

Terapia steroidea topica

Elena Fontana, Francesca Caroppo, Andrea Peserico

Clinica Dermatologica e Centro Regionale di Dermatologia Pediatrica di Padova, Dipartimento di Medicina DIMED, Università di Padova

Introduzione: i corticosteroidi

I corticosteroidi sono molecole a struttura steroidea con azione antinfiammatoria non specifica che agiscono inducendo vasocostrizione superficiale dermica, riduzione della permeabilità vascolare con conseguente riduzione della migrazione dei leucociti e del rilascio di citochine e mediatori dell'infiammazione, quali ad esempio COX-2 e NOS2¹.

I corticosteroidi topici, in particolare, sono in grado di esplicare diverse azioni a livello cutaneo: possiedono infatti attività antinfiammatoria, anti-proliferativa, immunosoppressiva e vasocostrittrice.

Meccanismo d'azione dei corticosteroidi

Il meccanismo molecolare con cui si esplica l'azione degli steroidi può essere così sintetizzato:

- penetrazione del farmaco attraverso la membrana cellulare;
- legame della molecola con il recettore intra-citoplasmatico;
- passaggio del complesso recettore-molecola nel nucleo;
- blocco della trascrizione di geni che codificano numerose citochine importanti anche, ma non solo, nel meccanismo dell'infiammazione.

L'azione antinfiammatoria di cui sono dotati i corticosteroidi topici viene ottenuta mediante l'inibizione della cascata dell'acido arachidonico, inibizione della fagocitosi, inibizione della chemiotassi neutrofila e riduzione della sintesi di citochine e altri mediatori dell'infiammazione.

I corticosteroidi topici svolgono inoltre un'azione immunosoppressiva grazie all'i-

nibizione della produzione e dell'attività di fattori umorali della risposta infiammatoria, della migrazione dei leucociti e all'interferenza con la funzione di cellule endoteliali e mastociti.

I corticosteroidi topici svolgono infine un'azione vasocostrittrice grazie alla costrizione dei capillari dermici.

L'utilizzo di corticosteroidi topici trova indicazione nel trattamento delle dermatosi infiammatorie primitive della cute (eczemi, psoriasi, dermatiti lichenoidi ecc.) e di altre patologie (ad es. alopecia areata, stadi iniziali di micosi fungoide, vitiligine ecc.), ma anche nel trattamento delle lesioni vescicerosive della mucosa orale per ridurre il dolore e l'infiammazione.

Il primo steroide topico a essere stato descritto è l'idrocortisone; una volta scoperta la sua efficacia antinfiammatoria, è stato successivamente modificato nella sua struttura attraverso diversi meccanismi (alogenazione, metilazione, acetilazione, esterificazione) per incrementarne la potenza. Tuttavia, ad esempio, l'alogenazione ne aumenta la potenza, ma ne aumenta anche gli effetti indesiderati.

In particolare, infatti, i corticosteroidi alogenati hanno dimostrato di avere l'effetto di ridurre i livelli di cortisolo plasmatico, influenzando il fisiologico ritmo circadiano di rilascio del cortisolo attraverso la soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ghiandole surrenali, mentre i cortisonici non alogenati hanno effetti collaterali molto minori.

Proprio per evitare, il più possibile, gli effetti collaterali, la struttura dei corticosteroidi topici di quarta generazione (tra cui: metilprednisolone aceponato, mometasone furoato, idrocortisone aceponato, prednicarbato e altri) è stata studiata per dissociare la potenza dalla tossicità e garantire

un aumento dell'indice terapeutico (TIX), l'indice che definisce il bilanciamento fra potenza ed eventi avversi per ciascun corticosteroide topico, cioè il rapporto beneficio/rischio¹.

I corticosteroidi topici sono suddivisi in classi a seconda della loro potenza e della vasocostrizione da essi indotta: una classificazione prevede la suddivisione in 7 classi (dalla classe I, molto bassa, alla classe VII, molto alta); un'altra classificazione, più schematica, li suddivide in 4 gruppi, dove il gruppo I ha potenza minore e il gruppo IV ha potenza maggiore (Tab. I)².

