

ΤΡΙΠΛΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΤΟΠΙΚΟΥ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ, ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΟΥΣ: Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Αλέξανδρος Κατούλης¹, Ευτέρπη Ζαφειρίου², Σωτήριος Θεοχάρης³, Κωνσταντίνος Κρασσαγάκης⁴, Sabine-Elke Kruger-Κρασσαγάκη⁴, Ελισάβετ Λαζαρίδου⁵, Ηλέκτρα Νικολαΐδου⁶, Θεόδωρος Σιδηρόπουλος⁷, Ελένη Σωτηρίου⁸, Βασιλική Χασάπη⁹, Αλέξανδρος Στρατηγός⁶

¹Β' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

²Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

³Πρόεδρος Ελληνικής Δερματολογικής και Αφροδισιολογικής Εταιρείας

⁴Δερματολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο

⁵Β' Δερματολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

⁶Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

⁷Δερματολογικό Τμήμα ΕΣΥ ΓΝΘ Ιπποκράτειο-Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁸Α' Δερματολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»-Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

⁹Δερματολογική-Αφροδισιολογική Κλινική ΕΣΥ, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

Συγγραφέας αλληλογραφίας: Καθηγητής Αλέξανδρος Κατούλης

Β' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Οδός Ρίμινι 1, Χαϊδάρι, Αθήνα 12462, Ελλάδα

Τηλ.: +30 210 5832396, +30 210 5832368

E-mail: alexanderkatoulis@yahoo.co.uk

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση τοπικών συνδυασμών κορτικοστεροειδών με αντιβιοτικά ή αντιμυκητιασικά αποτελεί διαχρονικά σημαντικό εργαλείο στη Δερματολογία, ιδιαίτερα σε δερματοπάθειες όπου συνυπάρχουν φλεγμονή, διαταραχή του επιδερμικού φραγμού και αυξημένος κίνδυνος μικροβιακής ή μυκητιασικής επιμόλυνσης. Ο σταθερός τριπλός συνδυασμός ακετονιδίου τριαμσινολόνης, θειικής νεομυκίνης και νυστατίνης συνδυάζει αντιφλεγμονώδη, αντιβακτηριακή και αντιμυκητιασική δράση, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση σε κλινικά σύνθετες δερματοπάθειες. Η παρούσα ανασκόπηση αναδεικνύει τη σύγχρονη αξία του τριπλού αυτού συνδυασμού, παρουσιάζοντας τη φαρμακολογική του βάση, το κλινικό σκεπτικό της χρήσης του, τις θεραπευτικές του εφαρμογές, καθώς και τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν για την ορθολογική και ασφαλή αξιοποίησή του.

Λέξεις-κλειδιά: τοπική θεραπεία, τριπλός συνδυασμός, κορτικοστεροειδή, αντιβιοτικά, αντιμυκητιασικά, φλεγμονώδεις δερματοπάθειες

Σύγκρουση συμφερόντων: Καμία

Χρηματοδότηση: Καμία

TRIPLE TOPICAL COMBINATION OF AN ANTIBIOTIC, ANTIFUNGAL, AND CORTICOSTEROID: ITS VALUE IN EVERYDAY DERMATOLOGICAL PRACTICE

Alexander Katoulis¹, Efterpi Zafiriou², Sotirios Theocharis³, Konstantinos Krasagakis⁴, Sabine-Elke Kruger-Krasagakis⁴, Elizabeth Lazaridou⁵, Electra Nicolaidou⁶, Theodoros Sidiropoulos⁷, Eleni Sotiriou⁸, Vasiliki Chasapi⁹, Alexander Stratigos⁶

¹Second Department of Dermatology and Venereology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Attikon University General Hospital, Athens, Greece

²Department of Dermatology, School of Medicine, University of Thessaly, University General Hospital of Larissa, Larissa, Greece

³President, Hellenic Society of Dermatology and Venereology

⁴Department of Dermatology, School of Medicine, University of Crete, University General Hospital of Heraklion, Heraklion, Greece

⁵Second Department of Dermatology, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece

⁶First Department of Dermatology and Venereology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Andreas Syggros Hospital, Athens, Greece

⁷Department of Dermatology, Hippokrateio General Hospital – Hospital of Venereal and Skin Diseases, Thessaloniki, Greece

⁸First Department of Dermatology, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Hippokrateio General Hospital – Hospital of Venereal and Skin Diseases, Thessaloniki, Greece

⁹Department of Dermatology and Venereology, National Health System, Andreas Syggros Hospital, Athens, Greece

Corresponding Author: Professor Dr. Alexandros Katoulis

2nd Dept. of Dermatology-Venereology, “Attikon” General University Hospital,
1 Rimini Str., Athens 12462, Greece

Tel: 0030 210 5832396, 0030 210 5832368

e-mail: alexanderkatoulis@yahoo.co.uk

ABSTRACT

The use of topical combination therapies of corticosteroids with antibiotics or antifungals has long been an important component of dermatological practice, particularly in dermatoses characterized by inflammation, epidermal barrier disruption, and an increased risk of bacterial or fungal superinfection. The fixed combination of triamcinolone acetonide, neomycin sulfate, and nystatin provides anti-inflammatory, antibacterial, and antifungal activity, offering a comprehensive therapeutic approach for clinically complex cutaneous disorders. This review highlights the contemporary value of this triple combination by presenting its pharmacological basis, the clinical rationale for its use, and its therapeutic applications, while also discussing the advantages and limitations that should be considered to ensure its rational and safe use in everyday clinical practice.

