



lek. Aleksandra Znajewska-Pander¹
lek. Małgorzata Orylska¹
dr n. med. Agnieszka Owczarczyk-Saczonek¹
prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek^{1,2}

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

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

Praktyczne aspekty zastosowania glikokortykosteroidów w aerozolach w chorobach skóry

Miejscowe glikokortykosterydy (GKS) są często wybierane jako leczenie dla wielu rodzajów zapalnych dermatoz. Z uwagi na to, że wykazują działanie przeciwzapalne, przeciwświądowe, przeciwozłuszczeniowe, antyproliferacyjne oraz immunosupresyjne, są szeroko stosowane jako terapia pierwszego rzutu steroidowrażliwych chorób skóry.

Dermatozy zapalne są chorobami spotykanymi w codziennej praktyce dermatologicznej. Do najczęściej występujących steroidowrażliwych dermatoz należą: choroby alergiczne skóry, łuszczyca i dermatozy łuszczycopodobne, choroby rumieniowe, fotodermatozy czy uszkodzenia skóry czynnikami fizykalnymi.

Wspólnym mianownikiem wymienionych jednostek chorobowych jest podłoże rumieniowe, suchość skóry, a także współwystępowanie nasilonego, nawrotowego świądu skóry. Najczęstszą chorobą alergiczną jest wyprysk (egzema). To pojęcie kliniczne odnosi się do zmian skórnych o charakterze rumieniowo-grudkowo-pę-

cherzykowym. Typowy dla wyprysku polimorfizm zmian w fazie gojenia ustępuje miejsca złuszczeniu powierzchni skóry. Za powstanie zmian odpowiedzialny jest alergen lub inny czynnik drażniący. Zupełnie inaczej jest w przypadku łuszczycy, gdzie niemożliwe jest bezpośrednie określenie czynnika prowokującego powstawanie zmian skórnych. Do najczęściej występujących zaliczają się: uraz fizyczny lub chemiczny, infekcje - szczególnie paciorkowcowe, oraz leki. Obraz kliniczny poszczególnych ognisk w łuszczycy jest monotony. Pierwsze zmiany są zwykle rumieniowe, grudkowe i na skutek skróconego czasu przejścia keratynocytów z war-

stwy podstawnej do wyższych warstw naskórka szybko pokrywają się srebrną łuską. Z kolei atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą nawrotową zapalną chorobą skóry, dotyczącą naskórka i skóry właściwej, które cechuje się świądem, typowym umiejscowieniem oraz charakterystyczną morfologią zmian skórnych uzależnioną od wieku pacjenta. Oparzenia słoneczne występują niemal u 100% populacji w ciągu całego życia, wyłączając osoby o najciemniejszej karnacji. Są toksyczną reakcją skórą wywołaną promieniowaniem UVB o długości fali między 295 a 315 nm. Początkowy rumień z towarzyszącym obrzękiem jedynie w cięższych przypadkach ewoluje w pęcherze, a następnie złuszczenie naskórka. Nagłe wystąpienie objawów i duże nasilenie zmian pęcherzowych, śączących, z pozapalną hiperpigmentacją, są bardziej typowe dla fototoksycznego zapalenia skóry; do tego jednak niezbędna jest obecność w lub na skórze czynnika wzmacniającego efekt promieniowania słonecznego.

Leczenie dermatoz zapalnych jest podobne. Skuteczna terapia wymaga systematyczności, polega na codziennym stosowaniu odpowiednich preparatów i pielęgnacji skóry zapewniającej odbudowę zaburzonych funkcji bariery hydrolipidowej. Miejscowe glikokortykosteroidy (GKS) są wybierane w leczeniu wielu chorób skóry, zarówno w ostrym stadium choroby, jak i w zaostrzeniu choroby przewlekłej. Leki glikokortykosteroidowe działają szybko, znacznie poprawiając stan miejscowy skóry oraz redukując jej świąd, który jest wspólną cechą wymienionych dermatoz. Decydując się na miejscową aplikację wspomnianych preparatów, należy pamiętać, że są one często nadużywane zarówno przez pacjentów, jak i przez lekarzy i wywołują wiele powikłań miejscowych, rzadziej ogólnoustrojowych. Prze-

