

کور تیکوترایی در بیماریهای پوست و آلرژی *

دکتر رحمت‌الله سمیعی **

دسته دوم بیماریهایی که کشنده نیستند و در آنها کورتیکوترایی با مدت طولانی میتواند ایجاد عوارض خطرناک‌تر از خود بیماری بنماید و بیماری آنها ایجاب میکند که فقط برای یکدوره معین و محدود کورتیکوترایی بنمائیم .

بنابراین اگر در دسته اول مدت کورتیکوترایی مطرح نمیشود ولی در دسته دوم مدت و موارد استعمال آن بستگی به خطرانی دارد که کورتیکوترایی ایجاد مینماید . از دسته اول که کورتیکوترایی در آنها مطلقاً لازمست باید بیماریهای زیر را نام ببریم :

پمفیگوس و لوپوس اریتماتوی سیستمیک حاد و تحت حاد و درماتومپوزیت حاد و پری آرتریت نوئوز بعضی از اریتماتودرمی‌های خطرناک و رتیکولوزها و میکوزیس فونگوئید .

در پمفیگوس ، کورتیکوئیدهای انتخابی عبارتند از تریا مسینولون و تبامتازون و پارامتازون .

در لوپوس اریتماتوی سیستمیک حاد با ضایعات احشائی نیز از تریا مسینولون با مقادیر زیاد استفاده میشود که بستگی به شدت ضایعات احشائی دارد و وقتی علائم بیماری تخفیف یابد بان داروهای ضد مالاریا اضافه مینمائیم یا اینکه در بین درمان تریا مسینولون که هر دو یا سه روز تجویز میشود ، اسید استیل سالیسیلیک اضافه مینمائیم .

در درماتومپوزیت ، اغلب دانشمندان فقط در مرحله حاد کورتیکوترایی مینمایند .

در پری آرتریت نوئوز ، کورتیکوترایی تظاهرات بالینی بیماری را تغییر داده و در موارد حاد موثر بوده و مدت متوسط زندگی را نیز طولانی‌تر مینماید

در اسکارو درمی پیشرفت‌کننده کورتیکوترایی در مرحله اول بیماری مفید است در صورتیکه در مرحله ثانویه و بعدی برعکس مضر میباشد .

در اریتماتودرمی‌های اولیه از نوع داروئی یا استرپتوککسی خواد ثانوی در اثر سایر بیماریهای پوستی مثل

موضوع سخنرانی که افتخار آن بعهدہ اینجانب واگذار شده است عبارتست از موارد استعمال کورتیکوترایی و عوارض ناشی از آن در بیماریهای پوست و آلرژی . چنانکه میدانیم دانشمندان بسیاری روی این موضوع از زمان کشف کورتیزون وسیله هتس Hench و کندال Kendal در سال ۱۹۴۹ بحث و گفتگو نموده‌اند و با افزایش روزافزون و مختلف ترکیبات کورتیکوئید جدید سنتتیک قوی و موثرتر از گذشته ولی با مضرات و خطرات زیاد با مشکلات جدیدی روبرو میشویم که باید آنها را بطور دقیق بررسی نمائیم .

دامنه وسیع اثر کورتیکوئید بها نشان میدهد که تا چه اندازه این ترکیبات در مکانیسم فیزیوپاتولوژیک اعمال بدن موثر بوده و باعث اصلاح عدم تعادل و رفع اختلالات آنها میشوند و به عکس العمل دفاع ارگانسیم بهبودی می‌بخشند . و این نشان دهنده اثرات مفید آن در یک سری از بیماریهای با علت نامعلوم که داروهای معینی در روی آنها نتیجه نمیدادند میباشد . و با وجود اینکه اثر عمل آنها بطور کامل شناخته نشده است ولی وسیله کورتیکوئیدها موفق شدند عده‌ای از بیماران را نجات داده و با عبارت دیگر حداقل مدت زندگی این بیماران را که علت بیماری آنها شناخته نشده است طولانی‌تر نمایند .

