

Supplemento a *Dermatologia Clinica*

**FUSIDATO
DI SODIO e TBI**
**Nuove evidenze
di efficacia**



CIC Edizioni Internazionali

Supplemento a "Dermatologia Clinica"
Volume XXXI, 2011

Direttore responsabile: Andrea Salvati

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 183 del 6/5/1981

© Copyright 2012



CIC Edizioni Internazionali

Corso Trieste 42
00198 Roma

website: www.gruppocic.com

Finito di stampare nel mese di aprile 2012

Fotocomposizione e stampa: Litograftodi srl - Todi (PG)

Introduzione

Il fusidato di sodio è un antibiotico prodotto dalla fermentazione del fungo *Fusidium coccineum* e dotato di una spiccata attività battericida/batteriostatica nei confronti dei principali ceppi batterici responsabili delle infezioni cutanee. Questo antibiotico possiede – da un punto di vista chimico – una struttura simil-steroidica, pur essendo privo di attività antinfiammatoria e degli effetti avversi tipici degli steroidi. **In relazione alle sue peculiarità strutturali, il fusidato di sodio possiede un'elevata capacità di penetrazione a livello della cute, sia essa integra, danneggiata o poco vascolarizzata. È interessante osservare come l'elevata capacità di assorbimento dopo applicazione topica consenta il raggiungimento di concentrazioni locali di fusidato di sodio addirittura superiori a quelle ottenibili a seguito di somministrazione sistemica.** Questo antibiotico è inoltre in grado di raggiungere gli strati più profondi dell'epidermide e del derma in misura significativamente superiore ad altre molecole ad uso topico, come la mupirocina.

L'azione antibiotica del fusidato di sodio è riconducibile all'inibizione della sintesi delle proteine batteriche attraverso due distinti meccanismi: 1) il blocco di uno specifico fattore di elongazione (noto come fattore di elongazione G o EF-G) e 2) il legame a una proteina che permette la traslocazione dell'RNA trasportatore (t-RNA) all'interno del ribosoma batterico. Grazie a questo tipo di azioni, **il fusidato di sodio determina un'interruzione nel processo di polimerizzazione terminale de-**

gli aminoacidi batterici, a cui consegue la lisi della parete cellulare e il conseguente effetto battericida/batteriostatico. Poiché l'EF-G è una molecola caratteristica dei soli procarioti, il fusidato di sodio non interferisce in alcun modo con la biosintesi delle proteine nelle cellule umane. Queste caratteristiche di elevata specificità si traducono in una notevole efficacia clinica in termini di azione battericida/batteriostatica. In particolare, **il fusidato di sodio è attivo su un ampio spettro di batteri (corinebatteri, anaerobi, *Nocardia spp.*, *Neisseria spp.*, *Staphylococcus epidermidis*) e in particolar modo nei confronti di *Staphylococcus aureus*, compresi i ceppi meticillino-resistenti (MRSA).**

I livelli di resistenza da parte dei batteri per il fusidato di sodio sono rimasti bassi nel corso degli anni ed inoltre il farmaco non presenta cross-resistenze con beta-lattamici, aminoglicosidi e macrolidi.

In relazione a queste peculiarità, il fusidato di sodio è indicato per il trattamento delle piodermiti (da lievi a moderatamente gravi), come l'impetigine e l'eczema impetiginizzato. È interessante osservare inoltre che nelle affezioni cutanee con spiccata componente infiammatoria, come accade in corso di eczema, lo *Staphylococcus aureus* è isolabile in oltre il 90% dei casi.

I primi studi randomizzati controllati sull'efficacia del fusidato di sodio nel trattamento di diverse tipologie di infezioni dermatologiche (ascessi, foruncoli, impetigine, paronichia acuta, ferite infette) risalgono agli anni Ottanta; in questi lavori, la

durata del trattamento era in genere compresa tra gli 8 e i 14 giorni, con un'applicazione media di 2 o 3 volte al giorno. Un'adeguata risposta clinica è stata osservata in una percentuale molto elevata di pazienti arruolati, compresa tra l'82% e il 100%. È interessante inoltre osservare come una recente *review* Cochrane abbia dimostrato che l'applicazione topica del fusidato di sodio risulta efficace in misura uguale o superiore all'antibiotico orale in pazienti affetti da impetigine. Alla luce di queste evidenze, **il fusidato di sodio costituisce il trattamento topico di prima scelta consigliato dalle linee guida di molti paesi europei e dalle *European-American Allergy Immunology Guidelines* per il trattamento delle infezioni batteriche della cute. Oltre al suo utilizzo in monoterapia, il fusidato di sodio può essere applicato in associazione con un corticosteroide ad uso topico (triamcinolone benetonide) nella terapia delle piodermiti batteriche caratterizzate da un'imponente componente infiammatoria; tale combinazione ha lo scopo di ot-**

tenere contemporaneamente l'eradicazione dell'agente batterico causale (grazie alla componente antibiotica) e il controllo della reazione infiammatoria (grazie alla componente steroidea), con conseguente miglioramento sintomatico e clinico.

La combinazione fusidato di sodio-triamcinolone benetonide, steroide sviluppato per l'applicazione topica con una triplice azione di tipo antipruriginoso, antinfiammatorio e antiallergico, si è dimostrata clinicamente utile nella terapia della impetiginizzazione secondaria in pazienti con dermatosi allergiche nonché nella prevenzione dell'impetiginizzazione nelle dermatiti disreattive primitivamente non infette. L'associazione fusidato di sodio/triamcinolone benetonide in un unico preparato per uso topico costituisce una strategia terapeutica particolarmente idonea per il trattamento di un gran numero di infezioni cutanee di natura infiammatoria, dal momento che consente un rapido controllo sintomatologico senza alcun peggioramento in termini di profilo di tollerabilità.

