

Hudsjukdomar

Olle Larkö, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg
Lisbeth Färnkvist, Primärvårdscentrum, Härnösand-Medelpad

Inledning

Patienter med hudsjukdomar står för ca 6% (hos barn < 15 år 9%) av patienter som söker i primärvården, där de flesta hudsjukdomar också kan handläggas. Hudsymtom kan vara del i systemsjukdomar och helhetssyn är viktig liksom ett gott samarbete mellan hudspecialist, primärvård och andra discipliner. För remissindikationer, se Tabell 2, s 360.

Hudspecialiteten har under senare år ändrat karaktär med ett kraftigt ökat inslag av diagnostik och behandling av hudtumörer.

Ökat globalt resande och invandring har också medfört ett delvis nytt panorama av hudsjukdomar.

För bilder på respektive hudsjukdom se (1).

Eksem

Eksem drabbar ca 10% av befolkningen och är den vanligaste hudsjukdomen. Eksem finns i många varianter och utgörs av en inflammatorisk process i de övre hudlagren. De typiska kliniska symtomen är klåda, papler, vesikler (blåsbildning), fjällning och rodnad.

Irritativt kontakteksem

Traumiterativt eller irritativt kontakteksem är den vanligaste orsaken till handeksem vilket oftast ses hos kvinnor. Etiologiska faktorer är kontakt med vatten, rengöringsmedel, kyla etc. Symtomen liknar de vid allergiskt kontakteksem.

Allergiskt kontakteksem

Allergiskt kontakteksem är en följd av en sensibilisering mot ett ämne via en fördröjd, cellmedierad överkänslighetsreaktion (typ IV). Eksemet kommer några timmar till ett par dygn efter exposition för allergenet. Det vanligaste allergenet hos kvinnor är sedan decennier nickel, medan det hos män är parfymämnen. Därefter kommer konserveringsmedel, tex i hudvårdsprodukter, eller kontaktallergi mot gummikemikalier, inte sällan orsakade av skyddshandskar av gummi. Krom kan finnas i cement och läder. Kolofonium finns framför allt i plåster och tejp.

Anamnesen är viktig. Vid misstanke om kontaktallergi görs i regel ett epikutantest hos dermatolog.

Atopiskt eksem

Atopiskt eksem har blivit betydligt vanligare och idag har drygt 20% av barn atopiskt eksem. Ofta finns hereditet för eksem eller andra atopiska manifestationer såsom astma och hösnuva.

Födoämnesallergi kan vara bidragande orsak, särskilt hos spädbarn, men är i övrigt ingen dominerande etiologisk faktor (se kapitlet Vanliga problem under småbarnsåren, s 151). Det är viktigt att betona att atopiskt eksem hos äldre barn och vuxna sällan har en specifik allergisk genes.

Spädbarn har sitt atopiska eksem företrädesvis lokaliserat till kinder, bål och blöjorområdet, medan småbarn samt barn och ungdomar i första hand drabbas i böjveck, intraglutealveck och perioralt. Vuxna

Terapirekommendationer – Behandling av eksem och torrsprickor	
Behandling av eksem	
Händer	<ul style="list-style-type: none"> Vid torrt eksem ges grupp II–III-steroid i kräm, fet kräm eller salva 1–2 gånger/dag i ett par veckor, därefter grupp I-steroid dagligen, alternativt grupp II–III-steroid 3 gånger/vecka i 2–4 veckor. Rikligt med mjukgörare. Vätskande eksem baddas med koksaltlösning eller allsollösning, 10 mg/ml, 1–2 gånger/dag i ett par dagar. Grupp III-steroid i kräm 2–3 gånger/dag under ca 10 dagar följt av nedtrappning till svagare steroid under några veckor, alternativt grupp II–III-steroid 3 gånger/vecka.
Kroppen	<ul style="list-style-type: none"> Grupp I–II-steroid i kräm eller salva 1–2 gånger/dag. Vid svåra symtom ges grupp III-steroid initialt. Nedtrappning under ett par veckor, alternativt grupp II–III-steroid 3 gånger/vecka. Dessutom används mjukgörare.
Ansikte	<ul style="list-style-type: none"> Grupp I-steroid i kräm 1–2 gånger/dag under ett par veckor. Vid seborroiskt eksem kombineras steroidbehandlingen med utvärtes jästsvampdödande medel som mikonazol (t ex Daktacort eller Cortimyk kräm).
Hårbotten	<ul style="list-style-type: none"> Salicylsyreolja 5% används vid kraftig fjällning, alternativt t ex Decubal kräm med 5% salicylsyra (lättare att tvätta ur). Grupp II–III-steroidlösning 3–7 gånger/vecka. Mjällschampo vid seborroiskt eksem.
Behandling av torrsprickor och ragader	
	<ul style="list-style-type: none"> Nedfilning av hyperkeratoser. Ockluderande förband, t ex hydrokolloidplatta, kan användas. Observera försiktighet hos diabetiker och vid nedsatt cirkulation. Rikligt med mjukgörande kräm.

har framför allt atopiskt eksem på händer samt i ansikte-hals-regionen.

Generellt är huden torr med ökad klådbenägenhet. Detta medför ofta en ond cirkel av eksem och klåda. Atopiskt eksem kan ge olika kliniska bilder, alltifrån torra, fjällande fläckar till ilsket vätskande områden, och ofta finns sekundärinfektion med stafylokokker. Hos barn ses, speciellt på vintern, fjällning med torra sprickor på främre del av fotsulor och undersidan av tårna, s k atopiska vinterfötter.

Se även Läkemedelsverkets behandlingsanvisningar (2).

Seborroiskt eksem

Det seborroiska eksemet är framför allt lokaliserat till områden som har mycket talgkörtlar, såsom hårbotten, ögonbryn, naso-labialfårer, hörselgångar, sternum och ibland axiller, ljumskar och pubisregionen. *Malassezia furfur* är en normalt förekommande jästsvamp som sannolikt är av patogenetisk betydelse i kombination med endogena faktorer. Ibland ses försämring vid psykisk stress.

Skorv i hårbotten är vanligt hos småbarn men behöver sällan behandlas. Se kapitlet Vanliga problem under småbarnsåren, s 151.

Hypostatiskt eksem

Hypostatiskt eksem förekommer på underbenen och beror som regel på ödem, sekundärt till nedsatt venös funktion. Risken för bensår är ökad och användning av olika lokala beredningar kan ge upphov till kontaktdermatit. Nästan alla inflammatoriska processer på underbenen kan efter läkning ge upphov till en brunaktig missfärgning.

Differentialdiagnoser

- Vid handeksem: Psoriasis, svampinfektion, pustulosis palmoplantaris (PPP)
- Vid avgränsat eksem på kroppen: Pityriasis rosea (primärmedaljong finns), psoriasis, svampinfektion, ytlig basalcellscancer, precanceroser av typen aktinisk keratos, kutant lymfom och läkemedelsreaktioner

Behandling av eksem

Det viktigaste är att utvärta orsaken och om möjligt eliminera denna. Nästa steg är lokalbehandling i form av mjukgörare och, vid behov, inflammationsdämpande terapi. Salvor är feta och lämpar sig bäst för behandling av torra, eksematösa hudförändringar. Krämer innehåller varierande mängd vatten och lämpar sig bättre för vätskande förändringar. De har ofta bättre

Tabell 1. Glukokortikoider för utvärtes bruk

Grupp	Styrka	Substans
I	Mild	Hydrokortison
II	Medelstark	Hydrokortisonbutyrat Klobetason Triamcinolon
III	Stark	Betametason Fluocinolon Flutikason Mometason
IV	Extra-stark	Klobetasolpropionat

kosmetisk acceptans. Lösningar används ofta på hårbevuxna ytor.

Den inflammation som uppstår vid eksem behandlas oftast med lokala kortisonpreparat, se Terapirekommendationerna, s 348. Risken för systembiverkningar vid lokal steroidbehandling är liten men bör beaktas vid långvarig användning på stora hudytor. Starkare preparat än grupp II används sällan till barn.

Vid akut vätskande eksem med sekundärinfektion på kroppen används antibiotikum, i första hand penicillinastabilt penicillin i 7–10 dagar, i kombination med grupp III-steroid under 3–4 dagar morgon och kväll. I enstaka fall kan alsollösning 10 mg/ml eller kaliumpermanganatlösning 0,1% användas – den senare brunfärgar. Steroidstyrkan trappas därefter ner under 2–3 veckor. Man kan antingen minska till steroid med lägre styrka eller glesa ut applikationsintervallen av en starkare beredning.

Eksem i ansiktet skall sällan behandlas med starkare preparat än grupp I, medan man i hudveck kan använda grupp I–II. Liniment och lösningar ur grupp II–III är de lämpligaste beredningarna i hårbotten.

Vid seborroiskt eksem (mjällbildning) i hårbotten rekommenderas mjällschampo innehållande ketokonazol. Andra alternativ finns. Intertriginösa eksem kan vara candidainfekterade, varför man bör använda antimykotiska steroidkombinationer.

På senare år har i utvalda fall takrolimus och pimekrolimus (lokalt verkande immunsupprimerande medel) använts vid behandlingen av atopiskt eksem. Erfaren-

heterna av långtidsbehandling är ännu begränsade, bl a har en ökad risk för hudtumörer diskuterats, varför detta bör handläggas av dermatolog.