Keywords: topical therapy; triple combination; corticosteroids; antibiotics; antifungals; inflammatory dermatoses

Conflict of interest: None to declare

Funding: None

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική, οι Δερματολόγοι καλούνται να αντιμετωπίσουν ένα ιδιαίτερα ευρύ και ετερογενές φάσμα δερματοπαθειών, οι οποίες σπάνια περιορίζονται σε έναν μόνο παθογενετικό μηχανισμό. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι δερματικές βλάβες προκύπτουν από τη συνύπαρξη φλεγμονής, διαταραχής του επιδερμικού φραγμού και μικροβιακής ή μυκητιασικής επιμόλυνσης, γεγονός που επηρεάζει καθοριστικά τη θεραπευτική στρατηγική.¹

Η τοπική αγωγή αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα της Δερματολογίας, καθώς επιτρέπει στοχευμένη παρέμβαση, με ταχεία κλινική ανταπόκριση και ευνοϊκότερο προφίλ ασφάλειας συγκριτικά με τις συστηματικές θεραπείες.^{2,3} Ωστόσο, η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από τη σωστή εφαρμογή και διάρκεια της θεραπείας, ενώ η συμμόρφωση των ασθενών συχνά παραμένει περιοριστικός παράγοντας.⁴

Στο πλαίσιο αυτό, οι τοπικοί συνδυασμοί αποκτούν ιδιαίτερη πρακτική αξία.⁵ Διπλοί ή τριπλοί συνδυασμοί υπήρξαν ιδιαίτερα δημοφιλείς κατά το παρελθόν, όμως έγιναν αντικείμενο κριτικής διότι ενδεχομένως συσκοτίζουν την διάγνωση και υποκαθιστούν την αιτιολογική θεραπεία.⁶ Όμως η προσέγγιση αυτή δεν αντικατοπτρίζει πλήρως την καθημερινή πράξη, όπου η αιτιολογία είναι συχνά σύνθετη και πολυπαραγοντική.⁵ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η τοπική θεραπεία της κοινής ακμής, όπου η χρήση συνδυασμών προκρίνεται, όχι μόνο από την καθημερινή κλινική εμπειρία, αλλά υιοθετείται από τις πιο σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες.⁷ Σε κάποια δερματικά νοσήματα, η αλληλοεπικάλυψη της φλεγμονώδους και λοιμώδους συνιστώσας είναι τόσο εμφανής, ώστε οι συνδυασμοί να συμβάλλουν στην καλύτερη και ταχύτερη αποτελεσματικότητα, στην απλοποίηση του θεραπευτικού σχήματος, περιορίζοντας την ανάγκη πολλαπλών εφαρμογών και ενισχύοντας τη συμμόρφωση των ασθενών.⁵

ΤΡΙΠΛΟΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΝΥΣΤΑΤΙΝΗΣ, ΝΕΟΜΥΚΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΑΜΣΙΝΟΛΟΝΗΣ

Σύνθεση

Ο μοναδικός, σταθερός τριπλός συνδυασμός τοπικού κορτικοστεροειδούς, αντιμυκητιασικού και αντιβιοτικού, περιέχει νυστατίνη (100K u/gr), θεική νεομυκίνη 0,25% και ακετονίδιο τριαμσινολόνης 0,1%.⁸ Η νυστατίνη προσφέρει εκλεκτική αντιμυκητιασική δράση έναντι των μυκήτων του γένους *Candida*, ενώ η νεομυκίνη είναι αντιβιοτικό ευρέος φάσματος που καλύπτει Gram-θετικά και Gram-αρνητικά βακτήρια, που συχνά αποικίζουν ή επιμολύνουν το διαταραγμένο δέρμα. Το ακετονίδιο τριαμσινολόνης, ένα δραστικό κορτικοστεροειδές τάξης III, ασκεί ισχυρή και παρατεταμένη αντιφλεγμονώδη και αντικνησμών δράση, συμβάλλοντας στην ταχεία ύφεση των σημείων της φλεγμονής και του κνησμού.⁸ Πέραν των δραστικών συστατικών του, σημαντικό πλεονέκτημα του σκευάσματος αποτελεί και το ειδικό έκδοχο Unibase, τύπου ελαίου-εντός-ύδατος, το οποίο

συνδυάζει ιδιότητες κρέμας και αλοιφής. Χάρη στη σύνθεση αυτή, το σκεύασμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε υγρές όσο και σε ξηρές δερματοπάθειες.⁸

