

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ CASE REPORT

Ερυσίπελας του θώρακα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με ερυσίπελας του δεξιού ημιθωρακίου. Η σπανιότητα μιας τέτοιας εντόπισης και το πρόσφατο ιστορικό αναφερόμενης κάκωσης οδήγησαν στην αρχική απόδοση των εκδηλώσεων της νόσου σε θλάση και φλεγμονή μαλακών μορίων. Ασθενής, ηλικίας 65 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας αιτιώμενος άλγος στο δεξιό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα μετά από αναφερόμενη αμβλεία έμμεση κάκωση της περιοχής πριν από 3 ημέρες. Ο ασθενής παρουσίαζε, κατά την επισκόπηση, ερυθρότητα στο δέρμα του δεξιού πλάγιου θωρακικού τοιχώματος χωρίς εμφανή λύση της συνέχειας του δέρματος. Διαπιστώθηκε έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση της περιοχής, καθώς και πυρετός μέχρι 39 °C. Η όλη κλινική εικόνα χαρακτηρίστηκε ως «φλέγμων», απότοκος τραυματισμού (θλάση μαλακών μορίων, εκχύμωση, οίδημα, φλεγμονή, δευτεροπαθής μικροβιακή μόλυνση). Η συνεχής όμως παρακολούθηση του ασθενούς –ο οποίος εισήχθη στο νοσοκομείο– και ιδιαίτερα των χαρακτηριστικών της δερματικής βλάβης, σε συνδυασμό με την παρουσία πυρετού και ηεουκοκυττάρωσης, έθεσαν, κατά τη δεύτερη ημέρα της νοσηλείας του, την υπόνοια δερματικής νόσου λοιμώδους αιτιολογίας και μάλιστα ερυσιπέλατος. Τα κλινικά δεδομένα, η δερματολογική εξέταση, η σχεδόν τυπική πορεία της βλάβης, η βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς και, τελικά, η ίαση με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή απέδειξαν ότι επρόκειτο για ερυσίπελας. Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο 7 ημέρες μετά από την εισαγωγή του. Η εμφάνιση ερυσιπέλατος στο δέρμα του θωρακικού τοιχώματος δεν είναι συχνή. Παρόλα αυτά, η νόσος δεν πρέπει να παραλείπεται από τους κλινικούς ιατρούς κατά τη διαφορική διάγνωση βλαβών του θωρακικού τοιχώματος με στοιχεία φλεγμονής και με ερυθρά χροιά στο δέρμα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση ενδιαφέρουσας περίπτωσης ασθενούς με ερυσίπελας αρχόμενο από το δεξιό ημιθωρακίο.

Η σπανιότητα μιας τέτοιας εντόπισης και το ιστορικό του ασθενούς οδήγησαν στην αρχική απόδοση των εκδηλώσεων της νόσου σε κάκωση των μαλακών μορίων της ανωτέρω περιοχής.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Ιστορικό παρούσας νόσου

Ο ασθενής, ηλικίας 65 ετών, προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, αιτιώμενος ισχυρό άλγος στο δεξιό πλάγιο θωρακικό τοίχωμα από τριήμερο. Ανέφερε κάκωση της περιοχής, επίσης, πριν από 3 ημέρες.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2007, 24(6):600–604
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2007, 24(6):600–604

Ν. Δεσιμόνας,
Α. Χέβας,
Γ. Καθαφάτη,
Χ. Φορούλης,
Δ. Κυπαρισσόπουλος,
Β. Δρούγκας,
Ν. Τσιλιμύγκας

Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική
Καρδιάς-Αγγείων-Θώρακα,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λάρισας, Λάρισα

Erysipelas of the chest

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ερυσίπελας
Κυτταρίτιδα
Στρεπτόκοκκος ομάδας Α
Πυογόνος στρεπτόκοκκος

Υποβλήθηκε 22.7.2005
Εγκρίθηκε 1.10.2006

Η κάκωση, όπως διευκρινίστηκε στη συνέχεια με τη λήψη λεπτομερούς και σχολαστικού ιστορικού, αφορούσε ουσιαστικά σε έντονη κόπωση και τριβή της περιοχής και συγκεκριμένα του δεξιού άνω άκρου, της δεξιάς μασχαλιαίας χώρας και του θωρακικού τοιχώματος του δεξιού ημιθωρακίου. Είχε προηγηθεί, δηλαδή, καταπόνηση των μυών και των άλλων ανατομικών μορίων των ανωτέρω περιοχών σε αγροτικές εργασίες και κυρίως σε άμελξη (άρμεγμα) ζώων. Ο ασθενής ανέφερε μάλιστα ότι η έναρξη του άλγους πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της τελευταίας.

