
HUD

TERAPIKOMPENDIUM

2017

Hudkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Detta kompendium baseras på behandlingsråd från flera olika källor bl. a. Landstingens rekommendationslistor, Läkemedelsverket, tidigare kompendier om dermatologisk lokalbehandling utgivna från Hudkliniken, UAS, och inte minst lokala rutiner.

Häftet vänder sig i första hand till studenter inom den grundläggande läkarutbildningen. Syftet är inte att ge detaljerade råd om dermatologisk behandling utan att erbjuda ett kortfattat PM med exempel på olika terapialternativ - särskilt utvärtes - vid några vanliga hudsjukdomar.

I allmänhet ges förslag på aktiv läkemedelssubstans och dessutom något eller flera exempel bland de många - ofta likvärdiga - produkter som finns tillgängliga på marknaden. Intressekonflikter saknas vad gäller val av läkemedel.

Kompendiet är ett komplement till den nyutkomna 9:e upplagan av svensk lärobok i dermatologi (Rorsman, Studentlitteratur AB)

Uppsala den 25 december 2017

Ola Rollman
Docent
F.d. överläkare
Hudkliniken, Akademiska sjukhuset (UAS)
Uppsala

Rekommenderad information på nätet

www.fass.se	Produktresuméer om enskilda preparat
www.lakemedelsboken.se	Terapirekommendationer med tonvikt på öppen vård
www.lakemedelsverket.se	Läkemedelsverkets information
www.apl.se	Apotekstillverkade extempore-läkemedel för behandling av hudsjukdomar, sök "Vård"/"Läkemedel"/"APL Hud"
www.ehalsomyndigheten.se	Lista över tillgängliga licensläkemedel, sök "VARA".
www.1177.se	Råd från Sveriges landsting och regioner, sök "Fakta och Råd"/"Hud & hår"
www.cancercentrum.se	Nationella vårdprogram för bl.a. malignt melanom, sök "Malignt hudmelanom"
www.region uppsala.se	Region Uppsalas lista över rekommenderade läkemedel vid bl. a. hudsjukdomar, sök "Reklistan"
www.viss.nu	Stockholms läns landstings webbplats för medicinsk information, sök "Hud och kön".

AKNE	4
AKTINISK KERATOS	5
BASALCELLSCANCER	6
BENSÅR	7
BORRELIOS	10
EKSEM	10
ERYSIPELAS	16
FURUNKEL och KARBUNKEL	16
HERPES SIMPLEX	16
HERPES ZOSTER	17
HIDRADENITIS SUPPURATIVA	17
HYPERHIDROS	17
IMPETIGO	18
LICHEN PLANUS	18
MALIGNT MELANOM	19
PEDICULOS	19
PITYRIASIS VERSICOLOR	20
PRURITUS	20
PSORIASIS	21
PUSTULOSIS PALMOPLANTARIS	23
ROSACEA och PERIORAL DERMATIT	23
SCABIES	23
TINEA	24
URTIKARIA och ANGIOÖDEM	25
VERRUCAE	26

AKNE

Komedo-akne

Retinoid Differin® gel, kräm 0,1% (adapalen, syntetisk vitamin-A analog). Tunt på kvällen. Kan irritera kraftigt. Ej vid graviditet/amning.

Papulo-pustulös akne

Bensoylperoxid (BP) Basiron® gel 5% eller 10%(receptfri). 1-2 ggr/d. Kan irritera.

Retinoid Differin® gel, kräm, se ovan.

Azelainsyra Finacea® gel, Skinoren® kräm. 2 ggr/d. Kan ge lätt irritation.

Klindamycin Dalacin® kutan emulsion. 2 ggr/d i högst 3 månader.
Obs! Restriktivitet med antibiotika-innehållande aknemedel.

BP + retinoid Epiduo® gel med 0,1% eller 0,3% adapalen (den 0,3%-iga ej subventionerad). Tunt på kvällen. Kan irritera kraftigt.

BP + klindamycin Duac® gel (ej subventionerad). På kvällen i högst 3 mån. Kan irritera.

Retinoid + klindamycin Acnatac® gel (subventionerat endast om Epiduo® inte fungerat eller är olämpligt). Innehåller tretinoin; naturlig vitamin-A syra. Tunt på kvällen. Kan irritera. Ej vid graviditet/amning.

Peroralt tetracyklin I svårare fall kan intern antibiotikabehandling ges under 3 månader, därefter enbart lokalbehandling.

TABELL 1

Substans	Exempel	Dosering
<i>Lymecyklin</i>	Tetralysal® caps 300 mg	1 x 2
	Lymecyklin® caps 300mg	1 x 2
<i>Tetracyklin</i>	Tetracyklin® tabl 250 mg	2 x 2

Lymecyklin kan tas med mat. Tetracyklin tas med vatten mellan måltider. Behandlingstid 3 mån. Dosen kan ibland halveras efter 6-8 veckor. Risk för ljuskänslighet och selektion av resistent tarmflora. Undviks under 2:a och 3:e trimestern.

Kombineras med icke-antibiotisk lokalbehandling t.ex. BP med/utan adapalen för ökad effekt och minskad risk för resistensutveckling. Vid utebliven effekt av peroral behandling eller recidiv efter två antibiotikakurer remitteras till hudläkare för ställningstagande till isotretinoin.

<i>Erytromycin</i>	Ery-Max® caps 250 mg, dosering som tetracyklin. Alternativ till kvinnor under senare hälften av graviditeten och under amning. Magtarmsbesvär vanlig biverkan.
<i>Hormonell behandling</i>	Hos kvinnor med akne med hög talgkörtelaktivitet och samtidigt behov av antikonception kan kombinerade p-piller innehållande etinylestradiol+ drospirenon eller desogestrel (Yasmin®, Desolett® m.fl.) eller etinylestradiol+ antiandrogen (Diane®, Zyrona®) övervägas i kombination med t.ex. adapalen.

Nodulo-cystisk akne

<i>Retinoid</i>	Isotretinoin® caps. Peroral retinoid (13- <i>cis</i> vitamin-A syra). Ofta god effekt vid nodulo-cystisk akne och terapieresistent papulopustulös akne. Mukokutana biverkningar obligata. Fosterskadande! Får endast förskrivas av hudspecialist. Behandlingstid 6-10 mån.
-----------------	--

AKTINISK KERATOS

UV-inducerade precancerösa dysplasier i epidermis behandlas med fysikaliska eller farmakologiska metoder, ofta av hudspecialist. Solskyddsråd.

<i>Kryoterapi, kyrettage, elektrodesickation</i>	Enstaka lesioner kan destrueras med kryoterapi (frysning med flytande kväve), kyrettage (skrapning) eller elektrodesickation (bränning med radiovågor).
<i>PDT</i>	<i>PhotoDynamic Therapy</i> . Efter lätt kyrettage appliceras ett ljussensibiliserande ämne (Metvix® kräm, Ameluz® gel) under ocklusion följt av belysning med rött ljus. Fototoxisk effekt.
<i>Imikvimod</i>	Vid mer utbredda lesioner kan hela det solskadade området smörjas med Aldara® 5% kräm 3 ggr/v (t.ex. må-ons-fre kväll) i 4 veckor. Avtvättas efter c:a 8 tim. Immunstimulering via Toll-like 7-receptor aktivering orsakar lokal cytokinfrisättning och apoptos. Kan ge kraftig lokalirritation och influensaliknande symptom. Alt.: Zyclara® 3,75% kräm i dospåsar: smörjs på kvällen, avtvättas efter c:a 8 tim. Behandlingstid: två 2-veckorsperioder med två veckors behandlingsuppehåll däremellan.
<i>5-Fluorouracil</i>	Efudix® kräm, licenspreparat. Cytostatisk. Kan irritera kraftigt.