Fattori condizionanti l'assorbimento e l'efficacia terapeutica

L'efficacia della terapia steroidea topica dipende da diversi fattori, primo fra tutti il grado di assorbimento percutaneo e, in secondo luogo, le proprietà e le modalità di applicazione del farmaco.

Si parla di "assorbimento percutaneo" quando una sostanza applicata topicamente raggiunge il circolo ematico; non tutte le sostanze applicate per via topica vengono assorbite in circolo, poiché lo strato più superficiale della pelle, lo strato corneo, funge da barriera per alcune molecole. Va ricordato che l'assorbimento può avvenire anche attraverso gli annessi cutanei (ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare, peli).

Fra le proprietà del farmaco che ne favoriscono la penetrazione percutanea, troviamo: molecole di piccole dimensioni, lipofilità, elevata concentrazione del principio attivo, forma farmaceutica. Attualmente sono disponibili in commercio diverse formulazioni dei corticosteroidi topici: unguen-

TABELLA I.

Classificazione dei corticosteroidi topici in base alla potenza (da Brazzini e Pimpinelli, 2002, mod.)⁹.

GRUPPO I (poco potenti)	GRUPPO II (moderatamente potenti)	GRUPPO III (potenti)	GRUPPO IV (molto potenti)
Idrocortisone	Aclometasone dipropionato	Beclometasone dipropionato	Alcinonide
Idrocortisone acetato	Clobetasolo butirrato	Betametasona benzoato, dipropionato e valerato	Clobetasolo propionato
	Desametasone sodio fosfato	Diflucortolone valerato 0,1%	Diflucortolone valerato 0,3%
	Desametasone valerato	Budesonide	
	Desonide	Desossimetazone	
	Flucortinbutilestere	Diflucortolone valerinato	
	Idrocortisone butirrato	Fluocinolone acetone	
		Fluocinonide	
		Fluocortolone	
		Fluocortolone caproato	
		Fluticasone propionato	
		Metilprednisolone aceponato	
		Mometasone furoato	
		Prednicarbato	

to, crema, emulsione, lozione, schiuma, gel. La potenza dei corticosteroidi a volte può variare, variando la formulazione.

La formulazione e il **veicolo** influenzano l'assorbimento percutaneo del corticosteroide topico; per esempio l'unguento o la crema idrofoba, facilitando la ritenzione di calore e riducendo la perdita di acqua trans-epidermica, determinano un maggior assorbimento del farmaco, penetrano maggiormente e hanno un effetto semi-occlusivo. L'unguento è indicato per il trattamento di lesioni secche, asciutte e ipercheratotiche. La crema ha una buona capacità lubrificante, sebbene minore rispetto all'unguento, pertanto è indicata per il trattamento di lesioni infiammatorie acute umide e/o essudanti e per il trattamento delle pieghe cutanee, poiché la crema non esercita l'effetto "occlusivo" dell'unguento. Le lozioni o soluzioni e i gel rappresentano le formulazioni con il minor effetto occlusivo; sono particolarmente indicate per il trattamento del cuoio capelluto e delle zone pilifere. Le schiume sono costituite da insiemi pressurizzati di bolle gassose in una matrice di film liquido. Le preparazioni in schiuma si

diffondono facilmente e sono pertanto più facili da applicare rispetto ad altre preparazioni, in particolare per le dermatosi del cuoio capelluto.

Le principali caratteristiche dei differenti veicoli sono riassunte nella Tabella II.

Un altro fattore determinante l'assorbimento è la **quantità di prodotto** applicata. Poiché la quantità di prodotto da applicare risulta spesso soggettiva e difficile da spiegare al paziente, si utilizza un'unità di misura chiamata "Finger Tip Unit" (FTU), introdotta da Long e Finlay³, che corrisponde anatomicamente all'ultima falange del dito indice della mano di un adulto: 1 FTU = 0,5 g. Ogni sede corporea che deve essere trattata corrisponde a una determinata quantità di FTU di prodotto da utilizzare (Tab. III).