Un caso di perionissi suppurativa trattato con applicazione topica di fusidato di sodio

P. Piemonte, A. Carbone

IFO – Istituto San Gallicano, Roma

RIASSUNTO: Un caso di perionissi suppurativa trattato con applicazione topica di fusidato di sodio

La perionissi suppurativa è un'infezione piogenica della plica ungueale, ovvero dei tessuti che circondano l'unghia. L'agente eziologico più comune è *Staphylococcus aureus*; raramente tale infezione è sostenuta dallo *Streptococco beta-emolitico* di gruppo A o da *Pseudomonas spp.* Dal punto di vista patogenetico, la perionissi si instaura a seguito della penetrazione diretta del batterio patogeno attraverso una soluzione di continuo a livello della plica ungueale. La terapia con antibiotici topici rappresenta il trattamento di prima scelta nei pazienti con forme di perionissi accompagnate da flogosi intensa. In genere, alla luce del più frequente patogeno in causa (*Staphylococcus aureus*), è indicata l'applicazione locale di antibiotici notoriamente attivi su questo batterio. In particolare, il fusidato di sodio possiede una spiccata attività nei confronti dello *Staphylococcus aureus* (comprese le sue varianti meticillino-resistenti). Descriviamo il caso di una giovane paziente affetta da perionissi suppurativa dolente del secondo dito del piede destro trattata con successo mediante 14 giorni di terapia topica con fusidato di sodio. Il trattamento ha determinato una completa risoluzione della sintomatologia e la "restitutio ad integrum" anatomico-funzionale.

Parole chiave: Perionissi suppurativa – Fusidato di sodio – Trattamento topico.

SUMMARY: A case of pyogenic perionyxis treated by topical application of sodium fusidate

Pyogenic perionyxis is an acute infection of the soft tissues around the nail border. *Staphylococcus aureus* is the most common causative organism, whereas group A beta-hemolytic streptococci and *Pseudomonas spp.* are detected more rarely. From a pathophysiological standpoint, perionyxis is caused by the direct penetration of the causative bacteria through the damaged skin. Because *Staphylococcus aureus* is the most common etiological agent of pyogenic perionyxis, the antibiotic of choice should have proven activity against this organism. Sodium fusidate is known to be active against *Staphylococcus aureus*, including its methicillin-resistant strains. Herein we report the case of a female patient with acute and painful pyogenic perionyxis who was successfully treated with topical administration of sodium fusidate. The treatment led to a complete remission after 14 days.

Key Words: Pyogenic perionyxis – Sodium fusidate – Topical treatment.

Introduzione

La perionissi suppurativa è un'infezione piogenica della plica ungueale, ovvero dei tessuti che circondano l'unghia (1). L'agente eziologico più comune è *Sta-*

phylococcus aureus, mentre assai più raramente tale infezione è sostenuta dallo *Streptococco beta-emolitico* di gruppo A o da *Pseudomonas spp.* (2). Dal punto di vista patogenetico, la perionissi si instaura a seguito della penetrazione diretta del batterio patogeno attraverso una soluzione di continuo a livello della plica ungueale (3). La colonizzazione dei tessuti periungueali da parte dello *Staphylococcus aureus* determina la produzione di fattori di virulenza che inducono un'imponente flogosi cutanea, la riduzione dell'effetto barriera e l'ulteriore proliferazione batterica con formazione di essudato purulento (1). La terapia con antibiotici topici rappresenta il trattamento di scelta nei pazienti con forme di perionissi accompagnate da flogosi intensa (2). In genere, alla luce del più frequente patogeno in causa (*Staphylococcus aureus*), è indicata l'applicazione locale di antibiotici notoriamente attivi su questo batterio. In particolare, il fusidato di sodio possiede spiccata attività nei confronti dello *Staphylococcus aureus* (comprese le sue varianti meticillino-resistenti) (4). Il fusidato di sodio presenta inoltre una caratteristica fondamentale per un antibiotico topico, ovvero la capacità di penetrare efficacemente lo strato corneo, raggiungendo quindi i tessuti *target* (compresi quelli periungueali) senza andare incontro a modificazioni strutturali (5).

In questo lavoro, riportiamo il caso di una giovane paziente affetta da perionissi suppurativa dolente del secondo dito del piede destro trattata con successo mediante 14 giorni di terapia topica con fusidato di sodio.

Case report

Una donna di 32 anni con anamnesi negativa per diabete mellito e in apparente buono stato di salute (negativa l'assunzione di farmaci) è giunta alla nostra osservazione per la presenza di eritema e lieve edema localizzato a livello del perionichio del secondo dito del piede destro; a 4-5 giorni dall'osservazione iniziale, la lesione ha pre-



Fig. 1 - Perionissi suppurativa con parziale interessamento subungueale.

sentato le caratteristiche cliniche di una perionissi suppurativa (Fig. 1), con sintomatologia dolorosa spiccata sia spontaneamente che alla palpazione. Sospettando una perionissi suppurativa, il cui agente eziologico più comune è *Staphylococcus aureus*, la paziente è stata posta in trattamento topico con fusidato di sodio, applicato due volte al giorno. Dopo una settimana di terapia topica, il processo suppurativo è risultato completamente riassorbito; veniva dunque consigliato alla paziente di proseguire con l'applicazione bigiornaliera di fusidato di sodio per altri 7 giorni al fine di ottenere un'eradicazione completa del microorganismo causale. Dopo altri 7 giorni di trattamento, è stata riscontrata una completa remissione clinica dalla sintomatologia (Fig. 2) con "restitutio ad integrum" anatomico-funzionale.

Discussione

La perionissi batterica acuta è una patologia infiammatoria causata dalla penetrazione diretta di microrganismi patogeni nel tessuto periungueale; l'ingresso dei batteri avviene generalmente attraverso una fenditura dell'epidermide che può essere provocata da un lembo di cuticola ungueale, un trauma della plica ungueale o un fenomeno irritativo cronico (1-3). La proliferazione batterica può condurre allo sviluppo di un ascesso nella piega paronichiale adiacente al letto ungueale, con rapida insorgenza di dolore, tumefazione ed eritema nella zona periungueale (1).

Dal punto di vista della formulazione farmaceutica, il fusidato di sodio si presenta come una crema altamente idratata e povera di composti a base oleosa (4). Queste peculiarità ne permettono la somministrazione anche in presenza di lesioni cutanee suppurative e in aree particolarmente delicate (come quella periungueale). Nella nostra paziente, l'utilizzo del fusidato di sodio è stato preferito rispetto a quello di altri antibiotici topici per svariate ragioni. In primo luogo, il fusidato è altamente attivo contro *Staphylococcus aureus*, il principale agente eziologico



Fig. 2 - Risoluzione completa del quadro clinico dopo terapia topica con fusidato di sodio.

della perionissi suppurativa. D'altra parte, per la sua struttura simil-steroidica, questa molecola è in grado di raggiungere il derma e i tessuti sottocutanei in misura decisamente maggiore rispetto, ad esempio, alla mupirocina; questa caratteristica rende ragione dei dati della letteratura, che indicano che – nelle infezioni superficiali della cute – la risposta clinica è significativamente superiore in seguito alla somministrazione del fusidato rispetto a mupirocina (97.6% vs 81.6%; $p < 0.05$) (6). Infine, rispetto alla mupirocina, l'utilizzo del fusidato è stato associato a una minore incidenza di effetti avversi e a una migliore accettabilità da parte del paziente.