Andra lokalpreparat är *diklofenak* (Solaraze® gel) och *ingenolmebutat* (Picato® gel).

Vid övergång i skivepitelcancer in situ finns flera behandlingsalternativ: excision, PDT x 2, kyrettage+kryoterapi eller kyrettage+elektrodesickation.

BASALCELLSCANCER

Vanligaste hudcanceren kan behandlas med kirurgiska, fysikaliska (destruktiva) eller farmakologiska metoder.

Val av metod baseras på bl.a. lokalisering, växtsätt och invasionsdjup grundat på PAD-mässig typ (klassifikation) enligt Glas:

TABELL 2

Aggressivitet	Växtsätt	Typ enl Glas
<i>Lågaggressiv</i>	a. Nodulär	IA
	b. Ytlig	IB
<i>Medelaggressiv</i>	Intermediär	II
<i>Högaggressiv</i>	Morfealik (skleroserande)	III

Kirurgisk excision Högaggressiv BCC eller BCC som recidiverat. Dessutom kan excision med PAD och radikalitetsbedömning utföras vid alla övriga BCC-former och i synnerhet tumörer inom ansiktets H-zon d.v.s. riskområdet för infiltrativ växt. Vid högaggressiv och recidiverande BCC i ansiktet rekommenderas i första hand s.k. Mohs kirurgi.

Andra vanliga behandlingsformer som oftast utförs av hudläkare:

Kyrettage + kryobehandling Indikation: låg- eller medelaggressiv BCC, även i ansiktet. Kyrettage ('skrapning') följt av kryoterapi ('frysning'). Ej på underben p.g.a. risk för uppkomst av svårsläkt sår.

Kyrettage + elektrodesickation Indikation: lågaggressiv BCC av ytlig eller nodulär typ. Kyrettage följt av elektrodesickation ('bränning').

Imikvimod Indikation: lågaggressiv BCC av ytlig typ. Aldara® kräm (immunstimulerande) appliceras 5 ggr/v (t.ex. må-fre kväll). Avtvättas efter c:a 8 tim. Behandlingstid: 6 veckor.

PDT Indikation: lågaggressiv BCC av ytlig typ, särskilt på kosmetiskt känsliga områden. Efter lätt kyrettage appliceras ljussensibiliserande kräm (Metvix®) eller gel (Ameluz®) under ocklusion följt av belysning med rött ljus. Upprepas efter 1-2 veckor.

Råd om solskydd. Inga rutinmässiga kontroller förutom vissa BCC i ansiktet och hos högriskpatienter.

Hudläkare samverkar ofta med andra specialister vid behandling av stora, multipla eller recidiverande BCC med aggressivt växtsätt, tumörer på kosmetiskt känsliga eller operationstekniskt svåra lokaler samt tumörer hos immunsupprimerade patienter.

BENSÅR

Mät systoliskt ankel-arm index (ABI) med penndoppler. Ställ etiologisk diagnos. Reducera läkningshämmande faktorer. Överväg kärlkirurgisk bedömning.

Följ renrutin (ej steril rutin) vid såromläggning, som görs steg-för-steg enl. nedan:

1. Blötläggning av sår/omgivning och mekanisk rengöring

<i>Ljummet kranvatten</i>	Standardvätska för rengöring av kroniska sår. Omslag eller benbad i 15-30 min. I vissa fall kan istället något av följande användas:
- <i>Aluminiumacetotartrat</i>	Alsol 1% lösning, 10 mg/ml. Omslag på infekterad eller lätt vätskande hud.
- <i>Kaliumpermanganat</i>	KMnO ₄ 0,1% lösning. Omslag på infekterad eller kraftigt vätskande hud. KMnO ₄ 0,5-1% lösning penslas vid behov med öronpinne på kraftigt vätskande sår. Uttorkande effekt.
- <i>Ättiksyra</i>	Ättiksyra® 0,5% lösning. Hämmar Pseudomonas-överväxt som igenkänns p.g.a. grön-missfärgning. Omslag minst 30 min.
<i>Lidocain</i>	Vid behov bedövas såret med Xylocain® 2% gel (eller EMLA® kräm, max. 10g) i 20-30 min före mekanisk rengöring. Sekret och krustor tas bort med kompresser. Tjocka fibrinbeläggningar och nekroser tas bort med kyrett (slev) eller Ewaldpincett och ögonsax. Försiktighet vid mekanisk rensning av arteriella sår och diabetessår.

2. Smörjning av omgivande hud

<i>Lokal steroid</i>	Omgivande eksem smörjs med Gr I-III steroidkräm eller salva beroende på eksemets karaktär, se "Eksem". Infekterade eksem smörjs med Gr I eller III steroidkräm med antibakteriell eller antimykotisk tillsats. Neomycin-innehållande preparat bör endast användas kort tid p.g.a. sensibiliseringsrisk.
<i>Zinksalva</i>	Sårkanterna skyddas mot fuktskador (maceration) med Zinkpasta® ACO eller Natusan® salva. Alt. Cavilon® klubba, som stryks på sårkanten och efterlämnar en tunn, fuktskyddande silikonfilm. Torr hud behandlas med mjukgörare (Tabell 6).

3. Val av sårförband (kontaktlager)

Ett bra kontaktlager ger skydd och goda läkningsbetingelser genom att bl.a. bibehålla "lagom" fuktighet i såret. Det finns ett brett sortiment av olika kompresser och andra sårvårdsprodukter som passar för kroniska sår av skiftande karaktär bl.a. sekretionsgrad (Tabell 3). Vilka specifika produkter inkl. kompressionsbindor (se nedan) som ingår i det lokala sortimentet varierar mellan olika landsting och regioner efter beslut av respektive inköps- och upphandlingsenhet.

TABELL 3

Sårkaraktär	Materialtyp	Exempel
Okomplicerat, litet	<i>Bomullskompress</i> <i>Hydrokolloid platta</i>	Solvaline® Hydrocoll®, Duoderm®
Skört, smärtsamt	<i>Silikonnät</i> <i>Salvkompress</i>	Mepitel® Jelonett®, Adaptic®
Torrt, nekrotiskt	<i>Hydrogel</i> <i>Hydrofibrerkompress (förfuktad)</i> <i>Hydrokolloid platta</i>	Purilon®, Intrasite®, NuGel® Aquacel® Hydrocoll®, Duoderm®
Vätskande	<i>Hydrofibrerkompress (torr)</i> <i>Polyuretanskumkompress</i>	Aquacel® (torr) Mepilex®, Foam®, Allevyn®,
Infekterat*	<i>Hydrofob kompress</i>	Sorbact®
Illaluktande	<i>Kolkompress</i>	CarboFlex®, Actisorb Plus®
Lättblödande	<i>Alginatkompress</i>	Seasorb®, Melgisorb®
Ytligt	<i>Plastfilm</i> <i>Hydrokolloid platta</i>	Opsite®, Tegaderm® Hydrocoll®, Duoderm®

* Vid klinisk sårinfektion tas bakterieodling och behandlas initialt med peroralt *flukloxacillin* 1g x 3 i 10 dagar eller *cefadroxil* 500 mg x 2. Vid pc-allergi: *klindamycin* 300mg x 3 i 10 dagar.