Ad esempio, negli adulti la quantità di prodotto topico spremuta dal tubo e che copre il polpastrello del dito indice (1 FTU, pari a circa 0,5 g), deve essere utilizzata per trattare una superficie cutanea pari a quella di due mani, dita incluse.

Per ciò che riguarda la **posologia**, 1 o 2 applicazioni al giorno sono raccomandate per la maggior parte dei corticosteroidi

topici, sebbene alcune preparazioni necessitano di una sola applicazione al giorno. Aumentare la frequenza delle applicazioni non corrisponde a ottenere un risultato migliore come dimostrato dalla *UK Health Technology Assessment report and guidance from the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*⁴.

Fattori da considerare nella scelta del corticosteroide topico

I fattori che devono essere considerati nella scelta del tipo di preparato corticosteroideo topico da utilizzare, sono rappresentati dallo spessore dell'epidermide, dall'età del paziente, dalla sede anatomica di applicazione, dal tipo di lesione cutanea, da eventuali malattie cutanee pre-esistenti e da eventuali patologie di base che provocano alterazione della barriera cutanea (Tab. IV). I principali corticosteroidi topici utilizzati in ambito dermatologico sono i seguenti (Tab. V):

- **metilprednisolone aceponato**: è una molecola corticosteroidea sintetica, non

TABELLA II.

Principali caratteristiche dei differenti veicoli dei corticosteroidi topici.

Unguento	<ul style="list-style-type: none"> • Base anidra, priva di acqua • Mantiene l'umidità cutanea ammorbidendo lo strato cutaneo ispessito • Facilita la penetrazione del principio attivo • Indicato per lesioni secche, asciutte, ipercheratosiche
Crema idrofoba	<ul style="list-style-type: none"> • Costituita prevalentemente da acqua in sospensione in olio • Effetto semi-occlusivo, facilita l'assorbimento • Indicata per lesioni secche, non eccessivamente essudanti
Crema	<ul style="list-style-type: none"> • Emulsione semi-solida di olio in 30-70% di acqua • Buona capacità lubrificante (minore dell'unguento) • Indicata per infiammazioni umide e/o essudanti e in sedi anatomiche quali le pieghe cutanee
Lozione/soluzione/gel	<ul style="list-style-type: none"> • Costituiti da polvere in acqua (lozione), alcol in acqua (soluzione), olio in acqua (gel) • Scarso effetto occlusivo • Particolarmente indicati per il trattamento di cuoio capelluto e zone pilifere
Schiuma	<ul style="list-style-type: none"> • Costituita da bolle gassose in film liquido • Elevata facilità di applicazione • Particolarmente indicate per il trattamento del cuoio capelluto

TABELLA III.

Tabella esemplificativa delle quantità di FTU da utilizzare per i vari distretti corporei.

Area da trattare (adulti)	Numero di FTU da applicare
Mani	1 FTU
Torace anteriore e addome	7 FTU
Dorso e zona lombare	7 FTU
Viso e collo	2,5 FTU
Braccio e mano	4 FTU
Gamba e piede	8 FTU

alogenata, dotata di elevata liposolubilità. Questa molecola, grazie alla sua elevata liposolubilità, viene rapidamente assorbita, ottimizzando così il processo di penetrazione cutanea e rendendo particolarmente efficace la terapia topica. Metilprednisolone aceponato, una volta assorbito, viene idrolizzato a livello di epidermide e derma, originando un suo metabolita attivo (metilprednisolone propionato, MPP) che possiede elevata affinità per il recettore gluco-corticoideo. Tutto questo si traduce in una rapida ed efficace azione del principio attivo⁵. Il metilprednisolone aceponato svolge una potente azione antinfiammatoria a livello cutaneo (appartiene al gruppo III dei corticosteroidi topici-potent). È disponibile in commercio in

cinque formulazioni, dotate della stessa potenza: crema, emulsione, crema idrofoba, unguento e soluzione cutanea, in concentrazione 0,1%. Indicato anche in età pediatrica nei bambini > 4 mesi di età, purché non venga utilizzato in occlusione (ad es. sotto il pannolino o con bendaggio). La formulazione in soluzione ha per ora indicazione solo negli adulti. L'elevata efficacia e tollerabilità di metilprednisolone aceponato, anche in età infantile e pediatrica, è stata dimostrata da diversi studi². In particolare si è dimostrato che metilprednisolone aceponato 0,1% unguento agisce con estrema velocità nel ridurre la sintomatologia pruriginosa in pazienti affetti da eczema da contatto⁶. Questo principio attivo possiede dun-

que un elevato profilo di sicurezza con un bassissimo rischio di effetti avversi, ed essendo utilizzabile alla posologia di 1 applicazione al giorno, consente di ottenere una maggiore compliance da parte del paziente⁷;