Vid svårare fall av atopiskt eksem kan behandling med ultraviolettt ljus (UVA och UVB) vara aktuell. Även vanliga solarier kan ha effekt men rekommenderas inte då man inte kan följa givna doser. Behandling bör ges vid hudklinik eller speciella behandlingsanläggningar.

Icke-sederande antihistamin har ingen effekt mot eksemklåda, men de äldre, sederande (t ex hydroxizin, klemastin, prometazin), kan lindra klådan. Dermasilk, en silkesbaserad produkt, kan ha viss effekt. Ylle bör undvikas.

Uppföljning vid lokalbehandling av eksem

Återbesök/telefonkontakt efter 2–4 veckor.

Vid förbättring

Fortsätt med mjukgörande kräm dagligen. Kräm med karbamid till vuxna (barn får ofta sveda av karbamid) alternativt kräm med propylenglykol eller glycerol.

Vid lindrig försämring

Intermittent behandling (2–3 gånger/vecka) med grupp I–II-steroid, samt mjukgörande kräm dagligen.

Vid utebliven förbättring eller snabb försämring

Terapijustering och/eller samråd med dermatolog.

Psoriasis

Psoriasis drabbar 2–3% av befolkningen. Vanligaste debutåldern är 15–40 år. Cirka 30% har även ledbesvär, se kapitlet Reumatiska sjukdomar, s 765. Psoriasis är en ärftlig sjukdom där utlösande agens kan vara infektioner, stress, läkemedel (t ex litium, klorokin, betablockerare) etc. Psoriasis yttrar sig i kraftig epidermal proliferation, ofullständig utmognad av keratinocyter och en inflammation, som ibland kan ge en steril varbildning i epidermis (pustulos).

Terapirekommendationer – Behandling av psoriasis

Händer	<ul style="list-style-type: none"> • Avfällande behandling, t ex salicylsyrevaselin 2%, salicylsyra 5% i t ex Decubal kräm eller karbamidkräm 5–10%. • Kalcipotriol kräm 1–2 gånger/dag. • Grupp III–IV-steroid, kräm eller salva, 1–2 gånger/dag under flera veckor, alternativt kombinationen kalcipotriol 2 gånger/dag måndag–fredag och grupp III-steroid lördag–söndag, alternativt fast kombination.
Kroppen	<ul style="list-style-type: none"> • Enbart mjukgörande kräm vid lindriga besvär. • Tjocka lesioner avfjällas med salicylsyrevaselin 2% eller salicylsyra 5% i t ex Decubal kräm. Därefter används kalcipotriol kräm 1–2 gånger/dag eller grupp III-steroid, alternativt kombinationen kalcipotriol 2 gånger/dag måndag–fredag och grupp III-steroid lördag–söndag, alternativt fast kombination. • Intertriginöst används grupp II-steroid, eventuellt med antimikrobiell tillsats. • Vid utbredda besvär ges UVB-terapi 3 gånger/vecka, oftast kombinerad med lokalbehandling.
Hårbotten	<ul style="list-style-type: none"> • Samma som för eksem i hårbotten. Eventuellt kalcipotriol lösning 1–2 gånger/dag. Observera, avfällning är viktig före behandling.

Vid psoriasis är hudförändringarna vanligen välvgränsade, rodnade, fjällande, lätt upphöjda, av varierande storlek och med en typisk, stearinvit fjällning. Klåda är relativt sällsynt. Hudsjukdomen är ofta lokaliserad till sträcksidor och ytor utsatta för nötning som armbågar, knän och knogar men kan också förekomma på bålen, i hårbotten och på naglarna. Invers psoriasis sitter i hudveck. Psoriasis drabbar sällan ansiktet. Guttat psoriasis kommer ofta efter en halsinfektion och har en god prognos.

Erythrodermi och pustulös psoriasis är svårare former som bör bedömas av eller i samråd med dermatolog. Detsamma gäller utredning och behandling av svår psoriasis.

Nagelpsoriasis har en varierande bild och kan vara allt från små punktata förändringar till svår onykolys. Ingen bra behandling finns.

Pustulosis palmoplantaris (PPP) är en svårbehandlad variant av psoriasis på händer och fötter. Sjukdomen drabbar, av okänd anledning, nästan enbart rökare och patienterna kan även ha tyreoidearubbingar.

Se även Läkemedelsverkets behandlingsanvisningar (2).

Differentialdiagnoser

- Pityriasis rosea (med primärmedaljong), eksem, lichen ruber, svampinfektion, läkemedelsreaktion och kutant lymfom.

- Vid någon enstaka fläck kan det vara svårt att skilja psoriasis från skivepitelcancer in situ (Morbus Bowen).
- Vid hårbotten- och nagelpsoriasis är svampinfektion och seborroisk dermatit de viktigaste differentialdiagnoserna.

Behandling

Avfällning

Avfällning är viktig, antingen genom bad, bastubad eller med salicylsyreberedningar (2% i vaselin till kroppen, 5% i olja för hårbotten eller 5% salicylsyra i t ex Decubal kräm) och bör utföras 2–3 gånger/vecka så länge tjock fjällning kvarstår.

Lokalbehandling

Vid förändringar på kroppen är förstahandsbehandling efter avfällning i regel D-vitaminderivatet kalcipotriol, alternativt grupp III-steroid eller ditranol. På senare tid har god effekt noterats av kombinationen kalcipotriol och grupp III-steroid. För kalcipotriol är maximal veckodos 100 g (för barn finns vissa begränsningar, se Fass).

Starka steroider är ofta effektiva med kosmetiska fördelar men kan ge upphov till takyfylaxi med behandlingsresistens och benägenhet till uppblossning vid avbrytande av terapin. Intermittent behandling enligt skriftligt behandlingsschema minskar biverkningsrisken och fungerar oftast bra. Vid god effekt trappas behandlingen ner, vilket för grupp III-steroid kan innebära 3–4 appliceringar/vecka. Vid guttat psoriasis med streptokockinfektion är penicillin-

behandling viktig. Ditranol är en billig och säker behandling, men den är svår att sköta pga missfärgning av hud och kläder.

Ljusbehandling

Vid utbredd psoriasis är det praktiskt olämpligt att enbart använda salvor och krämer. Man kan även få systemabsorption av både steroider och kalcipotriol. Ljusbehandling kan då ges under minst 4–6 veckor. UVB (290–320 nm) används i första hand. Ljusbehandling ges på hudklinik eller speciella behandlingsanläggningar i samråd med dermatolog.

Systembehandling

Vid svårare psoriasisformer med artrit kan metotrexat med fördel användas, alternativt syntetiskt A-vitaminderivat (acitretin) eller ciklosporin. Vid otillräcklig effekt av dessa kan de nya immunmodulerande läkemedlen komma ifråga (3). Dessa fall bör handläggas av dermatolog. PPP är mycket svårbehandlat, men potenta steroidkrämer (eventuellt under ocklusion) kan prövas liksom kalcipotriol. Tablettbehandling med metotrexat, ciklosporin eller acitretin kan bli aktuell.

Uppföljning vid

lokal behandling av psoriasis

Återbesök/telefonkontakt efter 2–4 veckor.

Vid förbättring

Fortsätt behandlingen i minst 1–2 månader.

Händer, kroppen

- Mjukgörande kräm dagligen, gärna salicylsyra- eller karbamidnehållande kräm för vuxna (barn får ofta sveda av karbamid) alternativt kräm med propylenglykol eller glycerol.
- Kalcipotriol och/eller grupp III-IV-steroid ca 2 gånger/vecka.

Hårbotten

- Lösning av kalcipotriol- eller grupp III-IV-steroid 1–2 gånger/vecka, efter hårtvätt.
- Regelbunden avfällning vid behov.

Vid utebliven

förbättring eller snabb försämring

Terapijustering och/eller samråd med dermatolog.

Pityriasis rosea

Pityriasis rosea ses som regel hos ungdomar. Orsaken är okänd. Sjukdomen startar ofta med en ”primärmedaljong”, ett ovalt gulrött utslag med inåtvänd fjällkrage som efter ett par veckor följs av ca centimeterstora lesioner över bål, överarmar och lår. Klåda kan förekomma. Utslagen försvinner spontant inom 6–8 veckor och smittar inte.

Differentialdiagnoser är Guttat psoriasis och svampinfektion.

Behandling

Behandling är sällan nödvändig. Mjukgörande kräm och grupp I–II-steroid används vid klåda.

Akne

Akne, som är den vanligaste hudsjukdomen i tonåren, kan även förekomma i högre ålder. Det är av stor vikt att ta tonåringars hudproblem på allvar.

Aknepatienter har en ökad talgproduktion i kombination med en defekt keratinisering av talgkörtelutgångarna. Detta ger pormaskar (komedoner). *Propionibacterium acnes* växer till och nedbrytningsprodukter orsakar en inflammation och ibland en varbildning. Kliniskt ses ofta en varierande bild vid akne.

Akne smittar inte. Tidigare har man givit dietråd, men det finns inga vetenskapliga hållpunkter för detta. Vissa läkemedel (anabola steroider och p-piller) kan försämra akne.

Behandling

För behandling se terapirekommendationerna, s 352.

Rosacea

Rosacea och perioral dermatit är ett akneliknande tillstånd med rodnad, papler, pustler och telangiektasier. Hos kvinnor förekommer Rosacea oftast perioralt och hos män vanligast över näsan (rinofym). Kryddad mat, alkohol och lokala steroider försämrar rosacea.