Vid kraftigt vätskande sår kompletteras kontaktlagret med utanpåliggande absorptionskompresser. Graden av vätskning och eventuell förekomst av eksem, maceration och sårinfektion avgör hur ofta förbanden behöver bytas.

4. Kompression

Den enskilt viktigaste åtgärden för läkning av venösa och andra bensår med ödem (obs! komprimera ej vid arteriell insufficiens!). Olika alternativ för kompressionsbehandling beskrivs nedan. Sträva efter så glesa byten som möjligt. Ett litet, okomplicerat venöst sår kan ofta behandlas med kvarliggande bandage, medan kraftigt vätskande bensår med omgivningseksem lämpar sig bättre för korttidsbandagering (täta omläggningar).

a. Korttidsbandage

Skyddande *tubgas* och generöst med *polstringsvadd* (Cellona®, Soffban®) appliceras på underbenet. Syftet med polstringen är att utjämna skillnader i omfång, underlätta fixeringen av efterföljande elastiska binda, och fördela kompressionen jämnt så att risken för tryckskador minimeras.

Kortsträcksbinda Lågelastisk. Passar de flesta, särskilt rörliga patienter. Tolereras även av patienter med lätt arteriell komponent:
2 st Comprilan® (eller Rosidal K®) bindor (8 resp. 10 cm bredd) lindas med c:a 50% överlappning från tåbaserna till strax nedom knät. Ger lågt vilotryck t.ex. nattetid. Används vanligen dagtid, lindas av på kvällen. Kan dock lämnas kvar under 2-4 dygn i sträck.

Långsträcksbinda Högelastisk. Främst orörliga patienter:
1 st Wero® (Dauer®, Elodur®), 10 cm bred lindas som ovan. Används oftast bara under dagen. Det höga vilotrycket ger ofta obehag nattetid.

b. Kvarliggande bandage

Dubbelbandage Innerförband: Zipzoc® salvstrumpa (kan skrivas på recept, 10 st). Skyddande, salvimpregnerad tubstrumpa utan kompression. Om bensåren är små och obetydligt vätskande behövs inget speciellt kontaktlager under salvstrumpan. Polstra med vadd enl ovan.
Ytterförband: Därefter appliceras Coplus®, Coban® eller Hypolastic® kohesiv elastisk klisterbinda. Lindas utanpå postringen från tåbaserna till strax under knät. Detta lager ger kompressionseffekten.

De flesta distrikts- och kommunsköterskor är vana att hantera denna typ av dubbelbandage, s.k. salvtrumpebehandling.
Byts 1-2 ggr/v.

Alt. dubbelbandage: Coban 2® (färdigt kit).

Flerlayersbandage Bruksfärdiga "kits": Profore Lite® (3-lagersbandage) och Profore® (4-lagersbandage). Ej på recept. Byts 1-2 ggr/v. Används mest på hudkliniker. Byts 1-2 ggr/v.

När såret har läkts utprovas *kompressionsstrumpor* i standardstorlek eller måttillverkade (vanligen klass 2) som recidivprofylax. Påtagning kan underlättas med hjälp av glidsockor eller andra tekniska hjälpmedel. Vid venös insufficiens rekommenderas *högläge* av benen. Diuretika ges i regel bara vid benödem p.g.a. samtidig hjärtsvikt.

BORRELIOS

Erytema migrans

Fenoximetylpenicillin Solitär erytema migrans: Kåvepenin® tabl 1g x 3 i 10 dagar.
Barn: oral suspension 25 mg/kg x 3 i 10 dagar.

Doxycyklin Multipla erytema migrans eller pc-allergi: Doxyferm® (eller Doxycyklin®) tabl 100 mg, 2 x 1 i 10 dagar.
Barn med pc-allergi: *azitromycin* (Azitromax®) oral susp, 10 mg/kg x 1 dag 1, därefter 5 mg/kg x 1 dag 2-5.

Diagnosen erytema migrans är klinisk. Ingen indikation för serologi.

Vid misstänkt borrelialymfocytom eller acrodermatitis chronica atrophicans remitteras till hudläkare.

EKSEM

Lokala steroider

Utvärtets glukokortikoider ("lokala steroider") dämpar inflammation, rodnad och klåda. Deras antiinflammatoriska potens (och därmed biverkningsrisk) relaterar till specifik steroidmolekyl, inte %-satsen, och indelas i fyra styrkegrupper: I=mild, II=medelstark, III=stark, IV=extra stark (Tabell 4).

Vid akuta eksem inleds med en potent (vanligen Gr III) steroid. Den används under en begränsad period (en eller några veckor), och med särskild försiktighet hos barn. En mildare steroid (Gr II) kan användas mer liberalt, även på större kroppsytor. I veckområden och ansikte används mestadels Gr I steroider. Behandlingstiden vid akuta eksem uppgår oftast till 3-6 veckor, ibland längre tid. Vid kroniska eksem är relativt svaga steroider (Gr I-II) en lämplig basbehandling tillsammans med mjukgörare, men vid alla eksem behövs ofta periodvis upptrappning till mer potenta steroider. Kroniska eksem behöver i regel steroidbehandlas under flera månader eller t.o.m. år.

Lokala steroider kan ge hudatrofi, striae, akne, rosacea, follikuliter, ekymoser, och maskera hudinfektioner. Det gäller främst potenta steroider och långtidsbehandling. Vid behandling av stora ytor finns även risk för binjurebarksuppression.

Dosering

Steroider appliceras vanligen 1-2 ggr/d. Med 2 smörjningar/d under 1 vecka åtgår ca 30g kräm för ett handeksem, och 200-300g för ett helkroppseksem. Salvor är i allmänhet drygare än krämer. Behandling av akuta eksem inleds med en potent steroid ("slå hårt") och avvecklas försiktigt ("trappa ut långsamt") för att undvika rebound-fenomen. Detta görs antingen genom stegvis skifte till allt svagare steroidpreparat eller genom successivt ökande intervall mellan steroid-smörjningarna t.ex. 2 ggr/d under 1 vecka, 1 gång/d under 2 veckor, 1 gång varannan dag under 3 veckor.

Steroidgrupper och beredningsformer

TABELL 4

	<u>Gr I</u> (milda)	<u>Gr II</u> (medelstarka)	<u>Gr III</u> (starka)	<u>Gr IV</u> (extra starka)
Salva	Hydrokortison® Ficortril®	Emovat® Locoid®	Betnovat® Elocon® Synalar® Demoson® Mometason®	Dermovat®
Kräm	Hydrokortison® Mildison®	Emovat® Locoid® Locoid Lipid®	Ovixan® Betnovat® Elocon® Synalar® Diproderm® Betametason® Mometason® Flutivate®	Dermovat®
Emulsion	-	Locoid Crelo®	Betnovat®	-
Lösning	-	Locoid®	Elocon® Betnovat® Ovixan® Diproderm®	Dermovat®
Gel	-	-	Diprolen® Synalar®	-

Salvor är vaselinbaserade och passar bäst på fjällande ('torra') hudförändringar, men upplevs ofta som alltför feta och kladdiga. Steroidmolekyler absorberas bättre från salvbaser än från andra beredningsformer. Effekten och biverkningsriskerna ökar därmed.