- **mometasone furoato**: corticosteroide topico di sintesi con potente effetto antinfiammatorio (appartiene al gruppo III dei corticosteroidi topici); il mometasone furoato ha un ridotto rischio di soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Tale principio attivo è disponibile in commercio in formulazione crema, unguento e soluzione cutanea allo 0,1%. Ha indicazione anche per l'età pediatrica (al di sopra dei 2 anni di età), purché non utilizzato con bendaggio occlusivo. Anche il mometasone furoato è efficace nella posologia di una monosomministrazione giornaliera. Metilprednisolone aceponato e mometasone furoato sono corticosteroidi topici da preferire all'idrocortisone, perché svolgono un maggior effetto di vaso-costrizione, senza provocare maggiori effetti collaterali⁸;
- **diflucortolone valerato**: questo principio attivo steroideo è disponibile in commercio in formulazione crema, unguento, soluzione e crema idrofoba (in concentrazione 0,1%) e in formulazione crema idrofoba e unguento (in concentrazione 0,3%). Appartiene alla

TABELLA IV.

Fattori che devono essere considerati nella scelta del corticosteroide topico da utilizzare.

Spessore dell'epidermide	<ul style="list-style-type: none"> L'assorbimento del principio attivo sarà minore dove l'epidermide è più spessa (palmo e dorso delle mani, pianta e dorso dei piedi), sarà maggiore invece dove l'epidermide è più sottile (aree genitali, viso, palpebre). In queste aree è infatti sconsigliato l'utilizzo di corticosteroidi topici classificati come molto potenti
Età del paziente	<ul style="list-style-type: none"> Nel neonato e nei bambini lo strato corneo è più sottile e idratato rispetto all'adulto, con conseguente aumento della capacità di assorbimento. Scegliere molecole indicate per la popolazione pediatrica
Sede anatomica	<ul style="list-style-type: none"> In caso di cute glabra e lesioni estese, è consigliabile l'utilizzo di creme. Per il trattamento di aree poco estese è consigliabile utilizzare un unguento. Nelle zone pilifere è invece preferibile utilizzare lozioni o soluzioni A livello delle pieghe cutanee l'assorbimento è maggiore
Tipo di lesione cutanea	<ul style="list-style-type: none"> In caso di lesioni umide e/o essudanti è preferibile utilizzare creme a base acquosa, invece in caso di lesioni secche, lichenificate o squamose è consigliabile utilizzare pomate o unguenti
Occlusione	<ul style="list-style-type: none"> L'utilizzo di medicazioni coperte da cerotto trasparente aumenta l'assorbimento del prodotto topico applicato
Dermatosi infettive cutanee pre-esistenti	<ul style="list-style-type: none"> In caso di infezioni cutanee di origine virale, batterica o micotica è sconsigliato l'utilizzo di corticosteroidi topici in monoterapia; può essere utile invece una terapia con associazione di un principio attivo antibiotico o antisettico con un corticosteroide topico
Patologie che provocano alterazione della barriera cutanea	<ul style="list-style-type: none"> La presenza di concomitanti patologie che provocano alterazione della barriera cutanea comportano un maggiore assorbimento del corticosteroide topico (ad esempio in caso di riattivazione di dermatite atopica)

TABELLA V.

Principali corticosteroidi topici utilizzati in ambito dermatologico.

