

# Hudsjukdomar

Olle Larkö, Hudkliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg  
Elisabet Bergfors, FoU-enheten för närsjukvården i Östergötland, Linköping

---

---

## 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 en del i systemsjukdomar och helhets-syn är viktig liksom ett gott samarbete mellan hudspecialist, primärvård och andra discipliner. För remissindikationer, se Tabell 2, s 401.

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, handeksem

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 dem vid allergiskt kontakteksem.

### Allergiskt kontakteksem

Allergiskt kontakteksem är en följd av en sensibilisering mot ett ämne via en fördröjd, cellmedierad överkänslighetsreaktion (typ IV). Eksemet visar sig några timmar till ett par dygn efter exposition för allergenet. Det vanligaste allergenet hos kvinnor är sedan decennier nickel, medan det hos män har varit parfymämnen. Numera är sannolikt nickelallergi vanligast även hos män. Därefter kommer konserveringsmedel, t ex i hudvårdsprodukter, och gummikemikalier inte sällan orsakade av skyddshandskar av gummi/latex. Krom kan finnas i cement och läder. Kolofonium finns framför allt i plåster och tejp. Kontakteksem i armhålorna kan bero på allergi mot parfymämnen eller aluminiumsalter i deodoranter.

Anamnesen är viktig. Vid misstanke om kontaktallergi görs i regel ett epikutantest ("lapptest") hos dermatolog.

### Atopiskt eksem

Atopiskt eksem hos barn har blivit allt vanligare och ses idag hos drygt 20%. 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 387). Atopiskt eksem hos äldre barn och vuxna har sällan en specifik allergisk genes.

Spädbarn har sitt atopiska eksem företrädesvis lokaliserat till kinder, bål och blöj-

**Terapirekommendationer – Behandling av eksem och torrpsricker****Behandling av eksem**

<b>Händer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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. Ett ockluderande förband (hydrokolloidplatta) ökar effekten av steroidbehandlingen.</li> <li>Vätskande eksem baddas med koksaltlösning eller alsollösning, 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.</li> </ul>
<b>Kroppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<b>Ansikte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupp I-steroid i kräm 1–2 gånger/dag under ett par veckor.</li> <li>Vid seborroiskt eksem kombineras steroidbehandlingen med utvärtes jästsvampdödande medel som mikonazol (t ex Daktacort eller Cortimyk kräm).</li> </ul>
<b>Hårbotten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

**Behandling av torrpsricker och ragader**

- Nedfilning av hyperkeratoser. Observera försiktighet hos diabetiker och vid nedsatt cirkulation. Ockluderande förband, t ex hydrokolloidplatta. Rikligt med mjukgörande kräm.

området, medan äldre barn och ungdomar i första hand drabbas i bøjveck, infraglutalveck och perioralt. Vuxna 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, ofta sekundärinfekterade med stafylokocker. Hos barn ses, speciellt på vintern, fjällning med torra spricker på främre delen av fotsulor och undersidan av tårna, s k atopiska vinterfötter.

Se även Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer (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. En normalt förekommande jästsvamp, *Malassezia furfur*, har sannolikt en patogenetisk betydelse i kombination med endogena faktorer. Ibland ses försämring vid psykisk stress.

Skorv i hårbotten är vanligt hos späda och små barn men behöver sällan behand-

las. Se kapitlet Vanliga problem under småbarnsåren, s 171.

**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. Efter läkning ses ofta en brunaktig missfärgning av huden efter den inflammatoriska processen.

**Differentialdiagnoser vid eksem**

- 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 den bakomliggande orsaken och om möjligt eliminera denna. Nästa steg är lokalbehandling i form av mjukgörande och, vid behov, inflamma-

**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 betametasondipropionat + propylenglykol

tionsdämpande terapi. Salvor är feta och lämpar sig bäst för behandling av torra hudförändringar. Krämer innehåller varierande mängd vatten och lämpar sig bättre för vätskande förändringar. De har ofta bättre kosmetisk acceptans. Lösningar används ofta på hårbenvuxna ytor.

Den inflammation som uppstår vid eksem behandlas oftast med lokala kortisonpreparat, se Terapirekommendationerna, s 388. 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.

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

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

Vid seborroiskt eksem (mjällbildning) i hårbotten rekommenderas mjällschampo innehållande ketokonazol. Intertriginösa eksem kan vara kandidainfektade och bör

### 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 recidiv eller lindrig försämring

Snabbt återinsatt intermitterande 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.

då behandlas med antimykotiska steroidkombinationer.

Vi atopiskt eksem bör ylle direkt mot huden undvikas.

På senare år har i utvalda fall takrolimus och pimekrolimus (lokalt verkande immunsupprimerande medel) använts vid behandlingen av atopiskt eksem. Erfarenheterna 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 ultraviolett ljus (UVA och UVB) vara aktuell. Även vanliga solarier kan ha effekt men rekommenderas inte eftersom man inte kan följa givna doser. Behandling bör ges vid hudklinik eller speciala behandlingsanläggningar.

Icke-sederande antihistamin har ingen effekt mot eksemklåda, men de äldre, sederande (t ex hydroxizin, klemastin, prometazin), kan lindra klådan.