Conclusioni

Il caso riportato nel nostro lavoro sottolinea l'efficacia del fusidato di sodio somministrato per via topica nel controllare le manifestazioni cliniche della perionissi piogenica acuta. Nei processi infettivi a carico dei tessuti periungueali, il fusidato di sodio è da preferire alla mupirocina per il suo ampio spettro di azione, la rapidità della risposta clinica, l'elevata capacità di penetrazione in un'area delicata come quella periungueale e la scarsa incidenza di effetti avversi. Un trattamento tempestivo della perionissi acuta con fusidato di sodio può arrestare l'evoluzione della patologia a perionissi cronica e onicodistrofia.

Bibliografia

1. Jules KT, Bonar PL. Nail infections. Clin Podiatr Med Surg 1989;6:403-16.
2. Rigopoulos D, Larios G, Gregoriou S, Alevizos A. Acute and chronic paronychia. Am Fam Physician. 2008;77:339-46.
3. Rockwell PG. Acute and chronic paronychia. Am Fam Physician 2001;63:1113-6.
4. Schöfer H, Simonsen L. Fusidic acid in dermatology: an updated review. Eur J Dermatol 2010;20:6-15.
5. Spelman D. Fusidic acid in skin and soft tissue infections. Int J Antimicrob Agents 1999;12 Suppl 2:S59-66.
6. Morley PAR, Munot LD. A comparison of sodium fusidate ointment and mupirocin ointment in superficial skin sepsis. Curr Med Res Opin 1988;11:142-7.

Acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide nel trattamento dell'eczema nummulare impetiginizzato

P. Piemonte, A. Carbone

IFO – Istituto San Gallicano, Roma

RIASSUNTO: Acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide nel trattamento dell'eczema nummulare impetiginizzato

L'eczema nummulare è una lesione che si presenta come una placca desquamante con margini ben definiti, di dimensioni comprese tra 2 e 10 cm, eritematosa, a forma di moneta. Si ritiene che l'eczema nummulare presenti un'eziologia disreattiva a base immunologica e/o allergica, e che le lesioni rispondano adeguatamente al trattamento topico con steroidi. In alcuni pazienti, tuttavia, la sintomatologia pruriginosa indotta dall'eczema nummulare può condurre a traumatismi locali e lesioni da grattamento che favoriscono la sovrainfezione batterica (eczema impetiginizzato), causata nella maggior parte dei casi da *Staphylococcus aureus*. In tali condizioni, i superantigeni stafilococcici non solo incrementano la reazione infiammatoria locale, ma riducono anche la sensibilità nei confronti dei corticosteroidi. Queste osservazioni suggeriscono che, in presenza di un'inflammatione allergica con sovrainfezione stafilococcica, il miglior approccio terapeutico possa essere rappresentato dalla somministrazione topica di un antibiotico e di un corticosteroide associati in un'unica formulazione. In questo lavoro, riportiamo il caso di un paziente con un quadro clinico di eczema nummulare impetiginizzato trattato con successo mediante applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide.

Parole chiave: Eczema nummulare – *Staphylococcus aureus* – Trattamento topico di combinazione.

SUMMARY: Fusidic acid/triamcinolone benetonide for the treatment of nummular eczema complicated by bacterial infection

Nummular dermatitis, also known as discoid eczema, is a common type of endogenous eczema. It is characterized by coin shaped or oval plaques with a clearly defined borders. The etiology is obscure and a number of factors have been proposed as causative agents. Contact sensitivity to a number of substances may be one of the etiological factors. The itching leads to continuously scratching the area around the lesion, which can further result in tearing of the skin and complications such as secondary bacterial infections, mainly due to *Staphylococcus aureus*. One can therefore presume that a combination of a topical corticosteroid like triamcinolone benetonide and an antibiotic like sodium fusidate should tackle nummular eczema complicated by bacterial infection more effectively than an antibiotic alone. We describe the case of a male patient with nummular eczema complicated by bacterial infection successfully treated by fusidic acid/triamcinolone benetonide.

Key Words: Nummular eczema – *Staphylococcus aureus* – Topical combination treatment.

Introduzione

L'eczema nummulare, noto anche come eczema discoidale, rappresenta una comune forma di eczema endogeno. Descritto per la prima volta da Rayer nel 1845, il termine di eczema nummulare ("a forma di moneta") è stato introdotto a partire dal 1857 (1). La lesione si presenta tipicamente come una placca desquamante con margini ben definiti, di dimensioni comprese tra 2 e 10 cm, eritematosa, a forma di moneta; le lesioni possono essere riscontrate in ogni parte del corpo ma sono più frequenti a livello del dorso delle mani e dei piedi, delle superfici estensorie degli arti, ai fianchi e alle anche. L'aspetto critico per porre la diagnosi è rappresentato dalla presenza di lesioni rotondeggianti, eritematose, a margini ben definiti, desquamanti (1). Si ritiene che l'eczema nummulare presenti un'eziologia disreattiva a base immunologica e/o allergica, e che le lesioni rispondano in genere adeguatamente al trattamento topico con steroidi (2). In alcuni pazienti, la sintomatologia pruriginosa indotta dall'eczema nummulare può tuttavia condurre a traumatismi locali e lesioni da grattamento che favoriscono la sovrainfezione batterica (eczema impetiginizzato), nella maggior parte dei casi dovuta a *Staphylococcus aureus* (3). In tali condizioni, i superantigeni stafilococcici non solo incrementano la reazione infiammatoria locale, ma riducono anche la sensibilità nei confronti dei corticosteroidi (4). Queste osservazioni suggeriscono quindi che, in presenza di una inflammatione allergica con sovrainfezione stafilococcica, il miglior approccio terapeutico possa essere rappresentato dalla somministrazione topica di un antibiotico e di un corticosteroide associati in un'unica formulazione.

In questo lavoro, riportiamo il caso di un paziente con un quadro clinico di eczema nummulare impetiginizzato trattato con successo mediante applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide.



Fig. 1 - Chiazza eritemato-vescicolare sormontata da squame giallastre.