ciwowskazaniem do leczenia jest brak chęci współpracy ze strony pacjenta oraz, co bardzo istotne, brak prawidłowego rozpoznania choroby w trakcie diagnostyki różnicowej. W przypadku dermatoz ropnych i bakteryjnych często stosuje się połączenie GKS z antybiotykiem. Ponadto miejscowych glikokortykosteroidów nie powinno się stosować u pacjentów z trądzikiem zwykłym lub różowatym, w miejscowym leczeniu owrzodzeń gołenii, u dzieci na skórę w okolicy pieluszkowej oraz w terapii nowotworów skóry innych niż chłoniaki. Niezbędna jest szczególna ostrożność podczas stosowania GKS na dużych powierzchniach skóry (powyżej 30%) lub na twarz i okolice anogenitalne (wchłanianie w okolicy krocza jest 42 razy większe niż przez skórę ramienia). Leki glikokortykosteroidowe nowej generacji można stosować już od 2. r.ż., raz na dobę na chorobowo zmienioną skórę. Terapia powinna być krótka, zazwyczaj trwa do uzyskania poprawy klinicznej, średni czas nie powinien przekraczać 2–3 tygodni. Charakter zmian skórnych powinien decydować o doborze odpowiedniej postaci leku glikokortykosteroidowego. Maść przeznaczona jest do stosowania w zmianach przewlekłych, suchych, z hiperkeratozą lub lichenifikacją. Krem zaleca się w przypadkach aktywnego stanu zapalnego skóry, z tendencją do wysięku. Emulsja jest szczególnie polecana u dzieci i w okolicach delikatnych (twarz, pachwiny, fałdy skórne). Roztwór zaś przeznaczony jest do leczenia dermatoz występujących na owłosionej skórze głowy. Aerosol świetnie sprawdza się w przypadku dermatoz z cechami śczenia, stanów zapalnych zlokalizowanych w trudno dostępnych okolicach lub w przypadku zmian zapalnych, których drażnienie wywołuje u pacjenta dolegliwości bólowe. Zaleca się leczenie metodą klasyczną (ciągłą), która polega na

stosowaniu początkowo silnego glikokortykosteroidu, a następnie leku o słabszym działaniu. Innymi ogólnie przyjętymi schematami leczenia są prowadzenie terapii naprzemiennej (GKS stosuje się miejscowo co 2 dni z preparatem obojętnym) lub pulsowej (GKS stosuje się wymiennie, np. co 2 tygodnie, z emolientami). Dzięki wspomnianym terapiom można skutecznie uniknąć objawów niepożądanych, zredukować sumaryczną dawkę glikokortykosteroidu, uzyskać długą remisję choroby, a także – w rezultacie – uniknąć zjawiska tachyfilaksji. Zazwyczaj znaczna siła działania glikokortykosteroidu związana jest ze zwiększonym ryzykiem działań niepożądanych. Przykładami miejscowych działań niepożądanych GKS są nieodwracalne zmiany zanikowe naskórka i skóry właściwej: ścieńczenie i zaniki skóry, rozstępy skórne, teleangiektazje, odbarwienia lub



Ryc. 1. Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry w obrębie prawego dołu łokciowego. Zastosowanie glikokortykosteroidu w aerozolu pozwala uniknąć powstania warstwy okluzyjnej, która mogłaby sprzyjać rozwojowi nadkażenia.

przebarwienia skóry, nadmierne owłosienie, trądzik posteryoidowy, zapalenie okołoustne, wtórne nadkażenia bakteryjne, wirusowe i grzybicze oraz upośledzony proces gojenia się ran i owrzodzeń. Ogólnoustrojowe działania niepożądane to: zahamowanie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza oraz wystąpienie objawów zespołu Cushinga, hiperglikemia, nadciśnienie tętnicze.