Terapirekommendationer – Behandling av akne	
Svårighetsgrad	Behandling (För preparat och doser, se Fass)
Lindrig akne	Lokalbehandling med t ex bensoylperoxid (dagligen) eventuellt kombinerat med lokalt <ul style="list-style-type: none"> • Tretinoin (god effekt mot komedoner, men kan irritera) • Azelainsyra • Adapalen (irriterar mindre) • Klindamycin (ökar risken för bakterieresistens, behandlingstid < 3 månader) • Fast kombination av klindamycin och bensoylperoxid finns, och kan prövas i vissa fall.
Medelsvår akne (pustler, djupa infiltrat)	Peroral behandling (bör kombineras med lokal terapi). Fortsatt behandling bör omprövas var 6:e månad. <ul style="list-style-type: none"> • Tetracyklinpreparat, t ex oxitetracyklin, lymecyklin (fotosensibilisering diskuteras men är sällan något problem) • Erytromycin (andrahandsmedel) • Cyproteronacetat + etinylöstradiol (Diane – till kvinnor, särskilt med sent debuterande akne, efter samråd med gynekolog)
Svår akne (nodulocystisk eller anti-biotikaresistent)	Peroral behandling <ul style="list-style-type: none"> • Isotretinoin – licenspreparat, ordineras av dermatolog (potent och kostnads-effektivt. Observera biverkningar, bl a teratogenicitet!)

Behandling

Metronidazol eller azelainsyra kräm lokalt. Vid kraftiga besvär kan tetracyklin eller erytromycin prövas som vid akne.

Urtikaria

Vid urtikaria (nässelutslag) ses multipla myggbettsliknande lesioner med en kvaddel centralt och en omgivande rodnad. Angioödem är en djupare manifestation med diffus svullnad. Vid urtikaria försvinner den enskilda urtikaria oftast inom ca 24 timmar, men förloppet kan vara långdraget. Vid akut urtikaria avslöjar ofta anamnesen orsaken. Kronisk urtikaria innebär dagliga besvär > 6 veckor. I majoriteten av fallen kan ingen orsak påvisas trots omfattande utredning. Kronisk urtikaria har möjligen en autoimmun patogenes.

Bland utlösande faktorer vid urtikaria finns infektioner, fysikaliska stimuli (köld, värme, tryck), läkemedel (antibiotika, salicylika, morfin etc). Även allergi mot födoämnen kan förekomma.

Utredningen bör koncentreras till anamnesen. Det kan vara lämpligt att föra dagbok under 1–2 dygn vilken sedan tas med till nästa besök. Misstänkta orsaker elimineras där så är möjligt, men man bör undvika en strikt eliminationsdiet. Patienter med långdragna besvär och med all-

varliga reaktioner bör remitteras till dermatolog.

Behandling

Lindrig urtikaria behöver inte behandlas. Måttliga besvär kan behandlas med antihistamin eller betametason tabletter i engångsdos.

Svår urtikaria med angioödem och allmänsymtom behandlas med epinefrin (adrenalin), 0,3–0,5 mg intramuskulärt i lårets utsida, hydrokortison, 100–200 mg intravenöst, eller snabbupplösande betametason, 5–10 mg peroralt. Antihistamin kan ges, t ex klemastin 2 mg intramuskulärt eller intravenöst (Se kapitlet Anafylaktisk chock, s 19). Därefter ges peroralt antihistamin, t ex fexofenadin, loratadin eller cetirizin i fulldos.

Generell klåda

Vid svår, speciellt nattlig klåda bör man misstänka skabb, i alla fall hos yngre personer. Diffus klåda kan orsakas av läkemedel, se kapitlet Läkemedelsbiverkningar, s 1119. Torr hud kan ge klåda, särskilt hos äldre, s k senil klåda. Vissa systemsjukdomar kan ge klåda, t ex leversjukdom och uremi. Även blodsjukdomar, som polycytemi, leukemi och lymfom, kan ge svår klåda, liksom tyreoidesjukdom och psykisk sjukdom.

Behandling

Behandlingen riktas främst mot grundorsaken. Symtomatiskt kan man använda zinkpudervätska lokalt, mjukgörande krämer, sederande antihistamin, t ex hydroxizin till natten, eller UV-terapi. Lokala steroider fungerar dåligt.

Läkemedelsreaktioner i huden

- Tokikodermi är vanligast med blåroda, lätt kliande, symmetriska, subepidermala förändringar över bål och extremiteter. Främst bör man misstänka antibiotika, diuretika, värktabletter, antiepileptika och allopurinol.
- Urtikaria är näst vanligast.
- Erythema multiforme kännetecknas av multipla ”måltavleliknande” hudlesioner.
- Vid Stevens-Johnsons syndrom (mukokutant syndrom) har man även slemhinneerosioner. Man kan inom loppet av timmar få övergång i livshotande toxisk epidermal nekrolys (Lyells syndrom) med brännskadeliknande engagemang av hela huden.

Se även kapitlet Läkemedelsbiverkningar, s 1119.

Utredningen av misstänkta läkemedelsutlösta utslag baseras på anamnesen.

Behandling

Misstänkt läkemedel sätts ut. I lindriga fall av urtikaria ges peroralt antihistamin. Vid svårare anafylaktiska reaktioner: se Urtikariabehandling, s 352. Patienter med Stevens-Johnsons syndrom eller med misstanke på toxisk epidermal nekrolys bör omgående remitteras till sjukhus.

Hudtumörer

Solskador i huden ökar i befolkningen. Kliniskt kännetecknas solskador av pigmentrubbningar, rynkor och ytliga blodkärl.

Cirka 37 000 nya fall av basalcancers upptäcks årligen (4). Kliniskt ser man tre former.

- Nodulär basalcancers kännetecknas av en liten, välavgränsad, hård tumör, ofta med telangiektasier.
- Ytlig basalcancers sitter oftast på bålen och utgörs ofta av centimeterstora, rodnade, lätt fjällande förändringar. De kan förväxlas med psoriasis.
- Morfeiform basalcancers är ofta svår att kliniskt avgränsa och kräver speciella behandlingsmetoder.

Aktinisk keratos är en precancer med rodnad och fjällning. Den kan förekomma som enstaka lesioner eller vara konfluerande och behandlas oftast med frysning. Diklofenak för lokal behandling är godkänt, men effekten förefaller måttlig och långtidsuppföljning saknas.

Skivepitelcancer är mindre vanlig (ca 4 200 nya fall/år) än basalcancers och uppträder på solexponerad hud (4). Den kan vara kliniskt omöjlig att skilja från ett benigna keratoakantom, som har en snabbare tillväxt. Skivepitelcancer föregås ofta av aktinisk keratos

Malignt melanom (ca 2 300 fall/år) drabbar även yngre och är vanligast hos rödlätta, ljushyllta personer (4). Personer under 15 år drabbas emellertid sällan av malignt melanom. Man bör ge akt på nytillkomna förändringar som ändrat storlek, färg eller blött. Malignt melanom sitter typiskt på bålen hos män och på underbenen hos kvinnor. Största riskfaktorn är stort antal nevi. En svår differentialdiagnos är dysplastiska nevi. Dessa är oftast ≥ 5 mm, flerfärgade och diffust avgränsade. Behandlingen av malignt melanom är kirurgisk och prognosen har förbättrats på senare år, främst genom tidigare diagnostik. Vid spridd sjukdom finns ingen bra behandling. Laserdestruktion av pigmentfläckar är kontraindicerad.

5–10% av melanomen är arvetärla, medan patienter med dysplastiskt nevussyndrom (DNS) har en närmast 100-procentig livstidsrisk att utveckla malignt melanom. DNS är autosomt dominant ärftlig (innebär att minst 2 nära släktingar haft malignt melanom).

Maligna lymfom i huden utgörs vanligen av ett T-cellslymfom (mykosis fungoides) och är sällsynta. De kan initialt likna eksem el-

ler psoriasis. Diagnosen ställs genom hudbiopsi.

Solinformation

Bakgrund

Solljus innehåller ultraviolett strålning (UV), som indelas i A (320–400 nm) och B (290–320 nm).

- UVA gör huden brun, men inte särskilt röd, och 95% av solstrålningen utgörs av UVA.
- UVB gör också huden brun, men framför allt röd. Maximal rodnad inträffar 8–24 timmar efter solbestrålning. UVB används i behandlingslampor för psoriasis. Säkerheten i detta fall är väl kartlagd.

Normalt blir huden röd efter ca 40 minuters solande i Sverige vid midsommartid. Rodnaden kommer inte direkt utan är maximal efter ca 8–24 timmar. Den lägsta dos som ger rodnad vid avläsning efter 24 timmar kallas minsta erytemdos (MED).

Solen på Kanarieöarna innehåller ca 2,5 gånger mer UVB än svensk sommarsol vid midsommartid. UVB-intensiteten ökar med ca 15%/1 000 m över havet. Moln släpper igenom 10–50% av solstrålningen. Om man jämför en mulen dag kl 13 med en solig dag kl 17 när betydligt mer UV-strålning jordytan den mulna dagen. Reflektion från olika ytor spelar också roll. Snö kan reflektera upp mot 90%, sand ca 25%, medan vatten reflekterar relativt lite. En stor del av solstrålningen är indirekt strålning vilket gör att man i skuggan kan få 50% av solstrålningen på sig.

Vilket solljus kan vara farligt?

