afectând mai ales membrele inferioare prin dezvoltarea unei

insuficiențe cronice venoase și limfatice. Ulcerele trofice au apărut doar la persoanele de peste 60 de ani. Ponderea formelor de gravitate ușoară a erizipelului la persoanele tinere (19-44 ani) era mai avansată decât la cele de vârstă mai mare. Cauzele unei evoluții mai grave și mai îndelungate a erizipelului la bolnavii de peste 60 de ani sunt bolile concomitenete de fond mai frecvente și starea imună deficitară.

Concluzii

1. La persoanele de vârstă tânără erizipelul decurgea mai ușor, însănătoșirea producându-se mai rapid, decât la persoanele de peste 44 de ani. În aceeași categorie de vârstă obezitatea a fost boala de risc, care a favorizat cel mai frecvent apariția erizipelului. La persoanele tinere frecvența afectării feței s-a dovedit a fi semnificativ mai mare decât la cele de vârstă medie și la bătrâni, la care predomina localizarea erizipelului pe membrele inferioare. Complicațiile erizipelului la tineri s-au produs mai rar, în special cele supurative.
2. Erizipelul a decurs mai îndelung în cazul: localizării procesului inflamator pe membrele inferioare; prezenței unor boli concomitente favorizante (obezitatea, diabetul zaharat, tromboflebita venelor membrelor inferioare, elefantiazisul, micoza plantară și streptodermia); vârstei bolnavilor de peste 60 de ani.

Bibliografie

1. Caetano M., Amorim I., *Erisipela*. Acta Medica Portuguesa, 2005, no. 18, p. 385-394.
2. Chiriacov Galina, Simonov Ludmila, Popovici Raisa, *Erizipelul la adulți*. Conferința a IV-a a infecționiștilor din Moldova. Probleme actuale în patologia infecțioasă, 9-10/10/1996, p. 148-149.
3. Lowbe S., *Skin infections and ageing*. Ageing research reviews, vol. 3, january 2004, p. 69-89.
4. Mahe E., Toussaint P., Lamarque D., et all., *Erizipelul în populația tânără a unei spitale militare*. Ann. Dermatol. Venerol., Aug.-Sep.1999, nr.126, p. 593-599.
5. Kopp M., Bernard P., Schmit J., *Prise en charge de dermo-hypodermite bacteriennes par les medecins generalistes: enquete de pratique et etude prospective*. Ann. Dermatol. Venerol., avril 2001, nr. 3-c2, p. 338.
6. Simonov Ludmila, Chiriacov Galina, Luca Lucia ș.a., *Caracteristica erizipelului la adulți din ultimii ani*. Conferința a V-a a infecționiștilor din R.M. Probleme actuale în patologia infecțioasă; 4-5/10/2001, p. 238-239.
7. Еровинчеков А., Брико Н., Горобченко А., *Особенности современной клиники рожи как варианта течения стрептококковой инфекции*. Врач, 2004, №2, с. 32-34.
8. Рыскинд Р.Р., Самотолкин К.Н., Лиенко А.Б., *Рожа у больных старших возрастных групп*. Клиническая геронтология, 1997, №1, с. 43-48.
9. Черкасов В.Л., Еровиченков А.А., *Рожа: клиника, диагностика, лечение*. Русский Медицинский Журнал, 1999, том 7, № 8.