Metilprednisolone aceponato	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroide topico potente (gruppo III) Disponibile in formulazione di: crema, emulsione, crema idrofoba, unguento e soluzione cutanea (0,1%) Indicato in età pediatrica (> 4 mesi), a eccezione della soluzione cutanea Buon profilo di efficacia e sicurezza Efficace in mono-somministrazione giornaliera
Mometasone furoato	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroide topico potente (gruppo III) Disponibile in formulazione di: crema, unguento e soluzione cutanea (0,1%) Indicato in età pediatrica (> 2 anni) Buon profilo di efficacia e sicurezza Efficace in mono-somministrazione giornaliera
Diflucortolone valerato	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroide topico potente (gruppo III) Disponibile in formulazione di: crema, unguento, soluzione e crema idrofoba (0,1%); crema idrofoba e unguento (0,3%) Indicato in età pediatrica (> 4 anni) Buon profilo di efficacia e sicurezza
Clobetasolo propionato	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroide topico molto potente (gruppo IV) Disponibile in commercio in formulazione di: crema, unguento e schiuma (0,05%) Non raccomandato in età pediatrica Non raccomandato in aree cutanee particolarmente estese o caratterizzate da epidermide sottile (genitali, viso, palpebre) o per periodi prolungati di trattamento Elevata e rapida efficacia terapeutica

classe dei corticosteroidi topici potenti (gruppo III) nella concentrazione allo 0,1% e a quella dei molto potenti (gruppo IV) nella concentrazione allo

0,3%; ha un buon profilo di efficacia e sicurezza. Si trova in commercio anche in associazione ad antimicotico (isocanazolo nitrato 1%) per il trattamento

di lesioni accompagnate da infezione micotica e in associazione ad antisettico (clorochinaldolo 1%) per il trattamento delle dermatiti infette;

- **clobetasolo propionato:** appartiene al gruppo dei corticosteroidi a elevata potenza (gruppo IV) ed è disponibile in commercio in formulazione crema, unguento e schiuma allo 0,05%. Clobetasolo propionato presenta un'ottima e rapidissima efficacia terapeutica, ma anche un certo rischio di effetti collaterali cutanei. L'utilizzo di clobetasolo propionato non è raccomandato in età pediatrica, in aree cutanee particolarmente estese o caratterizzate da un'epidermide sottile (aree genitali, viso, palpebre) o per periodi di trattamento prolungato.

Metilprednisolone aceponato e mometasone furoato sono fra i corticosteroidi che presentano una buona efficacia terapeutica con il minor rischio di effetti collaterali, sia nel trattamento delle dermatosi infiammatorie, sia nel trattamento di dermatosi a eziologia autoimmune come la vitiligine^{9 10}. Inoltre si è dimostrato che la *week-end therapy*, ossia l'applicazione di corticosteroidi potenti (gruppo III) alla posologia di 2 volte a settimana in soggetti affetti da eczema cronico, riduce significativamente la frequenza delle riacutizzazioni¹⁰.

Principali indicazioni all'uso dei corticosteroidi topici

L'efficacia dei corticosteroidi topici è elevata nel caso di patologie a eziologia essenzialmente infiammatoria, come ad esempio: psoriasi, riacutizzazioni di dermatite atopica, eczema in chiazze, dermatite irritativa da contatto, lichen simplex cronico, vitiligine, alopecia areata, orticaria papulosa, punture d'insetto.

Modalità di utilizzo dei corticosteroidi topici

I corticosteroidi topici vanno utilizzati inizialmente come trattamento d'attacco *short-term*; al raggiungimento dell'obiettivo è consigliabile ridurre gradualmente la potenza dei corticosteroidi topici usati e/o la frequenza delle applicazioni settimanali, alternando la terapia con terapie complementari come gli emollienti.

Come terapia d'attacco, si consigliano generalmente 1 o 2 applicazioni al giorno fino a raggiungimento di un buon control-

lo della sintomatologia clinica in un tempo variabile da 1 a 4 settimane, secondo il prodotto utilizzato.

Non è consigliato superare un periodo di trattamento continuativo pari a 14 giorni nel caso di utilizzo di corticosteroidi topici di elevata potenza (gruppo IV).

Nei pazienti con eczema cronico, è possibile consigliare una terapia di mantenimento con due applicazioni settimanali di corticosteroidi topici di classe III (potenti).

