

# Topische Kortikosteroide in der Dermatologie (Liste B+)

## EINLEITUNG

Topische Kortikosteroide zur Anwendung auf der Haut (Dermokortikoide) sind aufgrund ihrer entzündungshemmenden, immunsuppressiven, antiproliferativen und juckreizlindernden Eigenschaften eine wichtige Therapieoption bei verschiedenen nicht-infektiösen entzündlichen Dermatosen wie atopische Dermatitis und Psoriasis. Ihre Effekte beruhen auf der Bindung von Glukokortikoidrezeptoren in Zellen der Epidermis und Dermis, welche die Transkription verschiedener pro- und anti-inflammatorischer Proteine modulieren. Zusätzlich werden nicht-genomische Mechanismen diskutiert.<sup>1,2</sup>

Einige Dermokortikoide sind over-the-counter (Hydrocortisonacetat 0,5 %) in Apotheken und Drogerien erhältlich (Liste D) oder für die erleichterte Abgabe in der Apotheke ohne Rezept zugelassen (Liste B+, s. [i.mail-Artikel Nr. 8/2020 Vers. 2021](#), [i.mail-Artikel Nr. 13/2021](#) und **Box 1**), während andere in der Regel eine ärztliche Verschreibung erfordern (Liste B, s. **Tab. 1, S. 3**).

Der vorliegende Artikel soll die kompetente pharmazeutische Beratung bei der Abgabe dieser Präparate unterstützen.

## WAHL DES WIRKSTOFFES

### Stärkeklassen

Die Standardmethode zur Bestimmung der Stärke von Dermokortikoiden ist der sogenannte Vasokonstriktionstest, welcher die Abblässung (Blanching) der Haut nach Applikation eines Dermokortikoids als Surrogat für dessen anti-inflammatorische Wirkung misst, wobei die Korrelation nur mässig ist.<sup>2</sup>

Dermokortikoide werden gemäss ATC-Klassifikationssystem der WHO in vier Stärkeklassen eingeteilt:

- **I:** schwach wirksam
- **II:** mittelstark wirksam
- **III:** stark wirksam
- **IV:** sehr stark wirksam

Diese Klassifikation wird in die Schweizerischen Fachinformationen Dermokortikoid-haltiger Präparate übernommen. Eine Limitation ist, dass sie alleine auf dem enthaltenen Wirkstoff beruht und das Vehikel (Grundlage) nicht berücksichtigt, in welches der Wirkstoff eingearbeitet ist. Das Vehikel spielt jedoch eine entscheidende Rolle für das Ausmass der Penetration und Permeation des Dermokortikoids in bzw. durch die Hautschichten, indem es zum Beispiel die Löslichkeit des Wirkstoffs und die Durchlässigkeit der Haut für den Wirkstoff beeinflusst. (s. [i.mail-Artikel Nr. 15/2021](#)) Entscheidend dafür ist nicht primär die galenische Form (z. B. Creme, Salbe, Gel), sondern vielmehr die Gesamtheit aller im Vehikel enthaltener Ingredienzien. Folglich wird mit unterschiedlichen Präparaten, die denselben Wirkstoff in derselben Konzentration enthalten und in derselben galenischen Form vorliegen (z. B. Originalpräparat und Generikum), nicht immer derselbe klinische Effekt erzielt. Des Weiteren ist die viel zitierte Aussage, Salben seien generell potenter als Cremes, nicht korrekt.<sup>3</sup>

Die Wahl der Stärkeklasse erfolgt in Abhängigkeit der zu behandelnden Dermato- se und deren Ansprechen auf Steroide, der betroffenen Körperstelle und der Grösse der Applikationsfläche.<sup>1,2</sup>

Die atopische Dermatitis spricht beispielsweise generell gut auf Steroide an und je nach Schweregrad werden schwach bis stark wirksame Dermokortikoide eingesetzt. Ein kürzlich publizierter Cochrane Review hat bei moderater bis schwerer atopischer Dermatitis die Überlegenheit mittelstark bis stark wirksamer Dermokortikoide gegenüber schwach wirksamer Dermokortikoide gezeigt. Als ungenügend beurteilt wurde hingegen die Evidenz für einen Vorteil stark wirksamer gegenüber mittelstark wirksamer und sehr stark wirksamer gegenüber stark wirksamer Dermokortikoide.<sup>4</sup>