Krämer är kosmetiskt mer tilltalande och därför den generellt vanligaste beredningsformen.

Kutana emulsioner (lotioner) är tunnare och lättar att stryka ut på stora eller håriga ytor.

Lösningar används för hårbotten- och ocklusionsbehandling t.ex. under hydrokolloidplattor.

Geler används för bl. a. lokalbehandling av hårbotten och ansikte.

Lokala steroider med antimikrobiella tillsatser

För sekundärinfekterade eksem och kliande svampinfektioner finns fasta kombinationer av en steroid och en antimikrobiell tillsats.

TABELL 5

Steroidgrupp + tillsats	Effekt	Preparat-exempel
<i>Gr I steroid + imidazol</i>	antiinfl. + antimykotisk	Daktacort® kräm, Cortimyk® kräm
<i>Gr II steroid + imidazol</i>	antiinfl. + antimykotisk	Pevisone® kräm
<i>Gr I steroid + fucidinsyra</i>	antiinfl. + antibakteriell	Fucidin-hydrocortison® kräm (ej subventionerad)
<i>Gr III steroid + neomycin</i>	antiinfl. + antibakteriell	Betametason med neomycin kräm (extempore-läkemedel)
<i>Gr III steroid + fucidinsyra</i>	antiinfl. + antibakteriell	Fucidinsyra-betametason® kräm
<i>Gr III steroid + kliokinol</i>	antiinfl. + antibakteriell + antimykotisk	Betnovat med chionoform® kräm (obs. kan gulmissfärga)

Mjukgörare

Mjukgörare stärker hudens barriärfunktion genom att öka hydreringen i stratum corneum. Detta sker genom att den mjukgörande basen = vehikeln (salva, kräm, lotion) kompletteras med ett eller flera vattenbindande ämnen – vanligen propylenglykol, karbamid eller glycerol. Tillsatserna tolereras oftast bra men karbamid kan svida, särskilt hos barn.

Om en avfjällande effekt önskas tillsätts salicylsyra som har en keratolytisk effekt vid hyperkeratotiska eksem och andra hudsjukdomar med förtjockat hornlager och kraftig fjällbildning. För hyperkeratotiska tillstånd t.ex. iktyos finns en alternativ fetkräm innehållande propylenglykol och mjölksyra (Tabell 6).

För begränsade eksem finns mjukgörande preparat i 50-100 g-tuber. För utbredda eksem finns 350-700g "pumpar". Krämer passar bäst på akuta-subakuta eller fuktande eksem. Salvor passar bäst på kroniska, torra, fjällande och sprickiga eksem. Kutan emulsion (lotion) är "tunnare" än krämer p.g.a. högre vattenhalt. De är mindre kladdiga och lättare att stryka ut på stora eller behårade kroppsytor.

Patientens egen preferens är en viktig faktor vid val av lämplig beredningsform.

Beredningsform	Fetthalt	Aktiv komponent	Produkt-exempel
<u>Salva</u>	+++	Salicylsyra	Salsyvase®
<u>Kräm</u>	++	Propylenglykol, Mjölksyra	Locobase LPL®
	+	Karbamid	Canoderm®, Calmuriil®, Fenuril®, Karbasal®
		Glycerol	Miniderm®
		Propylenglykol	Propyderm®
<u>Kutan emulsion</u>	(+)	Karbamid	Canoderm®
		Glycerol	Miniderm®
		Propylenglykol	Propyless®

AKUT EKSEM

Ställ specifik eksemdiagnos. Ger allmänna råd, särskilt vid handeksem och atopiskt eksem. Vid misstanke om allergiskt kontakteksem överväg remiss till hudläkare för epikutantest.

1. Uttorkande behandling Om eksemet är vätskande eller infekterat:

Aluminiumacetotartrat Alsolsprittlösning eller Alsollösning, 10 mg/ml (1%)
För omslag eller baddning 2-3 ggr/d. Lätt uttorkande effekt.

Kaliumpermanganat Kaliumpermanganat lösning; 0.5% eller 1%.
Penslas med örönpinne 1 gång/d på vätskande sår eller sprickor.
Kraftigt uttorkande. Ger brun missfärgning. Alt.:

Kaliumpermanganat lösning, 3%.
1-2 ml späds i 1L vatten för ett hand- eller fotbad 15-20 min.

2. Antiinflammatorisk

Lokal steroid med/utan antibakteriell tillsats Icke-infekterat: Gr II-III steroidkräm, 1-2 ggr/dag
på eksem (Tabell 4). Successiv nedtrappning.

Infekterat:

Gr I steroidkräm med fucidinsyra, 2-3 ggr/d under 5-7 d
på infekterat, lätt eksem (Tabell 5).

Gr III steroidkräm med neomycin eller kliokinolol,
2 ggr/d under 5-7 d på *infekterat, kraftigt eksem* (Tabell 5).
Därefter ren steroidkräm med successiv nedtrappning.

Kliokinol-haltig beredning (Betnovat-chinoform®) undviks för långtidsbehandling, särskilt hos barn. Ev. kompletteras lokalbehandlingen med peroralt antibiotikum, i första hand penicillinasstabilt penicillin t.ex. Heracillin®.

KRONISKT EKSEM

Lågaktiva eksem med hyperkeratos, fjällning och fissurer smörjs med lokala steroider och mjukgörare.

<i>Lokal steroid</i>	Gr I-III steroidkräm eller salva beroende på eksemaaktivitet, lokalisering och patientens ålder. Salva ofta bättre än kräm vid smörjning av torra eksem (Tabell 4). Gr I eller III steroidkräm med antibiotika vid kraftigt fissurerade och sekundärinfekterade eksem (Tabell 5).
<i>Mjukgörare</i>	Flitig användning av mjukgörande kräm eller kutan emulsion under dagen och fet kräm eller salva på kvällen (Tabell 6). Allmänna eksemråd är viktiga, särskilt vid handeksem.

a. Atopiskt eksem

Lokala steroider och mjukgörare är basbehandling vid atopiskt eksem. Hos små barn används oftast mjukgörare utan karbamid för att undvika risk för sveda.

<i>Lokal steroid</i>	Gr I-III steroidkräm, 1-2 ggr/d på <i>lätt, måttligt resp. svårt eksem</i> Successiv nedtrappning till Gr I steroid kräm (Tabell 4).
<i>Lokal steroid + antibiotika</i>	Gr I steroidkräm med fucidinsyra, 2 ggr/d i 5-7 dagar på <i>infekterat, lätt eksem</i> (Tabell 5). Gr III steroidkräm med neomycin på <i>infekterat, kraftigt eksem</i> . 2 ggr/d i 5-7 dagar. Restriktivt på barn, i ansiktet och veckområden. Vid kraftig sekundärinfektion komplettering med oralt antibiotikum, i första hand penicillinasstabilt penicillin t.ex. Heracillin®, eller Dalacin® (pc-allergi).
<i>Mjukgörare</i>	Karbamid svider ofta hos små barn (Tabell 6).
<i>UV-ljus</i>	Som komplement till övrig behandling kan ljusterapi (UVB) prövas.
<i>Sederande antihistamin</i>	Vid svår klåda kan sederande antihistamin ges till kvällen, se "Urtikaria".