Uwagi praktyczne: zalety i wady stosowania aerozoli

Poniżej przedstawiono pięć sytuacji klinicznych, w których sprawdza się stosowanie glikokortykosteroidów w formie aerozoli.



Ryc. 2. Nasilony odczyn fototoksyczny z masywnym sączeniem. Oprócz wysiękowego charakteru zmian skórnych w kontekście doboru leczenia bardzo istotne są dolegliwości bólowe zgłaszane przez pacjenta. Zastosowanie leku w postaci aerozolu ma działanie chłodzące, pozwala na jego równomierne rozprowadzenie oraz wysuszenie zmian.



Ryc. 3. Pęcherzyca Hailey-Hailey w stadium zaostżenia. Złewne zmiany rumieniowo-złuszczające, zlokalizowane wyjściowo w okolicach wyprzeniowych, którym niejednokrotnie towarzyszą rozległe nadżerki powstałe w wyniku maceracji wiotkiej pokrywy pęcherza. Miejscowy glikokortykosteroid w aerozolu umożliwia pacjentowi aplikację leku w trudno dostępnych okolicach takich jak pachwiny, fałd podbrzusny, szpara międzypośladowka.



Ryc. 4. Atopowe zapalenie skóry. Typowa lokalizacja zmian to zgięcia łokciowe, podkolanowe, nadgarstki, grzbiety rąk. W przebiegu choroby, której głównym objawem jest świąd dochodzi do pogrubienia skóry z towarzyszącym nadmiernym poletkowaniem. Podstawę terapii stanowi stosowanie emolientów mające na celu uszczelnienie bariery skórno-naskórkowej. W okresach zaostżenia choroby nadżerki i przeczosy mogą ulegać nadkażeniu bakteryjnemu. Wówczas zastosowanie leku w formie aerozolu ogranicza kontakt z chorobowo zmienioną skórą przyspieszając gojenie oraz minimalizując dolegliwości bólowe związane z aplikacją leku. Ponadto na rynku dostępne są preparaty łączące zawierające glikokortykosteroid w połączeniu z antybiotykiem.



Ryc. 5. Odczyn fitofototoksyczny. Zmiany mogą przybierać postać pęcherzy wypełnionych surowiczym płynem. W leczeniu zaleca się stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów, jednakże aplikacja leku w postaci maści lub kremu mogłaby spowodować uszkodzenie pokrywy pęcherza i wydłużenie gojenia. W praktyce najlepszym rozwiązaniem jest odbarczenie pęcherza i zastosowanie aerozolu.

Podsumowując, w każdym przypadku skuteczne leczenie powinno szybko eliminować objawy choroby, wpływać pozytywnie

na jakość życia pacjentów oraz zapobiegać zaostrzeniom choroby, przy minimalnym działaniu niepożądanym wynikającym z zastosowanej terapii.

Piśmiennictwo:

1. Kaszuba A., Adamski Z., Leksykon Dermatologiczny, t.II, wydanie I, Lublin 2011, 802.
2. Kaszuba A, Pastuszka M., Kaszuba A., Miejscowe glikokortykosteroidy w leczeniu chorób skóry-zalecane standardy postępowania, Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 5, 347–358.
3. Czarnecka-Operacz M Sadowska, Diagnostyka różnicowa atopowego zapalenia skóry Dermatologia po dyplomie 2014, 04.
4. Czarnecka-Operacz M Atopowe zapalenie skóry- aktualna wiedza w zakresie zjawisk immunologicznych i możliwości terapeutycznych Przegl. Dermatol. 2009.
5. Śpiewak R. wyprysk kontaktowy Post Dermatol Alergol 2009, 26, 5, 375-377.

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