در اینجا بدینوسیله استعمال کورتیکوترایی در بیماریهای پوست و آلرژی با در نظر گرفتن عوارض و خطرات آنها را بیان نموده و طرق مختلف استعمال آنها را ذکر مینمائیم .

II - موارد استعمال کورتیکوئیدها یکسره از راه عمرمی در بیماریهای پوست مصرف میشوند .

قبل از اینکه وارد بحث در موضوع فوق شویم بهتر است ابتدا بیماریهای پوستی را بدو دسته اصلی تقسیم نمائیم :

دسته اول بیماریهایی که خطرناک و کشنده هستند و مطلقاً در آنها کورتیکوترایی لازم است و احتیاج درمان طولانی دارند .

* این مقاله در سمینار کورتیکوترایی توسط نویسنده ارائه گردید .

** استاد و سرپرست بخش پوست دانشکده پزشکی دانشگاه ملی ایران .

ارزش خیلی زیادی دارد .
در سل‌های پوستی حقیقی و توبرکولیدها کورتیکو-
تراپی همراه با آنتی‌بیوتیک‌های ضد باسیل دوکوخی مفید
میباشد .
در ادم‌های استرپتوککسی مزمن ، کورتیکوتراپی
همراه آنتی‌بیوتیک مفید است .
در زونا با اینکه بعضی از دانشمندان مخالف مصرف
کورتیکوتراپی میباشند ولی تجویز آن در بیماران باعث
تسکین درد گردیده است .
در تبخال مزمن عودکننده بعضی نتایج خوبی
گرفته‌اند .
در پلاک کورتیکوتراپی باعث روئیدن موقتی موها
شده و در عوض اگر زیاد باشد عوارض خطرناک دیده
شده است .

II — موارد استعمال کورتیکوتراپی داخل ضایعه‌ای

در کلوئیدهای تازه کورتیکوئید تزریقی داخل‌نسج
نتیجه رضایت‌بخش میدهد .

در لیکن‌پلان کورنه و هیپرتروفیک و لیکن‌پلان
ابتوسوس و در لوپوس اریتماتوی دیسکوئید در بعضی از
پلاک‌های پسوریازیس در نورودرمیت و در آکنه کونگوباتا
کورتیکوتراپی داخل ضایعه‌ای موثر است .

III — موارد استعمال کورتیکوتراپی پوستی

بغیر از کورتیزون تمام کورتیکواستروئیدها از
راه عمومی مصرف میشوند و در اکثر ضایعات التهابی مثل
اگرما و نورودرمیت‌ها و گرانولوم آنولر و آمیلوئیدوزهای
جندی و در لوپوس اریتماتوی دیسکوئید و در پسوریازیس
مفید میباشند .

فانوئور سینولون فانوئور کورتین ۱۷ و الرات‌دینال
منازولون و فانوئورمنازون چند ظرفیتی و فانوئورمتالون و
تریامسینولون و فسفات دونامتازون در پسوریازیس مفید
میباشند اما در لوپوس اریتماتو اثر ندارند . دگزامتازون
و پردنیزون و پردنیزولون و هیدروکورتیزون در پسوریازیس
و لوپوس اریتماتو موثر نیستند .

درفرم‌های ضایعات مزمن پوستی خشک پانسمان
اکولوزیو ، نتایج بیشتری میدهد . توام نمودن کورتیکو-
استروئیدها با آنتی‌بیوتیک‌ها و آنتی‌فونژیک‌ها اجازه میدهد
که در درمانت‌های میکروبی و قارچی بکار رود .
کورتیکوتراپی موضعی از نظر پیشرفت درمانی قابل مقایسه
با کورتیکوتراپی از راه عمومی میباشد .