Case report

Un uomo di 38 anni in apparente buono stato di salute è giunto alla nostra osservazione per la presenza, riferita da oltre un mese, di due chiazze pruriginose, eritemato-vescicolari, sormontate da squame giallastre, a margini netti, con un diametro massimo di circa 2.5 cm (Fig. 1). In presenza di un quadro compatibile con un eczema nummulare impetiginizzato, è stata intrapresa una terapia topica con acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide, applicato due volte al giorno. Dopo soli 15 giorni di trattamento, è stata riscontrata una completa remissione della sintomatologia pruriginosa accompagnata da un netto miglioramento della lesione.

Discussione

Il triamcinolone benetonide è un corticosteroide ottenuto mediante esterificazione del triamcinolone acetone con l'acido benzoil-beta-amino-isobutirrico (5). Questo steroide, dotato di potente attività antiinfiammatoria locale e scarsa attività sistemica, possiede un'ottima tollerabilità anche dopo trattamenti topici prolungati. Inoltre, studi in letteratura indicano come il triamcinolone benetonide abbia determinato una risoluzione completa della sintomatologia in un numero maggiore di pazienti affetti da eczema rispetto al betametasone (6). Le caratteristiche farmacologiche e i risul-

tati clinici suggeriscono che il triamcinolone benetonide può essere considerato un corticosteroide ideale da impiegare congiuntamente all'acido fusidico. A questo proposito, l'associazione preconstituita tra acido fusidico e triamcinolone benetonide appare particolarmente indicata nelle dermatiti disreattive complicate da infezioni sovrainposte, allo scopo sia di smorzare l'iperreattività cutanea sia di eradicare l'agente batterico causale. La possibilità di trattare sia la flogosi che l'infezione in un'unica preparazione fornisce inoltre considerevoli vantaggi in termini di *compliance* alla terapia. Il caso di eczema nummulare impetiginizzato riportato in questo lavoro esemplifica in maniera particolarmente paradigmatica la rapida risoluzione dell'infiammazione disreattiva cutanea con sovrainposta infezione in seguito all'applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide. La terapia topica, ben accettata anche dal punto di vista cosmetico, ha infatti determinato una completa risoluzione della lesione e della sintomatologia pruriginosa in sole due settimane.

Conclusioni

Il caso riportato nel nostro lavoro sottolinea l'efficacia dell'applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide nel controllare le manifestazioni cliniche dell'eczema nummulare impetiginizzato. Questa terapia di combinazione offre dunque un'opzione terapeutica efficace, sicura e ben tollerata per il trattamento a breve termine delle dermatiti disreattive complicate da sovrainposta infezione batterica.

Bibliografia

1. Soter NA. Nummular eczema and lichen simplex chronicus/prurigo nodularis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p. 1194-6.
2. Aoyama H, Tanaka M, Hara M, Tabata N, Tagami H. Nummular eczema: An addition of senile xerosis and unique cutaneous reactivities to environmental aeroallergens. *Dermatology* 1999;199:135-9.
3. Birnie AJ, Bath-Hextall FJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of atopic eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;3:CD003871.
4. Leung DY. The role of Staphylococcus aureus in atopic eczema. *Acta Derm Venereol* 2008;S216:21-7.
5. Troilo Ordonez E. Comparative evaluation of topical antipruritic and ocular hypertensive activities of steroids in eye lotions. *Arz Forsch* 1974; 24:2018-23.
6. La Rosa P, Albanese A, Sposato N. Studio clinico controllato su un nuovo corticosteroide topico: il benzoil-beta-amino-isobutirrato di triamcinolone acetone. *Rassegna di Dermatologia e Sifilografia* 1974; 26:2-7.

Impetiginizzazione di un nevo melanocitico trattata con successo con l'associazione acido fusidico-triamcinolone benetonide

P. Piemonte, A. Carbone

IFO – Istituto San Gallicano, Roma

RIASSUNTO: Impetiginizzazione di un nevo melanocitico trattata con successo con l'associazione acido fusidico-triamcinolone benetonide

I nevi melanocitici congeniti sono definiti come proliferazioni melanocitarie benigne presenti sin dalla nascita. In taluni casi, nevi melanocitici clinicamente e istologicamente indistinguibili dai nevi melanocitici congeniti possono rendersi evidenti dopo la nascita (nevi melanocitici acquisiti). Alcuni nevi possono essere caratterizzati da una componente infiammatoria (dermatosi perinevica), con un quadro istologico simile a quello che si osserva nella dermatite da contatto. Riportiamo il caso di una paziente giunta alla nostra osservazione per la presenza di una sintomatologia pruriginosa in corrispondenza di una lesione pigmentaria del fianco, in cui il continuo traumatismo da grattamento ha successivamente determinato l'insorgenza di una impetiginizzazione parziale secondaria. La lesione, rivelatasi alla dermoscopia un nevo melanocitico con pattern prevalentemente globulare di tipo comune, è stata efficacemente trattata con applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide per 10 giorni.

Parole chiave: Nevo melanocitico - Sovrainfezione - Fusidato di sodio - Acido fusidico - Triamcinolone benetonide.

SUMMARY: Superimposed infection of a melanocytic nevus successfully treated with the combination fusidic acid-triamcinolone benetonide

Congenital melanocytic nevi are benign proliferation of melanocytes present at or near time of birth. Some nevi that appear after birth may be referred to as acquired nevi. Some nevi may have an inflammatory component (perinevic dermatosis) with a histological pattern similar to that observed in atopic dermatitis. Herein we report a case of a female patient with intense itching due to a superimposed infection of a melanocytic nevus located in the hip. The lesion, which was proved to be a common melanocytic nevus with a globular pattern by dermoscopy, was successfully treated with a 10-day cycle of fusidic acid/triamcinolone benetonide in combination.

Key Words: Melanocytic nevus - Superimposed infection - Sodium fusidate - Fusidic acid - Triamcinolone benetonide.

Introduzione

I nevi melanocitici congeniti o acquisiti possiedono un aspetto clinico assai vario, presentandosi come macchie o papule più o meno rilevate della superficie cutanea, rotondeggianti od ovalari, di colorito bruno più o meno intenso, con sfumature di rosso o di nero, margini piuttosto netti, a superficie liscia o verrucosa e con possibile fuoriuscita di peli. Il diametro è ampiamente

variabile da pochi millimetri a diversi centimetri (nevi giganti). Alcuni nevi possono essere caratterizzati da una componente infiammatoria (dermatosi perinevica), con un quadro istologico simile a quello che si osserva nella dermatite da contatto. Ad esempio, il cosiddetto nevo di Meyerson (1) appare come un nevo comune circondato da un alone rossastro di tipo eczematoso (*halo eczema*). L'alone infiammatorio si presenta in genere rotondeggianti e nettamente circoscritto, a margini netti e piuttosto simmetrici, per essere il risultato del continuo grattamento. La lesione melanocitaria interessata dal processo flogistico non va incontro a fenomeni di regressione e non si depigmenta, rimanendo inalterata sino alla risoluzione del processo infiammatorio.