Ο ασθενής, κτηνοτρόφος στο επάγγελμα, δεν είχε λάβει ιδιαίτερη φαρμακευτική αγωγή πριν από την προσέλευσή του στο νοσοκομείο, εκτός από δισκία παρακεταμόλης από του στόματος.

Κλινική εικόνα

Ο ασθενής παρουσίαζε, κατά την επισκόπηση, ερυθρότητα στο δέρμα του δεξιού πλάγιου θωρακικού τοιχώματος. Συγκεκρι-

κριμένα, υπήρχε ερυθρά πλάκα μεγέθους παλάμης μικρού παιδιού χωρίς εμφανή ίχνη λύσης της συνέχειας του δέρματος. Κατά την ψηλάφηση της προσβεβλημένης περιοχής διαπιστώθηκε έντονη ευαισθησία. Συνυπήρχε πυρετός (38,1 °C), ρίγος και κακουχία του ασθενούς. Η θερμοκρασία του, όπως αναφέρθηκε από τους οικείους του πάσχοντος, είχε ανέλθει κατά το τελευταίο 24ωρο μέχρι και τους 39 °C.

Οι σφύξεις, κατά την αρχική εξέταση, μετρήθηκαν στις 94/min, ενώ η συστολική αρτηριακή πίεση ήταν 135 mmHg και η διαστολική 75 mmHg.

Συνοδές παθήσεις – λοιπό ιστορικό

Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή στην ηλικία των 30 ετών. Αναφέρονταν επίσης επεισόδια κωλικών νεφρού στο ιστορικό του, το οποίο ήταν ελεύθερο αλλεργικών παθήσεων. Δεν υπήρχε ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη.

Ο ασθενής ήταν καπνιστής (10 σιγάρετα ημερησίως επί 48 έτη), ενώ έκανε και μικρή χρήση οιοπνεύματος.

Εργαστηριακά ευρήματα

Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθηκε εκσεσημασμένη λευκοκυττάρωση (28.000 λευκά αιμοσφαίρια/UL) με πολυμορφοπυρηνικό τύπο (92%). Διαπιστώθηκαν επίσης υψηλές τιμές CRP (16,80 mg/dL) και ταχύτητας καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ) κατά την πρώτη ώρα (44 mm). Η CPK ανερχόταν σε 637 U/L, ενώ οι τιμές των τρανσαμινασών ήταν φυσιολογικές (SGOT 30 U/L, SGPT 21 U/L). Η τιμή της γλυκόζης του ορού ήταν ελαφρώς αυξημένη (119 mg/dL) και στη γενική εξέταση ούρων ανιχνεύθηκε ήπια λευκωματουρία.

Η εξέταση των αερίων του αρτηριακού αίματος, κατά την αναπνοή ατμοσφαιρικού αέρα, έδειξε τα εξής: pO₂: 76 mmHg, pCO₂: 37,9 mmHg, SO₂: 95,6%, pH: 7,435 και BE_c: 2,1 mmol/L.

Απεικονιστικός έλεγχος

Στην απλή ακτινογραφία θώρακα, κατά την ημέρα της προσέλευσης του ασθενούς, διαπιστώθηκε μόνο μικρής έκτασης ζωνοειδής ατελεκτασία στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο. Η ατελεκτασία αυτή υποχώρησε μετά από δύο ημέρες. Το εν λόγω εύρημα πιθανόν οφειλόταν στον περιορισμό των αναπνευστικών κινήσεων του ασθενούς συνεπεία του θωρακικού άλγους.

