

Grossa gamba rossa

O. Steichen, C. Bachmeyer

Le cause di grossa gamba rossa sono dominate dall'erisipela. Segni di gravità locali o generali fanno sospettare una dermoipodermite necrotizzante, il cui trattamento è un'urgenza medicochirurgica. Peraltro, alcuni elementi clinici, tra cui l'assenza di evoluzione rapidamente favorevole sotto antibiotici, possono orientare verso altre cause meno comuni dell'erisipela.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Erisipela; Dermoipodermite; Cellulite; Diagnosi differenziale; Esame clinico

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Approccio clinico di una grossa gamba rossa	1
■ Erisipela	1
Diagnosi clinica	1
Forme cliniche	2
Esami complementari	2
Trattamento	2
Evoluzione	3
■ Dermoipodermite batterica necrotizzante	3
■ Diagnosi differenziale	3
Lipodermatosclerosi	3
Eczema	4
Trombosi venosa	4
Linfangite	4
Ipodermite	4
Lesioni causate da animali	4
Cellulite e fascite eosinofila	5
Sindromi autoinfiammatorie	5
Scottatura solare	5
Disturbi osteoarticolari	5
■ Conclusioni	5

■ Introduzione

La grossa gamba rossa è un motivo di visita frequente nelle cure primarie e in Pronto Soccorso. L'erisipela è la causa più frequente di grossa gamba rossa acuta, con un'incidenza stimata a 2/1 000 all'anno negli adulti negli Stati Uniti, ma le altre cause non devono essere misconosciute. Questa revisione esamina in dettaglio l'iter che guida la diagnosi eziologica delle grosse gambe rosse in vista di un trattamento adeguato.

■ Approccio clinico di una grossa gamba rossa

La clinica è fondamentale per porre diagnosi di erisipela, per identificare le dermoipodermite necrotizzanti che richiedono un

trattamento specifico in urgenza e per non misconoscere le altre diagnosi possibili:

- precedenti generali (fattori di immunodepressione e fragilità) e locali (vascolari, reumatologici e dermatologici), in particolare precedenti di grossa gamba rossa;
- fattori di esposizione significativi (traumi, ferite, punture, morsi, bagni, ecc.);
- data e modalità di esordio (brutale, insidiosa);
- prodromi, in particolare infettivi;
- modalità evolutive, specificando l'effetto di eventuali trattamenti;
- localizzazione (in particolare mono- o bilaterale);
- segni funzionali (dolore, prurito);
- lesioni elementari dermatologiche (eritema, porpora, vesciche, bolle, necrosi, perdita di sostanza) e potenziale porta d'ingresso;
- segni di insufficienza venosa, arteriosa o linfatica; segni di artrite;
- linfadenopatie inguinali;
- sintomi generali (febbre, stato generale, segni di scarsa tolleranza).

■ Erisipela

La gestione di questa dermoipodermite acuta streptococcica (gruppi A, B, C e G) è dettagliata nelle raccomandazioni francesi stabilite nel 2000^[1]. L'erisipela è la principale causa di grossa gamba rossa acuta monolaterale da ipotizzare, a causa della sua frequenza e del trattamento antibiotico, da iniziare rapidamente. I segni di gravità devono essere ricercati immediatamente. Solo in casi di atipia clinica, in particolare evolutiva, sono ipotizzate altre diagnosi.

Diagnosi clinica

L'erisipela di gamba di solito colpisce gli adulti oltre i 40 anni, con un picco di incidenza intorno ai 60 anni. La sua insorgenza è favorita dall'esistenza di una porta d'ingresso cutanea (intertrigo o ragade interdigitopiantare, preferibilmente al terzo e al quarto spazio interdigitale, ferita traumatica, lesioni da grattamento, ulcera), da una stasi venosa o linfatica, da un'immunodepressione e da un'obesità^[2].

La febbre è alta e inizia bruscamente, spesso prima della comparsa dei segni infiammatori locali. Nelle 48 ore seguenti, si costituisce il piastrone cutaneo monolaterale, edematoso ma

“ Da ricordare

Elementi di gravità di una dermoipodermite infettiva

Terreno a rischio: ospedalizzazione ± trattamento endovenoso:

- immunodepressione;
- comorbilità suscettibili di scompenso;
- contesto sociale: dipendenza, precarietà.

Segni generali di scarsa tolleranza: ospedalizzazione, trattamento endovenoso ± rianimazione:

- febbre alta e mal tollerata (confusione);
- ipotensione, tachicardia, altre estremità fredde, marezature;
- tachipnea;
- oliguria;
- confusione.