Takrolimus el. pimekrolimus Kalcineurin-hämmare, Protopic® salva resp. Elidel® kräm. Dessa medel förskrivs i regel av hud- eller barnspecialist med erfarenhet av kalcineurin-hämmande behandling.

Flera nya, mer målinriktade läkemedel är på väg att introduceras för behandling av atopiskt eksem bl. a. dupilumab (IL-4-receptor antikropp).

Allmän information och eksemråd till föräldrar/patient är mycket viktigt. Remittera svårbehandlade atopiska eksem till dermatolog.

b. Intertriginöst eksem

Aluminiumacetotartrat Alsol lösning 10 mg/ml (1%). För baddning eller omslag 15-20 min. Därefter lufttorkning, gärna med kallluft från hårtork.

Lokal steroid + imidazol Gr I steroidkräm med imidazol, 1-2 ggr/d. Vid kraftigt eksem kan Gr II steroidkräm med imidazol användas initialt 7-10 dagar (Tabell 5). Potenta steroider i hudveck ger risk för hudatrofi/striae.

Undvik ocklusion: Skilj angripna hudytor från varandra med kompress eller bomullstyg. Luftig klädsel. Vid s.k. blöjdermatit rekommenderas luftning och täta blöjbyten.

c. Seborroiskt eksem

Hårbotten

1. Avfällande

Salicylsyra Decubal® eller Essex® kräm med 5% salicylsyra. Masseras in i hårbotten på kvällen. Tvättas ur på morgonen med schampo eller mild handdiskmedel.

2. Anti-Malazzesia

Ketokonazol När hårbotten avfjällats (efter några dygn) påbörjas underhållsbehandling med Ketokonazol® eller Fungoral® schampo (receptfritt, jästsvamphämmande medel). Skall verka i minst 5 min. Därefter urtvättning och torkning. Upprepas 2 ggr/v i 2-4 veckor, därefter v.b.

3. Antiinflammatorisk

Lokal steroid Gr III steroidlösning, 1 gång/d. Successiv utglesning till ett par ggr/v för underhållsbehandling (Tabell 4).

I lätta fall räcker Gr I-II steroidlösning, 1 gång/d.

Vid uttalade besvär kan hudklinik ge Bucky (mjuk-rtg) 1 gång/v under 6-8 veckor.

Ansikte

Lokal steroid +
imidazol

Gr I steroidkräm med imidazol, 1-2 ggr/d. Alternativt en ren
Gr I steroidkräm utan imidazoltillsats.

Som alternativ till steroid prövas i vissa fall lokalt takrolimus eller
pimekrolimus.

ERYSIPELAS

Fenoximetylpenicillin

Kåvepenin® tabl 1 g x 3 i 10-14 dagar.
Om kroppsvikten är 90-120 kg är dygnsdosen 2g x 3.

Klindamycin

Vid pc-allergi: t.ex. Dalacin® caps 300 mg x 3 i 10-14 dagar.

I svårare fall inläggning och behandling med i.v. bensylpenicillin.

FURUNKEL och KARBUNKEL

Incision och dränage är de viktigaste åtgärderna vid smältning. Om antibiotika är motiverat ges
stafylokockantibiotikum.

Flukloxacillin

T.ex. Heracillin® tabl 1 g x 3 i 10 dagar.

Klindamycin

Vid pc-allergi ges klindamycin, t.ex. Dalacin® caps 300 mg x 2 i 10
dagar.

Fucidinsyra

Alternativ: t.ex. Fucidin® tabl 250 mg x 2 i 10 dagar.

HERPES SIMPLEX

Lindriga fall behöver inte behandlas. Vid lättare labial herpes i tidigt skede kan penciklovir-kräm
(Vectavir®), eller aciklovir-kräm utan hydrokortison (Zovirax®) eller med hydrokortison
(Zovido®) prövas. Dessa är ej subventionerade. I svårare fall ges peroral antiviral behandling:

Valaciklovir

Primärinfektion: Valaciclovir® tabl 0,5g, 1 x 2 i 5-10 dagar.

Enstaka svåra recidiv: Valaciclovir® tabl 0,5g, 1 x 2 i 3 dagar.

Frekventa svåra recidiv: suppressionsbehandling ges med
Valaciclovir® tabl 0,5g, 1 x 1 i 6-12 månader.

Doseringar gäller vid normal njurfunktion. Alt.: aciklovir.

HERPES ZOSTER

<i>Valaciklovir</i>	Hos behandlingskrävande, immunkompetent patient med normal njurfunktion: Valaciclovir® tabl 0,5g, 2 x 3 i 7 dagar. Start < 72 tim.
<i>Famciklovir</i>	Alt. t.ex. Famvir® 0,5g, 1 x 3 i 7 dagar. Analgetika vid behov.

HIDRADENITIS SUPPURATIVA

<i>Klindamycin</i>	Dalacin® kutan emulsion x 1 kan prövas några veckor.
<i>Azelainsyra</i>	Skinoren® kräm eller Finacea® gel 1-2 ggr/d kan prövas som profylax.
<i>Tetracyklin</i>	Vid svår hidradenit kan peroralt tetracyklin prövas under 3 månader eller längre tid (se "Akne"). Alt. <i>klindamycin</i> , Dalacin® caps 300 mg x 3. Terapieresistenta fall remitteras för ställningstagande till excisionskirurgi, CO ₂ -laser eller TNF-blockad. Vid behov råd om rökstopp, viktminskning.

HYPERHIDROS

Vid hyperhidros i handflator, fotsulor eller axiller:

<i>Aluminiumklorid</i>	Absolut Torr® lösning (receptfri). Lokalirriterande. Appliceras till natten, tvättas bort på morgonen. Ev. klåda/eksem som biverkan kan lindras med hydrokortison kräm.
<i>Botulinumtoxin</i>	Vid uttalade besvär remitteras till hud- eller neurologmottagning (enligt lokala rutiner) för ev. injektionsbehandling med botulinumtoxin, som blockerar nervernas acetylcholinfrisättning. Behandlingen upprepas ett par gånger/år.

Vid mer utbredd hyperhidros prövas i vissa fall oralt anticholinergicum.

IMPETIGO

Var frikostig med sårodling. Plocka bort skorpor med tvål & kranvatten. Om detta inte bedöms räcka rekommenderas:

Klorhexidin Klorhexidin® lösning, 0.5 mg/ml (receptfri). Baddning 2-3 ggr/d för att underlätta bortplockning av skorpor. Alt.: Alsol lösning eller Alsolsprit.

Detta kan räcka som enda behandling i lindriga fall, annars komplettera med:

Retapamulin Altargo® salva. Smörjs 2 ggr dagl i 5 dagar. Lokalt stafylokock- och streptokockantibiotikum.

Restriktivitet med fucidinsyra (Fucidin® kräm, ej subventionerat) pga resistensproblem. Mupirocin (Bactroban® salva) är endast avsett för MRSA-behandling.

För lyckad behandling är det viktigt med bortplockning av krustor. Behandlingen bör fortsätta några dygn efter att krustorna är borta. Noggrann hygien. Egen handduk. Undvik förskola under pågående infektion.