Riportiamo il caso di una paziente giunta alla nostra osservazione per la presenza di una sintomatologia pruriginosa in corrispondenza di una lesione pigmentaria del fianco, in cui il continuo traumatismo da grattamento ha successivamente determinato l'insorgenza di una impetiginizzazione parziale secondaria. La lesione, rivelatasi alla dermoscopia un nevo melanocitico con *pattern* prevalentemente globulare di tipo comune, è stata efficacemente trattata con applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide per 10 giorni.

Case report

Una donna di 40 anni con fototipo chiaro e con numerosi nevi melanocitici comuni congeniti ed acquisiti diffusi a tronco e arti è giunta alla nostra osservazione riferendo, da circa un mese, una sintomatologia pruriginosa in corrispondenza di una lesione pigmentaria del fianco. L'aspetto clinico era quello di un nevo melanocitico appena apprezzabile nell'area centrale, circondato da un alone periferico di eritema e fini squame (come si apprezza nel nevo di Meyerson); il continuo traumatismo da grattamento aveva poi determinato l'insorgenza di un'impetiginizzazione parziale secondaria



Fig. 1 - Lesione pigmentaria circondata da eritema desquamazione e micropustole da impetiginizzazione.



Fig. 2 - Scomparsa dell'alone eritemato-desquamativo e assenza di aspetti clinici di impetiginizzazione intra- e perilesionale.

(Fig. 1). Alla luce delle caratteristiche infiammatorie e infettive della lesione, la paziente è stata posta in trattamento topico con acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide applicato per due volte al giorno. Dopo 10 giorni di terapia, si è assistito alla risoluzione completa dell'impetiginizzazione, con scomparsa dell'alone flogistico e della sintomatologia pruriginosa (Fig. 2). Permaneva alla periferia della lesione esclusivamente un alone pigmentario post-infiammatorio appena apprezzabile, mentre nell'area centrale era evidente sia clinicamente che alla dermoscopia un nevo melanocitico con *pattern* prevalentemente globulare di tipo comune (Fig. 3).

Discussione

Sono stati descritti in letteratura numerosi casi di nevi melanocitici associati a malattie cutanee infiammatorie (2). La presenza di un processo flogistico associato a un nevo melanocitico non modifica la lesione pigmentata in maniera permanente. La cute sede dell'alone perinevico non si altera irreversibilmente dopo la regressione del processo infiammatorio. La paziente descritta in questo *case report* presentava una lesione melanocitaria complicata da un'impetiginizzazione secondaria; il caso è stato trattato con successo mediante un breve ciclo di acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide. Il triamcinolone benetonide è uno steroide a uso topico dotato di un'intensa attività antiinfiammatoria, antiallergica ed antipruriginosa, privo di effetti sistemici, generalmente ben tollerato e con un'elevata capacità di penetrazione cutanea (3). L'acido fusidico, estremamente attivo sui batteri comunemente responsabili delle infezioni cutanee e soprattutto sullo *Stafilococco*, è anch'esso in grado (in virtù della sua struttura steroidea) di penetrare attraverso la cute in con-



Fig. 3 - Aspetto dermoscopico caratterizzato dalla presenza di nevo melanocitico comune con *pattern* globulare circondato da lieve pigmentazione post-infiammatoria.

centrazione sufficiente per svolgere la sua attività antibatterica (4). L'acido fusidico possiede ottime caratteristiche di sicurezza ed è privo di attività allergizzante. Nella nostra paziente, l'applicazione topica dell'acido fusidico in associazione a triamcinolone benetonide per 10 giorni ha determinato un controllo completo del processo flogistico e della sovrainfezione batterica, riducendo l'intenso *turnover* epidermico che tipicamente accompagna i processi flogistici della cute e che può arrivare a scompaginare l'ordine architetturale dei melanociti nelle lesioni pigmentarie.

Conclusioni

Questo *case report* dimostra come l'applicazione topica di acido fusidico in associazione a triamcinolone betametone possa rappresentare un trattamento di elezione per i nevi associati a fenomeni infiammatori, pruriginosi e secondariamente impetiginizzati. Nella nostra paziente, dieci giorni di terapia con questa combinazione hanno determinato la scomparsa dell'alone eritemato-desquamativo nella lesione pigmentaria, con assenza di aspetti clinici di impetiginizzazione residua intra- e perilesionale.

Bibliografia

1. Loh J, Kenny P. Meyerson phenomenon. J Cutan Med Surg 2010;14:30-2.
2. Bogdan Allemann I, Goldberg DJ. Benign pigmented lesions. Curr Probl Dermatol. 2011;42:81-96.
3. Troilo Ordonez E. Comparative evaluation of topical antiproliferative and ocular hypertensive activities of steroids in eye lotions. Arz Forsch 1974; 24:2018-23.
4. Schöfer H, Simonsen L. Fusidic acid in dermatology: an updated review. Eur J Dermatol 2010;20:6-15.

Efficacia della combinazione acido fusidico-triamcinolone benetonide nel trattamento dell'eczema atopico impetiginizzato del lattante

J. L. Sinagra

IFO – Istituto San Gallicano, Roma

RIASSUNTO: Efficacia della combinazione acido fusidico-triamcinolone benetonide nel trattamento dell'eczema atopico impetiginizzato del lattante

*L'eczema atopico del lattante si presenta come un rash cutaneo (in genere al volto e/o alle estremità) accompagnato da xerosi e lichenificazione. Il sintomo principale è il prurito, che in generale peggiora nelle ore serali. Il grattamento che ne consegue può determinare un continuo traumatismo a carico del rash papulovesicolare, che conseguentemente predispone alla sovrainfezione batterica (eczema atopico impetiginizzato). In generale, il principale obiettivo del trattamento dell'eczema atopico nel lattante è l'interruzione del circolo vizioso prurito-grattamento. In assenza di un miglioramento clinicamente significativo in 7–14 giorni di terapia con steroidi topici, va considerata la possibilità di una sovrainfezione batterica (in genere sostenuta da *Staphylococcus aureus*) che perpetua il processo flogistico. Descriviamo in questo lavoro un caso di eczema atopico impetiginizzato del lattante non responsivo alla monoterapia con steroidi topici e che ha invece presentato una completa risoluzione dopo 14 giorni di terapia topica di combinazione con un antibiotico (acido fusidico) e un corticosteroide (triamcinolone benetonide).*

Parole chiave: Eczema atopico – Sovrainfezione batterica – Lattante – Trattamento topico.