Πορεία νόσου

Η όλη κλινική εικόνα θεωρήθηκε ως απότοκος τραυματισμού (θλάση μαλακών μορίων, εκκύμωση, οίδημα, φλεγμονή, δευτεροπαθής μικροβιακή μόλυνση). Μετά από παθολογική, γενική χειρουργική και θωρακοχειρουργική κλινική εξέταση στο ΤΕΠ και με αρχική διάγνωση «φλεγμών δεξιός μασχάλης μετά από αναφερόμενη κάκωση», ο ασθενής εισήχθη, παρά τις αρχικές αντιρρήσεις του, στο νοσοκομείο και τέθηκε υπό την

επίβλεψη των γιατρών της Πανεπιστημιακής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής.

Κατά την εισαγωγή του, ο ασθενής τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με σκεύασμα συνδυασμού αμοξικιλίνης και κλαβουλανικού οξέος (φιαλίδο των 1 g και 0,2 g, αντίστοιχα, 4 φορές ημερησίως), καθώς και σε αναλγητική-αντιπυρετική αγωγή από το στόμα. Παράλληλα, υποβαλλόταν σε ήπια αναπνευστική φυσικοθεραπεία προς λύση της ατελεκτασίας και βελτίωση της γενικότερης κατάστασης του αναπνευστικού του συστήματος.

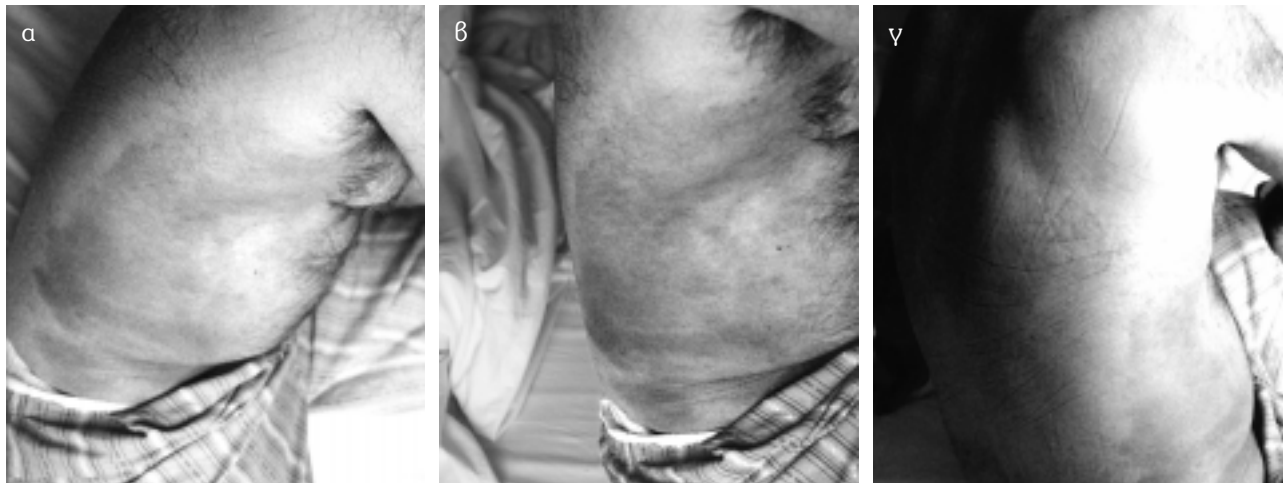
Η συνεχής όμως παρακολούθηση του ασθενούς και ιδιαίτερα των χαρακτηριστικών της δερματικής βλάβης, σε συνδυασμό με την παρουσία του πυρετού και της έντονης λευκοκυττάρωσης, έθεσαν τη δεύτερη ημέρα της νοσηλείας του την ύπονοια δερματικής νόσου, λοιμώδους αιτιολογίας και μάλιστα ερυσιπέλατος. Η αλλοίωση ήταν καλά περιγεγραμμένη, σχετικά στίλβουσα, έντονα εξέρυθρη, διηθημένη, θερμή και οίδηματώδης. Είχε περιφερικό επηρμένο όχθο, ενώ ήταν επώδυνη αυτόματα, με αύξηση του άλγους κατά την πίεση.