Ett icke-medikamentellt alternativ till lokal steroidbehandling, som uppskattas inte minst av föräldrar till barn med svåra eksem, är underkläder och nattkläder av ett specialvävt silkesmaterial, DermaSilk ([www.dermasilk.co.uk](http://www.dermasilk.co.uk)) (3).

## Psoriasis

Psoriasis drabbar 2–3% av befolkningen. Vanligaste debutåldern är 15–40 år. Cirka 30% har även ledbesvär, se kapitlet Reumatiska sjukdomar, s 833. Psoriasis är en

### Terapirekommendationer – Behandling av psoriasis

<b>Händer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avfällande behandling, t ex salicylsyrevaselin 2%, salicylsyra 5% i t ex Decubal kräm eller karbamidkräm 5–10%.</li> <li>• Kalcipotriol kräm 1–2 gånger/dag.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Kroppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enbart mjukgörande kräm vid lindriga besvär.</li> <li>• Tjocka lesioner avfällas 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.</li> <li>• Intertriginöst används grupp II-steroid, eventuellt med antimikrobiell tillsats.</li> <li>• Vid utbredda besvär ges UVB-terapi 3 gånger/vecka, oftast kombinerad med lokalbehandling i form av kalcipotriol eller steroider.</li> </ul>
<b>Hårbotten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samma som för eksem i hårbotten. Eventuellt kalcipotriol lösning 1–2 gånger/dag. Observera, avfällning är viktig före behandling.</li> </ul>

ärftlig sjukdom där utlösande agens kan vara infektioner, stress, läkemedel (t ex litium, klorokin, betablockerare) etc. Psoriasis yttrar sig som en kraftig epidermal proliferation, ofullständig utmognad av keratinocyter och en inflammation, som ibland kan ge en steril varbildning i epidermis (pustulos).

Vid psoriasis är hudförändringarna vanligen välavgränsade, 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 bålén, 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 en 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 behandlingsrekommendationer (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 beredningar med salicylsyra (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. 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).

**Uppföljning vid lokalbehandling 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 karbamid innehållande kräm 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.

Starka steroider är ofta effektiva med kosmetiska fördelar men kan ge upphov till behandlingsresistens och benägenhet till uppblussning 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 penicillinbehandling 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 (4). Dessa fall bör handläggas av dermatolog.

PPP är en mycket svårbehandlad sjukdom, men potenta steroidkrämer (eventuellt under ocklusion) kan prövas liksom kalcipotriol. Tablettbehandling med metotrexat, ciklosporin eller acitretin kan bli aktuell. Ciklosporin kan dock öka risken för hudtumörer påtagligt (5).

**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 talgkörtelutförsgången. 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, t ex anabola steroider och gestagendominerande p-piller, kan försämra akne, medan östrogen-dominerande p-piller kan förbättra besvären.

**Behandling**

För behandling, se Terapirekommendationerna, s 392.

Terapirekommendationer – Behandling av akne (6)	
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"> <li>• Tretinoin (god effekt mot komedoner, men kan irritera)</li> <li>• Azelainsyra</li> <li>• Adapalen (irriterar mindre)</li> <li>• Klindamycin (ökar risken för bakterieresistens, behandlingstid &lt; 3 månader)</li> <li>• Fast kombination av klindamycin och bensoylperoxid finns, och kan prövas i vissa fall.</li> </ul>
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"> <li>• Tetracyclinpreparat, t ex oxitetracyclin, lymecyklin (fotosensibilisering diskuteras men är sällan något problem)</li> <li>• Erytromycin (andrahandsmedel)</li> <li>• Cyproteronacetat + etinylöstradiol (till kvinnor, särskilt med sent debuterande akne, efter samråd med gynekolog)</li> </ul>
Svår akne (nodulocystisk eller anti-biotikaresistent)	Peroral behandling <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isotretinoin – licenspreparat, ordinerar av dermatolog (Det är potent och kostnadseffektivt. Observera biverkningar, bl a teratogenicitet!)</li> </ul>

### 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.

### Behandling

Metronidazol eller azelainsyra kräm lokalt. Vid kraftiga besvär kan tetracyclin 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 urtican 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 allvarliga 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 lårrets utsida, hydrokortison, 100–200 mg intravenöst, eller snabbupplösande betametason, 5–10 mg peroralt. Antihistamin kan ges, t ex klemastin 2 mg intramuskulärt eller intravenöst. Akutremiss till sjukhus om allmänsymtom (Se kapitlet Anafylaktisk chock, s 17). 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 1157. 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. Graviditetsklåda, se kapitlet Allmän gynekologi, s 497.

### 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. Perorala steroider under längre tid bör undvikas.

## Läkemedelsreaktioner i huden

- Tokikodermi är vanligast med blåroda, lätt kliande, symmetriska, subepidermala förändringar över bål och extremiteter. Främst bör man misstänka antibiotika, diuretika, antiepileptika och allopurinol.
- Urtikaria är näst vanligast. Bland vanliga läkemedel finns smärtstillande sådana och antibiotika.
- Erythema multiforme kännetecknas av multipla "måltavleliknande" hudlesioner.
- Kliande vaccinationsgranulom kan bildas subkutant på injektionsstället för aluminiuminnehållande vacciner och antigenextrakt (Allpyral) och ses oftast på låren hos små barn efter DTP-vaccinationen. Granulomen är ofarliga men klådan kan vara intensiv och långvarig (flera år). Ofta föreligger även kontaktallergi mot aluminium.
- 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 1157.