SUMMARY: Efficacy of the combination fusidic acid-triamcinolone benetonide for the treatment of infected atopic eczema in the infant

*Major features associated with atopic eczema in the infant include pruritus that is usually worse in the evening than during the day, an eczematous rash on the face and/or extremities, xerosis, and lichenification. One of the main complications is secondary bacterial infections as a result of atopic eczema symptoms such as itchiness and soreness. The goals of treatment are to stop the itch-scratch cycle, avoid or minimize factors that trigger or aggravate atopic dermatitis, and prevent secondary infections. If improvement is not seen within 7–14 days of topical steroid treatment, secondary infections can be considered and may occur due to the presence of *Staphylococcus aureus*. We describe the case of a 6-month-old baby with atopic eczema complicated by bacterial infection successfully treated by a 14-day cycle of fusidic acid/triamcinolone benetonide.*

Key words: Atopic eczema – Superimposed bacterial infection – Infant – Topical treatment.

Introduzione

L'eczema atopico è una malattia infiammatoria cronica della cute che – nella prima età pediatrica – colpi-

sce in genere lattanti di età compresa tra 1 e 6 mesi (1). Secondo recenti stime epidemiologiche, la prevalenza dell'eczema atopico dell'infanzia è triplicata a partire dagli anni Sessanta, e si stima che una percentuale compresa tra l'8.9% e il 20.4% dei nati dopo il 1970 abbia manifestato almeno un episodio di eczema atopico durante i primi mesi di vita (2). L'eziologia di questa condizione è complessa, e sembra coinvolgere una compromissione della funzione di barriera della cute, l'ipersensibilità a specifici allergeni ambientali e un'iperattivazione dell'immunità innata. In alcuni pazienti con familiarità accertata per atopia, sembra avere un ruolo rilevante anche la componente genetica. Da un punto di vista clinico, l'eczema atopico si presenta come un rash cutaneo (in genere al volto e/o alle estremità) accompagnato da xerosi e lichenificazione. Il sintomo principale è il prurito, che in generale peggiora nelle ore serali. Il grattamento che ne consegue può determinare un continuo traumatismo a carico del rash papulovesicolare, che conseguentemente predispone alla sovrainfezione batterica (eczema atopico impetiginizzato) (1). In generale, i principali obiettivi del trattamento dell'eczema atopico nel lattante devono comprendere l'interruzione del circolo vizioso prurito-grattamento, il mantenimento dell'idratazione cutanea e la prevenzione dell'impetiginizzazione (3). I corticosteroidi topici sono agenti anti-infiammatori che possono essere applicati nell'area eczematosa una o due volte al giorno. In assenza di un miglioramento clinicamente significativo in 7–14 giorni, la possibilità di una sovrainfezione batterica (in genere sostenuta da *Staphylococcus aureus*) che perpetua il processo flogistico è altamente probabile, ed è opportuno considerare una terapia topica di combinazione antibiotico-steroidica con l'obiettivo di eradicare il batterio patogeno (oltre al semplice controllo dell'infiammazione) (1).



Fig. 1 - Paziente prima del trattamento. Si evidenzia la presenza di una chiazza di eczema localizzato alla guancia destra con evidenti note di impetiginizzazione.



Fig. 2 - Il paziente dopo 14 giorni di terapia: completa risoluzione della lesione.

Descriviamo in questo lavoro un caso di eczema atopico impetiginizzato del lattante non responsivo alla monoterapia con steroidi topici e che ha invece presentato una completa risoluzione dopo 14 giorni di terapia topica di combinazione con un antibiotico (acido fusidico) e un corticosteroide (triamcinolone benetonide).

Case report

Un lattante di sei mesi è giunto alla nostra osservazione con un quadro clinico di eczema atopico alla guancia destra, caratterizzato clinicamente da eritema, xerosi, lichenificazione e lesioni secondarie da grattamento (Fig. 1); la lesione era stata trattata in precedenza con idrocortisone topico 0.1% senza risultati apprezzabili. In presenza di un concreto sospetto di impetiginizzazione dovuta a una sovrainfezione batterica, è stata intrapresa una terapia topica utilizzando l'associazione precostituita tra acido fusidico e triamcinolone benetonide. Tale combinazione è stata applicata due volte al giorno (mattina e sera) per 7 giorni, e successivamente in monosomministrazione giornaliera serale per altri 7 giorni. Questo approccio combinato ha determinato una completa remissione clinica dalla sintomatologia e la regressione della lesione (Fig. 2).

Discussione

La terapia di combinazione con antibiotici e steroidi topici è una modalità terapeutica che va sempre presa in considerazione in lattanti con eczema atopico non controllabile con la sola applicazione di steroidi locali. La mancata responsività ai soli steroidi è infatti un importante indice della presenza di una sovrainfezione batterica, il più delle volte causata da *Staphylococcus aureus*. L'acido fusidico è un antibiotico a struttura steroidea, liposolubile, utilizzato soprattutto per la sua azio-

ne antistafilococcica, anche se il suo spettro d'azione comprende altri cocci Gram-positivi e Gram-negativi, nonché alcuni bacilli Gram-positivi e alcuni anaerobi (4). Le sue peculiarità farmacologiche (bassa concentrazione minima inibente sui principali patogeni della cute ed elevata penetrazione cutanea) garantiscono un'elevata efficacia clinica associata a una bassa incidenza di resistenze. Le linee guida nazionali di molti paesi europei raccomandano l'acido fusidico come terapia di prima scelta nelle lesioni cutanee impetiginizzate (4). L'elevato profilo di sicurezza dell'acido fusidico topico ne rende possibile l'utilizzo anche nel lattante. Il triamcinolone benetonide è uno steroide a uso topico derivato dall'esterificazione del triamcinolone acetone, un anti-infiammatorio ampiamente testato in ambito dermatologico (5). L'esterificazione fa sì che il triamcinolone benetonide abbia una lipofilia superiore di circa 1.5 volte rispetto al triamcinolone acetone, caratteristica che rende ragione di una migliore penetrazione cutanea e dell'aumento del rapporto tra potenza topica e potenza sistemica (5). Studi in letteratura hanno inoltre dimostrato come il triamcinolone benetonide abbia determinato una completa risoluzione sintomatologica in un numero superiore di pazienti con dermatosi disrettive rispetto al betametasona valerato, un altro cortisonico a uso topico largamente utilizzato in dermatologia (6). Il triamcinolone benetonide è inoltre dotato di ottima tollerabilità, dal momento che non sono stati osservati eventi avversi di natura sistemica anche quando somministrato a dosaggi superiori a quelli utilizzati nella pratica clinica (7).