Κατά τις πρώτες ημέρες της νοσηλείας του ασθενούς παρατηρήθηκε επέκταση της δερματικής βλάβης, η οποία, την τρίτη ημέρα από την εισαγωγή του (έκτη από την έναρξη του θωρακικού άλγους), έφθασε στην κατάληψη μεγάλου μέρους του δεξιού πλαισίου θωρακικού τοιχώματος, της δεξιάς πλαισίας κοιλιακής χώρας, του δέρματος του δεξιού πλαισίου της πύελου και του άνω έξω τμήματος του δεξιού μηρού (εικ. 1). Συνεπώς, υπήρξε σαφής επέκταση της βλάβης, σε σχέση με το μικρό αρχικό μέγεθος παλάμης μικρού παιδιού. Η επέκταση αυτή, σε συνδυασμό με την εμμονή των γενικών συμπτωμάτων, θορύβησε τους θεράποντες. Στην αντιμετώπιση του ασθενούς ζητήθηκε πάλι, και εν όψει των νέων δεδομένων, η συνδρομή τόσο των παθολόγων και των γενικών χειρουργών του νοσοκομείου, όσο και των δερματολόγων. Οι τελευταίοι επιβεβαίωσαν, χωρίς κάποια επιφύλαξη, την κλινική διάγνωση του ερυσιπέλατος και πρόσθεσαν στην αντιβιοτική αγωγή ροξιθρομυκίνη από το στόμα, 300 mg ημερησίως, σε δύο διαιρεμένες δόσεις.

Κατά την τέταρτη ημέρα από την εισαγωγή του ασθενούς παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος (16.000 αιμοσφαίρια/UL) και την επομένη σημειώθηκε ύφεση του πυρετού στα επίπεδα της δεκαδικής πυρετικής κίνησης.

Τα κλινικά δεδομένα, η δερματολογική εξέταση, η σχεδόν τυπική πορεία της βλάβης, η βελτίωση της κλινικής εικόνας και, τελικά, η ίαση με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή απέδειξαν ότι επρόκειτο για ερυσιπέλας. Η καλλιέργεια αίματος – για αερόβια και αναερόβια μικρόβια – απέβη στείρα. Αρνητική ήταν και η καλλιέργεια πτυέλων. Η αντιβιοτική αγωγή μειώθηκε την έκτη ημέρα της νοσηλείας, περιοριζόμενη στη χορήγηση μόνο ροξιθρομυκίνης από το στόμα, στην προαναφερθείσα δοσολογία.

Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο 7 ημέρες μετά από την εισαγωγή του, με σύσταση να συνεχίσει την ανωτέρω –



Εικόνα 1. Η εκτεταμένη δερματική βλάβη κατά την τρίτη ημέρα νοσηλείας του ασθενούς (έκτη από την έναρξη του θωρακικού άλγους). Η δερματική βλάβη κάτωθεν της μασχάλης (α, β) αποτελεί την αρχική εστία της κυτταρίτιδας.

από του στόματος- αντιβιοτική αγωγή. Είχε πλέον απυρετήσει και είχαν αρχίσει τα πρώτα σαφή σημεία βελτίωσης της δερματικής του βλάβης. Παράλληλα, ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είχε κατέλθει στα 10.400 αιμοσφαίρια/UL. Συστήθηκε, πάντως, η συνέχιση της παρακολούθησής του στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

ΣΧΟΛΙΟ

Είναι γνωστό ότι το ερυσίπελας αφορά σε επιφανειακή κυτταρίτιδα, που προκαλείται κυρίως από την ομάδα Α του β-αιμολυτικού στρεπτοκόκκου (*Streptococcus pyogenes*, group A). Αποτελεί, με άλλα λόγια, οξεία εμπύρετη λοίμωξη του δέρματος, οφειλόμενη στους προαναφερθέντες μικροοργανισμούς. Οι τελευταίοι εισδύουν στο δέρμα μετά από λύση της συνέχειάς του, αόρατη μερικές φορές διά γυμνού οφθαλμού.^{1,2} Η λοίμωξη επεκτείνεται διά της λεμφικής οδού.^{1,3} Στην υπό συζήτηση περίπτωση δεν υπήρχε εμφανής λύση της συνέχειας του δέρματος του θώρακα. Άλλες φορές, πηγή της λοίμωξης μπορεί να είναι ο ρινοφάρυγγας.⁴