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 – akut sjukhusremiss, se urtikariabehandling, s 392. Patienter med Stevens-Johnsons syndrom eller med misstanke på toxisk epidermal nekrolys bör omgående remitteras till sjukhus.

## Blåsdermatoser

De flesta blåsor i huden har en naturlig orsak som kan vara trauma, värme, köld, brännskada efter UV-strålning etc. Infektioner kan åstadkomma bullösa förändringar liksom kontakt med växtsafter och solbelysning, t ex björnloka.

Insektsbett kan ge bullösa reaktioner. Bland mer etablerade blåssjukdomar räknas dermatitis herpetiformis, pemfigus och pemfigoid. Vid dermatitis herpetiformis har man en uttalad klåda och subepidermala blåsor/vesikler, typiskt på armbågar och knän, men även i övrigt på kroppen. Glutenintolerans är vanligt. Dessa patienter är specialistfall.

Vid pemfigus har man superficiella blåsor med antikroppar mot intercellularsubstans. Patienten remitteras till specialist.

Vid pemfigoid har man blåsor längre ner i huden. Även detta är specialistfall.

## Hudtumörer

Flera hudtumörer har samband med solskador, vilka ökat i befolkningen. Basalcellscancer är vanlig med ca 39 000 nya fall/år (7). Kliniskt ser man tre former.

1. Nodulär basalcellscancer kännetecknas av en liten, välavgränsad, hård tumör, ofta med telangiektasier.
2. Ytlig basalcellscancer sitter oftast på bålen och utgörs ofta av centimeterstora, rodnade, lätt fjällande förändringar. De kan förväxlas med psoriasis.

3. Morfeiform basalcellscancer är ofta svår att kliniskt avgränsa och kräver speciella behandlingsmetoder.

Aktinisk keratos är en precanceros med rodnad och fjällning. Den kan förekomma som enstaka lesioner eller vara konfluerande och behandlas oftast med frysning.

Skivepitelcancer är mindre vanlig (ca 4 500 nya fall/år) än basalcellscancer och uppträder på solexponerad hud (5). Den kan vara kliniskt omöjlig att skilja från ett benigt keratoakantom, som har en snabbare tillväxt. Skivepitelcancer föregås ofta av aktinisk keratos.

Malignt melanom (ca 2 600 fall/år) drabbar även yngre, dock sällan < 15 år, och är vanligast hos rödlätta, ljushyllta personer (5). Man bör ge akt på nevi som är nytillkomna eller som har ändrat storlek, färg eller blött. Malignt melanom sitter typiskt på bålén hos män och på underbenen hos kvinnor. Största riskfaktorn är stort antal nevi. En svår differentialdiagnos är dysplastiska nevi. Dessa är oftast  $\geq 5$  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 arvetäta, 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 (mycosis fungoides) och är sällsynta. De kan initialt likna eksem eller psoriasis. Diagnosen ställs genom hudbiopsi.

## Solinformation

### Bakgrund

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

- UVA gör huden brun, men inte särskilt röd. 95% av solstrålningen utgörs av UVA.

- UVB gör också huden brun, men framför allt röd. UVB används i behandlingslampor för psoriasis.

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.

Solljuset på t ex Kanarieöarna innehåller ca 2,5 gånger mer UVB än svensk sommarsol vid midsommartid. UVB-intensiteten ökar med höjden över havet. Moln släpper igenom 10–50% av solstrålningen. Snö kan reflektera upp mot 90%, sand ca 25%, medan vatten reflekterar relativt lite. En stor del av solstrålningen är indirekt och når även in i skuggiga områden.

### 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 spelar sannolikt en större roll än vi tidigare trott.

Barn utsätts i allmänhet för ca 50% mer UV-ljus/år än vuxna och anses vara känsligare för strålningen. Kraftig UV-exposition i barnåren kan öka risken för olika former av hudcancer.

### Solskydd

Mellan 30 och 50% av den strålning som ger rodnad i huden (UVB) inträffar mellan kl 12 och 14 sommardag. 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 örönen. De flesta klädesplagg har en solskyddsfaktor på 20–30.

Solskyddsmedel förefaller minska risken för skivepitelcancer, medan skyddseffekten för malignt melanom är osäker (8).

Solskyddsfaktorn är ett mått på produktens förmåga att skydda mot rodnad (UVB). Den uteblivna rodnaden innebär dock att man med solskyddsmedel mot enbart UVB kan exponeras för UVA i doser som kan vara högre än om man inte använder solskyddsmedel alls. Många solskyddsmedel skyddar fortfarande bättre mot UVB än mot UVA.

**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.

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 och gärna innehålla fysikaliska filter t ex titandioxid.

Zinkoxid som tidigare använts som fysikaliskt filter förbjöds av Läkemedelsverket 2009 (se [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)).