När det gäller skivepitelcancer ligger de cancerframkallande våglängderna förmodligen nära de som ger rodnad i huden och den ackumulerade mängden UV-ljus spelar roll. För malignt melanom är spektrum inte lika väl känt och hypotesen här är att upprepade UV-brännskador, särskilt i barnåren, ökar risken. UVA kan spela större roll än vi tidigare trott.

Barn anses vara känsligare för UV-ljus än vuxna och man vet från vetenskapliga undersökningar att kraftig UV-exposition i

barnaåren, senare i livet, kan öka risken för olika former av hudcancer. Barn utsätts i allmänhet för ca 50% mer UV-strålning/år än vuxna.

Solskydd

Mellan 30% och 50% av den strålning som ger rodnad i huden (UVB) inträffar mellan kl 12 och kl 14 när vi har sommartid. Under denna tid bör man vara särskilt försiktig med att utsätta barn för solljus. Solskyddet bör helst bestå av kläder och en hatt som täcker öronen. En T-shirt har en solskyddsfaktor på ca 10. Jeans ligger på 1700! De flesta klädesplagg har en solskyddsfaktor på 20–30.

Solskyddsmedel förefaller minska risken för skivepitelcancer, men man är osäker på om solskyddsmedel minskar risken för utveckling av malignt melanom.

Man har sett att testsituationen ofta är orealistisk i och med att man inte till vardags applicerar den mängd solskyddsmedel som testet förutsätter. Solskyddsfaktorn är ju ett mått på produktens förmåga att skydda mot rodnad (UVB).

I och med att rodnaden blockeras kan man vid solning med UVB-solskyddsmedel exponeras för relativt stora UVA-doser. Många solskyddsmedel skyddar fortfarande bättre mot UVB än mot UVA. Ovetande kan då konsumenten utsättas för högre UVA-doser än som skulle vara fallet utan solskyddsmedel.

Solskyddsmedel bör vara ett komplement på ytor som inte kan täckas av kläder till vardags och bör strykas på flödigt och ofta, ha hög solskyddsfaktor, gärna innehållande fysikaliska filter t ex titandioxid.

Zinkoxid som tidigare använts som fysikaliskt filter förbjöds av Läkemedelsverket 2009-02-11 (se www.lakemedelsverket.se).

Ljusdermatoser

Hudsjukdomar försämras eller aktiveras av solljus, t ex lupus erythematosus, porfyri och herpes simplex. UV-strålning spelar ofta en primär patogenetisk roll vid ljusdermatoser.

Fototoxiska reaktioner är vanliga och kan framkallas av läkemedel, t ex doxycyklin, men även vissa växtsafter, t ex från björn-

Råd vid vistelse i sol

- Undvik att sola barn < 1 år.
- Var försiktig med solning kl 11–15 när vi har sommartid. Extra försiktighet krävs på sydligare breddgrader.
- Använd hatt, skjorta/T-tröja och byxor. Tätt vävda textilier har bäst solskydd. Skydda barnvagnen med ett parasoll.
- Använd solskyddsmedel med hög solskyddsfaktor och skydd mot UVA som ett komplement till kläder. Även reflekterat ljus på t ex en strand kan ge solbränna. Man kan bli bränd även en mulen dag.

loka. I princip ser man samma reaktion som vid vanlig solning, men reaktionen kommer vid lägre doser. Fototoxiska reaktioner är strikt lokaliserade till belysningsområdet.

Fotoallergiska reaktioner är ovanligare, ger mer eksemliknande besvär och man kan även se en spridning in på icke belyst område.

Soleksem (polymorft ljusutslag) är vanligt, framför allt hos kvinnor. Patogenesen är oklar. Soleksem utlöses oftast av UVA-ljus. Oftast avtar besvären under sommarens lopp. Kliniskt ser man olika former från eksem till urtikariella utslag. Differentialdiagnoser är lupus erythematosus, olika eksemformer och porfyri.

Behandling

Solskydd, se ovan. Vid akuta besvär ges steroidkräm grupp I–II. Vid polymorft ljusutslag kan ”hårdning” med UVB bli aktuell på en hudmottagning.

Bakteriella hudinfektioner**Impetigo**

Impetigo (”svinkoppor”) är en ytlig hudinfektion, hos 90% orsakad av stafylokocker och hos övriga 10% i kombination med eller enbart av streptokocker. Impetigo är lokaliserad framför allt i ansiktet (runt mun och näsöppning) och är vanligast hos barn. Inom ett avgränsat område finns vätskan-de, rodnade papler, som snabbt täcks av gula krustor, ofta med satellitleSIONER. Bul-lös impetigo orsakas alltid av stafylokocker. Den kliniska bilden med ytliga tunna blås-

or, som lätt går sönder, ses i alla åldrar men oftare hos spädbarn. Okomplicerad impetigo medför ingen allmänpåverkan. Vid samtidigt eksem kan kraftig spridning ske, liksom försämring av eksemet.

Impetigo är mycket smittsam vid direktkontakt och smittrisk kvarstår tills krustorna torkat in och släppt. Tänk epidemiologiskt vid daghemssmitta eller halsfluss i den närmaste omgivningen.

Diagnosen sätts på typisk klinik, men odling bör tas i oklara fall. Tillståndet kan vara svårt att skilja från herpesinfektion, som dessutom ofta impetiginiseras.

Behandling

Avlägsna krustor genom tvätt med tvål och vatten eller alsollösning 1%, därefter väteperoxidkräm 2–3 gånger/dygn. Antibiotika-kräm rekommenderas inte rutinemässigt pga risk för resistens. Se Info från Läkemedelsverket 2003:2 (5). Nytt alternativ när antibiotikabehandling anses motiverad är retapamulin lokalt (2 gånger/dag i 5 dagar).

Vid mer utbredd impetigo, regionala adeniter samt feber ges peroralt antibiotikum (penicillinastabilt penicillin, cefalosporin eller, vid penicillinallergi, klindamycin).

Vid recidiverande impetigo misstänk stafylokockbärare i omgivningen (tag näs- och svalgodling på hela familjen). Livsmedelsarbetare och vissa inom sjukvården bör sjukskrivas. Impetigo läker utan ärr på en vecka, i annat fall kan bakomliggande sjukdom misstänkas eller sekundärinfektion i primär hudsjukdom (t ex eksem, skabb, löss, varicella).

Se även Läkemedelsverkets behandlingsanvisningar (2).

Follikulit, furunkel, abscess

Follikulit, furunkel och abscess är purulenta infektioner som utgår från hårsäckar och vanligen orsakas av stafylokocker. De kan utvecklas från en enstaka follikulit till konfluerande djupare infektioner med övergång i abscess.

Behandling

Follikulit behandlas i princip som impetigo. Vid recidiverande furunkulos har långtidsprofylax med t ex antibiotikasalva i nä-

san, eller daglig desinfektion med klorhexidinlösning 4%, prövats utan säker effekt. Vid större furunklar och abscesser krävs ofta incision, eventuellt kombinerat med penicillinasstabil antibiotikum i minst 10 dagar. I utbredda eller oklara fall tas sårodlings innan antibiotika sätts in. Om patienten är högfebril och allmänpåverkad – akutremiss till infektions- eller medicinklinik. Se även kapitlet Antibiotika, s 605.

Erysipelas

Erysipelas (rosfeber) är en akut hudinfektion orsakad av betahemolyserande streptokocker, som inokuleras via skada i hudbarriären, t ex sprickbildningar eller småsår. Man får rodnad, värmeökning, ömhet i ett väl avgränsat område, ibland svullnad och feber. Vanligaste lokalisering är underben, armar (efter strålbehandling) och ansikte/öra. Erysipelas förekommer oftare i hudområden med ödem. Tillståndet kan recidivera.

Differentialdiagnoser

Akut ventrombos, akut kontakteksem, zoster ophthalmicus, Quinckes ödem och ilsken rodnad runt bensår. Vid våldsamt värk som inte motsvarar kliniken bör man ha nekrotiserande fasciit i åtanke.

Behandling

Lindrigare fall behandlas med penicillin V peroralt i 10 dagar. Vid allmänpåverkan, hög feber, snabb progress – remiss/inläggningsfall.

Erythema chronicum migrans (borreliamanifestation)

Erythema chronicum migrans – borreliamanifestation – uppträder efter fästingbett som överfört en spiroket (*Borrelia burgdorferi*). Den tidigaste manifestationen av borreliainfektion ger inom ca 1 månad en långsamt tilltagande, ringformad rodnad i huden men oftast inga andra symtom. Cirka 10–30% av fästingarna är bärare av borreliabakterier. Sjukdomen kan drabba alla åldrar. I senare stadium kan acrodermatitis artrofacialis uppträda som ett typiskt blåroött märke på perifera/akrala delar, framför allt fötter och underben.

Tillståndet kan självläka, men bör alltid behandlas för att förhindra att följsymtom uppkommer. Se även Neuroborrelios i kapitlet Allmän neurologi, s 841. Borreliantikroppar är inte alltid påvisbara i tidigt stadium.

Differentialdiagnoser

Differentialdiagnoser är erysipelas och tinea corporis.

Behandling

Penicillin V, 1 g 3 gånger/dag ges till vuxna i 10 dagar.

Vid multipla hudlesioner bör tetracyklin, t ex doxycyklin 100 mg 2 gånger/dag, ges till vuxna i 14–21 dagar. Lokalbehandling har ingen effekt.