Ενδείξεις

Με βάση τις δράσεις των συστατικών του, ο τριπλός συνδυασμός ενδείκνυται σε:⁸

- λοιμώξεις του δέρματος και των βλεννογόνων με έντονο φλεγμονώδη χαρακτήρα και συμπτώματα (κνησμός, πόνος, καύσος), εξαιρουμένων των ιογενών λοιμώξεων
- φλεγμονώδεις δερματοπάθειες με διαταραχή του επιδερμικού φραγμού, πρωτογενώς ή δευτερογενώς επιμολυσμένες, ιδίως όταν η επιμόλυνση είναι μικτής αιτιολογίας (μικροβιακή ή μυκητιασική), αδιευκρίνιστη ή μη ταυτοποιήσιμη με καλλιέργεια.
- Σε δερματοπάθειες των πτυχών και της πρωκτογεννητικής περιοχής, όπου οι τοπικές συνθήκες ευνοούν τις μικτές επιλοιμώξεις

Επιπλέον κάποιες δερματοπάθειες χαρακτηρίζονται από την φύση τους από μικτή λοιμώδη και φλεγμονώδη αιτιολογία. Συνεπώς στις παρακάτω παθήσεις, η κρέμα τριπλού συνδυασμού θα μπορούσε βάσιμα να θεωρηθεί επιλογή πρώτης γραμμής, όταν συνυπάρχουν φλεγμονή και πιθανή μικτή επιμόλυνση:

Παράτριμμα

Πρόκειται για επιπολής φλεγμονώδη κατάσταση των πτυχών, που αναπτύσσεται σε έδαφος μηχανικής τριβής και παγίδευσης υγρασίας.⁹ Η συνεχής έκθεση σε ιδρώτα, ούρα, κόπρανα ή άλλα εκκρίματα, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο αερισμό, οδηγεί σε διαβροχή της κεράτινης στιβάδας και διαταραχή του επιδερμικού φραγμού, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για μικροβιακή και μυκητιασική επιβάρυνση.⁹ Προσβάλλονται εξίσου και τα δύο φύλα, ανεξαρτήτως εθνικότητας και ηλικίας.⁹ Η αυξημένη συχνότητα της νόσου στα βρέφη και στους ηλικιωμένους απορρέει από την ύπαρξη ατελώς ανεπτυγμένου ή κατεσταλμένου ανοσοποιητικού συστήματος, την περιορισμένη κινητικότητα και την ακράτεια ούρων ή/και κοπράνων σε αυτές τις ηλικίες, που συμβάλλουν στην εκδήλωσή της.⁹ Από τους ενήλικες, υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου διατρέχουν οι παχύσαρκοι σακχαροδιαβητικοί.¹⁰

Εντοπίζεται κυρίως στις υπομαζικές και μηροβουβωνικές περιοχές, στη μεσογλουτιαία πτυχή και στο περίνεο, ενώ λιγότερο συχνά προσβάλλει τις μασχάλες, τον ομφαλό και τα μεσοδακτύλια διαστήματα των άκρων ποδών.⁹

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την περιοχή του σώματος που προσβάλλεται, τη διάρκεια της φλεγμονής και την ενδεχόμενη συνύπαρξη επιμόλυνσης.^{9,10} Το παράτριμμα μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να συνοδεύεται από αίσθημα άλγους, καύσου και κνησμού.^{9,10} Η αρχική βλάβη είναι μια σαφώς αφοριζόμενη ερυθηματώδης πλάκα, η οποία κατανέμεται ισότιμα στις εφαιπτόμενες πλευρές της κάθε πτυχής, δίνοντας την εικόνα κατόπτρου.^{9,10} Το ερύθημα μπορεί να εξελιχθεί σε εντονότερη φλεγμονή με την παρουσία διαβροχής,

διάβρωσης, ρωγμών, ελκώσεων, εκκρίματος και εφελκιδοποίησης, που σηματοδοτούν την ύπαρξη δευτερογενούς λοίμωξης.^{9,10}

Η διάγνωση του παρατρίμματος βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και την κλινική εικόνα, με αναζήτηση προδιαθεσικών παραγόντων (υγρασία, τριβή, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης). Σε περιπτώσεις υποψίας επιμόλυνσης, μπορεί να απαιτηθεί άμεση μικροσκόπηση με KOH για αποκλεισμό μυκήτων, καλλιέργεια ή εξέταση με λυχνία Wood.¹¹

Η θεραπεία εξαρτάται από την αιτία αυτού και εξατομικεύεται. Στο μη επιπλεγμένο παράτριμμα, επαρκεί η διατήρηση στεγνών και καθαρών των προσβαλλόμενων περιοχών του δέρματος και τον διαχωρισμό των πτυχών με απορροφητικές γάζες ή επιθέματα από βαμβάκι.^{9,10} Ενίοτε, μπορεί να κριθεί αναγκαία η τοπική εφαρμογή κρέμας με οξείδιο του ψευδαργύρου ή βαζελίνη, για προστασία του επιδερμικού φραγμού ή/και η τοπική εφαρμογή σκευασμάτων με θεικό αργίλιο, οξικά άλατα ασβεστίου ή πούδρα talc, που διαθέτουν αντισηπτική και αδιαβροχοποιητική δράση, θωρακίζοντας το πάσχον δέρμα από την υγρασία.^{9,10} Τα τοπικά κορτικοστεροειδή και οι αναστολείς καλσινευρίνης (κρέμα τακρόλιμους ή πιμεκρόλιμους), , μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τον περιορισμό της φλεγμονής, με τα δεύτερα ως off-label θεραπευτική επιλογή.^{9,10}