På senare tid har det diskuterats om en liten dos UVB (ca 15 minuter) faktiskt kan vara nyttigt pga bildningen av D-vitamin. På sommaren överstiger vår exponering vanligen vida denna dos. Vintertid kan emellertid personer som inte har andra intag av D-vitamin hamna i en suboptimal situation. Solen i Sverige emitterar vintertid mycket blygsamma nivåer av UVB som kan bilda vitamin D. Därför är sannolikt supplementering oralt önskvärd i form av D-vitamininnehållande matvaror. Ytterligare forskning får dock vara grunden för vidare rekommendationer.

**Ljusdermatoser**

Vissa hudsjukdomar försämras eller aktiveras av solljus, t ex lupus erythematosus, porfyrier 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 björnloka. I princip ser man samma reaktion som vid vanlig solning, men reaktionen kommer vid lägre doser. Fototoxiska reaktioner är strikt lokaliserade till belyningsområdet.

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 ”härdning” 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 till ansiktet (runt mun och näsöppning) och är vanligast hos barn. Inom ett avgränsat område finns vätskanande, rodnade papler, som snabbt täcks av gula krustor, ofta med satellitlesioner. Bullös impetigo orsakas alltid av stafylokocker. Den kliniska bilden med ytliga tunna blåsor, 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 smittrisken 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 impetiginiserar.

**Behandling – hygienråd  
inklusive antiseptisk handhygien**

Avlägsna krustor genom tvätt med tvål och vatten eller klorhexidinlösning, därefter väteperoxidkräm 2–3 gånger/dygn. Antibioti-

kakräm rekommenderas inte rutinmässigt pga risk för resistens. Se Info från Läke- medelsverket 2009 (2). När lokal antibiotika- behandling anses motiverad används re- tapamulin (2 gånger/dag i 5 dagar).

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

Vid recidiverande impetigo misstänk sta- fylokockbärare i omgivningen (tag näs- och svalgodling på hela familjen). Livsmedels- arbetare och viss sjukvårdspersonal bör sjukskrivas. Impetigo läker utan ärr på en vecka, i annat fall kan bakomliggande sjuk- dom misstänkas eller sekundärinfektion i primär hudsjukdom (t ex eksem, skabb, löss, varicella).

Se även Läke medelsverkets behandlings- rekommendationer (2).

#### **Follikulit, furunkel, abscess**

Follikulit, furunkel och abscess är purulen- ta infektioner som utgår från hårsäckar och och talgkörtlar. De orsakas vanligen av sta- fylokokker. De kan utvecklas från en ensta- ka follikulit till konfluerande djupare infek- tioner med övergång i abscess.

#### *Behandling*

Follikulit behandlas i princip som impetigo. Vid recidiverande furunkulos har lång- tidsprofylax med t ex antibiotikasalva i nä- san, eller daglig desinfektion med klorhexi- dinlösning 4%, prövats utan säker effekt. Vid större furunklar och abscesser krävs ofta incision, eventuellt kombinerat med pe- nicillinastabilt antibiotikum i minst 10 da- gar. I utbredda fall och vid spontan ab- scessbildning, inte minst hos idrottare med spontan kroppskontakt, tas sårodling inn- an antibiotika sätts in (fråga efter MRSA). Om patienten är högfebril och allmänpå- verkad – akutremiss till infektions- eller medicinklinik. Se även Antibiotika och re- sistens, s 655 och Läke medelsverkets be- handlingsrekommendationer (2009) (2).

#### **Erysipelas**

Erysipelas (rosfeber) är en akut hudinfek- tion orsakad av betahemolyserande strepto- kokker, som inokuleras via skada i hudbar-

riären, t ex sprickbildningar eller småsår. Man får rodnad, värmeökning och ömhet i ett väl avgränsat område, ibland med svull- nad och feber. Vanligaste lokaliseringen är underben, armar (efter strålbehandling) och ansikte/öra. Erysipelas förekommer of- tare i hudområden med ödem. Tillståndet kan recidivera.

#### *Differentialdiagnoser*

Akut ventrombos, akut kontakteksem, zos- ter ophthalmicus, Quinckes ödem och ilsken rodnad runt bensår. Vid våldsam värk som inte motsvarar kliniken bör man ha nekro- tiserande fasciit i åtanke.

#### *Behandling*

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

#### **Perianal streptokockdermatit ("stjärtfluss")**

Perianal streptokockdermatit ses hos späda och små barn som en smärtande välvgrän- sad kraftig rodnad runt anus. Patienten har ingen feber eller några allmänsymtom. Se kapitlet Vanliga problem under småbarns- åren, s 172.

#### **Erythema migrans (hudborrelios)**

Erythema migrans – den tidigaste och van- ligaste borreliamanifestationen – uppträ- der inom ca 1 månad efter ett fästingbett som överfört en spiroket (Borrelia burgdor- feri). Mellan 10 och 30% av fästingarna är bärare av borreliabakterier. I typiska fall ses en långsamt tilltagande, ringformad rodnad i huden utan andra symtom. I sena- re stadium kan acrodermatitis atroficans uppträda som ett typiskt blåroött märke på perifer/akrala delar, framför allt fötter och underben.

Erythema migrans bör behandlas för att förhindra att följsymtom uppkommer. Borreliaantikroppar är inte alltid påvisba- ra i tidigt stadium. Se även Neuroborrelios i kapitlet Allmän neurologi, s 925.

