



lek. Małgorzata Orylska¹

lek. Aleksandra Znajewska-Pander¹

dr n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹

prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek^{1,2}

¹Klinika Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunologii Klinicznej w Olsztynie

²Derm-Art, Naukowo-Badawczy i Naukowo-Szkoleniowy Ośrodek Dermatologii Estetycznej, Dermatologii i Fotodermatologii w Gdyni

Zastosowanie maślanu hydrokortyzonu w schorzeniach dermatologicznych/alergicznym

Ponad 60 lat temu miejscowe kortykosteroidy zrewolucjonizowały leczenie dermatologiczne i stały się najszerzej stosowanym lekiem w praktyce dermatologicznej. Glikokortykosteroidy (GKS) mają wiele farmakologicznych działań, które modyfikują dużą liczbę procesów biologicznych zaangażowanych w zapalenie i odpowiedź immunologiczną, a ich cenna rola w leczeniu wielu dermatoz jest już dobrze ugruntowana.

Mechanizm działania GKS jest coraz lepiej znany. Pobudzają one syntezę m. in. lipokortyny I i wazokortyny, hamują produkcję cytokin prozapalnych, proliferację limfocytów T, B i komórek Langerhansa, zmniejszają ekspresję cząsteczek adhezyjnych, zwiększają aktywność endonukleaz i obojętnej endopeptydazy oraz regulują funkcje eozynofiliów.

Zastosowanie w kontaktowym zapaleniu skóry

W dzisiejszych czasach produkty konsumpcyjne, takie jak mydła, balsamy nawilżające, kosmetyki, domowe środki czyszczące, perfumy i inne zawierają niezliczoną ilość składników, które mogą powodować alergię skórne. Kontakt tych

Tab. 1. Glikokortykoidy do stosowania miejscowego – podział według Millera i Munro (wg^[10], zmodyfikowane).

Nazwa międzynarodowa	Stężenie substancji czynnej	Postaci	Przykładowe leki dostępne w Polsce (nazwy handlowe zastrzeżone)
I. Bardzo silnie działające			
17-propionian klobetazdu	0,05%	Maść, krem, płyn	Clobederm, Dermklobal, Dermovate
II. Silnie działające			
17,21 -dipropionian betametazonu	0,05%	Maść, krem, płyn	Kuterid, Diprolene, Diprosone Bedicort G (prep. złoż.), Diprogenta (prep. złoż.), Diprosalic (prep. złoż.)
17-walerianian betametazonu	0,122%	Maść, krem, płyn	Betnovate, Betnesol
21-walerianian diflukortolonu	0,1%	Krem	Travocort (prep. złoż.)
Acetonid fluocynolonu	0,025%	Maść, żel	Flucinar, Flucinar N (prep. złoż.)
17-propionian flutikazonu	0,005-0,05%	Maść, krem	Cutivate
17-maślan hydrokortyzonu	0,1%	Krem, krem tłusty, roztwór, emulsja	Locoid
Aceponat* metyloprednizolonu	0,1%	Maść, krem, emulsja	Advantan
Pirośluzan mometazonu	0,1%	Maść, krem, płyn	Elocom, Elosone
Acetonid triamcynolonu	0,1%	Maść, krem	Polcortolon
III. O średniej sile działania			
21-piwalan flumetazonu	0,02%	Krem, emulsja	Lorinden, Lorinden N (prep. złoż.)
IV. O małej sile działania			
Octan hydrokortyzonu	0,5%-1%	Maść, krem	Hydrocortisonum, Hydrocortiscnum Aceticum

Uwaga: formy galenowe leków mogą powodować znaczne różnice w sile działania tej samej substancji czynnej

* aceponat = 21-octan-17-propionian

źródło: Śpiewak R. Alergia kontaktowa – diagnostyka i postępowanie

produktów ze skórą może wywoływać zmiany wypryskowe, znane jako kontaktowe zapalenia skóry. Problem się rozpowszednił i obecnie dotyka od 12,5 do 40% populacji, w zależności od kraju i regionu. W leczeniu kontaktowego zapalenia skóry, oprócz unikania kontaktu z alergenami, udokumentowaną skuteczność mają miejscowe glikokortykosteroidy, inhibitory kalcyneuryny oraz fototerapia. Określenie wrażliwości na standardowy panel alergenów lub fototerapia wymagają wizyty w specjalistycznej poradni, natomiast zastosowanie miejscowych glikokortykosteroidów jest możliwe już u lekarza rodzinnego. Ich stosowanie jest zwykle dobrze tolerowane w przypadku krótkotrwałej terapii. Rodzaj i postać galenową leku należy jednak dobrać stosownie do stadium choroby. Przeciętnie wchłonięciu przez skórę ulega 1-10% substancji czynnej, co w dużej mierze zależy od podłoża bazowego leku oraz obszaru ciała, na którym jest stosowany. W różnych czę-

