



dr n. med. Anna Sadowska-Przytocka

Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. Zygmunt Adamski

Nowe postaci leku zawierające furoinian mometazonu stosowane w dermatologii

Glikokortykosteroidy stosowane miejscowo są najczęściej wykorzystywanymi lekami przeciwzapalnymi w dermatologii. Furoinian mometazonu charakteryzuje się dużą skutecznością i małym ryzykiem powstawania działań niepożądanych. W zależności od rodzaju zmian na skórze, jak i ich lokalizacji, możliwe jest dopasowanie odpowiedniej postaci leku.

Glikokortykosteroidy stosowane miejscowo (mGKS) są najczęściej wykorzystywanymi lekami przeciwzapalnymi w dermatologii. Dostępnych jest wiele substancji o różnej sile działania. Z uwagi na skutki uboczne mGKS, do których zaliczamy zmiany zanikowe, rozstępy, teleangiektazje, należy stosować preparaty sterydowe przez możliwie najkrótszy czas. Nie zaleca się stosowania mGKS na okolice twarzy, narządów płciowych i fałdów skórnych, aczkolwiek niejednokrotnie stan dermatologiczny wymaga ich zastosowania, również na wymienione okolice. W tych przypadkach należy stosować preparaty o słabej lub umiarkowanej sile działania przez krótki okres. Substancjami, które w mniejszym stopniu niż inne mGKS indukują zmiany zanikowe skóry są m.in.: furoinian mometazonu, (dawna nazwa: pirośluzan mometazonu), flutikazon i aceponian metyloprednizolo-

nu. Sposobem na uniknięcie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem mGKS jest wczesna interwencja, celem zapobieżenia wystąpieniu zmian ostrozapalnych. W przypadku obecności sączących nadżerek czy przy hyperkeratozie, penetracja leku będzie zdecydowanie większa. Większe będzie również ryzyko wystąpienia przykrych dolegliwości. Sposób odstawiania preparatów nie został wystandaryzowany. Najczęściej proponuje się stopniowe odstawianie preparatów mGKS lub zmniejszanie siły ich działania, celem uniknięcia tzw. efektu z odbicia. W przypadku kilku chorób skóry (np. AZS) wymagana jest terapia podtrzymująca, polegająca na stosowaniu mGKS dwa razy w tygodniu. Pozwala to na kontrolę stanu dermatologicznego i uniknięcie poważnych zaostrzeń.

W Polsce zarejestrowane do stosowania u dzieci przed ukończeniem 1. ro-

ku życia są wyłącznie preparaty hydrokortyzonu (octan i maślan), zaś od 2. roku życia propionian flutikazonu i furoinian mometazonu (preparaty o wysokiej selektywności i powinowactwie receptorowym). Pozostałe GKS uzyskały rejestrację od 12. roku życia, a fluorowane tylko do leczenia bliznowców. Jeżeli wymaga tego stan dermatologiczny, dopuszcza się stosowanie leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, jednak wymaga to zgody pacjenta/opiekunów dziecka.

Należy pamiętać, iż rodzaj zastosowanego podłoża oraz właściwości kosmetyczne preparatu warunkują skuteczność terapii. Aż 73% pacjentów z łuszczycą nie stosuje się do zaleceń lekarskich, właśnie ze względu na brak akceptacji właściwości kosmetycznych^[1]. Dobierając właściwie podłoże, zgodnie z indywidualnymi preferencjami, zwiększają się szanse na regularne stosowanie leku przez pacjenta i tym samym na większą skuteczność leczenia. Uważa się, że preparaty o dużej zawartości wody np. kremy, są mniej skuteczne klinicznie od preparatów o dużej zawartości tłuszczu. Wykazano jednak równoważność kliniczną kremu o formule „olej w wodzie” w porównaniu z formułą cięższą, dostępną od wielu lat na rynku^[2]. Natomiast formuła oleju w wodzie okazała się lepiej akceptowana przez pacjentów, co czyniło terapię skuteczniejszą.