#### *Differentialdiagnoser*

Differentialdiagnoser är erysipelas och tinea corporis.

### Behandling

Penicillin V, 1 g 3 gånger/dag ges till vuxna i 10 dagar. Till barn ges 20–25 mg/kg kroppsvikt 3 gånger/dygn i 10 dygn.

Vid multipla hudlesioner bör tetracyklin, t ex doxycyklin 100 mg 2 gånger/dag, ges till vuxna i 10 dagar. Lokalbehandling har ingen effekt. Se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer (2009) (2).

### Lymfadenosis benigna cutis

Lymfadenosis benigna cutis förekommer ofta som solitärt infiltrat i huden och är många gånger lokaliserat till bröstvärta eller örsnibb.

## Virusorsakade hudmanifestationer

### Herpes simplex

Herpes simplex är en recidiverande virus sjukdom. 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 med HSV-1 via direktkontakt redan som barn. HSV-2 är oftast sexuellt överförd. Tynning av HSV kan rekommenderas vid det första genitala utbrottet då det ändå kan ge viss information om den framtida risken för recidiv (eventuellt täta om HSV-2, men få eller inga utbrott orsakat av HSV-1).

Prodromalsymtom (stickningar, sveda och klåda) förekommer ofta runt munnen 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, blåspares 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 ty-

pisk, men vid tveksamhet tas virusodling eller PCR från blåsinnehåll.

### 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 allsollösning). Vid läppherpes i prodromalstadiet kan t ex penciklovir kräm prövas. Cerat med solskydd kan förebygga recidiv. Herpes med 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. 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 474).

### 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 någon 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, på ett segmentellt område halvsidigt på kroppen eller i ansiktet.

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

Vid svåra hudförändringar eller spridning med varicellaliknande blåsor över hela kroppen bör man misstänka nedsatt immunförsvar. Utredningen ska inkludera hiv-test.

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, eftersom kvarstående postherpetisk smärta är sällsynt och sjukdomsförloppet kortas obetydligt. Behandlingen inskränker sig till analgetika och alsolsprit lokalt.

Peroral behandling, t ex aciklovir eller valaciklovir, 1 g 3 gånger/dag i 7 dagar, alternativt famciklovir, bör ges till alla > 50 år (då risken för svår postherpetisk smärta är större) och oavsett ålder vid komplicerad bältros (t ex zoster ophtalmicus). Behandlingen ska inledas senast inom 72 timmar från debuten av blåsor. Se även Postherpetisk smärta i kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 886.

### **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 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 sekundärfekteras.

### *Differentialdiagnoser*

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

### *Behandling*

Mollusker behöver inte behandlas då de spontanläker inom 6–12 månader. Vid uttalade besvär kan EMLA/curretage provas (lättast efter ett par dagars ocklusion under hydrokolloidförband).

### **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. Filifor-

ma vårtor utgörs av spridda hudfärgade tappor framför 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 en 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 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, därefter ”prickas” dagligen vårtmedel in i vårtan med hjälp av en tandpetare eller dylikt och täcks med hydrokolloidförband. Alternativt kan man använda plåster med salicylsyra fixerat med leukoplast. Behandlingstiden kan vara flera månader! Iakttä 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 benign åldersförändring i huden med multipla, ovala, brun-svarta, upphöjda, skrovliga förändringar, 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.

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

## Mykoser (“svampinfektioner”)

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 med ovala, gulbruna, lätt fjällande fläckar, oftast på bålen och halsen. På sommaren ses ofta på motsvarande ställen ljusa depigmenterade fläckar efter solning.

Differentialdiagnostiskt bör man tänka på vitiligo, men pityriasis versicolor uppvisar ”hyvelspånsfenomen” om man raspar på dem med en nagel.

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 lokalerna 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 tånterstitiet och då ofta ger lätt klåda och

hudmaceration. Spridning kan ske lokalt till tånaglar (*tinea unguium*), fotens undersida (mockasinsvamp), 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 Afrika.

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

## Diagnostik

Diagnostiken 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. Om man har tillgång till fluorescensmikroskop ökar möjligheten att ställa rätt diagnos. Svampodling tar ofta flera veckor innan positiva resultat erhålls, men odling har en högre träffsäkerhet och man kan även typta svampen.

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

## Behandling

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

Krämer innehållande imidazolderivat (ekonazol, klotrimazol, mikonazol) eller terbinafin har effekt mot de flesta svampar. Den antimykotiska krämen ska smörjas in även utanför den synliga rodnaden, och behandlingen pågå i 4–5 veckor (för terbinafin 1–2 veckor) eller tills symtomen varit borta i minst 1 vecka.

Vid utbredd dermatofytingektion 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 kräm med imidazolderivat 1–2 gånger/dag i 2 veckor eller ketokonazol schampo lokalt på huden i minst 5 minuter 5 kvällar i följd.

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

Se även Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer (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, i 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 ett finprickigt exantem som ofta blir sönderrivet. Man kan även se ett infekterat eksem och/eller impetiginisering. Misstänk skabb vid samtidig klåda hos flera medlemmar i en 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 åtminsto-

ne en individ i en familj eller grupp före behandling!