ściach ciała różna jest grubość i przepuszczalność naskórka, np. na podeszwie stopy hydrokortyzon wchłania się zaledwie w 0,14%, na dłoni 0,8%, na czole w 6%, a na powiekach i nosie aż w 42%^[1]. Glikokortykosteroidy na wiele dni gromadzą się w zewnętrznej warstwie rogowej naskórka. Dla zminimalizowania działań niepożądanych należy zawsze wybierać GKS o możliwie najmniejszej sile działania.

Należy również pamiętać, że przewlekłe stosowanie miejscowych GKS może prowadzić do rozwoju alergii na te leki. W przypadku stwierdzenia uczulenia na określony glikokortykosteroid należy zaprzestać leczenia tą substancją oraz unikać stosowania GKS z tej samej klasy strukturalnej, ze względu na wysokie ryzyko reakcji krzyżowych.

Szeroko omawiany temat powikłań po zastosowaniu glikokortykosteroidów, także miejscowych, wynika z ich przeciwzapalnego, przeciwobrzękowego oraz prze-



Ryc. 1. Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. Kontaktowe zapalenie skóry leczone maślanem hydrokortyzonu. Po opanowaniu ostrej fazy choroby należy szybko przechodzić z leczenia ciągłego (codzienne smarowanie) na leczenie przerywane lub naprzemiennie polegające na stosowaniu na zmianę miejscowego GKS i emolientu.

ciwświądowego działania, które w krótkim czasie przynosi ulgę pacjentom.

Zastosowanie w łuszczycy

Glikokortykosteroidy są szeroko stosowaną opcją terapeutyczną w leczeniu zmian łuszczycowych. Z uwagi na przewlekłość schorzenia, poza szybkim efek-

tem terapeutycznym bardzo ważne dla pacjentów są też właściwości kosmetyczne. Największą ilość dostępnych podłoży ma maślan hydrokortyzonu. Dzięki temu w zależności od lokalizacji zmian i preferencji pacjenta można zastosować odpowiednią formę. Lek w postaci płynu ułatwia aplikację na zmiany zlokalizowane w obrębie skóry owłosionej głowy.

Hydrokortyzon w formie emulsji świetnie nadaje się do stosowania w późniejszej fazie leczenia, gdy zmiany łuszczycowe są już w fazie redukcji. Ponieważ hydrokortyzon jest jednym z najpopularniejszych przedstawicieli glikokortykosteroidów miejscowych, należy podkreślić, że słabą siłą działania wykazuje octan hydrokortyzonu, który jest szeroko dostępny także bez recepty, natomiast maślan hydrokortyzonu wykazuje skuteczność na poziomie pirośluzanu mometazonu i propionianu fluticazonu, czyli silnie działających preparatów glikokortykosteroidowych. Warto dodać, że w leczeniu łuszczycy, obok prostych preparatów kortykosteroidowych, często najkorzystniejszą terapią dla pacjenta jest zastosowanie



Ryc. 2-3. Depigmentacja (2), atrofia i teleangiektazje (3) – powikłania niewłaściwego stosowania miejscowych GKS.

leku złożonego zawierającego dodatkowo pochodną witaminy D.

Zastosowanie w atopowym zapaleniu skóry

Atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą, niezakaźną zapalną chorobą skóry, występującą często rodzinie, charakteryzującą się obecnością nasilonego świądu, nierzadko związaną z astmą alergiczną lub alergicznym zapaleniem błony śluzowej nosa i spojówek. Objawy atopowego zapalenia skóry są różnorodne, a obraz kliniczny zmienia się w zależności od wieku pacjenta. U osób młodych zmiany mają znaczne nasilenie, dominuje rumień, pęcherze i strupy. W późniejszym okresie przeważa obraz choroby przewlekłej z lichenifikacją i swędzącymi grudkami; stałymi objawami są natomiast świąd i przeczasy. Leczenie polega przede wszystkim na uszczelnianiu bariery skórno-naskórkowej poprzez stosowanie emolientów oraz opanowaniu zaostrzeń przy zastosowaniu miejscowych glikokortykosteroidów. Ponieważ atopowe zapalenie skóry jest najczęstszą chorobą skóry wieku dziecięce-