Conclusioni

Il nostro caso dimostra come l'applicazione topica di fusidato di sodio in associazione a triamcinolone bene-

tonide sia risultata più efficace della monoterapia con idrocortisone in un lattante affetto da eczema atopico impetiginizzato, determinando una completa regressione del quadro clinico dopo 14 giorni di terapia.

Bibliografia

1. Zayour M, Lazova R. Congenital melanocytic nevi. *Clin Lab Med* 2011;31:267-80.
2. Zalaudek I, Manzo M, Savarese I, Docimo G, Ferrara G, Argenziano G. The morphologic universe of melanocytic nevi. *Se-*
min Cutan Med Surg 2009;28:149-56.
3. Loh J, Kenny P. Meyerson phenomenon. *J Cutan Med Surg* 2010;14:30-2.
4. Bogdan Allemann I, Goldberg DJ. Benign pigmented lesions. *Curr Probl Dermatol*. 2011;42:81-96.
5. Troilo Ordonez E. Comparative evaluation of topical antiproliferative and ocular hypertensive activities of steroids in eye lotions. *Arz Forsch* 1974; 24:2018-23.
6. Schöfer H, Simonsen L. Fusidic acid in dermatology: an updated review. *Eur J Dermatol* 2010;20:6-15.

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE DERMOMYCIN CORT 0,03% + 2% crema. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 g di crema contengono: Principi attivi Triamcinolone benetonide (TBI) g 0,03, Acido fusidico g 2. Per gli eccipienti vedere. 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Tubo da 20 g di crema. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Terapia delle piddermiti batteriche caratterizzate da esagerata componente infiammatoria, allo scopo di combattere contemporaneamente l'agente causale e l'iperreattività. Prevenzione e terapia della impetiginizzazione secondaria di tutte le dermatosi allergiche e disreattive primitivamente non infette. **4.2 Posologia e Modo di Somministrazione** Pulire l'area cutanea interessata, quindi applicare uno strato di crema alto 2-3 mm e frizionare leggermente. L'operazione va ripetuta inizialmente 3 volte al giorno, quindi 2 volte, una la mattina ed una la sera. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità accertata verso qualsiasi componente del prodotto. I preparati corticosteroidi sono controindicati nei soggetti affetti da Tbc cutanea ed herpes simplex, nonché da malattie virali e micotiche con localizzazione cutanea. **4.4 Speciali Avvertenze e Precauzioni per l'Uso** L'applicazione epicutanea dei cortisonici nel trattamento di dermatosi estese e per periodi prolungati può determinare un assorbimento sistemico; tale evenienza si verifica più facilmente quando si ricorra al bendaggio occlusivo. Nei neonati il pannolino può fungere da bendaggio occlusivo. In presenza di una super-infezione cutanea va istituita opportuna terapia di copertura. L'uso, specie se prolungato, dei prodotti per uso topico, può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione. Evitare l'uso oftalmico e l'applicazione nel canale auricolare esterno in caso di perforazione timpanica. **TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA PORTATA DEI BAMBINI** **4.5 Interazioni medicamentose e altre** Non segnalate. **4.6 Uso in caso di gravidanza ed allattamento** Nelle donne in stato di gravidanza e nella primissima infanzia, il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità, sotto il diretto controllo medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Non sono noti effetti negativi del DERMOMYCIN CORT sulla capacità di guidare o sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** In corso di terapia cortisonica epicutanea, specie per trattamenti intensi e prolungati, possono manifestarsi alcuni dei seguenti effetti collaterali: sensazioni di bruciore, prurito, irritazione, secchezza della pelle, atrofia cutanea, eruzione acneica, ipopigmentazione, atrofia e strie localizzate alle zone intertriginose trattate per un lungo periodo di tempo con medicazione occlusiva. **4.9 Sovradosaggio** Non sono conosciuti fenomeni da sovradosaggio da DERMOMYCIN CORT. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** Il DERMOMYCIN CORT risulta dall'associazione di uno steroide espressamente studiato per uso locale e di un antibiotico particolarmente attivo nelle infezioni cutanee batteriche. Entrambi i componenti sono stati scelti perché elettivamente attivi a livello cutaneo in virtù delle particolari caratteristiche chimico-fisiche. Lo steroide è Triamcinolone benetonide (16 α , 17 α acetone-21 (β -benzoi-ammino) isobutirrato) (TBI). Il TBI viene assorbito dagli strati cutanei dove svolge interamente la sua attività farmacologica, senza tuttavia passare in misura apprezzabile nel circolo generale in forma attiva. Il TBI svolge un'intensa attività antinfiammatoria, antiallergica ed antipruriginosa ed è in genere ben tollerato. Anche per somministrazioni molte volte superiori a quelle utilizzabili nella pratica clinica non ha presentato effetti collaterali sistemici. Questa proprietà è particolarmente interessante nelle dermatosi disreattive che richiedono trattamenti prolungati. Anche in queste circostanze il TBI non modifica nessuna delle costanti e delle funzioni biologiche dell'organismo. L'antibiotico è rappresentato dall'acido fusidico, che è estremamente attivo sui batteri comunemente responsabili delle piddermiti in genere e soprattutto sullo stafilococco, inclusi i ceppi resistenti agli altri antibiotici. L'acido fusidico gode inoltre di una sua particolare proprietà che lo situa come antibiotico di prima scelta nelle infezioni cutanee. In virtù della sua struttura steroidea penetra agevolmente, attraverso gli strati della pelle, attraverso le secrezioni mucose e purulente ed i tessuti necrotici. Si ritrova, per esempio, nelle croste in concentrazione sufficiente per svolgere la sua attività antibatterica. L'acido fusidico è assolutamente atossico e non ha attività allergizzante. L'aggiunta di questo antibiotico allarga il campo di applicazione della pomata, permettendo di aggredire anche le dermatosi sostenute parzialmente o totalmente da agenti infettivi. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Lista degli eccipienti** Vaseline bianca filante, fattytan (esteri di acidi ed alcoli grassi ad elevato peso molecolare), butilidrossianisolo, silicone antischiuma, acido sorbico, etilendiamino tetracetato bisodico, tween 80, acqua distillata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna. **6.3 Validità** 36 mesi. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Non richieste. **6.5 Natura e contenuto del contenitore e prezzo** Tubo di alluminio da 20 g di crema € 8,57. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** AVANTGARDE S.p.A. Via Treviso, 4 - 000040 Pomezia **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Tubo da 20 g di crema AIC n. 022705038. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Autorizzazione: Dicembre 1972, Rinnovo: Giugno 2005. **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Settembre 2007.

