

## Mõistlikkust kortikoidsalvide kasutamisel!

**Helgi Silm<sup>1</sup>, Kadri Putnik<sup>2</sup>** – <sup>1</sup>TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliinik, <sup>2</sup>Schering-Plough Oy Eesti filiaal

**Lokaalseid glükokortikoidsalve kasutatakse laialdaselt mitmesuguste nahahaiguste ravis. Artiklis on esitatud sobiva kortikoidi sisaldava ravimpreparaadi valiku ja ravivõimaluste kaasaegsed seisukohad ning kirjeldatud ka võimalikke kõrvalnähte.**

Lokaalset glükokortikosteroidi kasutatakse kõige sagedamini nahahaiguste ravis. 1952. aastal 1%-lise hüdrokortisoonisalvi kasutuselevõtuga algas dermatoloogias uus ajastu (1). Nüüdseks on sünteesitud mitu põlvkonda uusi lokaalseid ja palju tugevama toimega ning terapeutilisest seisukohast võrreldamatult efektiivsemaid kortikosteroide. Viimastel aastatel sünteesitud uued paikset kasutatavad ravimid (pimekrolimus ja takrolimus) jäävad veel pigem seni kasutatud raviskeemide täiendajaks kui asendajaks. Sageli suhtuvad patsiendid ettevaatusega ravimitesse, mille nimes on mõistet "steroid" ja "kortisoon". Steroidi mõiste on kortikoidist laiem – siia hulka kuuluvad ka kahtlase reputatsiooniga anaboolsed steroidid. "Glükokortikosteroid" oleks nende preparaate täpne üldnimi, aga on liiga pikk. "Kortikoid" on selle lühem ja suupärasem versioon, millel ei ole dopinguarvundit ning mis ei tundu ka patsiendile hirmutavana.

### Kui kangetoimelist ravimit kasutada?

Patsient üldjuhul ei oska hinnata ravimi nimes sisalduvat teavet ravimi mõju kohta. Ta vaatab pakendil märgitud raviaine sisaldust ja seostab selle ravimi toime tugevusega. Näitena võiks tuua: "Olen kasutanud vaid 0,1%-list mometasooni, aga vältinud kanget 1%-list hüdrokortisooni." Arstile on selge, et kirjeldatud toimeaine sisalduse korral on mometasoonifuroaat kümneid kordi tugevama toimega kui hüdrokortisoon. Seda tuleb patsiendile selgitada asjatute arusaamatuste vältimiseks. Siiski võib ka arst segadusse sattuda salvide arvukast nimistust.

Euroopas jaotatakse glükokortikosteroide toimeaine tugevuse järgi nelja rühma. Eestis on registreeritud järgmised kortikosteroidpreparaadid nahahaiguste raviks (2):

- 1) nõrga toimega (hüdrokortisoon, prednisoloon);
- 2) mõõduka toimega (hüdrokortisoon butüraat, triamtsinoloonatsetoniid);
- 3) tugeva toimega (mometasoonfuroaat, beetametasoonvaleraat, fuutsinoloonatsetoniid, budesoniid, metüülprednisoloonatseponaat, flutikasoonidipropionaat);
- 4) ülitugeva toimega (klobetasool, haltsinoniid) kortikosteroidpreparaadid.

Sõltuvalt haiguse iseloomust tuleb ordneerida tõhusalt toimiv ravim.

### Kuhu tugevam, kuhu nõrgem ravim?

Ravimi valikul tuleb lähtuda haiguse iseloomust (krooniline, äge) ja naha piirkonnast, kus seda kasutatakse. Nägu, kaenlaalused ja kubeme- piirkond ei talu nii tugevatoimelist ravimit kui käelaba, jalatald või pealagi. Näole ja genitaalide piirkonda sobib üldiselt nõrgematoimeline ravim. Psoriaasi, lihheni, erütematoosse luupuse ravimine nõrgatoimeliste kortikosteroididega võib tähendada sisuliselt mitteravimist.

### Ravi kuuridena või pidevalt?

Haiguste ravis viivad ranged reeglid harva heade tulemusteni. Kuigi üldiselt kasutatakse kortikoidsalve vaid ravikuuridena, võib soovitada mõnikord sellest kõrvalekaldumist. Range ravikuur ei ole vajalik ega tegelikult võimalik näiteks käelabade ja jalataldade naha haiguseisundite korral. Krooniline ekseem

ja pustuloosne psoriaas võivad nõuda pidevat ravi (3). Lihtne ravivalvi kasutamise juhised on järgmine: kui olete haiget ravides jõudnud olukorrani, kus kahtlete, kas ravim on veel vajalik, siis pigem lõpetage ravi.