Vid utbredd impetigo, feber eller terapivikt på lokalbehandling kompletteras med internt antibioticum t.ex.

Flukloxacillin Heracillin® tabl eller suspension (dosering barn/vuxna, se FASS). Beh.tid: 7 dagar.

Till barn som har svårt att tolerera pc-smaken: *cefadroxil* t.ex. Cefamox®. Vid pc-allergi *klindamycin*.

LICHEN PLANUS

Akut form

Lokal steroid Gr III steroidkräm eller salva 1-2 ggr/d på kliande lichen. Vid svår och utbredd akut lichen kan interna steroider behövas någon månad.

Kronisk form

Lokal steroid Gr III steroidkräm eller salva 1-2 ggr/d på kliande lichen (Tabell 4). Kombinerar med mjukgörare (Tabell 6).

Lokal steroid under ocklusion Gr III steroidlotion eller lösning under hydrocolloid plattor (Hydrocoll® eller Duoderm® extra tunn, som kan skrivas ut på Hjälpmedelskort). Vid kliande lichen på benen kan steroiden ockluderas med salvstrumpa (se "Bensår").

Alt.: lokal steroidinjektion (Celeston bifas®, Kenacort-T®) i hypertrofiska lesioner.

Bucky

På enstaka kraftigt kliande, avgränsade områden ev. mjuk-rtg.

MALIGNT MELANOM

Vid misstanke om malignt melanom remitteras till hudspecialist eller utförs diagnostisk excision med 2 mm marginal och PAD enligt gällande nationellt vårdprogram. Vid välgrundad misstanke om melanom, t.ex. stark klinisk misstanke, startar handläggning enligt standardiserat vårdförlopp (SVF), se www.cancercentrum.se.

Om melanomdiagnosen verifieras bör patienten informeras vid ett fysiskt möte. Remittera till specialist för utvidgad excision och eventuell portvaktskörteldiagnostik.

Undvik stansbiopsi i pigmenterade hudtumörer.

PEDICULOS

Huvudlöss

Behandling med receptfri medicinteknisk produkt rekommenderas i första hand. Luskamning är en viktig del i diagnostik, behandling och kontroll.

Silikonolja/växtolja Paranix®, Nyda®, Hedrin®, Linicin® m.fl (spray, schampo, gel).
Kvävande effekt. I andra hand rekommenderas:

Bensylbensoat+disulfiram Tenutex® kutan emulsion. Masseras in i hårbotten och tvättas ur efter ett dygn.

Enbart lusbärare behandlas. Upprepa behandlingen efter 8 dagar. Kontroll med inspektion och fortsatt luskamning under två veckor därefter.

Flatlöss

Bensylbensoat+disulfiram Tenutex® kutan emulsion (receptfritt). Ingnides på behårade områden på kroppen. Tvättas bort efter 48 tim.

Enbart lusbärare behandlas. Behandlingen upprepas efter 8 dagar.

PITYRIASIS VERSICOLOR

Orsakas av en endogen jästsvamp, *Malassezia*, som trivs i talrika hudområden.

<i>Selendisulfid</i>	Selsun® schampo. Efter duschning ingnides schampot över hela kroppen. Avtvättas efter 15 min. Upprepas 2 ggr/v i 3 veckor. Alt.: <i>ketokonazol</i> schampo, dosering enl ovan.
<i>Propylenglykol</i>	Propylenglykol 50% i vatten (500, 1000 ml). Gnids in med tvättlapp 1 gång/d i 2-3 veckor. Därefter ev. profylaktiskt 1 gång/v i 1-2 mån.
<i>Imidazol</i>	Daktar® kräm. 2 ggr/d i 1-2 veckor. Alt.: Lamisil® kräm 1 gång/d i 2 veckor.

Recidiv vanligt oavsett behandling. Vid täta recidiv ev. profylaktisk behandling. I terapiresistenta fall kan peroralt itraconazol (200 mg x 1 i 5-7 dagar) eller flukonazol övervägas.

PRURITUS

Klåda är vanligt vid hudsjukdomar (urtikaria, eksem, lichen m.fl.) och förekommer även vid olika systemsjukdomar (njurinsufficiens, leverskada, blodsjukdom, malignitet, överkänslighet mot läkemedel etc.). Utredning och behandling skall därför fokusera brett på bakomliggande orsak. Vid nattlig klåda och positiv epidemiologi skall i första hand skabb misstänkas.

<i>Mjukgörare</i>	Vid torr hud, se "Eksem/Mjukgörare" (Tabell 6).
<i>Lokal steroid</i>	Vid eksematisering smörj med Gr I-III steroidkräm 1-2 ggr/d beroende på svårighetsgrad av eksematisering (Tabell 4). Steroidlösning eller -emulsion under hydrokolloida plattor (Duoderm® extra tunn, Hydrocoll® på eksemhärdar) eller salvstrumpor (ZipZoc®, på ben/armar) skyddar huden mot rivskador och ökar steroideffekten. Vid svårare rivningstillstånd med eksem, exkorationer och sår (sekundärinfektion) smörjs initialt med en Gr III steroidkräm med antibakteriell tillsats (Tabell 5). Därefter skifte till ren steroid med successiv nedtrappning på sedvanligt sätt.
<i>UV ljus</i>	I vissa fall t.ex. eksem och uremikklåda kan ljusbehandling, UVB 2-3 ggr/v lindra.
<i>Antihistamin</i>	Histaminmedierad klåda dämpas med icke-sederande H1-receptorantagonister (se "Urtikaria"). Övriga klådtillstånd involverar oftast andra mediatorer varför antihistaminer, även de sederande preparaten, har begränsad effekt vid icke-urtikariella klådtillstånd.

Perianal klåda

Sök etiologi. Rektalpalpation, proktoskopi. Springmask? Analinkontinens med läckage? Hemorrojder? Eksem? Lichen sclerosus? Malignitet? Kronisk streptokockinfektion kan yttra sig som en glänsande, smärtsam perianal eksemfläck. Ge allmänna råd: regelbundna avföringsvanor, luftig klädsel, undvik överdriven tvättning och starka tvålar. Badda v.b. med Alsol lösning x 1-2. Fet salva eller olja kan lindra.

Lokal steroid Gr I steroidkräm eller salva 1-2 ggr/d mot klåda/eksem (Tabell 4).

Lokal steroid + imidazol Gr I steroidkräm med imidazol 1-2 ggr/d mot klåda/eksem med candidainslag (Tabell 6).

Vid uttalade besvär, särskilt vid lichenifiering, kan en Gr II steroid salva eller kräm (med eller utan imidazol) användas under 1-2 veckor för att bryta en ond cirkel av klåda och rivning. Även Gr I steroid med lidokain (Xyloproct® rektalsalva) kan lindra. Remittera oklara klådtillstånd till för utredning/behandling. I enstaka fall provas Bucky-rtg på hudklinik.

PSORIASIS

Hårbottenpsoriasis

Salicylsyra För avfjällning: Decubal® (eller Essex®) kräm med 5% salicylsyra. Alt.: Salicylsyreolja 5%. Masseras in i hårbotten på kvällen. Tvättas ur på morgonen med schampo eller ett mildt handdiskmedel. Upprepas vid behov. Därefter:

Lokal steroid Gr III steroid lösning, se "Eksem, seborrhoiskt". Alt.:

Kalcipotriol Zoriaxiol® lösning, 2 ggr/d (D-vitamin analog). Alt.:

Lokal steroid + kalcipotriol Daivobet® gel (Gr III steroid + D-vitamin analog). Masseras in på kvällen, urtvättas på morgonen. Behandlingstid 1-4 veckor, upprepas v.b.