### 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 ska 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 lusen sätta sig i ögonfransar. Den överförs vid direktkontakt, oftast sexuellt. Inkubationstiden är ca 1 månad. Den mörkbruna lusen 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, huvudlöss

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 lusen 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! Enligt Läkemedelsverkets senaste rekommendationer (2) ([www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)) bör huvudlöss i första hand behandlas med medicintekniska produkter: luskam, dime-tikonlösning (silikonolja) eller vegetabiliska och eteriska växtoljor. Ett flertal preparat finns på apoteken. Först i andra hand rekommenderas läkemedel i form av kombinationen bensylbensoat + disulfiram, för

**Tabell 2.** Remissindikationer vid hudsjukdomar

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

a. Se i övrigt texten i kapitlet.

b. Samråd per telefon vid tveksamhet angående remissbehov.

vilken ingen resistensutveckling har rapporterats. Malation och permetrin, som tidigare varit förstahandspreparat, kan fortfarande användas, men med risk att den resistensutveckling som påvisats under senare år ökar.

Vanliga orsaker till recidiv är ofullständig behandling eller återsmitta.

### 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, kroppsansträngning, 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 lung-röntgen.

#### Behandling

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

### Hårvfall

#### Diffust hårvfall

Diffust hårvfall orsakas vanligen av skettologent hårvfall, som uppträder 3–6 månader efter t ex svår infektion, psykiskt trauma, intensivbantning eller graviditet. Prognosen är god med håraterväxt 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 hårvfall är genetiskt betingat, med typisk utglesning vid tinningar, på hjässan och högre hårfäste. Alopecin börjar hos 5% före 20 års ålder. Enda indikation för endokrin utredning är uttalat hårvfall hos kvinnor med samtidig hirsutism och menstruationsrubbnig.

#### 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 eller samtliga behårade områden (alopecia areata universalis). Orsaken är okänd, men beror sannolikt på en 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, "nervos" hårplockning hos barn) och ärr.

### Behandling

Ingen generell 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](http://www.dermis.net) eller [www.dermatlas.org](http://www.dermatlas.org)
2. Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för Atopiskt eksem 2005:(16)2, Borrelia 2009:(20)4, Dermatomykoser 2004:(15)6, Herpes simplex, herpes zoster 2005:(16)4, uppdaterad 2006-05-31, Hud- och mjukdelsinfektioner 2009:(20)5, Huvudlöss 2010:(21)5 och Psoriasis 2006:(17)5.
3. Ricci G, Patrizi A, Bendandi B, Menna G, Varotti E, Masi M. Clinical effectiveness of a silk fabric in the treatment of atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2004;150:127–31.

4. Nya immunmodulerande läkemedel vid måttlig till svår psoriasis. SBU Alert 2006. Rapportnummer 2006–7.
5. Patel RV, Clark LN, Lebwohl M, Weinberg JM. Treatments for psoriasis and the risk of malignancy. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:1001–17.
6. Smith EV, Grindlai DJ, Williams HC. What's new in acne? An analysis of systematic reviews published in 2009–2010. *Clin Exp Dermatol.* 2010 Aug 25. [Epub ahead of print]
7. Cancer incidence in Sweden 2008. Socialstyrelsen.
8. Diffey BL. Sunscreens as a preventative measure in melanoma: an evidence-based approach or the precautionary principle? *Br J Dermatol.* 2009;161 Suppl 3:25–7.

### För vidare information

9. [www.1177.se](http://www.1177.se)
10. Rorsman H. Dermatologi, Venereologi. 7:e utgåvan. Studentlitteratur; 2007. ISBN 9789144000640

---

---

## Preparat<sup>1</sup>

### Medel vid eksem

#### Milt verkande glukokortikoider (gr I)

##### Hydrokortison

Ficortril Pfizer, salva 1%

Hyderm ACO Hud, kräm 1%

Hydrokortison CCS CCS, kräm 1%, salva 1%

Mildison Lipid Astellas Pharma, kräm 1%

##### Hydrokortison + antibiotika

Fucidin-Hydrocortison LEO Pharma, kräm

20 mg/g + 10 mg/g

Neomycin-hydrokortison i Essex kräm APL APL, kräm

Terracortril Pfizer, salva 30 mg/g + 10 mg/g

##### Hydrokortison + antimykotika

Cortimyk CCS, kräm 20 mg/g + 10 mg/g

Daktacort Janssen-Cilag, kräm 20 mg/g + 10 mg/g

##### 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%

---

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt [www.janusinfo.org](http://www.janusinfo.org)