### **Patsienti tuleb põhjalikult uurida**

Kortikoidide kasutamine vaid sümptomaatilise ravina ei vii alati soovitud tulemuseni. Eriti oluline on täpne diagnostika näonaha haigusseisundite ravimisel, ravivead on seal kõigile nähtavad.

Kui patsiendil on täpsustamata kontaktallergia, on ravi kortikoididega lootusetu, kuigi püütakse ravida tugevatoimeliste preparaatidega.

### **Millist ravimivormi kasutada?**

Nahahaiguste ravis on oluline õige ravimivormi valik erinevatele kehapiirkondadele vastavalt haiguse staadiumitele. Linimenti ehk nahalahust on soovitatav kasutada karvadega kaetud kehapiirkondadele ning märguvalde ja leemendavale nahapiirkondadele haiguse ägedas staadiumis. Salv on sobilik paksu sarvkestaga piirkondadele (jalataldad, põlved ja küünarnukid) ning haiguse kroonilises staadiumis (4).

### **Sümptomaatiline ravi kortikosteroididega**

Patsiendile tuleb selgitada, et haiguse paranemist ei saa oodata, kui vaevuste ja sümptomite leevendamiseks ordineeritakse ravi kortikosteroidpreparaatidega. Sümptomaatilist ravi ei saa planeerida mingiks kindlaks tähtajaks, kindlasti tuleb arvestada kahjulikke kõrvaltoimeid ja haiguse kulgu, millest sõltub ka ravi kestus.

Patsiendile korraga määratava kortikoidsalvi kogust peab piirama selliselt, et ravi toimet ja võimalikke kõrvalnähte saaks kontrollida teatud ajavahemiku järel. Retseptide automaatne uuendamine patsienti nägemata – eriti teise arsti välja kirjutatud retseptide puhul – on vastutustundetud. Arst ei pea muutuma retseptiautomaadiks. On kasulik meeles pidada, et vastutus retsepti väljakirjutamise eest järgib vekslit vana tava: kui tekivad probleemid, siis viimane nimi maksab, s.t vastutab viimase retsepti kirjutaja.

### **Kui tihti ordineerida kortikoidsalvi?**

Tugevatoimeliste uuema põlvkonna kortikoidpreparaatide puhul (mometasoonfuruaat ja metüülprednisoloonatseponaat) piisab annustamisest üks kord ööpäevas (5, 6, 7). Kortikosteroidide kasutamisel suu kaudu või parenteraalselt soovitatakse ravimit annustada hommikuti. Et lokaalselt kasutatud kortikoididel ei ole olulist süsteemset mõju, võib seda nahale määrada öhtuti, nii mõjub ravim pikemat aega. Üldiselt on kortikoidpreparaatide nahale määrimine rohkem kui kaks korda päevas tarbetu ja tülikas.

### **Millal ei tohiks kortikoidsalvi kasutada?**

Üldiselt kasutatakse kortikoidide kortikosteroid-sõltuvate dermatooside ravis. Nende hulka ei kuulu nahaseened, kliiketendustõbi, sügelised ja süfiliidid. Ebaõigel kortikoidide kasutamisel võivad kujuneda *rosacea* ja perioraaldermatiit. Tuleb lähtuda üldisest reeglist: kortikoidi ei peaks ordineerima, kui arst ei tea haiguse täpset diagnoosi. Kortikoidsalvi kasutamine võib muuta haiguspilti ja raskendada edaspidist diagnoosimist. Kui algul kortikoidravile hästi allunud ekseem muutub raviresistentseks, tasub arvesse võtta ka kortikoidallergia võimalust (8).

On üldiselt teada, et kortikoidide kasutamisest võib tulla komplikatsioone. Üldravigi glükokortikoididega esineb sageli kõrvaltoimeid (Cushingi sündroom, osteoporoos, kasvupeetus lastel jt). Kui inhaleeritavaid ravimeid peetakse turvalisteks, siis naha kortikoidsalvide kontrollimatul kasutamisel esinevad sageli ebasoovitavad kõrvaltoimed.

Kõrvaltoimete tekkimise oht on seda suurem, mida tugevama toimega on kortikoid ning mida kauem seda kasutatakse (9). Vanema põlvkonna fluoreeritud kortikoidid (triamtsinoloon, fluotsinoloon) tekitavad pika kasutamise korral naha atrofiat, striiasid ja teleangiektasiasid (5). Selle põhjuseks on kortikoidide antimitootiline toime, mis häirib kollageeni sünteesi pärisnahas (10). Uuema põlvkonna kortikoidid (mometasoon, beetametasoon, metüülprednisoloon) on kõrvaltoimete poolest sarnased hüdrokortisooniga, kuid märkimisväärselt tugevama toimega põhihaigusele (11–13).