Per quanto riguarda la scelta del corticosteroide topico da utilizzare in base alla potenza, gli steroidi topici di potenza elevata sarebbero indicati per trattamenti brevi e in aree lichenificate, mentre in zone delicate come il viso, il collo e nell'area genitale è possibile utilizzare quelli poco potenti, moderatamente potenti o potenti.

Possibili effetti collaterali dei corticosteroidi topici

Fra i possibili effetti collaterali cutanei dei corticosteroidi topici (legati principalmente a un loro scorretto utilizzo o a periodi di trattamento prolungati), troviamo:

- assottigliamento cutaneo e atrofia;
- teleangectasie;
- porpora ed ecchimosi;
- dermatite rosaceiforme (ad es. va ricordata la dermatite periorale rosaceiforme da steroide);
- granuloma gluteale infantum (composti fluorurati utilizzati per il trattamento delle dermatiti da pannolino);
- acne e rosacea o loro peggioramento;
- dermatite da contatto (es. budesonide, tixocortolo pivalato, eccipienti);
- effetto rebound: riaccensione della der-

matite alla sospensione non graduale dello steroide;

- soppressione surrenalica o sindrome di Cushing (estremamente rara, ma è necessario fare attenzione ai bambini, per il diverso rapporto superficie/peso corporeo rispetto all'adulto).

Schematicamente, gli effetti collaterali locali legati all'uso dei corticosteroidi topici possono essere classificati in effetti collaterali acuti, cronici e irreversibili (Tab. VI).

Questi ultimi (effetti collaterali cutanei irreversibili), pur essendo poco frequenti, sono stati osservati prevalentemente in aree con maggiore assorbimento, quali l'area del pannolino, viso, pieghe, soprattutto con l'impiego di corticosteroidi topici di elevata potenza e in seguito a periodi di trattamento molto lunghi.

Un evento avverso poco noto in ambito non specialistico è la sensibilizzazione da contatto agli steroidi, segnalato già molti anni fa (1959: idrocortisone). Nell'ultimo decennio sono stati individuati 4 gruppi di steroidi "allergizzanti/sensibilizzanti" in base a caratteristiche chimico-strutturali. I gruppi rappresentati da idrocortisone/tixocortolo e budesonide hanno mostrato una maggior frequenza di sensibilizzazione. La sensibilizzazione da contatto può essere legata anche ad altre sostanze presenti nella formulazione, quali gli eccipienti (ad es. lanolina, profumi, conservanti) o altri principi attivi associati (es. antibiotici, antimicotici ecc.).

Per ridurre al minimo il rischio di effetti collaterali legati all'utilizzo di corticosteroidi topici, è fondamentale la prescrizione di idonee terapie concomitanti (ad esempio l'utilizzo di topici emollienti in caso di der-

TABELLA VI.

Effetti collaterali locali legati all'uso dei corticosteroidi topici.

Effetti collaterali cutanei acuti (reversibili)	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatiti da contatto • Follicoliti
Effetti collaterali cutanei cronici (reversibili)	<ul style="list-style-type: none"> • Acne • Rosacea • Ipertricosi • Ipocromie • Porpora ed ecchimosi
Effetti collaterali cutanei irreversibili	<ul style="list-style-type: none"> • Striae distensae • Atrofia cutanea • Teleangectasie

matite atopica), il controllo della terapia (al fine di evitare un sovra-consumo o una brusca sospensione della stessa) e la sospensione progressiva del trattamento (diminuzione del numero di applicazioni).

Tachifilassi

La tachifilassi (desensibilizzazione) rappresenta la tolleranza che la cute sviluppa verso le azioni indotte dallo steroide: dopo l'utilizzo ripetuto del farmaco si rende necessario l'aumento della dose o della frequenza delle applicazioni, ai fini di ottenere il medesimo effetto iniziale.

Corticofobia

Nonostante gli effetti collaterali dei corticosteroidi topici siano rari, la paura di utilizzare questi principi attivi tende, in generale, ad aumentare nella popolazione. Questa condizione, ormai definita come una vera e propria entità clinica, è chiamata "corticofobia" ed è responsabile della maggior parte dei casi di fallimento terapeutico, poiché questi pazienti non aderiscono in modo corretto alla terapia prescritta¹¹.