Auf Körperstellen mit dickem Stratum

### Box 1: Bedingungen zur rezeptfreien Abgabe von Dermokortikoiden der Liste B+ in der Apotheke

- Persönliche Abgabe durch Apotheker/in
- Patient/in muss anwesend sein
- Dokumentation der Abgabe inkl. der Nachvollziehbarkeit der Entscheidung
- Keine Abgabe an Frauen während der Schwangerschaft und Stillzeit
- Die Anwendung darf maximal 1x täglich über 3 Wochen erfolgen
- Periokuläre, axilläre und perigenitale Anwendungen sind aufgrund der Nebenwirkungen (Hautatrophie) ausgeschlossen

corneum wie Kopfhaut, Handflächen und Fusssohlen werden im Allgemeinen stärkere Dermokortikoide benötigt, um eine ausreichende Wirkung zu erzielen. Umgekehrt reichen auf dünner Haut (z. B. Gesicht, Genitalregion, intertriginöse Bereiche) meist schwächere Präparate aus und sehr stark wirksame Präparate sollten hier aufgrund des erhöhten Nebenwirkungsrisikos nur in Ausnahmefällen, kurzfristig und auf ärztliche Verordnung eingesetzt werden. Dasselbe gilt für die Anwendung auf grossen Behandlungsflächen und bei Kindern.<sup>1,2,5</sup>

### Unerwünschte Wirkungen (UAW)

Dermokortikoide sind bei sachgerechter Anwendung grundsätzlich gut verträglich. Sie führen kaum zu systemischen UAW, sofern nicht stark wirksame Wirkstoffe grossflächig, über längere Zeit oder okklusiv aufgetragen werden.<sup>5</sup> Relevanter sind lokale UAW (s. **Box 2, S. 2**) an der Applikationsstelle. Das Risiko für deren Auftreten steigt ebenfalls mit zunehmender Stärke der Präparate und der Therapiedauer. Daher sollte jeweils angepasst an die zu behandelnde Dermato- se ein Präparat mit der geringst nötigen Stärke und die kürzest mögliche Therapiedauer gewählt werden. Okklusionsverbände sollten nur auf Arealen mit besonders



dicker, für Dermokortikoide schlecht durchlässiger Haut angelegt werden, wo eine Resorptionserhöhung als notwendig erachtet wird (z. B. Psoriasis-Plaques).

### **Dermokortikoide mit verbessertem Nutzen-Risiko-Verhältnis**

Durch chemische Modifikation der Steroidmoleküle (z. B. Veresterung) konnte bei neueren Wirkstoffen das Nutzen-Risiko-Verhältnis verbessert werden. Diese teilweise als «Soft-Steroide» bezeichneten Wirkstoffe haben trotz guter anti-inflammatorischer Wirksamkeit ein deutlich vermindertes Nebenwirkungspotential. Häufig eingesetzte Vertreter dieser Gruppe sind Mometasonfuroat, Prednicarbat und Methylprednisolonaceponat.<sup>1,5</sup>

### **WAHL DER GALENISCHEN FORM**

Die galenische Form wird basierend auf dem Hautzustand bzw. der Akuität der Dermato­se sowie der Lokalisation und Grösse der Behandlungsfläche gewählt. Bei akuten, ggf. nässenden Dermatosen, für die Gesichtshaut und für intertriginöse Hautareale sollen hydrophile Grundlagen (z. B. hydrophile Creme, Hydro­lotion, Hydrogel) bevorzugt werden. Bei chronischen Dermatosen mit trockener, ggf. schuppender oder lichenifizierter Haut werden lipophile Grundlagen (z. B. lipophile Salbe, lipophile Creme, Lipolotion) empfohlen, die stärker okkludierend wirken (s. [i.mail-Artikel Nr. 15/2021](#) und **Tab. 1, S. 3**). Die behaarte Kopfhaut wird in der Regel mit Lösungen, Schäumen oder Shampoos behandelt.