Σε επιμολυσμένες μορφές, η αγωγή κατευθύνεται αιτιολογικά (αντιμυκητιασικά ή αντιβιοτικά).¹² Βέβαια, επειδή συνήθως η διάγνωση τίθεται κλινικά, χωρίς να συνοδεύεται από μικροβιολογική επιβεβαίωση, η χορήγηση συνδυασμών, ιδίως τριπλού συνδυασμού τοπικού αντιβιοτικού, τοπικού αντιμυκητιασικού και τοπικού κορτικοστεροειδούς, θεωρείται ιδιαίτερα εύχρηστη και αποτελεσματική.⁸

Γωνιακή χειλίτιδα

Η γωνιακή χειλίτιδα (perilèche) αποτελεί εντοπισμένη μορφή παρατρίμματος στις γωνίες του στόματος (perilèche): χαρακτηρίζεται από ερύθημα με ήπια απολέπιση και εγκάρσιες ρωγμές, (με ή χωρίς εφελκίδες), οι οποίες μπορεί να είναι είτε μονήρεις, αβαθείς περιοριζόμενες στις γωνίες του στόματος, είτε πολλαπλές και βαθύτερες με ακτινωτή επέκταση στο δέρμα της περιοχής.¹³ Ο ασθενής συχνά παραπονείται για ξηρότητα στα χείλη, πόνο, αίσθημα καύσου, και ευαισθησία κατά τη διάνοιξη του στόματος.¹³ Οι κύριοι ενοχοποιητικοί παράγοντες είναι η συχνή λείξη των χειλέων (διαβροχή από σάλιο), η χρήση κραγιόν, η έλλειψη βιταμινών και μετάλλων (B2, B6, B9, B12, σίδηρος), η ελαττωμένη κάθετη διάσταση σύγκλεισης σε ασθενείς με κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις και η ελλιπής υποστήριξη των χειλέων και των παρειών στους νωδούς ασθενείς.^{14,15} Οι ανωτέρω συνθήκες ευνοούν και την επιμόλυνση από μύκητες (*Candida albicans*), χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και στρεπτόκοκκους.^{14,15} Η θεραπεία αποσκοπεί στην άρση του υπεύθυνου αιτίου. Απαραίτητη κρίνεται η διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής, η επιδιόρθωση τυχόν προβλημάτων στις κινητές προσθετικές εργασίες, οι τακτικές οδοντιατρικές εξετάσεις στους νωδούς ασθενείς και η αποκατάσταση τυχόν ελλείψεων βιταμινών και μετάλλων.¹⁶ Λόγω της συχνής

συνύπαρξης βακτηριακής και μυκητιασικής επιμόλυνσης, ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η χορήγηση συνδυασμών τοπικού αντιβιοτικού, τοπικού αντιμυκητιασικού και τοπικού κορτικοστεροειδούς.⁸

Ερύθρμα

Το ερύθρμα αποτελεί χρόνια, επιτολής μικροβιακή δερματική λοίμωξη που οφείλεται στο βακτήριο *Corynebacterium minutissimum* και ανήκει στις λοιμώξεις των πτυχών, συχνά μιμούμενο κλινικά τις δερματοφυτίες.¹⁷ Παρατηρείται κυρίως σε θερμό και υγρό περιβάλλον και ευνοείται από παράγοντες όπως η υπεριδρωσία, η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κακή υγιεινή.¹⁸

Κλινικά εκδηλώνεται με σαφώς αφοριζόμενες, ερυθρηματώδεις έως καστανέρυθρες πλάκες με πιτυρώδη απολέπιση και συχνά λεπτή “ρυτιδωμένη” υφή.^{17,18} Οι βλάβες εντοπίζονται χαρακτηριστικά στις μεσοδακτύλιες περιοχές των άκρων ποδών, στις μηρογεννητικές πτυχές, στη μασχαλιαία χώρα και υπομαζικά, ενώ μπορεί να συνοδεύονται από ήπιο κνησμό ή αίσθημα καύσου, αν και συχνά είναι ασυμπτωματικές.^{17,18} Ηδιάγνωση ενισχύεται σημαντικά από τη λυχνία Wood, όπου παρατηρείται χαρακτηριστικός κοραλλί φθορισμός λόγω παραγωγής κοπροπορφυρίνης III από το βακτήριο.^{17,18}

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως *tinea cruris*, καντιντίαση και ανάστροφη ψωρίαση, με τον αποκλεισμό μυκητιασικής αιτιολογίας να βασίζεται, όπου απαιτείται, σε άμεση μικροσκόπηση με ΚΟΗ.¹⁷