FM to estryfikowana postać 16- α -metylobeklometazonu z podstawnikiem chloru w pozycji 9 α i 21. Specyficzna budowa cząsteczki FM jest odpowiedzialna za zwiększone wiązanie do receptora kortykosteroidowego. Dodatkowo, hydroliza wiązania estrowego w czasie przenikania przez skórę sprawia, że FM ma zwiększone powinowac-

two do naskórka, aniżeli do skóry właściwej. Wpływa to na redukcję działań niepożądanych FM. Należy również podkreślić, że FM rzadko odpowiedzialny jest za wywołanie uczulenia kontaktowego (alergiczne kontaktowe zapalenie skóry), a specyficzna budowa cząsteczki FM sprawia, że lek może być stosowany u większości pacjentów ze stwierdzoną alergią na glikokortykosteroidy.

Według europejskiej i amerykańskiej klasyfikacji miejscowych glikokortykosteroidów, FM zalicza się do grupy silnych substancji, jednak dzięki swojej budowie charakteryzuje się niską biodostępnością ogólnoustrojową, a co za tym idzie – minimalnym ryzykiem oddziaływania na oś podwzgórze-przysadka-nadnercza.

Wiele badań porównujących FM z innymi mGKS, potwierdziło wysoką skuteczność i bezpieczeństwo FM w terapii dermatoz przebiegających ze stanem zapalnym, zarówno u osób dorosłych, jak i dzieci. W badaniach udział wzięli głównie pacjenci z atopowym zapaleniem skóry i łuszczycą, jednak preparaty FM są stosowane z powodzeniem w innych jednostkach dermatologicznych, takich jak łojotokowe zapalenie skóry, kontaktowe zapalenie skóry, łysienie plackowate, liszaj twardzinowy czy zapalenie skóry po radioterapii.

Podsumowując, należy podkreślić, że FM odznacza się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem w terapii dermatoz przebiegających ze stanem zapalnym. Dostępność kilku postaci leków (maść, krem, płyn, emulsja), pozwala na dokładne dopasowanie formy preparatu do konkretnych wykwitów i lokalizacji zmian.

Piśmiennictwo:

1. Kaszuba A., Pastuszka M., Kaszuba A. Miejscowe glikokortykosteroidy w leczeniu chorób skóry – zalecane standardy postępowania. *Family Medicine Forum* 2009; 3: 347-358
2. Prakash A., Benfield P. Topical mometasone. A re view of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. *Drugs*. 1998; 55:145-63.
3. Unal M. Use of adapalene in alopecia areata: Efficacy and safety of mometasone furoate 0.1% cream versus combination of mometasone furoate 0.1% cream and adapalene 0.1% gel in alopecia areata. *Dermatol Ther*. 2018 Jan;31(1).
4. Spada F., Barnes T.M., Greive K.A. Comparative safety and efficacy of topical mometasone furoate with other topical corticosteroids. *Australas J Dermatol*. 2018 Aug;59(3): e168-e174.
5. Gual A., Pau-Charles I., Molin S. Topical treatment for scalp psoriasis: Comparison of patient preference, quality of life and efficacy for non-alcoholic mometasone emulsion versus calcipotriol/betamethasone gel in daily clinical practice. *J Dermatolog Treat*. 2016;27(3):228-34.
6. Jankowski M., Skrzeczko-Kwela E., Czajkowski R. Erosive pustular dermatosis of the scalp treated with 0.1% mometasone furoate cream. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2014;22(1).
7. Corazza M.I., Virgili A.I., Toni G.I., Borghi A.I. Mometasone furoate in the treatment of vulvar lichen sclerosus: could its formulation influence efficacy, tolerability and adherence to treatment? *J Dermatolog Treat*. 2018 May;29(3):305-309.
8. Alam M.I., Amin S.S.I., Adil M.I., Arif T.2, Zahra F.T.I., Varshney I.I. Comparative Study of Efficacy of Topical Mometasone with Calcipotriol versus Mometasone Alone in the Treatment of Alopecia Areata. *Int J Trichology*. 2019 May-Jun;11(3):123-127.
9. Gupta A.K.1,2, Versteeg S.G.3. Topical Treatment of Facial Seborrheic Dermatitis: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Apr;18(2):193-213.
10. Fouéré S. i wsp. How patients experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19 (Supl. 3): 2–6.
11. Berg M. i wsp. A novel formulation of mometasone furoate in psoriasis patients: a multicenter, randomized, double-blind clinical study. *Adv Ther* 2013; 30: 503–516.