عوارض و خطرات ناشی از استعمال پمادهای محتوی

کورتیکواستروئیدها

استعمال پمادهای محتوی کورتیکوئیدها موارد
استعمال بخصوص و معینی دارند و نباید آنها را بعنوان اکسیر
روی هر بیماری پوستی مالید زیرا آگهی‌های تبلیغاتی روی

پسوریازیس و لیکن‌پلان و غیره کورتیکوتراپی مفید میباشد.
فقط مدت زمان زیادی نباید تجویز شود زیرا اگر دارو را
قطع نمائیم عود بیماری شدیدتر از قبل میشود .
در اریترودرمی‌های عفونی باید به کورتیکوتراپی
آنتی‌بیوتیک اضافه نمود .
در سندرم لیل باکولاپس پریفریک باید هیدرو-
کورتیزون داخل وریدی تجویز نمود .
در اریترودرمی‌های در جریان بیماری هماتودرمی
کورتیکوتراپی اثر داروهای سیتواستاتیک و رادیوتراپی را
تقویت مینماید .
در بیماری دورینگ اگر سایر داروها موثر واقع
نشود و یا بیماری خیلی شدید باشد کورتیکوتراپی توصیه
میشود .
در لیکن‌پلان ژنرالیزه با خارش زیاد ، کورتیکو-
تراپی مفید میباشد .

در اریتم پولیمرف و سندرم استون-جونسون ،
کورتیکوتراپی بسیار مفید میباشد .

در پسوریازیس در انواع اریترودرمیک و پوستولو
و آرتروپاتیک موثر است که در نوع آخر A.C.T.H. بصورت
پرفوزیون نیز موثر است .

در اگرمای حاد کورتیکوتراپی با مدت کوتاه
توصیه میشود خصوصاً وقتیکه منتشر و دارای ترشح زیاد
باشد .

در اگرمای مزمن اگر بصورت حاد درآید با اینکه
خیلی خارش داشته باشد کورتیکوتراپی با مدت کوتاه
تجویز میگردد .

در اگرمای کودکان حداکثر از کورتیکوتراپی
باید پرهیز نمود مگر در موقعیکه بصورت اریترودرمی
درآید .

در درمانت‌های در اثر نور و درمانت‌های با انواع
منتشر و شدید کورتیکوتراپی با مدت کوتاه اثرات درخشانی
دارد .

در شوک‌های آنافیلاکسی و ضربه‌ای و سوختگی و
پنی‌سیلین وقتی که با کلاپس محیطی توام باشند باید
هیدروکورتیزون را از راه داخل وریدی ترجیح داد و یا
بنامنازون از راه داخل عضلانی مصرف نمود .

در بیماری سرم کورتیکوتراپی نتیجه خوب میدهد.
در کهیر یا در ادم کوئینک همراه با ادم گوت
کورتیکوتراپی بطور اورژانس توصیه میشود .

در کهیرهای مزمن که به کورتیکوتراپی جواب
نمیدهند ، درمان با A.C.T.H. روتارد بصورت تزریق سه
الی چهار تزریق بفاصله ۴ الی ۵ روز توام با معالجات
ضد حساسیت مفید است .

در سارکوئیدوز انواع کورتیکوتراپی بجز
دگزامتازون مفید میباشد .

در هماتودرمی و در بیماری کابوزی ، کورتیکوتراپی

کورتیکوترپی عمومی از سه ماه تا ۵ سال بوده‌اند .
 ۳۹ مورد آتروفی پوستی مشاهده شده که :
 ۱۳ مورد آن آتروفی جلدی منتشر بوده .
 ۲ مورد آن آتروفی جلدی محدود بوده .
 ۷ مورد آن ورژتور Vergeture مشاهده شده .
 و ۱۵ مورد در آن پوست نازک مشاهده گردیده
 است .

در خاتمه آرزو مینمائیم که شیمی‌دانان بتوانند
 کورتیکوئیدهای سنتتیک جدیدتری با عوارض کمتر تهیه و
 در دسترس پزشکان قرار دهند .

کورتیکواستروئیدهای خوراکی

۱- کورتیزون استعمال در نارسائی غدد فوق
 کلیوی حاد و مزمن .

۲- هیدروکورتیزون استعمال شبیه کورتیزون
 بعلاوه مصرف موضعی .

۳- پرونیزون و پردنیزولون استعمال شبیه
 کورتیزون و هیدروکورتیزون باستثناء نارسائی غدد فوق
 کلیوی .