Virusorsakade hudmanifestationer

Herpes simplex

Herpes simplex är en recidiverande virusjukdom. Den orsakas av två typer av DNA-virus, herpes simplex virus (HSV) typ 1 och typ 2, och uppträder som grupperade vesikler på rodnad bas på hud och slemhinnor. De flesta smittas via direktkontakt redan som barn med HSV-1, tidigare än med HSV-2, som oftast är sexuellt överförd.

Prodromalsymtom (stickningar, sveda och klåda) förekommer ofta runt mun eller genitalt ca 1 dygn före uppkomst av de smärtsamma blåsorna, vilka läker på ca 1 vecka med krustabildning. Många primära herpesinfektioner är asymtomatiska, men de kan även ge uttalade symtom, t ex orolabialt med smärtor, feber, sväljningssvårigheter, och genitalt med ulceration, hög feber, lokal lymfkörtelsvullnad, blås-pares och allmänpåverkan.

HSV-1 drabbar vanligen områden ovan midjan och HSV-2 är vanligen associerad med genitala infektioner, men ca 50% av primär genital herpes är av typ 1. Det är vanligt med lokala recidiv, som kan uppträda tätt (flera gånger/år) eller med många års mellanrum, och kan utlösas av t ex solljus, förkylning, feber och stress. Herpesinfektion kan i sin tur utlösa attacker av erythema multiforme. Kliniken är ofta typisk, men vid tveksamhet tas virusodling eller PCR från blåssekret.

Differentialdiagnoser

Differentialdiagnoser är impetigo, vesikulöst eksem, herpes zoster i tidigt skede och syfilissår.

Behandling

I lindriga fall behövs ingen behandling (krustor kan baddas bort med tvål och vatten eller alsollösning), eventuellt kan penciklovir kräm prövas vid labial herpes. Bakteriell sekundärinfektion behandlas som vid impetigo.

Vid svår primärinfektion eller besvärliga täta recidiv är tidigt insatt peroral, antiviral behandling motiverad – t ex aciklovir, 10 dagar vid primärinfektion och 3–5 dagar vid recidiv. Behandlingskostnaden är hög, särskilt för de nyare preparaten (valaciklovir och famciklovir). Långtidsbehandling med aciklovir, 400 mg 2 gånger/dag, för att förebygga täta (6–12/år) recidiv kan vara indicerad, särskilt vid genital herpes (se kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 427).

Herpes zoster (bältros)

Herpes zoster orsakas av en reaktivering av varicella-zoster (VZ)-virus beläget i sensoriska nervganglier. Insjuknande förutsätter att man har haft en primär varicellainfektion. Cirka 20% av befolkningen drabbas av bältros. Tillståndet blir vanligare med stigande ålder men förekommer även i barn-/ungdomsåren. Enstaka personer får bältros upprepade gånger utan att detta behöver tyda på underliggande sjukdom. Den kliniska bilden är ofta typisk, med prodromalsymtom i form av lokala, svåra smärtor några dagar före uppkomsten av spridda eller grupperade blåsor/pustler på rodnad bas, halvsidigt, segmentellt.

VZ-virus kan med immunfluorescens-teknik påvisas i blåsskrap.

Vid svåra hudförändringar eller spridning med varicellalikhande blåsor på kroppen bör man misstänka nedsatt immunförsvar och utredning, inklusive hiv-test, bör göras.

Observera risken för ögonskador vid engagemang av n. nasociliaris, vilket bör misstänkas kliniskt vid blåsor på nästippen. Samråd akut med ögonklinik.

Differentialdiagnoser

Differentialdiagnoser är herpes simplex (virusisolering ger rätt diagnos), blåsdermatos (pemfigoid) och vesikulärt eksem.

Behandling

Hos yngre med okomplicerad zoster finns ingen anledning att ge peroral behandling (till hög kostnad), eftersom kvarstående postherpetisk smärta är sällsynt och sjukdomsförloppet kortas obetydligt. Behandlingen inskränker sig till analgetika och alsolsprit lokalt. Peroral behandling bör i princip ges till alla > 50 år, eftersom behandling reducerar akut smärta och ger något snabbare utläkning. Vid komplicerad bältros (t ex zoster ophthalmicus) ges alla patienter, oavsett ålder, högdos aciklovir eller valaciklovir, 1 g 3 gånger/dag i 7 dagar, alternativt famciklovir. Se även Postherpetisk smärta i kapitlet Smärtbehandling, s 793.

Molluscum contagiosum

Mollusker orsakas av en virusinfektion (poxvirus), smittar via autoinokulation och direktkontakt med en inkubationstid på 0,5–6 månader. De är vanligast hos barn (3–16 år) där de framför allt förekommer på tunn hud (extremiteter, speciellt axiller, bål, ansikte). Patienter med atopiskt eksem kan få ett stort antal mollusker som, vid rivning, lätt sekundärinfekteras.

Differentialdiagnoser

Verruca plana hos barn. Stora mollusker kan likna nodulärt basaliom.

Behandling

Mollusker behöver inte behandlas då de spontanläker inom 6–9 månader. Vid uttalade besvär kan EMLA/curretage prövas.

Verruca (vårta)

Vårtor finns i olika former. Verruca vulgaris (hand/fotvårtor, vanliga vårtor) är enstaka till multipla, gryniga, hudfärgade hyperkeratotiska tumörer med mörka punkter på ytan (ses vid nedskärning). Mosaikvårta är ett flera cm stort område med tättsittande, mindre vårtor på tryckbärande ytor. Hyperhidros predisponerar. Filiforma vårtor utgörs av spridda hudfärgade tappar framför

Terapirekommendationer – Behandling av trådsvampsinfektioner	
Fötter och ljumske	<ul style="list-style-type: none"> • Imidazolderivat eller terbinafin utvärtes 1–2 gånger/dag i 2–6 veckor • Vid kraftig inflammation eller klåda tillägg av grupp I-II-steroid initialt
Kroppen	<ul style="list-style-type: none"> • Vid enstaka fläck, behandla som ovan • Vid utbredda lesioner eller terapivikt ges <i>efter odling</i> peroralt terbinafin • Itrakonazol och flukonazol är alternativa perorala behandlingar
Härbotten	<ul style="list-style-type: none"> • Peroral behandling enligt ovan
Naglar	<ul style="list-style-type: none"> • Distalt angrepp på enstaka naglar kan behandlas med amorolfin lack • Vid utbredda besvär ges <i>efter odling</i> peroralt terbinafin eller itraconazol

allt på läpp/näsa hos barn. Verruca plana är mm-stora, platta, hudfärgade papler, oftast på handryggar eller i ansikte. Linjär spridning i rivning är typisk. Vårtor förekommer framför allt hos barn och ungdomar (8–16 år).

Vårtor orsakas av infektion med humant papillomvirus (HPV, varav > 60 olika typer har identifierats) och överförs vid direktkontakt, ofta autoinokulation, som underlättas av lokal hudskada. Inkubationstiden är flera månader. De flesta vårtor ses på fingrar, nagelband, hand, och på fotsulor. Förloppet varierar, men de flesta spontanläker inom veckor–månader, andra kan sitta i årtal.

Differentialdiagnoser

Klavus (liktorn), mollusk, seborroisk keratos och kondylom.

Behandling

Avvakta spontanläkning om vårtan inte ger besvär! Egenbehandling innebär nedfilning av vårtan efter uppmjukning i vatten och därefter ”prickas” dagligen vårtmedel in i vårtan med hjälp av en tandpetare. Alternativt kan man använda salicylsyreplåster fixerat med leukoplast. Behandlingstiden är flera månader! Undvik ärrbildande behandling och iaktta försiktighet hos diabetiker. Kryobehandling med flytande kväve används, liksom kirurgi, i undantagsfall. Plana vårtor är svårbehandlade, avvakta därför helst spontanläkning, men försiktig kryobehandling kan provas, alternativt tretinoin kräm 0,05% dagligen. Tänk på risken för depigmentering efter kryobehandling.

Verruca seborrhoica

Verruca seborrhoica, keratosis senilis, senil vårta, seborroisk keratos – är ingen egentlig vårta utan en åldersförändring i huden med multipla, ovala brun-svarta benigna tumörer, oftast på bröst och rygg, med debut i medelåldern. Vårtorna kan av kosmetiska skäl eller om de irriterar skrapas bort, eventuellt i kombination med kryobehandling.

Mykoser

Hudsvampinfektioner som drabbar människan orsakas framför allt av jästsvampar och dermatofyter.

Bland jästsvamparna ses olika candidaarter. Candida albicans är den viktigaste. Candidainfektion ses ofta på intertriginösa ytor, vanligen som rodnad, vätskande hud men man kan även se satellitpustler i periferin. Candida kan också drabba naglar, i regel som en paronyki. Predisponerande faktorer för spridd candidainfektion är dåligt kontrollerad diabetes och immunsuppression men även hudocklusion.

Malassezia furfur (tidigare Pityrosporum) tillhör den normala hudfloran, men kan växa till och ge symtom i form av follikuliter eller pityriasis versicolor (som ger gulbruna, lätt fjällande fläckar). På sommaren ses ofta depigmenterade fläckar efter solning. Differentialdiagnostiskt bör man tänka på vitiligo, men pityriasis versicolor uppvisar ”hyvelspånsfenomen”.