Lotionen haben eine tiefe Viskosität, sind entsprechend gut verteilbar und eignen sich daher besonders für die Behandlung grosser und ggf. behaarter Hautflächen. Cremes und Salben haben eine höhere Viskosität, sind dadurch schlechter verteilbar und für die Anwendung auf kleineren Hautflächen bestimmt.<sup>1,2,5,6</sup>

#### **Box 2: Lokale UAW von Dermokortikoiden<sup>2,7</sup>**

- Hautreizungen (Brennen, Schmerzen, Juckreiz, Rötungen)
- Hautatrophie, Striae (Dehnungsstreifen), Teleangiektasien
- Pigmentierungsstörungen
- Hypertrichose (verstärkte Behaarung)
- Verschlimmerung und/oder Maskierung von Hautinfektionen
- Allergische Kontaktdermatitis
- Steroidakne
- Rosazea, periorale Dermatitis
- Rebound nach raschem Absetzen

### **KONKLUSION – WICHTIG FÜR DIE BERATUNG IN DER APOTHEKE**

- Um die Stärke eines Dermokortikoid-haltigen Präparates abzuschätzen, gibt die **Stärkeklasse** des enthaltenen Wirkstoffs gemäss WHO ATC-Klassifikationssystem einen wichtigen Anhaltspunkt. Die **Grundlage hat** aber ebenfalls einen **Einfluss**, welcher von der Gesamtheit der enthaltenen Ingredienzien abhängig und entsprechend schwierig vorhersehbar ist.
- Die **galenische Form** soll **basierend auf dem Hautzustand** bzw. der Akuität der Dermato­se sowie der **Lokalisation** und **Grösse der Behandlungsfläche** gewählt werden (s. **Tab. 1, S. 3**).
- Zur **Vermeidung von UAW** sollten Dermokortikoide mit der **geringst nötigen Stärke** über den **kürzest möglichen Zeitraum** angewendet werden.
- Falls ein Dermokortikoid der **Stärkeklasse II** (mittelstark wirksam) indiziert ist, können **Präparate der Liste B+** empfohlen werden.
- Eine **1x tägliche Applikation** ist normalerweise **ausreichend**.
- Die kontinuierliche Therapie sollte in der Regel einen Zeitraum von 2–4 Wochen nicht überschreiten. Für die **rezeptfreie Abgabe** gelten **maximal 3 Wochen** (s. **Box 1, S. 1**).

### **KONTRAINDIKATIONEN**

Für alle Dermokortikoide gelten folgende Kontraindikationen<sup>2,7</sup>:

- **Überempfindlichkeit** gegenüber Inhaltsstoffen
- Anwendung auf **infizierter Haut** (wenn nicht gleichzeitig eine Behandlung mit einem anti-infektiven Wirkstoff erfolgt)
- Anwendung auf **Hautulzera**
- Anwendung auf Hautstellen, die von **perioraler Dermatitis, Rosazea** oder **Akne** betroffen sind (Verschlimmerung durch Steroide möglich)

### **SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT**

Obwohl keine definitive Evidenz vorhanden ist, scheint die Anwendung von Dermokortikoiden in der Schwangerschaft und Stillzeit gemäss bisheriger Erkenntnisse sicher. Vorsichtshalber sollten in erster Linie schwach und mittelstark wirksame Substanzen eingesetzt werden. Falls diese zu wenig wirksam sind, können aber kurzfristig auch potentere Wirkstoffe verordnet werden.<sup>2,8-10</sup>

Die rezeptfreie Abgabe von Dermokortikoiden der Liste B+ an schwangere oder stillende Frauen ist nicht zulässig (s. **Box 1**).