Ryc. 4. Atopowe zapalenie skóry w fazie zaostrzenia.

go, jego wpływ na rozwój emocjonalny i psychospołeczny dziecka jest szeroko omawianym tematem. Umiejętne stosowanie glikokortykosteroidów, zgodnie z zaleceniami dermatologa, jest leczeniem bezpiecznym i skutecznym. Z uwagi na odmienną budowę skóry dziecka zaleca się stosowanie preparatów o udowodnionym profilu bezpieczeństwa, do których zalicza się m. in. maślan hydrokortyzonu, pirośluzan mometazonu czy aceponian metyloprednizolonu. W ostrej fazie choroby należy stosować kremy lub płyny w połączeniu z mokrymi opatrunkami. U dzieci stosowanie bardzo silnych glikokortykosteroidów miejscowych może spowodować zahamowanie funkcji nadnerczy lub inne powikłania. Według danych z piśmiennictwa najczęstszą przyczyną jatrogennego zespołu Cushinga było stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów



Ryc. 5. Jednostka opuszki palca – (FTU) odpowiada około 500 mg preparatu i jest to ilość kremu/maści wyciśniętej przez końcówkę o średnicy 5 mm, nakładanej od dystalnego fałdu skórno-palcowego do czubka palca wskazującego pacjenta.

z powodu pieluszkowego zapalenia skóry, częstego problemu w populacji pediatrycznej. W Polsce zarejestrowane do stosowania u dzieci przed ukończeniem I. roku życia są wyłącznie preparaty hydrokortyzonu (octan i maślan). Maślan hydrokortyzonu nie powoduje zahamowania wydzielania kortyzolu ani nie powoduje atrofii skórnej.

Odrębnym zagadnieniem jest obawa przed stosowaniem miejscowej glikokortykosteroidoterapii – „fobia steroidowa” oraz mała wiedza pacjentów dotycząca tych preparatów, prowadząca w konsekwencji do nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. W świadomości większości osób GKS niosą ze sobą podobne ryzyko, bez względu na siłę ich działania, a objawy niepożądane są identyczne, jak przy stosowaniu tych leków doustnie. Stąd rekomendacje Dermatologicznej Grupy Roboczej (ang. *Dermatology Working Group*), by ulotki miejscowych GKS zawierały jasne informacje o „jednostce opuszki palca” (ang. *fingertip unit* – FTU), najlepiej ze zdjęciami przedstawiającymi FTU i wykresem obrazującym liczbę jednostek wymaganych do leczenia poszczególnych okolic ciała oraz zalecenia „nakładania wystarczająco

jącej ilości preparatu do pokrycia zmienionej chorobowo okolicy”.

Podsumowując, glikokortykosteroidy są lekami z wyboru w wielu jednostkach chorobowych (dermatozach zapalnych, hiperproliferacyjnych i autoimmunologicznych). Efekt końcowy ich działania zależy od poprawnej diagnozy, współpracy z pacjentem, siły działania preparatu, podłoża, sposobu aplikacji (metoda konwencjonalna lub naprzemienna), a także od czynników genetycznych warunkujących indywidualną wrażliwość.

Piśmiennictwo:

1. Feldamnn RJ, Maibach HI. Percutaneous penetration of hydrocortison with urea. *Arch. Dermatol.* 1974; 109: 58-9.
2. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. Bos B, Antonescu I, Osinga H, Veenje S, de Jong K, de Vries TW. *Pediatr Dermatol.* 2018 Oct 18.
3. Delayed hypersensitivity to corticosteroids in a series of 315 patients: clinical data and patch test results. Baeck M, Chemelle JA, Terreux R, Drieghe J, Goossens A. *Contact Dermatitis.* 2009 Sep;61(3): 163-75.
4. Hydrocortisone butyrate 0.1% lotion in the treatment of atopic dermatitis in pediatric subjects. Matheson R, Kempers S, Breneman D, Draelos Z, Johnson CE, Loss R, Hogan DJ, Schoenfeld R, Checketts S, Kirck L, Fivenson D, Hebert AA, Williams J, Hamlin R, Groisser D, Piacquadio D. *J Drugs Dermatol.* 2008 Mar;7(3):266-71.



Derm-art
Dermatologia i kosmetologia

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska
prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

Specjalista dermatolog - wenerolog
choroby skóry i błon śluzowych, diagnostyka
i leczenie, zabiegi estetyczne

Ul. Batalionów Chłopskich 24
81-415 Gdynia
Tel. 607 297 835 / 58 661 61 92