

Μολυσματικό Κηρίο - Η συχνότερη λοίμωξη παιδιών (Δρ. Έβελυν Στεφανάκη, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Δερματοχειρουργός Ειδ. Νοσοκομείου 'Ανδρέας Συγγρός', Clinical Fellow Royal Free Hospital, London, UK)

/ [Πεμπτουσία· Ορθοδοξία-Πολιτισμός-Επιστήμες](#)



Είναι μία ιδιαίτερα μεταδοτική λοίμωξη του δέρματος για την οποία ευθύνεται ο Χρυσίζων Σταφυλόκοκκος (*S. aureus*) κατά κύριο λόγο αλλά και ο β-αιμολυτικός Στρεπτόκοκκος (*S. Pyogenes*) σε μικρότερο ποσοστό.

Προσβάλλει κυρίως τα παιδιά ηλικίας 2-5 ετών. Μπορεί να μεταδωθεί και στους

ενήλικες μετά από επαφή με τα παιδιά. Μεταδίδεται με επαφή δέρμα-με-δέρμα και με τη χρήση μολυσμένης πετσέτας ή ρουχισμού.

Προδιαθεσικοί παράγοντες αποτελούν η ατοπία, η ύπαρξη τραυματισμών δέρματος (πύλη εισόδου μικροβίου), η υγρασία και η κακή υγιεινή.

Έχει δύο μορφές, το μή-πομφολυγώδες και το πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο.

Το μή-πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο απαντάται πιο συχνά σε ποσοστό 70%. Οφείλεται στον Χρυσίζοντα Σταφυλόκκο και στον β-αιμολυτικό Στρεπτόκοκκο.

Η κλινική εικόνα είναι ερυθματώδεις βλατίδες και φυσαλίδες, σε δακτυλιοειδή πλάκα, με χαρακτηριστική μελιτόχροη εφελκίδα. Οι βλάβες μπορεί να είναι και επώδυνες. Παρουσιάζονται στο πρόσωπο, στα άκρα, στο τριχωτό κεφαλής (ιδίως σε ατοπικά παιδιά).



Το Πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο οφείλεται περισσότερο στον Χρυσίζοντα Σταφυλόκκο. Παράγει αποφολιδωτική εξωτοξίνη εναντίον της Δεσμογλείνης 1 και με αυτό το μηχανισμό επιτυγχάνει ρήξη της κοκκώδους στιβάδας της επιδερμίδας και ενεργοποίηση των T - λεμφοκυττάρων.

Η κλινική εικόνα είναι πομφόλυγες χωρίς ερυθματώδη άλω, με αρχικά διαυγές περιεχόμενο το οποίο γίνεται θολερό, που ρήγνυνται καταλείποντας επιφανειακές διαβρώσεις καλυπτόμενες από καφεοειδείς εφελκίδες. Παρουσιάζεται στις μασχάλες και τον αυχένα ενώ μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό ή και λεμφαδενοπάθεια.



Η διάγνωση γίνεται κυρίως από την κλινική εικόνα. Μπορεί να γίνει και χρώση κατά Gram σε περίπτωση αμφιβολίας και καλλιέργεια υγρού από βλάβη.

Γίνεται διαφορική διάγνωση από πομφολυγώδη παρασιτική κνήφη, απλό έρπη, πομφολυγώδη μυκητίαση, δερματίτιδα εξ' επαφής, πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, ερπητοειδή δερματίτιδα και σμηγματορροϊκή δερματίτιδα.

Το μη-επιπλεγμένο μολυσματικό κηρίο αυτοϊάται, χωρίς ουλή, σε 7-10 ημέρες.

Η παρατεταμένη χρήση τοπικών και συστηματικών αντιβιοτικών αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά που οδηγεί σε αποτυχία θεραπείας.

Προς αποφυγή ανάπτυξης μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά, γίνεται χρήση απολυμαντικού χλωρίνης ως πρόληψη για ελλάτωση φορέας σε πληθυσμούς με υποτροπιάζουσες σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις (π.χ. ατοπική δερματίτιδα). Η χλωρίνη είναι βακτηριοκτόνο και βελτιώνει τις εντοπισμένες δερματικές λοιμώξεις. Συνίσταται η εμφάνιση σε μπανιέρα με διαλυμένη χλωρίνη σε αρκετό νερό, κατά τις οδηγίες του Δερματολόγου για πέντε λεπτά, δύο φορές την εβδομάδα.

Εκτός αυτού, χρησιμοποιούνται τοπικά αντιβιοτικά, όπως το φουσιδικό οξύ (Fucidin) και η μουπυροσίνη (Bactroban).

Επίσης η ρινική αλοιφή μουπυροσίνης χρησιμοποιείται για αντιμετώπιση της φορέας σταφυλόκοκκου στα ρουθούνια τα οποία αποικίζει για μακρύτερα χρονικά διαστήματα.

Σε σοβαρότερες περιπτώσεις, συστήνονται τα συστηματικά αντιβιοτικά. Για τον Σταφυλόκοκκο συνταγογραφείται η Δικλοξακιλλίνη, η Ερυθρομυκίνη, η Αμοξυκιλλίνη και οι Κεφαλοσπορίνες.

Για τον Στρεπτόκοκκο προτιμάται η Πενικιλίνη.