I terapieresistenta fall kan Gr IV steroidlösning provas periodvis (Tabell 4). På hudklinik ges ibland Bucky-behandling (mjukröntgen) 1 gång/v i 6-8 veckor.

Lätt-måttlig psoriasis på bål och extremiteter

Salicylsyra För avfjällning: Salsyvase® salva 1-2% (receptfri). Alt.: Decubal® kräm med 2% salicylsyra. Smörjs in 1-flera ggr/d.

Lokal steroid Enstaka eller kosmetiskt särskilt störande psoriasisförändringar kan behandlas med en potent (Gr III-IV steroid). Ger snabb men kortvarig förbättring samt risk för hudatrofi och rebound-fenomen.

<i>Kalcipotriol</i>	Zoriaxiol® salva, 2 ggr/d (D-vitamin analog). Högst 100 g/v p.g.a. hypercalcemirisk. Alt.: Zoriaxiol® salva 1 gång/d + Gr III steroid 1 gång/d.
<i>Lokal steroid + kalcipotriol</i>	Daivobet® salva eller gel (Gr III steroid + D-vitamin analog). 1 ggr/d i 4 veckor (högst 100 g/v), därefter 2 dagar/v i 4 veckor. Upprepas vb. Alt. Enstilar® kutant skum 1 gång/d i 4 veckor.
<i>UV-ljus</i>	Ljusbehandling med UVB 2-3 ggr/v under mörka årstiden kan vara ett bra komplement till annan lokalbehandling. Remittera till hudklinik eller Psoriasisförbundets anläggningar. I enstaka fall ges UVA-behandling efter sensibilisering med psoralen-bad eller psoralen-tabletter (PUVA).

Invers psoriasis i hudveck i t.ex. ljumskar, armhålor, och anogenitalt är ofta svårbehandlad och särskilt känslig för lokal steroidbiverkan. Samma behandlingsprinciper gäller som för behandling av intertrigo, se "Eksem/intertriginöst eksem".

Vid guttat psoriasis tas svalgprov: om betastreptokocker gr A påvisas ges behandling med fenoximetylpenicillin.

Måttlig-svår psoriasis på bål och extremiteter

Utbredd, terapiresistent psoriasis eller psoriasis med ledengagemang remitteras till specialist för ställningstagande till intern behandling:

<i>Metotrexat</i>	Methotrexate® eller Metotab® tabl (folsyreantagonist), oftast 7,5-20 mg en dag i veckan. Vanligaste systembehandlingen vid psoriasis. Alt.: subkutan injektion av metotrexat (Metoject®, Metojectpen®, Injexate®, Methotrexate®, Ebetrex® inj) en dag i veckan. Metotrexat -behandling skall kombineras med folsyra (Folacin® tabl) 5 mg en dag i veckan (ej metotrexat-dagen).
<i>Retinoid</i>	Neotigason® caps (acitretin; syntetisk A-vitamin analog). Teratogent.
<i>Ciklosporin</i>	Sandimmun Neoral® eller Ciklosporin® caps. Immunosuppressivt.
<i>Övr peroralt</i>	Apremilast (fosfodiesteras-hämmare, Otezla® tabl) och dimetylfumarat (Skilarence® tabl) är relativt nyintroducerade.
<i>Biologiskt läkemedel</i>	anti-TNF: Remicade®, Inflectra®, Remsima® (anti-TNF α , chimär) i.v. Humira® (anti-TNF α , human) s.c. Enbrel®, Benepali®, Erelzi® (löslig TNF receptor) s.c. anti-IL17: Cosentyx®, Taltz®, Kyntheum® s.c. anti-IL12/23: Stelara® s.c. anti-IL23: Tremfya® s.c.

Obs! vid måttlig-svår psoriasis är metabolt syndrom och riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar överrepresenterade. Hypertoni, hyperlipidemi, diabetes, övervikt, rökning?

PUSTULOSIS PALMOPLANTARIS

Samma behandlingsalternativ som vid klassisk psoriasis, men mer terapieresistent. Ibland lokala steroider under ocklusion. Mjukgörare. KMnO₄ hand- eller fotbad vid pustulösa utbrott. Stark koppling mellan PPP och rökning hos kvinnor. Rökstopp! Uteslut tineä.

ROSACEA OCH PERIORAL DERMATIT

<i>Azelainsyra</i>	Finacea® gel eller Skinoren® kräm 2 ggr/d. Alt.:
<i>Metronidazol</i>	Rosazol® kräm. Alt. Rozex® kräm eller gel 1-2 ggr/d. Alt.:
<i>Ivermektin</i>	Soolantra® kräm, 1 gång/d. Ej vid graviditet/amning.
<i>Tetracyklin</i>	Vid svår eller terapieresistent rosacea och perioral dermatit. Undviks under 2:a och 3:e trimestern. Dosering se "Akne". Alt.: erytromycin (ej under tidig graviditet).

Fall som inte svarar på behandling remitteras till hudspecialist.

Obs lokala steroider kan utlösa rosacea och perioral dermatit.

SCABIES

Diagnosen säkerställs genom mikroskopi av levande kvalster, som plockas ut med nål från en skabbgång. Viktigt med samtidig behandling av patient, ev. partner och familjemedlemmar.

<i>Bensylbensoat + disulfiram</i>	Tenutex® kutan emulsion. Smörjs noggrant på hela kroppen (spädbarn även huvudet). Låt verka i 24 tim. Åtgång drygt ½ tub/vuxen. Följ bipacksedel. Extra smörjning av händerna efter ev. handtvätt.
-----------------------------------	--

Andrahandspreparat vid t.ex. terapisivikt eller gummi allergi (då Tenutex skall undvikas) är permetrin kräm eller peroralt ivermektin, som kan förskrivas som licensläkemedel.

Post-scabietisk klåda kan kvarstå 2-3 veckor efter adekvat behandling. Upprepade Tenutex-kurer skall undvikas p.g.a. risk för kraftig hudirritation, s.k. Tenutexdermatit.

Sekundärinfekterade eksem kan uppkomma vid skabbinfektion p.g.a. rivning. I sådana fall kan Gr III steroidkräm med antibakteriell tillsats (Tabell 5) användas under några dygn före och/eller efter Tenutex®-behandlingen. Sådan förbehandling kan även underlätta upptäckten av skabbgångar i de fall huden är kraftigt sönderriven och eksematiserad.

TINEA

Säkerställ diagnosen trådsvamp (=dermatofyt)-infektion genom analys av hud-, hår- eller nagelprov med PCR (fot- och nagelsvamp, svar inom 1 vecka) eller svampodling (övriga lokaler; svar inom 2-4 veckor). Material skickas i torrt glasrör till svamplaboratorium. Önskas snabb svar (inom något dygn) gör laboratoriet direktmikroskopisk analys. Undantag från regeln att alltid påvisa svamp med PCR eller odling kan göras vid interdigitell fotsvamp där den kliniska bilden är typisk och egenbehandling med receptfri imidazol- eller terbinafinkräm rekommenderas.