### **ANWENDUNGSHINWEISE**

#### **Produktmenge**

Zur Bestimmung der zu applizierenden Menge eines streichfähigen Dermokortikoids kann man sich an der finger tip unit (FTU) orientieren: 1 FTU entspricht der Menge, die auf die Fingerspitze des Zeigefingers bis zum ersten Fingergelenk gegeben werden kann (ca. 0,5 g). Diese reicht für die Behandlung eines Hautareals der Grösse von zwei Handinnenflächen (2 % der Körperoberfläche).<sup>4,11</sup>

#### **Anwendungsfrequenz und -dauer**

Dermokortikoide sind lipophile Moleküle, die im ebenfalls lipophilen Stratum

corneum akkumulieren und einige Tage verbleiben können («Reservoir-Effekt»). Die Penetration in tiefere Hautschichten erfolgt entsprechend langsam. So konnte gezeigt werden, dass die 2x tägliche Applikation gegenüber der 1x täglichen Applikation keinen klinischen Vorteil bringt. Mit der Empfehlung, Dermokortikoide nur 1x täglich anzuwenden, kann die Adhärenz verbessert und es können Kosten eingespart werden.<sup>4</sup>

Die kontinuierliche (tägliche) Therapie mit Dermokortikoiden sollte in der Regel einen Zeitraum von 2–4 Wochen nicht überschreiten. Wenn die Haut abgeheilt ist, kann es sinnvoll sein, die antientzündliche Wirkung langsam zu reduzieren, indem ein schwächer wirksames Dermokortikoid eingesetzt wird (Stufentherapie) oder die Therapieintervalle ausgedehnt werden (Intervalltherapie).<sup>5,11</sup> Bei der atopischen Dermatitis hat sich als Erhaltungstherapie die sogenannte «Weekend-Therapie» als vorteilhaft erwiesen, bei welcher an zwei aufeinanderfolgenden Tagen ein Dermokortikoid appliziert wird und an den restlichen Wochentagen ausschliesslich ein wirkstofffreies Emolliens als Basispflege zur Anwendung kommt.<sup>4</sup>

#### **Kombination mit Emollienzien**

Erfordert es die Dermato­se, dass zur gleichen Tageszeit ein Dermokortikoid und ein Emolliens angewendet werden müssen, sollte immer zuerst das Emolliens und anschliessend – nach einer Antrocknungszeit von einigen Minuten – das Dermokortikoid aufgetragen werden. Dadurch wird eine ungewollte, grossflächige Verteilung des Dermokortikoids auf nicht betroffene Hautareale verhindert. Für die klinische Wirksamkeit scheint die Applikationsreihenfolge zwischen Dermokortikoid und Emolliens keine relevante Rolle zu spielen.<sup>12</sup>