Dermatofyterna är trådsvampar som kan angripa naglar, hår och hud. Zoofila stammar (Trichophyton verrucosum och Microsporum canis) har normalt djur som värd och ger en kraftig inflammatorisk inflammation (ringorm). De vanligaste lokal-

erna för ringorm är extremiteter, ansikte och hårbotten. Kraftig inflammation (s k kerion) ses i hårbotten. Den kan misstolkas som bakteriella furunklar och kan utan behandling ge upphov till ärr. Antropofila stammar (t ex *Trichophyton rubrum*) smittar mellan människor. Dessa svampar ger som regel en mer lågradig inflammation. Ett vanligt exempel är fotsvamp, som typiskt sitter i laterala tånterstytiet och då ofta ger lätt klåda och hudmaceration. Spridning kan ske lokalt till tånaglar (*tinea unguium*), fotens undersida (mockasin-svamp), till ljumskar (*tinea inguinalis*) eller på kroppen (*tinea corporis*). *Tinea capitis* (svamp på huvudet) orsakad av *Trichophyton violaceum* och *Trichophyton tonsurans* är ett ökande problem hos invandrarbarn från norra Afrika.

Ljumsksvamp är mycket vanligt hos män och orsakas nästan alltid av dermatofyter. En differentialdiagnos är infektion med en korynebakterie (*erytrasma*). Ljumsk- och nagelsvamp är sällsynt hos barn.

Diagnostik

Diagnosen vid svampinfektion är ofta svår. Man använder sig av direktmikroskopi och/eller odling. Direktprov/material tas med en skarp slev från den fjällande periferin av utslaget och behandlas med 20% kaliumhydroxid på objektglas, varvid man vid mikroskopi kan se mycelet i låg förstoring. Direktmikroskopi kräver dock vana för korrekt resultat. Svampodling tar ofta flera veckor innan positiva resultat erhålls, men odling har en högre träffsäkerhet och man kan även typa svampen.

Vid pityriasis versicolor ses gulgrön fluorescens vid UV-belysning. *Malassezia furfur* kan påvisas vid direktmikroskopi, men framkommer inte i vanlig svampodling. Diagnostiken kan även påverkas av tidigare given behandling. Gulfärgade tånaglar feldiagnostiseras ofta.

Behandling

Oftast räcker lokalbehandling vid begränsad svampinfektion. Om däremot peroral behandling övervägs – tag alltid svampodling först.

Krämer innehållande imidazolderivat (bifonazol, ekonazol, klotrimazol, mikona-

zol) eller terbinafin har effekt mot de flesta svampar. Nystatin kan användas mot candida. Man smörjer in den antimykotiska krämen, även utanför den synliga rodnaden, och behandlingen pågår i 4–5 veckor (för terbinafin 1–2 veckor) eller tills symtomen varit borta i minst 1 vecka.

Vid utbredd dermatofytinfektion eller vid engagemang av kraftigt hårbeväxt område ges i regel peroral svampbehandling, t ex med terbinafin, 250 mg/dag enligt Fass. Observera interaktionerna!

Vid pityriasis versicolor används propylenglykol lösning 50%, 2 gånger/dag i 2 veckor, imidazolkräm 1–2 gånger/dag i 2 veckor eller ketokonazol schampo, lokalt i minst 5 minuter, varje kväll i 5 dagar.

Vid distala svampangrepp på enstaka naglar kan amorolfin lack övervägas. Terbinafin peroralt rekommenderas endast vid utbredda symtomgivande och odlingsverifierade nagelmykoser.

Se även Läkemedelsverkets behandlingsanvisningar (2).

Ektoparasiter

Skabb (scabies)

Skabb orsakas av ett kvalster (*Sarcoptes scabiei*) som överförs via nära kroppskontakt. Skabb kan fortplantas i människans hud och ger synliga gångar (0,5–1 cm) med predilektionsställen på handens volarsida, interdigitalt, främre axillarveck och naveln – hos män dessutom på penis, hos kvinnor på areola mammae och hos barn på fötternas insidor. Typiskt är generell, svår klåda (pga sensibilisering mot skabbprodukter) som förvärras nattetid, och finprickigt exantem som ofta blir sönderrivet, infekterat eksem och/eller impetiginisering. Misstänkt skabb vid samtidig klåda hos flera medlemmar i familj eller grupp, vid klåda utan utslag i hårbotten och ansikte och vid klåda med noduli och exkorationer på penis.

Diagnostik

I slutet av gången finns skabbdjur (kan ses som en mörk punkt som griper tag om spetsen på den nål man sprättar upp gången med). Skabbdjur bör påvisas hos åtminstone en individ i familj eller grupp före behandling!

Tabell 2. Remissindikationer vid hudsjukdomar

Angelägenhetsgrad	Klinik	Sjukdomstillstånd ^a
Akut	Infektion-/medicin	<ul style="list-style-type: none"> Erysipelas eller follikulit med hög feber och allmänpåverkan Svår urtikaria med angioödem och allmänsymtom Svår läkemedelsreaktion av typ Steven-Johnson
Halv-akut ^b (< 1 vecka)	Hud- Hud-/kirurg-/ÖNH	<ul style="list-style-type: none"> Utbredd psoriasis med erythrodermi/pustulös psoriasis Kraftigt kliande/utbrett atopiskt eksem, eventuellt sekundärinfekterat Hudtumörer, misstänkt maligna, som inte excideras lokalt (t ex basilom excideras ofta på vårdcentral)
Icke-akut ^b (< 1 månad)	Hud- Hud-/kirurg-/ÖNH	<ul style="list-style-type: none"> Utbrett, terapist resistant eksem Misstänkt kontakteksem (för epikutantest) Utbredd och/eller terapist resistant psoriasis Svår nodulocystisk akne Utbredd akne som inte svarat på tetracyclinbehandling Urtikaria med uttalade långdragna besvär Polymorf ljusdermatos Hudtumörer, som inte kan handläggas i primärvård

a. Se i övrigt texten i kapitlet.

b. Samråd per telefon vid tveksamhet angående remissbehov.

Behandling

Disulfiram liniment används enligt instruktioner i Fass. Om huden är svårt eksematiserad ges lokalbehandling med medelstark kortikosteroid några dagar före behandlingen mot skabb. Alla i samma grupp och eventuell sängpartner skall behandlas samtidigt. Vid utbrott på dagis/skola är samarbete med BVC- eller skolsköterska centralt.

Flatlöss

Pediculosis pubis sitter vanligen i pubisbehåringen, men även i andra områden med apokrina svettkörtlar och ger intensiv lokal klåda. Hos spädbarn kan lusén sätta sig i ögonfransar. Den överförs vid direktkontakt, oftast sexuellt. Inkubationstiden är ca 1 månad. Den mörkbruna lusén kan identifieras vid undersökning av pubishår under lupp.

Behandling

Disulfiram liniment masseras in i skrev och axiller samt på andra hårbevuxna ytor, utom huvudhår. Kroppen tvättas efter 2 dygn. Vid hudirritation efteråt används mild steroidkräm.

Hårlöss

Pediculosis capitis ger klåda och prickigt utslag i hårbotten. Lössen ses med blotta ögat

liksom lusäggen (gnetter) på hårstrån nära hårbotten. Smitta sker vid direktkontakt. Utanför hårbotten kan lusén överleva ca 1 dygn, men efter 4 timmar kan den inte forplanta sig och smittar därför mer sällan via t ex mössa eller kam. Resistens mot länge använda lusmedel förekommer.

Behandling

Behandla endast om hårlöss påvisats! För närvarande rekommenderas malation liniment i torrt hår. Andrahandsmedel är disulfiram. Barn < 2 år bör behandlas med permetrin. Följ aktuell information från Läke- medelsverket (www.lakemedelsverket.se). Vanliga orsaker till recidiv är ofullständig behandling eller återsmitta.

Se även Läke- medelsverkets behandlings- anvisningar (2). Misstänks resistens – anmäl till Läke- medelsverket!

Hyperhidros (svettning)

Ökad svettning, hyperhidros, drabbar ca 1%. Den är oftast idiopatisk, lokaliserad till axiller, handflator och fötter och utlöses eller försämras ofta av stress/oro. Feber, kroppsanspänning, hypertyreos, hypoglykemi, menopaus, fetma, alkoholöverkonsumtion, tbc (nattsvett) är andra faktorer. Vid generell svettning bör utredning ske med infektions-/blodmalignitetsprover

och P-glukos, gamma-GT, CDT, TSH och lungröntgen.

Behandling

Behandlingen bör om möjligt vara kausal. Vid lokal svettning används aluminiumklorid, 20–25% i etanol (Absolut Torr). Vid uttalad idiopatisk hand- och axillär svett, rådgör med dermatolog.

Håravfall

Diffust håravfall

Diffust håravfall orsakas vanligen av sk telogent håravfall, som uppträder 3–6 månader efter t ex svår infektion, psykiskt trauma, intensivbantning eller graviditet. Prognosen är god med hårtärväxt inom 6 månader. Andra ovanligare orsaker är endokrina sjukdomar, vissa läkemedel, lokala hårbottenförändringar samt svår kronisk sjukdom/näringsbrist.

Vid utredning är anamnesen viktigast och behandlingen är kausal.

Androgen alopeci

Manligt håravfall är genetiskt betingat, med typisk utglesning vid tinningar, på hjässan och högre hårfäste. Alopeci börjar hos 5% före 20 års ålder. Enda indikation för endokrin utredning är uttalat håravfall hos kvinnor med samtidig hirsutism och menstruationsrubbing.