۴- متیل پردنیزولون ۱۵ - ۲۰ برابر قویتر از
 پرونیزون در بیماران افسرده نیز تجویز میشود .

۵- تریامسینولون اثر مانند متیل پردنیزولون
 تجویز در فشار خون و اشخاص چاق و اختلالات معدی و
 عصبی در سندرومهای پوستی خیلی مؤثر است .

۶- دکزامتازون ۶-۷ برابر قویتر از پردنیزون
 در سوء تغذیه و دیابتیکها تجویز ولی در پیران تجویز
 نمیشود .

۷- بنامتازون ۸ مرتبه قویتر از پرونیزون تجویز
 در بیماران حساس سندرمهای ادما تونفروز سیروز کبد .

۸- پارامتازون ۲۵ مرتبه ضعیفتر از پردنیزون
 تجویز در بیماران قلبی با احتباس آب یا برای تجویز
 طولانی .

۹- فلوار پردنیزون - سه مرتبه ضعیفتر از
 پردنیزولون و برتری هم از آن ندارد .

۱۰- فلوارکورتیزون بصورت درمان تکمیلی با
 هیدروکورتیزون در بیماری آدیسون مصرف میشود .

۱۱- دکزامتازون و پردنیزون بصورت ترکیب
 بایکدیگر از راه دهان مؤثر و خوب تحمل میشود .

کورتیکواستروئیدهای وریدی

در نارسائیهای خفیف و شدید غدد
 فوق کلیوی تجویز میشوند

هیدروکورتیزون

بصورت تیدروکورتیزون سدیم
 سوکسینات و تیدروکورتیزون فسفات
 در دسترس میباشد .

این نوع داروها که فقط آنرا نشان میدهند و بلکه از مضرات
 و خطراتی که متوجه انسان میشوند صحبت نمی‌نمایند باعث
 این شده که مصرف آنها روز بروز افزایش یافته و میتوانیم
 بگوئیم که تقریباً در اغلب نسخه‌هایی که برای درمان
 بیماریهای پوست تجویز میشود ، یک پماد یا کرم محتوی
 کورتیکواستروئید وجود دارد . از طرفی میتوان گفت طبق
 آماریکه در سال ۱۹۷۰ در مکزیک گرفته‌اند ، ۳۶ درصد
 مراجعه‌کنندگان بدرمانگاه و بیمارستان‌های پوست قبلاً
 خودشان خود بخود بدون مشورت با پزشک ، از این محصولات
 دارویی استفاده نموده‌اند و مطالعه روی تعداد بسیار زیادی
 از مصرف‌کنندگان کورتیکواستروئیدها مضرات آنرا بصورت
 زیر خلاصه مینمائیم :

قبل از هر چیز باید بدانیم که روی یک پوست آزرده
 شده و بیمار ، کورتیکواستروئید چند برابر جذب میشود
 و این جذب بقدری شدید است که در ست باندازه یک
 کورتیکوترپی از راه داخلی یا عمومی خطرناک میباشد .
 تحقیقات و اندازه‌گیری‌های دقیق نشان داده است که ۶۷٪
 الی ۱۳ درصد هیدروکورتیزون استعمال شده روی درماتیت‌ها
 را توانسته‌اند در ادرار جستجو نمایند . روی همین اصل
 تجربیات در روی فلور کورتیزون باعث شد که مصرف آنها
 در آمریکا بکلی ممنوع و از بین داروها حذف شود .

پوست کودکان ترکیبات کورتیکواستروئید را خیلی
 خوب جذب میکند . خصوصاً اگر بوسیله پانسمان پلاستیک
 روی آن بسته شود قدرت جذب آن فوق‌العاده شدید میگردد .
 این درمانهای موضعی حتی اگر کوتاه مدت نیز
 باشند باعث ضعف غدد هیپوفیز و سوزنال شده و میتوانند حتی
 باعث توقف عمل آنها شود . استعمال موضعی پماد کورتیکوئید
 میتواند باعث پرفوراسیون زخم معده شود .