*Klobetason*

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

*Triamcinolon + antitykotika*

**Pevisione** Janssen-Cilag, kräm 1 mg/g + 10 mg/g

**Starka glukokortikoider (gr III)***Betametason*

**Betnovat** GlaxoSmithKline, kräm 0,1%, kutan emulsion 1 mg/ml, kutan lösning 1 mg/ml, salva 0,1%

**Bettamousse** Vitaflö, kutant skum 1 mg/g

**Diprodorm** MSD, kräm 0,05%, kutan lösning 0,05%

*Betametason + antibiotika*

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

**Betametason-neomycin APL APL**, salva

*Betametason + antiseptika*

**Betnovat med chinoform** GlaxoSmithKline, kräm 1 mg + 30 mg, salva 1 mg + 30 mg

*Betametason + salicylsyra*

**Diprosalic** MSD, kutan lösning 0,5 mg/ml + 20 mg/ml, salva 0,5 mg/g + 30 mg/g

*Fluocinolon*

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

*Flutikason*

**Flutivate** GlaxoSmithKline, kräm 0,05%

*Mometason*

**Elocon** MSD, kräm 0,1%, kutan lösning 0,1%, salva 0,1%

**Mometason Glenmark EQL Pharma AB**, salva 1 mg/g

**Extra starka glukokortikoider (gr IV)***Betametason + propylenglykol*

**Diprolen** MSD, gel 0,05%

*Klobetasolpropionat*

**Dermovat** GlaxoSmithKline, kräm 0,05%, kutan lösning 0,5 mg/ml, salva 0,05%

**Hudskyddande/uppmjukande medel***Glycerol*

**Miniderm** ACO Hud, kräm 20%, kutan emulsion 20%

*Karbamid*

**Calmuril** ACO Hud, kräm 10%

**Canoderm** ACO Hud, kräm 5%, kutan emulsion 5%

**Caress** MSD, 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 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** MSD, kutan emulsion 200 mg/g

**Propypsal** CCS, kutan emulsion 20%

*Propylenglykol + mjölksyra*

**Locobase LPL** Astellas Pharma, kräm 200 mg/g + 45 mg/g

*Salicylsyrepreparat*

**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%

**Salicylsyreolja APL APL**, kutan lösning 5%

**Salicylsyrevaselin APL APL**, salva 5%

**Salsyvase** Meda, salva 1%, 2%

*Zinkoxidpreparat*

**Zinksalva** APL APL, salva 10%

Se Medel vid urtikaria/klåda nedan.

**Andra medel vid eksem***Hydroxizin, klemastin, prometazin*

Se Medel vid urtikaria/klåda nedan.

*Aluminiumacetotartrat*

**Alsogel** ACO Hud, gel 10 mg/g

**Alsollösning** ACO ACO lösning 10 mg/ml

*Ichtammol*

**Inotyol** Abbott Products, salva

*Kaliumpermanganat*

**Kaliumpermanganat APL APL**, badtillsats 3%

(Spädning: 12,5 ml 3-procentig kaliumpermanganatlösning späds med vatten till 10 L, 125 ml till 100 L etc), 5%, kutan lösning 0,05%, 0,1%

*Penicillinastabilt penicillin*

Se kapitlet Antibiotika och resistens, s 665.

**Medel vid seborroiskt eksem (mjäll)***Ketokonazol*

**Fundan** Meda, schampo 20 mg/ml

**Fungoral** McNeil, schampo 20 mg/ml

**Ketoson** CCS, schampo 20 mg/ml

**Ketokonazol Flera** fabrikat, schampo 20 mg/ml

**Kezol** STADA Pharm, schampo 20 mg/ml

*Selensulfid*

**Selsun** Vitaflö, schampo 25 mg/ml

**Selukos** Meda, 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.

*Mometason + salicylsyra*

**Elosalic** MSD, salva 1 mg/g + 50 mg/g

*Klobetasolpropionat*

**Clobex** Galderma, schampo 500 mikrog/g

**Antracenderivat och tjärör**

*Ditranol*

Ditranol kan fås i olika extemporeberedningar

*Tjärör och liknande medel (ichtammol)*

**Ichtammol i Essex kräm APL** APL, kräm 1%

**Inotyol** Abbott Products, salva

*Kalcipotriol*

**Kalcipotriol APL** APL salva 50 mikrog

*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

**Peroral 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

**Metotab** Medac, tabletter 2,5 mg, 7,5 mg, 10 mg

**Immunmodulerande medel**

*Leflunomid*

**Arava** sanofi-aventis, tabletter 10 mg, 20 mg

## 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** GlaxoSmithKline, kräm 40 mg/g

**Stioxyl** GlaxoSmithKline, kräm 5%, 10%

*Bensoylperoxid + adapalen*

**Epiduo** Galderma, gel 0,1%/2,5%

*Bensoylperoxid + klindamycin*

**Duac** LEO Pharma, gel 50 mg/g + 10 mg/g

*Klindamycin*

**Dalacin** Pfizer, kutan emulsion 10 mg/ml, kutan

lösning 10 mg/ml

*Tretinoin*

**Aberela** Janssen-Cilag, gel 0,025%, kräm 0,05%

**Peroral medel vid akne**

*Erytromycin, lymecyklin, oxitetracyklin*

Se kapitlet Antibiotika och resistens, s 666.

*Cyproteronacetat + etinylöstradiol*

**Diane** Bayer, tabletter 2 mg/35 mikrog

**Zyrona** Orifarm Generics, tabletter 2 mg/35 mikrog

*Isotretinoin*

**Roaccutan** (licensvara)

## Medel mot rosacea

*Azelainsyra*

Se Medel vid akne, ovan.

*Doxycyklin*

**Oracea** Galderma, kapslar med modifierad frisättning 40 mg

*Erytromycin*

Se kapitlet Antibiotika och resistens, s 666.