**Tabelle 1: Übersicht in der Schweiz zugelassener Dermokortikoide** (Monopräparate, Stand 11/2022)

Präparat	Galenische Form	Wirkstoff (Konzentration)	Bevorzugter Anwendungsbereich (Dermatose/Hautzustand)						Behandlungsfläche		Liste
			Akut/ subakut	Chronisch	Nässend	Fettig	Trocken	Behaart	Klein	Gross	
<b>Stärkeklasse I (schwach wirksam)</b>											
<b>Sanadermil®</b>	Hydrocreme	Hydrocortisonacetat (0,5 %)	X		X	X				X	D
<b>Stärkeklasse II (mittelstark wirksam)</b>											
<b>Emovate®</b>	Creme	Clobetasol-17-butyrat (0,05 %)	X		X	X				X	B+
<b>Locoid®</b>	Creme	Hydrocortison-17-butyrat (0,1 %)	X		X	X			X	X	B+
	Crelo Emulsion		X		X	X			X		X
<b>Stärkeklasse III (stark wirksam)</b>											
<b>Advantan®</b>	Creme	Methylprednisolonaceponat (0,1 %)	X		X	X			X	X	B
	Salbe		(X)	X			X		X		B
	Fettsalbe			X			X		X		B
<b>Betnovate®</b>	Creme	Betamethasonvalerat (0,1 %)	X		X	X			X		B
	Lotion		X	(X)	X	X	(X)	(X)		X	B
	Salbe			X			X		X		B
	Scalp Applikation		X	(X)	X	X	(X)	X	X	X	B
<b>Cutivate®</b>	Salbe	Fluticason-17-propionat (0,005 %)		X				X		B	
<b>Diprosone®</b>	Creme	Betamethasondipropionat (0,05 %)	X		X	X			X	B	
<b>Elocom®</b>	Creme	Mometason-17-furoat (0,1 %)	X		(X)	(X)	X		X		B
	Salbe			X			X		X		B
	Lösung		X	(X)	X	X	(X)	X	X	X	B
<b>Monovo®</b>	Creme	Mometason-17-furoat (0,1 %)	X		X	X			X	B	
<b>Ovixan®</b>	Creme	Mometason-17-furoat (0,1 %)	X		X	X			X	B	
<b>Prednicutan®</b>	Creme	Prednicarbat (0,25 %)	X		X	X			X		B
	Salbe		(X)	X			X		X		B
	Fettsalbe			X			X		X		B
	Crinale		X	(X)	X	X	(X)	X	X	X	B
<b>Topsym®</b>	Creme	Fluocinonid (0,05 %)	X		X	X			X	B	
<b>Stärkeklasse IV (sehr stark wirksam)</b>											
<b>Clarelux®</b>	Schaum	Clobetasol-17-propionat (0,05 %)	X	(X)	X	X	(X)	X	X	X	B
<b>Clobex®</b>	Shampoo	Clobetasol-17-propionat (0,05 %)	X	(X)	X	X	(X)	X		X	B
<b>Dermovate®</b>	Creme	Clobetasol-17-propionat (0,05 %)	X		X	X			X		B
	Salbe			X			X		X		B
	Scalp Applikation		X	(X)	X	X	(X)	X	X	X	B

X = geeignet, (X) = bedingt geeignet

#### Referenzen

- Mehta AB et al. Topical corticosteroids in dermatology. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2016;82(4):371-8.
- Kwatra G et al. Topical Corticosteroids: Pharmacology. In: Lahiri K (ed.). A Treatise on Topical Corticosteroids in Dermatology. Use, Misuse and Abuse: Singapore, Springer Nature; 2018: 11-22.
- Oakley R et al. Topical corticosteroid vehicle composition and implications for clinical practice. Clin Exp Dermatol 2021;46(2):259-69.
- Lax SJ et al. Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema. Cochrane Database Syst Rev 2022;3:CD013356.
- Luger T et al. Topische Dermatotherapie mit Glukokortikoiden - Therapeutischer Index. J Dtsch Dermatol Ges 2004;2(7):629-34.
- Surber C et al. General Principles of Topical Therapy of the Skin. In: Brockow K, Mortz C (eds.). Global Atlas of Skin Allergy: European Academy of Allergy and Clinical Immunology; 2019: 220-23.
- Sarkar R, et al. Topical Side Effects of Topical Corticosteroids. In: Lahiri K (ed.). A Treatise on Topical Corticosteroids in Dermatology. Use, Misuse and Abuse: Singapore, Springer Nature; 2018: 251-60.
- Chatterjee M et al. Topical Corticosteroid During Pregnancy: Indications, Safety and Precautions: Pharmacology. In: Lahiri K (ed.). A Treatise on Topical Corticosteroids in Dermatology. Use, Misuse and Abuse: Singapore, Springer Nature; 2018: 81-6.
- Mittal A et al. Pros and Cons of Topical Corticosteroids in Lactating Females. In: Lahiri K (ed.). A Treatise on Topical Corticosteroids in Dermatology. Use, Misuse and Abuse: Singapore, Springer Nature; 2018: 87-9.
- Andersson NW et al. Evaluation of Topical Corticosteroid Use in Pregnancy and Risk of Newborns Being Small for Gestational Age and Having Low Birth Weight. JAMA Dermatol 2021;157(7):788-95.
- D'Souza P et al. Rational Use of Topical Corticosteroids. In: Lahiri K (ed.). A Treatise on Topical Corticosteroids in Dermatology. Use, Misuse and Abuse: Singapore, Springer Nature; 2018: 117-27.
- Surber C et al. Topical Corticosteroid or Emollient Product: Which to Apply First? J Eur Acad Dermatol Venereol 2022; 00: 1-2.