Behandling

Ingen riktigt bra terapi finns. Minoxidil är den enda lokalbehandling med viss dokumenterad effekt; 20% förbättras något efter 6–8 månader, men efter utsättning av behandlingen sker recidiv inom 2–6 månader. I enstaka fall kan peroral behandling med finasterid ges i tidig fas. Transplantation kan ge bra resultat.

Alopecia areata

Fläckvis håravfall förekommer vanligen på hjässan, i skäggbotten samt på underbenen, där en typisk kal fläck har oretad hårbotten samt ”utropsteckenhår” i kanten (avbrutna hårstrån). Återväxt sker vanligen inom 1–2 år. Några (5–10%) får en snabbt utbredande bestående alopeci (alopecia areata totalis) omfattande hela skalpen el-

ler samtliga behårade områden (alopecia areata universalis). Orsaken är okänd, men beror sannolikt på autoimmun hämning av håranlaget. Tillståndet kan vara associerat med tyreoidesjukdom, vitiligo, SLE, ulcerös kolit och Mb Down. Utlösande faktorer är okända.

Differentialdiagnoser

Tinea, discoid lupus erythematosus, trikotillomani (oskarpt avgränsad fläck, ”nervös” hårplockning hos barn) och ärr.

Behandling

Ingen generellt effektiv behandling finns. Ge realistisk information om god prognos vid enstaka fläckar. Dokumenterad effekt saknas av vitaminer, mineraler, ”patentmedicin” och laser. Vid snabb progress av alopeci samråd med dermatolog.

Referenser

1. Hudatlas, se www.dermis.net eller www.dermatlas.org
2. Läkemedelsverkets behandlingsanvisningar för Atopiskt eksem 2005:(16)2, Dermatomykoser 2004:(15)6, Impetigo 2003:(14)2, Huvudlöss 1999:(10)5 och Psoriasis 2006:(17)5.
3. Nya immunmodulerande läkemedel vid måttlig till svår psoriasis. SBU Alert 2006. Rapportnummer 2006-7.
4. Hudcancerincidens www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9850/2007-42-16.htm
5. Behandling vid impetigo. Information från Läkemedelsverket 2003;2:10–13.

För vidare information

6. www.1177.se
7. Rorsman H. Dermatologi, Venereologi. 7:e utgåvan. Studentlitteratur; 2007. ISBN 9789144000640

Preparat¹

Medel vid eksem

Milt verkande glukokortikoider (gr I)

Hydrokortison

- Ficortril** Pfizer, salva 1%
- Hydrokortison CCS** CCS, kräm 1%, salva 1%
- Mildison Lipid** Astellas Pharma, kräm 1%
- Uniderm** Schering-Plough, kräm 1%

Hydrokortison + antibiotika

- Fucidin-Hydrokortison** LEO Pharma, kräm
- Neomycin-hydrokortison i Essex** kräm APL APL, kräm

Terracortril Pfizer, salva

Hydrokortison + antitymotika

- Cortimyk** CCS, kräm
- Daktacort** Janssen-Cilag, kräm

Hydrokortison + andra medel

- Fenuril-Hydrokortison** ACO Hud, kräm 0,5%

Medelstarka glukokortikoider (gr II)

Hydrokortisonbutyrat

- Locoid** Astellas Pharma, kräm 0,1%, kutan lösning 0,1%, salva 0,1%
- Locoid Crelo** Astellas Pharma, kutan emulsion 0,1%
- Locoid Lipid** Astellas Pharma, kräm 0,1%

Klobetason

- Emovat** GlaxoSmithKline, kräm 0,05%, salva 0,05%

Triamcinolon

- Kenacort-T** Bristol-Myers Squibb, kräm 0,1%, salva 0,1%

Triamcinolon + antitymotika

- Pevisione** Janssen-Cilag, kräm

Starka glukokortikoider (gr III)

Betametason

- Betnovat** GlaxoSmithKline, kräm 0,1%, kutan emulsion 1 mg/ml, kutan lösning 1 mg/ml, salva 0,1%
- Betnoderm** ACO Hud, kräm 0,1%
- Bettamousse** Vitaflo, kutant skum 1 mg/g
- Celeston valerat** Schering-Plough, kräm 0,1%
- Diproderm** Schering-Plough, kräm 0,05%, kutan lösning 0,05%, salva 0,05%

Betametason + antibiotika

- Betametason-neomycin i Essex** kräm APL APL, kräm

Betametason + antiseptika

- Betnovat med chinoform** GlaxoSmithKline, kräm, salva

Betametason + salicylsyra

- Diprosalic** Schering-Plough, kutan lösning, salva

Fluocinolon

- Synalar** Bioglan Pharma, gel 0,025%, kräm 0,025%, salva 0,025%

Flutikason

- Flutivate** GlaxoSmithKline, kräm 0,05%

Mometason

- Elocon** Schering-Plough, kräm 0,1%, kutan lösning 0,1%, salva 0,1%

Mometason + salicylsyra

- Elosalic** Schering-Plough, salva

Extra starka glukokortikoider (gr IV)

Betametason + propylenglykol

- Diprolen** Schering-Plough, gel 0,05%

Klobetasolpropionat

- Clobex** Galderma, schampo 500 mikrog/g
- Dermovat** GlaxoSmithKline, kräm 0,05%, kutan lösning 0,5 mg/ml, salva 0,05%

Hudskyddande/uppmjukande medel

Glycerol

- Miniderm** ACO Hud, kräm 20%

Karbamid

- Calmuril** ACO HUD, kräm 10%
- Canoderm** ACO HUD, kräm 5%, kutan emulsion 5%
- Caress** Schering-Plough, kräm 5%
- Fenuril** ACO Hud, kräm 4%
- Karbamid i Decubal** kräm APL APL, kräm 2%, 5%, 10%
- Karbamid i Essex** kräm APL APL, kräm 2%, 10%
- Karbamid i Essex lotion** APL APL, kutan emulsion 2%, 5%, 10%
- Karbamid i Essex B** kräm APL APL, kräm 2%, 5%
- Karbamid i Locobase** kräm APL APL, kräm 2%, 5%, 10%
- Karbamid i Locobase lotion** APL APL, kutan emulsion 2%
- Karbasal** CCS, kräm 4%
- Monilen** Recip, kräm 4%, kutan emulsion 4%

Propylenglykol

- Propyderm** ACO Hud, kräm 20%
- Propylenglykol APL** APL, kutan lösning 50%
- Propylenglykol i Decubal** kräm APL APL, kräm 20%
- Propylenglykol i Essex B** kräm APL APL, kräm 20%
- Propylenglykol i Essex** kräm APL APL, kräm 20%
- Propylenglykol i Locobase** kräm APL APL, kräm 20%
- Propylenglykol i Locobase lotion** APL APL, kutan emulsion 20%
- Propyless** Schering-Plough, kutan emulsion 200 mg/g
- Propysal** CCS, kutan emulsion 20%

Propylenglykol + mjölktsyra

- Locobase LPL** Astellas Pharma, kräm

Salicylsyrepreparat

- Salicylsyra i Cetylansalva** APL APL, salva 5%
- Salicylsyra i Decubal** kräm APL APL, kräm 2%, 5%
- Salicylsyra i Essex** kräm APL APL, kräm 2%, 5%
- Salicylsyra i Locobase** kräm APL APL, kräm 2%, 5%
- Salicylsyra i Sorbitankrä** APL APL, kräm 2%
- Salicylsyreolja** APL APL, kutan lösning 5%
- Salicylsyrevaselin** APL APL, salva 5%
- Salsyvase** IpeX Medical, salva 1%, 2%

1. Aktuell information om generika och parallell-importerade förpackningar kan fås via apotek.

Silikonpreparat

Silon Smith & Nephew, salva

Zinkoxidpreparat

Se Medel vid urtikaria/klåda nedan.

Andra medel vid eksem*Aluminiumacetotartrat***Alsolgel** ACO Hud, gel 10 mg/g**Alsollösning** ACO ACO lösning 10 mg/ml*Kaliumpermanganat***Kaliumpermanganat** APL APL, badtillsats 3%, 5% (späds till lämplig styrka), kutan lösning 0,05%, 0,1%**Medel vid seborroiskt eksem (mjäll)***Ketokonazol***Fundan** Ipex Medical, schampo 20 mg/ml**Fungoral** Janssen-Cilag, schampo 20 mg/ml**Ketoson** CCS, schampo 20 mg/ml**Ketokonazol** Flera fabrikat, schampo 20 mg/ml**Kezol** STADA, schampo 20 mg/ml*Selensulfid***Selsun** Vitaflor, schampo 25 mg/ml**Selukos** Ipex Medical, kräm 2,5%, kutan suspension 2,5%*Svavel + salicylsyra***Sevorex** CCS, schampo**Immunmodulerande medel***Pimekrolimus***Elidel** Novartis, kräm 1%*Takrolimus***Protopic** Astellas Pharma, salva 0,03%, 0,1%**Medel vid psoriasis**

Glukokortikoider – Se Medel vid eksem.

Keratolytika – Se Hudskyddande/uppmjukande medel, ovan.