DERMOMYCIN

fusidato di sodio

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE DERMOMYCIN 2% CREMA **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 g di crema contiene: Principio attivo: fusidato di sodio g 2. **3. FORMA FARMACEUTICA** Crema. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Piddermiti in genere: impetigine, foruncoli, follicoliti, ascessi, idrosadenite, sicosi della barba, ferite e abrasioni infette, tutte se provocate da stafilococco. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** 2-3 applicazioni al giorno sulla zona interessata. **4.3 Controindicazioni** Ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto. Rosacee. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego** Il prodotto non deve essere usato in casi di infezioni da piociano o da proteus poichè questi germi sono sempre resistenti all'antibiotico. L'impiego di prodotti topici, specie se prolungato o ripetuto, può dare origine a fenomeni di irritazione o di sensibilizzazione; in tal caso è necessario interrompere il trattamento ed istituire una terapia idonea, sotto il diretto controllo medico. Se il DERMOMYCIN crema viene impiegato per trattare lesioni del viso, occorre far attenzione che la crema stessa non penetri negli occhi. Il prodotto potrà essere impiegato negli eczemi soltanto se secchi e sede di superinfezione. Come con altri antibiotici, il trattamento con DERMOMYCIN può dar luogo a superinfezioni da agenti batterici resistenti o da miceti, il che richiede l'adozione di adeguate misure terapeutiche. Questo medicinale contiene butilidrossianisolo e alcool cetilico che possono causare reazioni cutanee locali (ad es. dermatiti da contatto); il butilidrossianisolo può causare inoltre irritazione degli occhi e delle mucose. **TENERE IL MEDICINALE FUORI DALLA PORTATA DEI BAMBINI** **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Il Fusidato di sodio si può associare agli altri antibiotici per incrementare l'attività antibatterica, allargare lo spettro d'azione e minimizzare i rischi di comparsa di mutanti batterici meno sensibili o resistenti. **4.6 Gravidanza e allattamento** Nelle donne in stato di gravidanza e nella primissima infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità e sotto il diretto controllo medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Non sono noti effetti negativi del farmaco sulla capacità di guidare o sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** Il DERMOMYCIN di norma è ben tollerato; occasionalmente si possono avere eruzioni cutanee su base allergica. **4.9 Sovradosaggio** Non sono conosciuti fenomeni da sovradosaggio da Fusidato di sodio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà Farmacodinamiche** Il DERMOMYCIN è un antibiotico isolato dalle colture di un fungo, il Fusidium coccineum, estremamente attivo sui cocci gram positivi, stafilococchi (inclusi i ceppi resistenti alla penicillina e ad altri antibiotici), pneumococchi e streptococchi. In particolare per lo stafilococco la C.M.I. è molto bassa tra 0,03 e 0,12 mcg/ml. La struttura steroidea gli conferisce proprietà surfattanti. **5.2 Proprietà Farmacocinetiche** L'assorbimento gastro-enterico è rapido. I tassi sierici molto alti, raggiungono il massimo dopo 1-2 ore mantenendosi ad un livello attivo per 6-8 ore. L'emivita plasmatica è di 4-6 ore. Le concentrazioni tissutali sono massime nel fegato e nel tessuto osseo. Nel sangue il DERMOMYCIN si lega per il 90-95% alle proteine plasmatiche per cui l'eliminazione renale è lenta. Nelle urine si trova solo l'1% della dose assunta. L'eliminazione principale avviene attraverso il ciclo entero-epatico sotto forma metabolizzata. **5.3 Dati Preclinici di sicurezza** La tossicità acuta e cronica, la teratogenesi e le modificazioni ematologiche sono state studiate su varie specie animali (topi, ratti, conigli, cani). Nel topo la DL₅₀ per os è di 975 mg/kg, per s.c. di 313 mg/kg, per e.v. di 205 mg/kg, per i.p. di 170 mg/kg. In genere il fusidato di sodio non ha prodotto nessuna significativa modificazione funzionale o anatomica negli organi presi in esame. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** paraffina liquida leggera, paraffina bianca morbida, alcol cetilico, butilidrossianisolo, polisorbato 60, acqua depurata, glicerolo, potassio sorbato. **6.2 Incompatibilità** Il Fusidato di sodio non presenta incompatibilità assolute con altri farmaci. **6.3 Periodo di validità** 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione** Conservare a temperatura non superiore a 25°C. **6.5 Natura, contenuto del contenitore e prezzo** Tubo da g 20 di crema al 2% di Fusidato di sodio € 8,74. **6.6 Istruzioni per lo smaltimento e la manipolazione** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Avantgarde S.p.A. Via Treviso, 4 - 00040 Pomezia (Roma) **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 20 g di crema al 2% AIC n. 021266022. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Autorizzazione: Settembre 1981, Rinnovo: Giugno 2005. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Maggio 2010. **11. EVENTUALE TABELLA DI APPARTENENZA** D.P.R. 309/90 Non soggetto. **12. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

La prima scelta inizia dall'efficacia

• Infezioni primarie della cute da *Stafilococco*^{1,4}

Trattamento topico di prima scelta per:^{1,2,5}

• Impetigine^{1,2,4}

• Infezioni secondarie localizzate e di moderata intensità dell'eczema atopico^{1,3,5}



Classe C
€ 8,74
RR

DERMOMYCIN
fusidato di sodio



Classe C
€ 8,57
RR

DERMOMYCIN CORT
triamcinolone benetonide/acido fusidico

1. Schöfer H et al. Eur J Dermatol 2010;20(1):6-15. 2. Cole C et al. Am Fam Physician 2007;75(6):859-64.
3. Akdis CA et al. Allergy 2006;61(8):969-87. 4. Dermomycin. Riassunto delle caratteristiche del prodotto.
5. Dermomycin Cort. Riassunto delle caratteristiche del prodotto.