Hudmykos

Begränsade svampinfektioner i huden kan lokalbehandlas med imidazol- eller terbinafinpreparat som blockerar svampens ergosterolsyntes (Tabell 7). Vid kliande mykoser kan imidazolkräm kombinerat med Gr I steroidkräm användas. Den till synes angripna ytan inklusive några cm av omgivande, kliniskt normal hud skall behandlas. Behandlingstiden varierar beroende på lokalisering, klinisk bild och antimykotiskt preparat.

TABELL 7

Substans	Lokalt	Peroralt
<i>Imidazol</i>	Daktar [®] , Canesten [®] , Pevaryl [®] kräm (2 ggr/d i 3-6 veckor)	Flukonazol [®] caps Itrakonazol [®] caps
<i>Imidazol + lokal steroid</i>	Daktacort [®] , Cortimyk [®] , kräm (med Gr I steroid) Pevisione [®] kräm (med Gr II steroid)	
<i>Terbinafin</i>	Lamisil [®] , Terbinafin [®] , Terbisil [®] , kräm (1 gång/d i 1-3 veckor)	Terbinafin [®] tabl Lamisil [®] tabl

Några exempel:

Fotmykos av interdigitell typ: terbinafinkräm, 1 gång/d i 1 vecka. Alt.: imidazolkräm, 2 ggr/d i 3-4 veckor.

Fotmykos av vesikulopustulös typ eller mockasintyp: terbinafinkräm, 1 gång/d i 2-3 veckor.

Ljumsmykos med klåda: imidazol-steroid kombination 2 ggr/d i 1-3 veckor.

Vid tinea som är terapiresistent, utbredd, djup, eller engagerar hår- eller skäggbotten ges peroral behandling.

Terbinafin Terbinafin[®] eller Lamisil[®] tabl. Vuxendos: 250 mg x 1 i 2-6 veckor.
Alt. *itrakonazol* (Itrakonazol[®] eller Sporanox[®] caps).

Vid hårbottenmykos krävs längre behandlingstid (4-16 veckor) och samtidigt rekommenderas ketokonazol schamponering 3 ggr/vecka.

Nagelmykos

Restriktivitet vid tånagelsvamp med enbart kosmetiska obehag. Vid besvärande och PCR-eller odlingsverifierad dermatofytingektion - särskilt på fingernaglar - finns indikation för peroral behandling. Dock endast c:a 50% chans att läka tånaglar, dessutom recidivrisk.

Terbinafin Terbinafin® eller Lamisil® tabl. 250 mg x 1 i 6 veckor (fingernaglar) eller 12 veckor (tånaglar). Tas med mat eller mjölk. Alt.:

Itrakonazol Itrakonazol® eller Sporanox® caps 100 mg, 2 caps/d i 3 mån, eller s.k. pulsbehandling. Kan interagera med många läkemedel.

Vid systembehandling av Candidainfektion i naglar: Flukonazol® eller Diflucan® caps, se FASS.. Undvik våtkontakter.

Lokalt *amorolfen* (Loceryl®, Amorolfen®, Finail®) nagellack, 1 gång/v eller *ciklopirox* (Onytec® nagellack 1 g/d) i 6-12 mån kan prövas vid lätta, distala angrepp. Obs! lokalt terbinafin eller imidazol saknar effekt vid nageltinea!

URTIKARIA och ANGIOÖDEM

Akut urtikaria utan anafylaxi

Antihistamin Vid lätt-måttlig urtikaria utan övrig påverkan rekommenderas peroralt antihistamin, i första hand icke-sederande H1-receptor antagonist (Tabell 8, flera saknar subvention). Vid mer besvärande, utbredda urtikariella utslag kan behandlingen kompletteras med en kort kur interna steroider.

TABELL 8

H1-receptor-antagonist	Aktiv substans	Preparat-exempel
Icke-sederande	<i>Cetirizin</i>	Cetirizin®, Zyrlex® m.fl
	<i>Loratadin</i>	Loratadin®, Clarityn®
	<i>Ebastin</i>	Ebastin®, Kestine®
	<i>Fexofenadin</i>	Fexofenadin®, Telfast®
	<i>Desloratadin</i>	Aerius®, Desloratatin® m.fl.
	<i>Rupatadin</i>	Pafinur® (ej subventionerat)
Sederande	<i>Klemastin</i>	Tavegyl®
	<i>Hydroxizin</i>	Hydroxizin, Atarax®

Akut urtikaria/angioödem med anafylaxi

<i>Adrenalin</i>	Starta med en i.m. injektion av adrenalin på lårets utsida: -kroppsvikt 10-20 kg: Anapen® Junior (eller EpiPen® Junior) 0,15 mg -kroppsvikt >20 kg: Anapen®, EpiPen® eller Emerade® 0,3-0,5 mg. Viktigaste läkemedlet! Kan upprepas efter 5-15 min.
<i>Betametason</i>	Betapred® tabl 0,5 mg. Ålder >6 år:10 tabl; <6 år: 6 tabl. Alt. i.v. betametason.
<i>Antihistamin</i>	t.ex. Aerius® tabl. Ålder <6 år: 2,5 mg; 6-12 år: 5 mg; >12 år:10 mg.

Observation 4-24 tim beroende på anafylaxigrad. Efter ett akut urtikariaskov fortsatt med icke-sederande antihistamin i 1-2 veckor. Ställningstagande till om patienten skall utrustas med recept på adrenalinpenna, icke sederande antihistamin och kortisonpiller.

Kronisk urtikaria

<i>Antihistamin</i>	I första hand icke-sederande H1-receptorblockare (Tabell 8). Vuxen- och barndosering, se FASS. Obs Trötthet vid antihistaminbehandling, särskilt med sederande preparat – trafiksäkerhetsrisk!
---------------------	--

Terapiresistent spontan kronisk urtikaria remitteras till hudspecialist för ställningstagande till anti-IgE behandling (omalizumab; Xolair® inj.).

VERRUCAE

Asymptomatiska virusvårtor (*verruca vulgaris*) och plana vårtor (*verruca planae*) lämnas för spontanläkning eller egenvård, vilket även hos immunkompetenta individer kan ta flera år.

Den hyperkeratotiska komponenten kan klippas ner eller filas efter ett uppmjukande bad. Försiktighet vid diabetes eller nedsatt perifer cirkulation.

För behandling av besvärande hand- eller fotvårtor kan olika receptfria alternativ prövas för hemmabruk.

<i>Salicylsyra/mjölksyra</i>	Vårtmedel Stark® eller Verruxin®, 1 gång/d tills vårtan försvunnit. Appliceras efter uppmjukande bad och filning. Alt.:Trans-Ver-Sal® plåster enl. anvisning. Även andra produkter – innehållande t.ex. myrsyra (VårtFri®) - finns att pröva för lokal applikation. Avlastande ringar/plåster kan lindra besvär av tryckömma vårtor.
<i>Frysning</i>	Frysspray eller -stift (t.ex. Wartner®, Wortie®) ger en relativt mild frysning för hemmabruk. Kryoterapi med flytande kväve, som ger en kraftigare, smärtsam frysning, - eller kyretage/elektrodesickation prövas undantagsvis av hudspecialist i särskilt svåra fall.