Είναι επίσης γνωστό ότι, όσον αφορά στην κατανομή των βλαβών, συχνότερα προσβάλλονται το πρόσωπο (πολλές φορές αμφοτερόπλευρα), το κρανίο, ο ένας βραχίονας, η μία κνήμη και ο άκρος πόδας.^{1-3,5} Το ερυσίπελας είναι δυνατόν, βέβαια, να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.¹ Η παρουσία της νόσου στο θώρακα δεν αναφέρεται ως συχνή. Για την ακρίβεια, παρά την επίμονη και σχολαστική διερεύνηση της βιβλιογραφίας (PubMed, εγχειρίδια Δερματολογίας, Παθολογίας, Νοσολογίας, Χειρουργικής Θώρακα και Γενικής Χειρουργικής), δεν βρέθηκε καταγεγραμμένη η

συχνότητα της νόσου στο θώρακα ούτε κάποια άλλη αναφορά για τη θωρακική εντόπιση του ερυσίπελατος.

Η καλλιέργεια του παθογόνου μικροοργανισμού από τη δερματική βλάβη είναι δύσκολη, αλλά υπάρχει πιθανότητα να καλλιεργηθεί σε δείγμα από το αίμα.² Η αιμοκαλλιέργεια όμως σπάνια αποβαίνει θετική.⁶ Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρουν ότι θετικές αιμοκαλλιέργειες ανευρίσκονται μόνο στο 1/3 των περιπτώσεων,¹ ενώ άλλοι μειώνουν το ποσοστό των θετικών αιμοκαλλιέργειών σε <5% των ασθενών.³ Είναι αξιοσημείωτο ότι οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι οι στρεπτόκοκκοι αποτελούν την κύρια αιτία της νόσου, παρά το γεγονός ότι σε μερικούς ασθενείς με ερυσίπελας μπορούν να ανευρεθούν και άλλοι μικροοργανισμοί. Τρία είδη στρεπτοκόκκων ενοχοποιούνται για τη νόσο. Πιο συγκεκριμένα, ο *Streptococcus pyogenes* (group A) ανευρίσκεται, σύμφωνα με πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα, σε ποσοστό 58-67% των ασθενών, ο *Streptococcus agalactiae* (group B) σε 3-9% και ο *Streptococcus dysgalactiae* sp *equisimilis* (group C και G) σε ποσοστό 14-25%. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι άλλα βακτηρίδια, εκτός από τους στρεπτόκοκκους, μπορούν να προκαλέσουν το τυπικό ερυσίπελας.³

Όσον αφορά στις λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις, επί ερυσίπελατος ανευρίσκεται λευκοκυττάρωση και μερικές φορές παροδική λευκωματουρία.¹ Τα ανωτέρω ανιχνεύθηκαν και στον υπό παρουσίαση ασθενή.

Η διάγνωση τίθεται κυρίως από τη χαρακτηριστική κλινική εικόνα, δηλαδή το εξάνθημα και τα γενικά συμπτώματα, και είναι συνήθως ευχερής.^{1,2,6,7} Δεν υπάρχει ειδική διαγνωστική δοκιμασία.⁶ Σπάνια, το ερυσίπελας

θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την οξεία εξ επαφής δερματίτιδα, το ερυσιπελατοειδές και το οίδημα του Quincke.¹ Ακόμη σπανιότερα, μια εμμένουσα βλάβη χρειάζεται να διαφοροδιαγνωστεί από το φλεγμονώδες μεταστατικό καρκίνωμα του δέρματος (ερυσιπελατοειδές καρκίνωμα). Το τελευταίο όμως δεν συνοδεύεται κατά κανόνα από πυρετό και λευκοκυττάρωση.⁸

Στη διαφορική διάγνωση της περιγραφείσας βλάβης θα ήταν δυνατόν να ενταχθούν τόσο οι κλωστηριδιακές αεριογόνες λοιμώξεις, όσο και οι νεκρωτικές φλεγμονές των μαλακών μορίων. Η παρουσία όμως σχεδόν τυπικής δερματικής βλάβης ερυσιπέλατος σε συνδυασμό με την έλλειψη κλινικών σημείων, ενδεικτικών των άλλων λοιμώξεων, απομάκρυναν τη διαγνωστική σκέψη από τις τελευταίες. Πιο συγκεκριμένα, οι νεκρωμένοι ιστοί, το οροπυώδες έκκριμα και ο κριγμός κατά την ψηλάφηση αποτελούν, ως γνωστόν, χαρακτηριστικά των κλωστηριδιακών λοιμώξεων.⁵ Επίσης, το νεκρωμένο δέρμα, οι αιμορραγικές φλύκταινες, ο κριγμός και η δερματική υπαισθησία χαρακτηρίζουν τις νεκρωτικές φλεγμονές των μαλακών μορίων.⁹ Όλα τα ανωτέρω απουσίαζαν από το συγκεκριμένο ασθενή.