Καθώς το ερύθρμα αποτελεί βακτηριακή λοίμωξη από το *Corynebacterium minutissimum*, ανταποκρίνεται πολύ καλά σε τοπική ή, σε εκτεταμένες περιπτώσεις, συστηματική αντιβιοτική αγωγή, κυρίως με μακρολίδες ή τετρακυκλίνες.¹⁹ Ωστόσο, επειδή εντοπίζεται συχνά σε πτυχές και περιοχές με αυξημένη υγρασία, όπου ευνοείται η ανάπτυξη μικροοργανισμών, δεν είναι σπάνια η συνύπαρξη μυκητιασικής λοίμωξης.¹⁹ Για τον λόγο αυτό, στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται συχνά τοπικά σκευάσματα συνδυασμού, εξασφαλίζοντας ευρύτερη κάλυψη, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση δεν είναι απόλυτα σαφής ή υπάρχει υποψία μικτής λοίμωξης.

Βαλανοποσθίτιδα

Βαλανίτιδα ορίζεται ως η φλεγμονή της βαλάνου του πέους, ενώ στην βαλανοποσθίτιδα η φλεγμονή επηρεάζει και την ακροποσθία.²⁰ Αποτελεί έναν περιγραφικό όρο, που εμπερικλείει ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων ποικίλης αιτιολογίας, με ξεχωριστή κλινική εικόνα και συμπτωματολογία.²⁰ Είναι μια σχετικά κοινή πάθηση, με επιπολασμό που κυμαίνεται μεταξύ 12% και 20% σε άνδρες όλων των ηλικιών.²⁰ Από τους ενήλικες άνδρες, υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου διατρέχουν οι μη περιτμημένοι, σακχαροδιαβητικοί, με επιπολασμό περίπου 35%.²⁰ Παρότι η ασθένεια κυρίως εντοπίζεται σε σεξουαλικά ενεργούς

ενήλικες άνδρες, μπορεί να επηρεαστεί και ο παιδιατρικός πληθυσμός. Στα παιδιά εμφανίζεται συχνότερα στην προσχολική ηλικία (2 έως 5 ετών) και πιθανότατα οφείλεται σε φήμωση ή κακή υγιεινή της περιοχής.²⁰

Η βαλανοποσθίτιδα έχει ποικίλη αιτιολογία και διακρίνεται σε λοιμώδη και μη λοιμώδη αίτια. Στις λοιμώξεις περιλαμβάνονται σεξουαλικά μεταδιδόμενοι μικροοργανισμοί, καθώς και μη σεξουαλικά μεταδιδόμενοι όπως *Candida albicans*, στρεπτόκοκκοι, *Staphylococcus aureus*, αναερόβια και *Pseudomonas aeruginosa*.^{20,21} Επιπλέον, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν φλεγμονώδεις δερματοπάθειες όπως ψωρίαση, ομαλός και σκληροατροφικός λειχήνας, αντιδραστική αρθρίτιδα, βαλανίτιδα Ζοση, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, έκζεμα και σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα.²² Ερεθιστικοί ή αλλεργιογόνοι παράγοντες (σαπούνια, λιπαντικά, προφυλακτικά, σπερματοκτόνα, τοπικές αγωγές) μπορούν επίσης να προκαλέσουν βλάβες, λόγω της αυξημένης ευαισθησίας της περιοχής. Τέλος, μηχανικό τραύμα, κυρίως από παρατεταμένη τριβή κατά τη σεξουαλική επαφή, αποτελεί επιπρόσθετο εκλυτικό παράγοντα.²²

Η κλινική εικόνα της βαλανοποσθίτιδας είναι ετερογενής και εξαρτάται από την υποκείμενη αιτιολογία. Στην κλινική εικόνα μπορεί να συνυπάρχουν:²⁰⁻²²

- διάχυτη ή εντοπισμένη ερυθρότητα, υπό τη μορφή στίλβουσας ερυθματώδους πλάκας ή πολλαπλών ερυθρών κηλίδων/βλατίδων στη βάλανο και την ακροποσθία. Στην περίπτωση της καντιντιασικής βαλανοποσθίτιδας συνυπάρχουν ερυθματολεπιδώδεις βλατίδες και δορυφόρα φλυκταινίδια, ενώ η βαλανοποσθίτιδα από ομαλό λειχήνα παρουσιάζεται ως ερυθροϊώδεις στίλβουσες βλατίδες ή δακτυλιοειδείς βλάβες.
- οίδημα της βαλάνου και της ακροποσθίας
- ουρηθρικό έκκριμα από συνυπάρχουσα ουρηθρίτιδα (*C. Trachomatis*, *N. Gonorrhea* → άοσμο ≠ αναερόβια βακτήρια → δύσοσμο)
- συνύπαρξη με ελκώσεις (*Trichomonas vaginalis*, *Treponema pallidum*)
- επιφανειακές διαβρώσεις ή ρωγμές του δέρματος (*Candida albicans*, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα)
- απολέπιση του δέρματος (ψωρίαση, σμηγματορροϊκή δερματίτιδα, *Candida albicans*, ερεθιστικοί παράγοντες)
- βουβωνική λεμφαδενοπάθεια (αναερόβια βακτήρια)

Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει συνήθως άλγος, αίσθημα καύσου και κνησμό, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχουν άλγος κατά τη στύση, δυσπαρευνία ή δυσουρία.²⁰

Αναφορικά με την θεραπεία, η μη ειδική βαλανοποσθίτιδα συνήθως υποχωρεί με σωστή τοπική υγιεινή, που περιλαμβάνει πλύσιμο με χλιαρό νερό και ήπιο καθαριστικό, σχολαστικό στέγνωμα και πεόλουτρα με φυσιολογικό ορό 2–3 φορές ημερησίως.²² Αντίστοιχα, η ερεθιστική βαλανοποσθίτιδα αντιμετωπίζεται κυρίως με αποφυγή των ερεθιστικών ή

προδιαθεσικών παραγόντων και με τοπική εφαρμογή ήπιου κορτικοστεροειδούς, όπως υδροκορτιζόνη 1%, δύο φορές ημερησίως για περίπου μία εβδομάδα.²² Στην βαλανοποσθίτιδα λοιμώδους αιτιολογίας (καντιντιασικής ή βακτηριακής), η διάγνωση είναι κατά κύριο λόγο κλινική και σπάνια συνοδεύεται από μικροβιολογική επιβεβαίωση, εκτός από περιπτώσεις όπου κλινικοί ή άλλοι λόγοι το επιβάλλουν.²⁰⁻²² Για τον λόγο αυτό, η εμπειρική τοπική θεραπεία με συνδυαστικά σκευάσματα που περιέχουν αντιβιοτικό, αντιμυκητιασικό και κορτικοστεροειδές (π.χ. νεομυκίνη, νυστατίνη και ακετονίδιο τριαμσινολόνης) θεωρείται πρακτική και συχνά αποτελεσματική προσέγγιση.⁸

Επιπλέον, και στις περιπτώσεις βαλανοποσθίτιδας που εντάσσονται στο πλαίσιο φλεγμονωδών δερματοπαθειών, μπορεί μεν η θεραπεία να στοχεύει πρωτίστως στην αντιμετώπιση του υποκείμενου νοσήματος, όμως οι ιδιαίτερες τοπικές συνθήκες (υγρασία, θερμότητα, τριβή) ευνοούν τη δευτερογενή επιμόλυνση από βακτήρια και μύκητες, γεγονός που καθιστά συχνά απαραίτητη τη συγχορήγηση κρέμας συνδυασμού.⁸

Περιωνυχία

Η περιωνυχία αποτελεί φλεγμονή των ιστών που περιβάλλουν την ονυχιαία πλάκα και μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια.²³ Η οξεία περιωνυχία εμφανίζεται συνήθως μετά από κάποιο μικροτραυματισμό, τεχνικές ονυχοκομίας, ονυχοφαγία ή είσφρυση όνυχος και χαρακτηρίζεται από επώδυνο ερύθημα, οίδημα και ευαισθησία της περιονυχίας περιοχής, με ή χωρίς συλλογή πύου.²³ Συχνότερα εμπλέκονται βακτηριακοί παράγοντες, κυρίως *Staphylococcus aureus* και στρεπτόκοκκοι.²³ Η χρόνια περιωνυχία, αντίθετα, σχετίζεται περισσότερο με επαναλαμβανόμενη έκθεση σε υγρασία, ερεθιστικές ουσίες και διαταραχή του επιδερμικού φραγμού, ενώ συχνά συνυπάρχει αποικισμός ή επιμόλυνση από *Candida* spp.²³

Κλινικά παρατηρείται ερύθημα και οίδημα της εγγύς ή/και πλάγιας ονυχιαίας πτυχής, ευαισθησία, αίσθημα καύσου και, σε ορισμένες περιπτώσεις, δυστροφία της ονυχιαίας πλάκας. Η θεραπεία εξαρτάται από την αιτιολογία και τη βαρύτητα.²³⁻²⁴ Στις ήπιες μορφές συστήνεται αποφυγή υγρασίας και ερεθιστικών παραγόντων, χρήση γαντιών, αντισηπτικά διαλύματα και σωστή τοπική φροντίδα.²³⁻²⁴ Όταν συνυπάρχει έντονη φλεγμονή, βακτηριακή ή μυκητιασική επιμόλυνση, η εφαρμογή τοπικού συνδυασμού κορτικοστεροειδούς, αντιβιοτικού και αντιμυκητιασικού μπορεί κατά την κρίση του ιατρού να είναι μια χρήσιμη επιλογή ιδιαίτερα στην αρχική φάση όπου προεξάρχει το ερεθιστικό στοιχείο, καθώς καλύπτει ταυτόχρονα τη φλεγμονώδη και τη λοιμώδη συνιστώσα της νόσου.²³⁻²⁴ Σε περίπτωση αποστήματος απαιτείται παροχέτευση, ενώ εκτεταμένες ή υποτροπιάζουσες μορφές μπορεί να χρειαστούν καλλιέργεια και συστηματική αγωγή.²³⁻²⁴