استعمال موضعی پمادهای کورتیکواستروئید در
 درمان بیماریهای مزمن مثل پسوریازیس و پروزیگوی
 Besnier ، میتواند باعث عادت به کورتون شود . و
 بالاخره برخلاف آنچه انتظار داریم در مورد این ماده
 معروف ضد آلرژی میتواند خودش ایجاد آلرژی بنماید .
 مضرات این داروهای مالیدنی میتوانند هم‌چنین
 موضعی باشند مثل :

— Vergeture ورژتور که این ضایعه پوستی
 خیلی شایع میباشد و میتواند بعد از مصرف سه هفته دارو
 ایجاد شود خصوصاً در روی نواحی که ماسره Maceree
 میباشد و هم‌چنین در ناحیه چین‌ها و گاهی وسعت آن
 خیلی زیاد میشود .

اولسهای ساق پا تحت اثر پمادهای کورتیکو-
 استروئید ، بصورت نکروتیک درمیآیند و بعضی از عفونت‌های
 میکروبی وقارچی بصورت خطرناک درمیآیند .

و بالاخره از آتروفیهای پوستی در جریان کورتیکو-
 ترپی‌های عمومی صحبت می‌نمائیم که بوسیله تورن Touraine
 و همکارانش در ۶۵ مورد بیماران جلدی که تحت درمان

پردنیزولون استات بصورت سوسپانسیون محلول در آب .

پردنیزولون بوتیل ترسیر استات مخلوط کورتیکوئید محلول در آب و غیر محلول

بصورت :

استات بتامتازون

بتامتازون دی‌سدیم فسفات

کورتیکوئیدهایی که استعمال خارجی دارند

همان کورتیکوئیدهایی هستند که از راه عمومی مصرف میشوند بغیر از کورتیزون کورتیکوئیدهایی که استعمال خارجی دارند بصورت‌های :

محلول پماد کرم

ساخته شده که خاصیت آنتی انفلاماتوار بسیار قوی دارند قویتر از همه آنهایی هستند که فرمول منو و دی‌فانوئوره دارند .

پردنیزولون سدیم سوکسینات و پردنیزولون فسفات در مواردیکه نتوانیم کورتیکوئید را از راه خوراکی مصرف نمائیم تجویز نمائیم تجویز میشود اثر آن شبیه‌هیدروکورتیزون سوکسینات میباشد .

کورتیکو استروئیدهایی که از راه داخل عضلانی مصرف میشوند

غیر محلول بوده و بطور آهسته جذب و دفع میشوند. کورتیزون استات بصورت سوسپانسیون آبی در نارسایی غدد فوق کلیوی تجویز میگردد . متیل پردنیزولون استات : بعنوان آنتی انفلاماتوار از راه عوارض تجویز میشود .

کورتیکوئیدهایی که داخل ضایعات بطور موضعی تزریق میشوند

هیدروکورتیزون استات
هیدروکورتیزون ترسیر (tertiaire) بوتیل استات

REFERENCES

1. Civatte, J., Belaich, S. et Larregue, M. 1973. Thérapeutique médicale. Collection médico-chirurgicale. "Traitement de quelques dermatoses courantes." pages 1441-1496.
2. Degos, R. Dermatologie. 1970, tome 2, page 771.
3. De Gennes, L. "Comment traiter par la cortisone et l'A.C.T.H." 1955.
4. Korting, G. W., Brehm, G. "Dermatologische Notfätile", page 48.
5. Korting, G. W. "Therapie der Hautkrankheiten", 1967, page 204.
6. Longuin, S. XIII^e Congressus Internationalis Dermatologiae, page 135, à 139.
7. Puiz, R. Maldonado. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1972, tome 99, n^o 3, page 313.
8. Roock-Wilkinson-Ebling. Text-book of Dermatology, 1968, pages 213-221-575-583.
9. Touraine, R., Fournet, M. Belaich. XIII^e Congressus Internationalis Dermatologiae, page 153.