È necessario pertanto rassicurare i pazienti che riferiscono corticofobia o che sembrano mostrare diffidenza nell'utilizzo della terapia corticosteroidica topica, fornendo loro spiegazioni adeguate, tranquillizzanti e fondate su dati scientifici certi¹.

Alcune strutture ospedaliere adottano dei veri e propri programmi di educazione terapeutica (ad es. "Scuola dell'atopia") volti ad ascoltare le domande dei pazienti e organizzati con lo scopo di migliorare l'osservanza al

trattamento e la qualità della vita del paziente e delle famiglie (www.fondation-dermatite-atopique.org/it/le-scuole-dellatopia/le-scuole-dellatopia-definizione).

Controindicazioni all'utilizzo degli steroidi topici

Le principali controindicazioni all'utilizzo dei corticosteroidi topici sono rappresentate da:

- dermatosi infettive in atto (virali, batteriche o micotiche): in caso di infezioni batteriche o micotiche è consigliabile evitare l'utilizzo di corticosteroidi topici in monoterapia, ricorrendo eventualmente ad associazioni a base di principi attivi antibiotici/antisettici con principi attivi corticosteroidici;
- acne/rosacea;
- gravidanza e allattamento: da somministrare solo in caso di effettiva necessità e per periodi di trattamento brevi.

Per quanto riguarda la somministrazione di corticosteroidi topici in donne in gravidanza, non vi sono dati certi che dimostrino una reale correlazione tra l'applicazione di corticosteroidi topici moderatamente potenti e potenti ed eventi avversi correlati alla gravidanza; tuttavia l'utilizzo di corticosteroidi molto potenti andrebbe evitato durante la gravidanza e l'allattamento¹².

Bibliografia

- 1 Blume-Peytavi U, Wahn U. *Optimizing the treatment of atopic dermatitis in children: a review of the benefit/risk ratio of methylprednisolone aceponate*. J Eur Acad Dermatol 2011;25:508-15.
- 2 Arcangeli F, Barberi S, Belloni F, et al. *Guida pratica sull'uso dei cortisonici nelle patolo-*

gie dermatologiche dell'età pediatrica. www.sipps.it, Sezione Ripps-Guide pratiche.

- 3 Long CC, Finlay AY. *The finger-tip unit-a new practical measure*. Clin Exp Dermatol 1991;16:444-7.
- 4 NICE. *Appraisal consultation document of application of topical corticosteroids for atopic eczema*. National Institute for Health and Clinical Excellence 2004.
- 5 Garcia Ponte L, Ebert U. *Frontiers of rapid itch relief: a review of methylprednisolone aceponate*. J Eur Acad Dermatol 2012;26:9-13.
- 6 Curto L, Carnero L, López-Aventin D, et al. *Fast itch relief in an experimental model for methylprednisolone aceponate topical corticosteroid activity, based on allergic contact eczema to nickel sulphate*. J Eur Acad Dermatol 2014;28:1356-62.
- 7 Luger TA. *Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate*. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011;25:251-8.
- 8 Hoffmann K, Auer T, Stücker M, et al. *Comparison of skin atrophy and vasoconstriction due to mometasone furoate, methylprednisolone and hydrocortisone*. J Eur Acad Dermatol 1998;10:137-42.
- 9 Brazzini B, Pimpinelli N. *New and established topical corticosteroids in dermatology: clinical pharmacology and therapeutic use*. Am J Clin Dermatol 2002;3:47-58.
- 10 Anupam D, Saumya P. *Use of topical corticosteroids in dermatology: an evidence-based approach*. Indian J Dermatol 2017;62:237-50.
- 11 Belloni Fortina A, Neri I. *Topical steroids and corticophobia*. G Ital Dermatol Venereol 2013;148:651-4.
- 12 Chi CC, Wang SH, Wojnarowska F, et al. *Safety of topical corticosteroids in pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2015;(10):CD007346.