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι τοπικές και περιλαμβάνουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας, όπως δερματίτιδα εξ επαφής, ερύθημα, κνίδωση, αίσθημα καύσου στο σημείο εφαρμογής, κνησμό, ερεθισμό και ξηρότητα του δέρματος.⁸ Μετά από παρατεταμένη χρήση, ιδίως στο πρόσωπο, στις πτυχές ή υπό κλειστή περίδεση, μπορεί να εμφανιστούν στεροειδοεπαγόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ατροφία, ευρυαγγείες, θυλακίτιδα ή επιδείνωση προϋπάρχουσας ακμής, ροδόχρου νόσου ή περιστοματικής δερματίτιδας.⁸ Σπανιότερα, έχουν αναφερθεί οφθαλμικές διαταραχές, όπως θάμβος όρασης, καταρράκτης ή επιδείνωση γλαυκώματος, κυρίως όταν η εφαρμογή γίνεται πλησίον των οφθαλμών ή για παρατεταμένο χρονικό διάστημα.⁸

Αντενδείξεις – Προφυλάξεις

Παρά το ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας, η χρήση του τριπλού συνδυασμού πρέπει να παραμένει σύντομη και στοχευμένη.⁸ Η χορήγησή του αντενδείκνυται σε ασθενείς με γνωστή υπερευαισθησία σε οποιοδήποτε από τα δραστικά συστατικά ή τα έκδοχα, καθώς και σε περιπτώσεις γνωστής υπερευαισθησίας σε άλλα αντιβιοτικά της τάξης των αμινογλυκοσιδών, ενώ δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που αντενδείκνυνται τα τοπικά κορτικοστεροειδή (αιμορραγική διάθεση, φυματίωση, ροδόχρους νόσος, κοινή ακμή, περιστοματική δερματίτιδα, ατροφία κ.ά).⁸ Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε παιδιατρικούς ασθενείς, και κυρίως σε νεογνά και βρέφη ηλικίας κάτω του 1 έτους, λόγω του αυξημένου κινδύνου συστηματικής απορρόφησης.⁸ Αντίστοιχα, κατά την κύηση ή τη γαλουχία, η χρήση θα πρέπει να γίνεται μόνο εφόσον υπάρχει σαφής κλινική ένδειξη και μετά από ιατρική αξιολόγηση.⁸ Προσοχή απαιτείται επίσης σε περιπτώσεις δερματικών λοιμώξεων όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις δερματικών λοιμώξεων όπου ενδείκνυται κατ' αρχάς η χρήση αμιγών σκευασμάτων αντιβιοτικών ή αντιμυκητιασικών καθώς και σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική νόσο, λόγω του πιθανού κινδύνου ωτοτοξικότητας ή νεφροτοξικότητας από τη θειική νεομυκίνη. Τέλος, σε περίπτωση επικείμενου εμβολιασμού ή δερματικών αντιδράσεων που σχετίζονται με εμβολιασμό, η εφαρμογή τοπικού κορτικοστεροειδούς στην περιοχή θα πρέπει να αποφεύγεται.⁸

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνολικά, η θέση τοπικού συνδυασμού με κορτικοστεροειδές, αντιμυκητιασικό και αντιβιοτικό στη σύγχρονη Δερματολογία παραμένει ουσιαστική, ιδιαίτερα σε δερματοπάθειες όπου η κλινική εικόνα είναι μικτή και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση σημαντική. Η ευχρηστία, η ασφάλεια, η ταχεία ανακούφιση των συμπτωμάτων και η δυνατότητα ταυτόχρονης αντιμετώπισης διαφορετικών παθογενετικών συνιστωσών μέσω ενός μόνο σκευάσματος αναδεικνύουν τη διαχρονική αξία των συνδυασμών στην καθημερινή δερματολογική πρακτική, καθιστώντας τους ένα ιδιαίτερα χρήσιμο και ευέλικτο εργαλείο στο θεραπευτικό οπλοστάσιο του Δερματολόγου.