Φάρμακο εκλογής στη θεραπεία του ερυσιπέλατος παραμένει η πενικιλίνη και μάλιστα η πενικιλίνη G.^{1,10} Όμως, η χρήση των μακρολιδών αποτελεί μια εναλλακτική λύση σε μη σοβαρές μορφές ερυσιπέλατος.^{3,10} Η χρησιμότητα των αντιπηκτικών και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων στην αντιμετώπιση της νόσου και την πρόληψη των επιπλοκών της είναι αμφιλεγόμενη.^{3,10-14}

Νοσηλεία απαιτείται σε σοβαρές τοπικές ή συστηματικές εκδηλώσεις της νόσου, σε υποψία εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, σε εντόπιση στο πρόσωπο, σε άτομα ηλικίας >60 ετών, σε συνύπαρξη και άλλων νόσων στον ασθενή, σε απουσία βελτίωσης μετά από εξωνοσοκομειακή θεραπεία, σε ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών λόγων ή σε εμφάνιση της νόσου σε ασθενή ήδη νοσηλεύμενο.¹⁵ Στις ανωτέρω όμως ενδείξεις διαφαίνεται ότι πρέπει να προστεθούν και οι περιπτώσεις, όπως η υπό συζήτηση, όπου –ανεξάρτητα από την ύπαρξη άλλων ενδείξεων– το σύνολο των αρχικών συμπτωμάτων και κλινικών σημείων δεν μπορεί να αποδοθεί με βεβαιότητα σε ερυσίπελας και όπου η σχολαστική ενδονοσοκομειακή παρακολούθηση του ασθενούς και της ανταπόκρισής του στη θεραπευτική αγωγή μπορούν να συμβάλλουν στην ορθή διάγνωση.

Η συχνότητα εμφάνισης και η βαρύτητα του ερυσιπέλατος είχαν, κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, μειωθεί.^{5,16} Τα τελευταία όμως είκοσι χρόνια παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας του ερυσιπέλατος³ και των λοιμώξεων από Gram-θετικά μικρόβια, γενικότερα.¹⁷ Η παρουσία της νόσου στο θώρακα δεν είναι συχνή. Παρά το γεγονός αυτό, το ερυσίπελας δεν πρέπει να παραλείπεται από τον κλινικό γιατρό κατά τη διαφορική διάγνωση βλαβών της θωρακικής χώρας με στοιχεία φλεγμονής και με ερυθρά χροιά στο δέρμα. Ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται στις ηλικιακές ομάδες των βρεφών και των ηλικιωμένων, όπου η νόσος είναι συχνότερη, η θνητότητα μεγαλύτερη και όπου φυσικά η πρόωπη διάγνωση και η θεραπεία είναι θεμελιώδεις για την επιτυχή έκβαση της αντιμετώπισης.^{4,9,17}

ABSTRACT

Erysipelas of the chest

N. DESIMONAS, A. HEVAS, G. KALAFATI, C. FOROULIS, D. KYPARISSOPOULOS, V. DROUGAS, N. TSILIMINGAS
*Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, University General Hospital of Larissa,
 Larissa, Greece*

Archives of Hellenic Medicine 2007, 24(6):600-604

The case is reported of a patient suffering from erysipelas on the right hemithorax. The rareness of its localization and the history of external trauma led to the initial mistaken diagnosis of contusion and inflammation of the soft tissues. A 65 year-old man was admitted to the Larissa University Hospital Emergency Department with pain over the right lateral chest wall. He reported indirect blunt injury to that site three days earlier. There was tenderness in the affected area; the skin was reddened with no visible dermatolysis. He was febrile (temperature of up to 39 °C). From the clinical evaluation, a post-traumatic “phlegmon” was suspected (soft tissue contusion, bruising, edema, inflammation, secondary microbial colonization). On the second day of admission, the correct infective etiology was suspected estimating the features of the skin lesion, and including high fever and marked leucocytosis. Erysipelas was considered a possible diagnosis. The clinical data, the

dermatological examination, the almost typical course of the disease, the improvement of patient's status and the final cure following administration of the appropriate antibiotics confirmed erysipelas. The patient was discharged from hospital on the seventh day. Erysipelas does not have a predilection for the skin of the thoracic wall, but clinicians should consider it when dealing with thoracic cutaneous lesions characterized by erythema and inflammation.