Segni locali di dermoipodermite necrotizzante: ospedalizzazione, trattamento endovenoso, rianimazione, chirurgia d'urgenza:

- dolore spontaneo molto intenso;
- edema indurito;
- rapida espansione delle lesioni;
- ipoestesia o anestesia;
- zone di livido;
- bolle emorragiche;
- crepitio alla palpazione;
- necrosi profonde (macchie cianotiche “a carta geografica”).



Figura 1. Erisipela che complica un'insufficienza venosa cronica con un piastrone, rosso, caldo e doloroso su una gamba sclerotica.



circoscritto, eritematoso e doloroso spontaneamente e alla palpazione (Fig. 1). Non c'è un orletto periferico, a differenza dell'erisipela del viso. Possono essere associate delle lesioni bollose o purpuriche, senza significato sfavorevole.

L'esame regionale riscontra un'eventuale porta d'ingresso, una linfangite e/o una linfoadenopatia inguinale omolaterale.

Forme cliniche



Il piastrone infiammatorio è l'elemento chiave della diagnosi di erisipela; la sua evoluzione è favorevole sotto antibiotici. L'eritema può essere difficile da discernere su cute nera, ma il calore e il dolore sono sempre presenti.

Alcune erisipeli esordiscono in modo subacuto, con segni generali poco marcati. La porta d'ingresso manca nel 40% dei casi, la linfangite e la linfoadenopatia satellite in oltre il 50% dei casi.

In un paziente diabetico affetto da disturbi trofici, l'infezione è subacuta, poco febbrile e poco o per nulla dolorosa, in caso di neuropatia associata, i segni infiammatori locali sono poco marcati e la risposta terapeutica è più lenta [3]. La terapia antibiotica deve coprire almeno lo *Staphylococcus aureus*, oltre allo streptococco, a dosaggi e per una durata che dipendono dalla presenza o meno di un'osteite associata.

Microrganismi atipici devono essere sospettati in caso di terreno o di fattore di esposizione specifici: immunodepressione, morsi o graffi, balneazione in acqua sporca e così via.

Esami complementari

Di fronte a una forma tipica e in assenza di elementi di gravità, non è necessario alcun esame complementare. Le emocolture sono positive in meno del 5% dei casi [4]. In caso di immunodepressione, di fattore di esposizione specifico o di piastrone infiammatorio esteso (in particolare alla coscia), esse hanno una resa maggiore e possono evidenziare un microrganismo atipico.

In caso di terreno a rischio o di dubbio diagnostico, iperleucocitosi e innalzamento della proteina C-reattiva (PCR) confermano la diagnosi e la loro riduzione sotto trattamento è un indicatore di evoluzione favorevole.

In caso di segni di gravità, sono indicati gli esami necessari per la valutazione e il monitoraggio delle insufficienze d'organo.

Trattamento

Antibiotici

Il trattamento si basa su una terapia antibiotica antistreptococco per 10-15 giorni, secondo le raccomandazioni francesi [1], ma delle durate di 5-10 giorni sembrano essere sufficienti in caso di buona risposta clinica iniziale [5, 6]. L'amoxicillina (tre volte 1 g/24 h) può essere somministrata per via orale o endovenosa. L'ospedalizzazione e il trattamento endovenoso sono indicati in caso di terreno a rischio, di scarsa tolleranza, di segni di gravità locali o di evoluzione sfavorevole. In caso di trattamento orale ambulatoriale, è necessaria una rivalutazione entro 48 ore per verificare la buona evoluzione. La pristinamicina (tre volte 1 g/24 h) può essere utile come alternativa orale in caso di intolleranza o di allergia alla penicillina.

“ Punto importante

Indicazioni al ricovero di un paziente con sospetta erisipela

Ricovero immediato:

- dubbio diagnostico;
- insuccesso di un precedente trattamento adeguato per via orale;
- monitoraggio ambulatoriale impossibile;
- comorbilità a rischio di scompenso;
- scarsa tolleranza generale;
- complicanze o segni locali di gravità.

Ricovero secondario:

- febbre persistente dopo 72 ore;
- comparsa di nuovi segni locali o generali di gravità;
- scompenso di una malattia associata.

Altre misure

La gamba è sollevata per limitare la stasi. Si propone sistematicamente un trattamento analgesico. Una terapia preventiva con eparina è discussa in caso di fattori di rischio tromboembolico associati.

La prevenzione delle recidive si basa sulla gestione dei fattori favorevoli: porta d'ingresso, insufficienza venosa o linfatica, immunodepressione.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757732>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757732>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)