Η χρησιμότητα της αναδεικνύεται κατεξοχήν σε φλεγμονώδεις δερματοπάθειες που χαρακτηρίζονται από διαταραχή του φραγμού και κινδυνεύουν από επιμόλυνση ή έχουν επιμολυνθεί και σε δερματοπάθειες των πτυχών και της πρωκτογεννητικής περιοχής, όπου οι τοπικές συνθήκες ευνοούν τις μικτές επιλοιμώξεις. Επίσης επικουρικά, αφού αρχικά έχει ελεγχθεί η λοίμωξη, σε λοιμώδεις δερματοπάθειες μικτής αιτιολογίας που συνοδεύονται από κνησμό (εξαιρούνται οι ιογενείς και οι δερματοφυτικές λοιμώξεις. Τέλος, σε κάποιες δερματοπάθειες, όπως η βαλανοποσθίτιδα, το ερύθρμα, το παράτριμμα, η γωνιακή χειλίτιδα και η περιωνυχία, ευλόγως μπορεί να θεωρηθεί ως η αρχική θεραπεία 1^{ης} γραμμής.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Guo JW, Jee SH. Strategies to Develop a Suitable Formulation for Inflammatory Skin Disease Treatment. *Int J Mol Sci*. 2021 Jun 4;22(11):6078. doi: 10.3390/ijms22116078
2. Rabindranathnambi A, Abid M. Topical treatments in dermatology. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2021 Aug 2;82(8):1-9. doi: 10.12968/hmed.2020.0567
3. Ahn CS, Culp L, Huang WW, Davis SA, Feldman SR. Adherence in dermatology. *J Dermatolog Treat*. 2017 Mar;28(2):94-103. doi: 10.1080/09546634.2016.1181256. Epub 2016 May 15
4. Tan X, Feldman SR, Chang J, Balkrishnan R. Topical drug delivery systems in dermatology: a review of patient adherence issues. *Expert Opin Drug Deliv*. 2012 Oct;9(10):1263-71. doi: 10.1517/17425247.2012.711756
5. Strom MA, Mohan GC, Lio PA. Therapeutic Synergy, Neutrality, and Antagonism: Combination Treatment in Dermatology. *J Drugs Dermatol*. 2016 Oct 1;15(10):1203-1207
6. Mijaljica D, Spada F, Harrison IP. Emerging Trends in the Use of Topical Antifungal-Corticosteroid Combinations. *Journal of Fungi*. 2022; 8(8):812. <https://doi.org/10.3390/jof8080812>
7. Nast A, Al Wattar BH, Beylot Barry M, Brüggemann H, Bukvić Mokos Z, Caruana DM, et al. Update of the EuroGuiDerm evidence-based guideline for the treatment of acne—Short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2026;00:1–11. <https://doi.org/10.1111/jdv.70331>
8. Kenacomb® Cream. Summary of Product Characteristics (SmPC). Electronic Medicines Compendium (emc). Available from: <https://www.medicines.org.uk/emc>
9. Romanelli M, Voegeli D, Colboc H, Bassetto F, Janowska A, Scarpa C, Meaume S. The diagnosis, management and prevention of intertrigo in adults: a review. *J Wound Care*. 2023 Jul 2;32(7):411-420. doi: 10.12968/jowc.2023.32.7.411
10. Voegeli D. Intertrigo: causes, prevention and management. *Br J Nurs*. 2020 Jun 25;29(12):S16-S22. doi: 10.12968/bjon.2020.29.12.S16.
11. Agrawal I, Panda M. Utility of Wood's Lamp in Intertrigo. *Indian Dermatol Online J*. 2021 Aug 2;12(6):948-949. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_957_20
12. Janniger CK, Schwartz RA, Szepietowski JC, Reich A. Intertrigo and common secondary skin infections. *Am Fam Physician*. 2005 Sep 1;72(5):833-8
13. Chiriac A, Chiriac AE, Pinteala T, Spinei A, Savin L, Zelenkova H, Wollina U. Angular cheilitis-an oral disease with many facets. *Wien Med Wochenschr*. 2024 Nov;174(15-16):315-322. English. doi: 10.1007/s10354-024-01037-9.
14. Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular cheilitis, part 1: local etiologies. *Cutis*. 2011 Jun;87(6):289-95.
15. Park KK, Brodell RT, Helms SE. Angular cheilitis, part 2: nutritional, systemic, and drug-related causes and treatment. *Cutis*. 2011 Jul;88(1):27-32.
16. Cabras M, Gambino A, Broccoletti R, Lodi G, Arduino PG. Treatment of angular cheilitis: A narrative review and authors' clinical experience. *Oral Dis*. 2020 Sep;26(6):1107-1115. doi: 10.1111/odi.13183.
17. Martínez-Ortega JI, Franco González S. Erythrasma: Pathogenesis and Diagnostic Challenges. *Cureus*. 2024 Aug 31;16(8):e68308. doi: 10.7759/cureus.68308.

18. Masood M, Usatine RP, Heath CR. Erythrasma. *Cutis*. 2022 Dec;110(6):338-339. doi: 10.12788/cutis.0662
19. Radhakrishnan S, Logamoorthy R, Karthikeyan K, Mohan R, Mary J JF. Erythrasma: a systematic review of interventions. *Clin Exp Dermatol*. 2025 Oct 27;50(11):2139-2146. doi: 10.1093/ced/llaf307
20. Perkins OS, Leslie SW, Cortes S. Balanoposthitis. 2024 May 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan
21. Lisboa C, Ferreira A, Resende C, Rodrigues AG. Infectious balanoposthitis: management, clinical and laboratory features. *Int J Dermatol*. 2009 Feb;48(2):121-4. doi: 10.1111/j.1365-4632.2009.03966.x
22. Edwards SK, Bunker CB, van der Snoek EM, van der Meijden WI. 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023 Jun;37(6):1104-1117. doi: 10.1111/jdv.18954
23. Rigopoulos D, Larios G, Gregoriou S, Alevizos A. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*. 2008 Feb 1;77(3):339-46
24. Leggit JC. Acute and Chronic Paronychia. *Am Fam Physician*. 2017 Jul 1;96(1):44-51