Key words: Cellulites, Erysipelas, Group A *Streptococcus*, *Streptococcus pyogenes*

Βιβλιογραφία

1. ΚΑΝΙΤΑΚΗ ΚΙ. *Δερματολογία-Αφροδισιολογία*. Εκδοτικός οίκος Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1978:194–196
2. BERKOW R, FLETCHER A. *The Merck manual of diagnosis and therapy*. 16th ed. 1η ελληνική έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1998:3293
3. BONNETBLANC JM, BEDANE C. Erysipelas: Recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2003, 4:157–163
4. KRAUSE RM. Streptococcal diseases. In: Wyngaarden JB, Smith LH (eds) *Cecil textbook of medicine*. 18th ed, international edition. WB Saunders Co, Philadelphia, 1988:1578
5. ΓΑΡΔΙΚΑΣ ΚΔ. *Ειδική νοσολογία*. Δ' έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1984:78–79, 112–114
6. HANSMANN Y. De quelles données a-t-on besoin aujourd'hui pour prendre en charge un érysipèle? [What data is needed today to deal with erysipelas?]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2001, 128:419–428
7. PARKER F. Skin diseases of general importance. In: Wyngaarden JB, Smith LH (eds) *Cecil textbook of medicine*. 18th ed, international edition. WB Saunders Co, Philadelphia, 1988: 2335
8. HAZELRIGG DE, RUDOLPH AH. Inflammatory metastatic carcinoma. Carcinoma erysipelatoides. *Arch Dermatol* 1977, 113:69–70
9. LAUBE S, FARRELL AM. Bacterial skin infections in the elderly: Diagnosis and treatment. *Drugs Aging* 2002, 19:331–342
10. GRANIER F. Érysipèle: quelle prise en charge? [Management of erysipelas]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2001, 128:429–442
11. JAUSSAUD R, KAEPLER E, STRADY C, BEGUINOT I, WALDNER A, RIMY G. Existe-t-il une place pour les AINS/corticoides dans la prise en charge de l'érysipèle? [Should NSAID/corticoids be considered when treating erysipelas?]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2001, 128:348–351
12. KOPP M, BERNARD P, SCHMIT JL. Prise en charge des dermo-hypodermes bactériennes par les médecins généralistes: Enquête de pratique et étude prospective [Dealing with bacterial hypodermal infection in general practice: An inquiry and a prospective study]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2001, 128:338–344
13. PERROT JL, PERROT S, LAPORTE SIMITSIDIS S. Existe-t-il une place pour les anticoagulants dans le traitement de l'érysipèle? [Is anticoagulant therapy useful when treating erysipelas?]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2001, 128:352–357
14. SCHMIT JL. Enquête prospective. Érysipèle et cellulites microscopiques: Quelle prise en charge en milieu hospitalier? [A prospective study on erysipelas and infectious cellulitis: How are they dealt within hospital?]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2001, 128:334–337
15. JIGOU J, HANSMANN Y, CHALOT F, ROGER M, FAIVRE B, GRANEL F ET AL. Motifs d'hospitalisation de l'érysipèle [Hospitalization criteria for erysipelas: Prospective study in 145 cases]. [Article in French]. *Ann Dermatol Venereol* 2002, 129:375–379
16. KEIGHLEY MRB, GILES GR. The investigation and treatment of surgical infections. In: Cuschieri A, Giles GR, Moosa AR (eds) *Essential surgical practice*. 2nd ed. Wright, London, 1988:51
17. WEINBERG JM, SCHEINFELD NS. Cutaneous infections in the elderly: Diagnosis and management. *Dermatol Ther* 2003, 16:195–205

Corresponding author:

N.A. Desimonas, Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, University General Hospital of Larissa, P.O. Box 1425, GR-411 10 Larissa, Greece, Tel.: +30 2410682978 e-mail: desimona@panafonet.gr