*Metronidazol*

**Metronidazol Actavis** Actavis, kräm 1%

**Rozex** Galderma, gel 0,75%, kräm 0,75%

## Medel vid urtikaria/klåda

**Adrenergika**

*Adrenalin (epinefrin)*

**Adrenalin Mylan** Mylan, injektionsvätska

1 mg/ml

**Glukokortikoider**

*Betametason*

**Betapred** Swedish Orphan Biovitrum, injektions-

vätska 4 mg/ml, tabletter 0,5 mg

**Celeston bifas** MSD, injektionsvätska,

suspension 6 mg/ml

*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, brustabletter 10 mg,

tabletter 10 mg

**Cidron** Sandoz, tabletter 10 mg

**Zyrlex** UCB Nordic, orala droppar 10 mg/ml, oral

lösning 1 mg/ml, tabletter 10 mg

*Desloratadin*

**Aerius** MSD, munsönderfallande

tabletter 2,5 mg, 5 mg, oral lösning 0,5 mg/ml,

tabletter 5 mg

*Ebastin*

**Kestine** Almirall, frystorkade tabletter 10 mg, ta-

bletter 10 mg, 20 mg

*Fexofenadin*

**Telfast** sanofi-aventis, tabletter 180 mg

*Hydroxizin*

**Atarax** UCB Nordic, oral lösning 2 mg/ml,

tabletter 10 mg, 25 mg

**Klemastin**

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

**Loratadin**

**Clarityn** MSD, sirap 1 mg/ml, tabletter 10 mg

**Loratadin** Flera fabrikat, munsönderfallande tablett 10 mg, tabletter 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 10 mg + 50 mg + 10 mg

**Övriga klädstillande medel****Levomentol-kamfer-kloralhydrat**

**Klädstillande kräm** APL, 1, 2 respektive 3% i Decubal kräm

**Zinkoxidpreparat**

**Zinkpudervätska** APL APL, kutan suspension

**Zinkliniment** APL APL, kräm

**Medel vid aktinisk keratos****Diklofenak**

**Solaraze** Almirall, gel 3%

**Medel vid bakteriella infektioner****Flukloxacillin**

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

**Fusidinsyra**

**Fucidin** LEO Pharma, kräm 2%, salva 2%

**Mupirocin**

**Bactroban** GlaxoSmithKline, salva 2%

**Bactroban Nasal** GlaxoSmithKline, salva 2%

**Retapamulin**

**Altargo** GlaxoSmithKline, salva 1%

**Penicillin V, erytromycin, klindamycin, doxycyklin m fl**

Se kapitlet Antibiotika och resistens, s 664.

**Alsollösning**

Se Andra medel vid eksem, ovan

**Väteperoxid**

**Microcid** Bioglan, kräm 1%

**Medel vid virusinfektioner****Aciklovir**

**Aciklovir (Aciclovir)** 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 Consumer Healthcare, kräm 5%

**Famciklovir**

**Famvir** Novartis, tabletter 125 mg, 500 mg

**Penciklovir**

**Vectavir** Novartis, kräm 1%

**Valaciklovir**

**Valaciclovir** Flera fabrikat, tabletter 250 mg, 500 mg

**Valtrex** GlaxoSmithKline, tabletter 250 mg, 500 mg

**Kombinationspreparat****Aciklovir + hydrokortison**

**Xerclear** Medivir, 50 mg/g + 10 mg/g

**Medel vid vårtor****Mjölksyra + salicylsyra**

**Vårtmedel DnE A/S** Den norske Eterfabrikk, kutan lösning

**Vårtmedel Stark DnE A/S** Den norske Eterfabrikk, kutan lösning

**Silverniträt**

**Lapispenna** ryma-pharm, kutant stift

**Salicylsyreplåster**

**Cormina** Beiersdorf, plåster

**Medel vid mykoser****Imidazolderivat inkl kombinationer****Ekonazol**

**Pevaryl** McNeil, kräm 1%, kutan emulsion 10 mg/ml, puder 1%,

**Ekonazol + triamcinolon**

**Pevisone** Janssen-Cilag, kräm 1 mg/g + 10 mg/g

**Klotrimazol**

**Canesten** Bayer, kräm 1%

**Mikonazol**

**Daktar** McNeil, kräm 2%

**Mikonazol CCS** CCS, kräm 2%

**Mikonazol + hydrokortison**

**Cortimyk** CCS, kräm 20 mg/g + 10 mg/g

**Daktacort** McNeil, kräm 20 mg/g + 10 mg/g

**Övriga utvärtes medel vid mykoser****Amorolfin**

**Loceryl** Galderma, medicinskt nagellack 5%

**Propylenglykol**

**Propylenglykol APL** APL, kutan lösning 50%

Se i övrigt Hudskyddande/uppmjukande medel, s 403.

**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, infusionsvätska 2 mg/ml, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, pulver till oral suspension 10 mg/ml, 40 mg/ml

**Flukonazol (Fluconazole)** Flera fabrikat, infusionsvätska 2 mg/ml, kapslar 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg

*Itrakonazol*

**Itrakonazol (Itraconazol)** 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, kutan emulsion

*Malation*

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

*Permetrin*

**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, kutan lösning 20 mg/ml

**Rogaine Forte** McNeil, kutan lösning 50 mg/ml

*Finasterid*

**Propecia** MSD, tabletter 1 mg

---

---