Võimalike ravikomplikatsioonide tõlgendamisel peab arvestama, et kasvavatel noortel võivad esineda puusaümbruse füsioloogilised striiad ja näole võivad tekkida teleangiektasiasid ka ilma kortikoidravita. Siiski ei tähenda kortikoidpreparaadi toime tugevus suuremat kõrvaltoimete riski. Uuema põlvkonna kortikoidide kasutamisel saabub ravitoime kiiremini, raviaeg on lühem ja kõrvaltoimeid esineb vähem (14).

### **Baaskreem ei ole aluskreem**

Patsiendid arutavad sageli, kas tavakreem tuleb panna nahale aluskreemiks enne ja siis kortikoidsalv peale. Kindlasti ei peaks tavakreemi panema nahale enne ravimit, kuna see takistab kortikoidi pääsu mõjutasalale.

Niisiis – ravim (kortikoid) määratakse enne ja otse vajalikule kohale ning baaskreemi võib kasutada mitu korda päevas. Kortikoid on ravimkreem ja baaskreem on hoolduskreem – see on üldine juhis.

### **Kirjandus**

1. Lutz ME, El-Azhry R. Allergic contact dermatitis to topical application of corticosteroids: review and clinical implications. *Mayo Clin Proc* 1997;72:1141–4.
2. Farmaca Estica 2003.
3. Veien NK, Olholm-Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol* 1999;140:882–6.
4. Kaur SW, Silm H. Allergilised nahahaigused. Tartu, 1996.
5. Degreef H, Dooms-Goossens A. The new corticosteroids: are they effective and safe? 1993;11:155–60.
6. Spencer CM, Wiseman LR. Topical fluticasone propionate. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. *Adis Drug Evaluation*, 1997.
7. Parkash A, Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. *Adis Drug Evaluation* 1998;55:145–63.
8. Matura M, Goossens A. Contact allergy to corticosteroids. *Allergy* 2000;55:698–704.
9. Degreef H, Dooms-Goossens A. The new corticosteroids: are they effective and safe? *Dermatol Ther* 1993;11:155–60.
10. Griffiths WAD, Wilkinson JD. Topical Therapy. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. *Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1992. p. 3070–76.
11. Bianchi B. Mometasone furoate and methylprednisolone aceponate in patients with contact dermatitis. *Proceedings of the 19<sup>th</sup> World Congress of Dermatology*; 1997 June 15–20, Sydney, Australia.
12. Bressinck R, Williams J, Peets E. Comparison of the effect of mometasone furoate ointment 0.1%, and hydrocortisone ointment 1%, on adrenocortical function in psoriasis patients. *Today's Ther Trends* 1988;5: 25–35.
13. Katz HI, Prawer SE, Watson MJ, Scull TA, Peets EA. Mometasone furoate ointment 0.1% vs hydrocortisone ointment 1.0% in psoriasis. *Int J Dermatol* 1989;28:342–4.
14. Mori M, Pimpinelli N, Giannotti B. Topical corticosteroids and unwanted local effects. Improving the benefit/risk ratio. *Drug Saf* 1994;10:406–12.

## Summary

### Towards reasonable use of topical corticosteroids

Topical corticosteroids are the most commonly used drugs in dermatology. Since the discovery of hydrocortisone in the 50s new, more potent (effective) and safer corticosteroids have been developed. In Europe they are divided into four groups by the potency of the active ingredient. It is always important to bear in mind what kind of corticoid should be used in different body areas (the face and the anogenital area need milder corticoids than the soles and hands). Treatment outcome is better when a proper formula of the drug is used: in the acute stage a lotion or a cream is needed; in the chronic stage a more fatty base, an ointment, is suitable. Novel corticosteroids are effective when used once a day: due to the faster effect the duration of treatment is also shorter. Sometimes (e.g. in palmopustular psoriasis) intermittent treatment is needed. One should always remember when topical

corticosteroids should not be used: mycosal and viral infections, scabies, versicolor and syphilides. The rule of thumb: never use when diagnosis is not yet established, an unnecessarily used corticoid can change the typical signs of disease (e.g. tinea incognito). In the case of systemic corticoids side effects (Cushingoid, osteoporosis, growth impairment, etc.) are common. When topical corticoids are properly used there are few local side-effects (skin atrophy, etc). Older fluorinated corticoids cause skin atopy more commonly than novel corticoids (e.g. mometasone). Also, it is important to take into account that novel corticoids cause side effects as frequently as hydrocortisone. In what order should corticoids be applied? The answer is simple: first a corticoid cream/ointment and then a base cream which should be used more than once a day.