Antracenderivat och tjärör*Ditranol*

Ditranol kan fås i olika extemporeberedningar

*Tjärör och liknande medel (ichtammol)***Ichttammol** i **Essex** kräm APL APL, kräm 1%**Ichttammol** i **Zinkliniment** APL APL, 1%**Tjärsprit** i **Decubal** kräm APL APL, kräm 20%**Tjärsprit** APL APL, kutan lösning*Kalcipotriol***Daivonex** LEO Pharma, kräm 50 mikrog/g, lösning för hårbotten 50 mikrog/ml*Kalcipotriol + betametason***Daivobet** LEO Pharma, salva 50 mikrog/g + 0,5 mg/g**Xamiol** LEO Pharma, gel 50 mikrog/g + 0,5 mg/g*Psoralener***Trioxalen** i **sprit** APL APL, badtillsats 0,5 mg/ml**Perorala medel vid psoriasis***Acitretin***Neotigason** Actavis, kapslar 10 mg, 25 mg*Ciklosporin***Ciklosporin** **IVAX** IVAX, kapslar 25 mg, 50 mg, 100 mg, oral lösning 100 mg/ml**Sandimmun Neoral** Novartis, kapslar 10 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, oral lösning 100 mg/ml*Metotrexat***Methotrexate** Flera fabrikat, tabletter 2,5 mg**Immunmodulerande medel***Efalizumab***Raptiva** Serono, pulver och vätska till injektionsvätska 100 mg/ml**Medel mot akne****Utvärtes medel mot akne***Adapalen***Differin** Galderma, gel 1 mg/g, kräm 1 mg/g*Azelainsyra***Finacea** Bayer, gel 15%**Skinoren** Bayer, kräm 20%*Bensoylperoxid***Basiron AC** Galderma, gel 5%, 10%**Basiron AC Wash** Galderma, gel 5%**Brevoxyl** Stiefel, kräm 40 mg/g**Stioxyl** Stiefel, kräm 5%, 10%*Bensoylperoxid + adapalen***Epiduo** LEO Pharma, gel 0,1%/2,5%*Bensoylperoxid + klindamycin***Duac** Galderma, gel*Klindamycin***Dalacin** Pfizer, kutan emulsion 10 mg/ml, kutan lösning 10 mg/ml*Tretinoin***Aberela** Janssen-Cilag, gel 0,025%, kräm 0,05%**Perorala medel vid akne***Erytromycin, lymecyklin, oxitetracyklin*

Se kapitlet Antibiotika, s 613.

*Cyproteronacetat + etinylöstradiol***Diane** Bayer, tabletter 2 mg/35 mikrog*Isotretinoin*

Kan erhållas på licens

Medel mot rosacea*Azelainsyra*

Se Medel vid akne, ovan.

*Metronidazol***Metronidazol** Actavis Actavis, kräm 1%**Rozex** Galderma, gel 0,75%, kräm 0,75%**Medel vid urtikaria/klåda****Adrenergika***Adrenalin (epinefrin)***Adrenalin** **Merck NM** Mylan, injektionsvätska 1 mg/ml**Glukokortikoider***Betametason***Betapred** Swedish Orphan, tabletter 0,5 mg*Hydrokortison***Solu-Cortef** Pfizer, pulver och vätska till injektionsvätska 100 mg, 250 mg, 1 g

Antihistaminer

Alimemazin

Theralen sanofi-aventis, orala droppar
40 mg/ml, tabletter 5 mg

Cetirizin

Acura Nordic Drugs, sugtabletter 10 mg
Cetirizin Flera fabrikat, tabletter 10 mg
Cidron Sandoz, tabletter 10 mg
Zyrlex UCB, orala droppar 10 mg/ml, oral lösning
1 mg/ml, tabletter 10 mg

Cyproheptadin

Periactin MSD, tabletter 4 mg

Desloratadin

Aerius Schering-Plough, munsönderfallande
tabletter 2,5 mg, 5 mg, oral lösning 0,5 mg/ml,
tabletter 5 mg

Dexklorfeniramin

Polaramin Schering-Plough, tabletter 2 mg
Polaramin prolongatum Schering-Plough,
depottabletter 6 mg

Ebastin

Kestine Nycomed, tabletter 10 mg, 20 mg

Fexofenadin

Telfast sanofi-aventis, tabletter 30 mg, 120 mg,
180 mg

Hydroxizin

Atarax UCB, oral lösning 2 mg/ml, tabletter
10 mg, 25 mg

Klemastin

Tavegyl Novartis, injektionsvätska 1 mg/ml, oral
lösning 50 mikrog/ml, tabletter 1 mg

Loratadin

Clarityn Schering-Plough, oral lösning 1 mg/ml,
tabletter 10 mg
Clarityn-S Schering-Plough, frystorkade
tabletter 10 mg
Loratadin Flera fabrikat, tabletter 10 mg
Versal Pro Medica, tabletter 10 mg

Mizolastin

Mizzollen sanofi-aventis, tablett med modifierad
frisättning 10 mg

Prometazin

Lergigan Recip, oral lösning 1 mg/ml, tabletter
25 mg
Lergigan forte Recip, tabletter 50 mg
Lergigan mite Recip, tabletter 5 mg

Prometazin kombinationer

Lergigan comp. Recip, tabletter

Övriga klädstillande medel

Zinkoxidpreparat

Zinkpudervätska APL APL, kutan suspension
Zinkliniment APL APL, kräm

Medel vid aktinisk keratos

Diklofenak

Solaraze Meda, gel 3%

Medel vid bakteriella infektioner

Flukloxacillin

Heracillin Recip, pulver till oral suspension
50 mg/ml, tabletter 125 mg, 500 mg, 750 mg

Retapamulin

Altargo GlaxoSmithKline, salva 1%
Penicillin V, erytromycin, klindamycin, doxycyklin
m fl

Se kapitlet Antibiotika, s 613.

Alsollösning

Se Andra medel vid eksem, ovan

Väteperoxid

Microcid Bioglan, kräm 1%

Medel vid virusinfektioner

Aciklovir

Aciklovir Flera fabrikat, tabletter 200 mg,
400 mg, 800 mg
Anti Antula, kräm 5%
Zovirax GlaxoSmithKline, oral suspension 40 mg/ml,
80 mg/ml, tabletter 200 mg, 400 mg
Zovirax GlaxoSmithKline Healthcare, kräm 5%

Docosanol

Healip ACO Hud, kräm 10%

Famciklovir

Famvir Novartis, tabletter 125 mg, 500 mg

Penciklovir

Vectavir Novartis, kräm 1%

Valaciklovir

Valtrex GlaxoSmithKline, tabletter 250 mg,
500 mg

Medel vid vårtor

Tretinoin

Aberela Janssen-Cilag, kräm 0,05%

Medel vid mykoser

Imidazolderivat inkl kombinationer

Bifonazol

Mycosporan Bayer HealthCare kräm 1%

Ekonazol

Pevaryl Janssen-Cilag, kräm 1%, kutan emulsion
10 mg/ml, kutan spray 9 mg/ml, puder 1%,

Ekonazol + triamcinolon

Pevisone Janssen-Cilag, kräm

Klotrimazol

Canesten Bayer, kräm 1%

Mikonazol

Daktar Janssen-Cilag, kräm 2%

Mikonazol CCS CCS, kräm 2%

Mikonazol + hydrokortison

Cortimyk CCS, kräm

Daktacort Janssen-Cilag, kräm

Övriga utvärtes medel vid mykoser

Amorolfin

Loceryl Galderma, medicinskt nagellack 5%

Propylenglykol

Se Hudskyddande/uppmjukande medel, s 362.

Terbinafin

Funginix Sandoz, kräm 10 mg/g
Lamisil Novartis, kräm 1%, kutan lösning 1%,
kutan spray 1%
Lamisil DermGel Novartis, gel 1%
Lamisil Singeldos Novartis, kutan lösning 1%
Terbinafin ratiopharm Ratiopharm,
kräm 10 mg/g
Terbisil STADAPharm, kräm 10 mg/g

Invärtes medel vid hudmykoser*Flukonazol*

Diflucan Pfizer, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg,
200 mg, pulver till oral suspension 10 mg/ml,
40 mg/ml
Flukonazol Flera fabrikat, kapslar 50 mg,
100 mg, 150 mg, 200 mg

Itrakonazol

Itrakonazol Flera fabrikat, kapslar 100 mg
Sporanox Janssen-Cilag, kapslar 100 mg,
oral lösning 10 mg/ml

Ketokonazol

Fungoral Janssen-Cilag, tabletter 200 mg

Terbinafin

Lamisil Novartis, tabletter 250 mg
Terbinafin Flera fabrikat, tabletter 250 mg

Medel mot skabb och löss**Antiparasitära medel***Disulfiram kombinationer*

Tenutex Bioglan Pharma, kutan emulsion

Malation

Prioderm Mundipharma, kutan lösning 0,5%,
schampo 1%

Permetrin

Nix GlaxoSmithKline, kräm 5%
Nix ACO Hud, schampo 1%

Medel vid håravfall*Minoxidil för utvärtes bruk*

Recrea Antula, kutan lösning 20 mg/ml
Recrea Forte Antula, kutan lösning 50 mg/ml
Rogaine McNeil Sweden, kutan lösning
20 mg/ml
Rogaine Forte McNeil Sweden, kutan lösning
50 mg/ml

Finasterid

Propecia MSD, tabletter 1 mg

Ändringar

2009-06-08: Preparat Clobex under rubriken Medel vid eksem, flyttat från Medelstarka glukokortikoider (gr II) till Extra starka glukokortikoider (gr IV) s 362.