

Hud

Antimykotika

Medel vid hudmykoser

Ekonazol	Pevaryl kräm 1 %
Terbinafin	Terbinafin kräm 10 mg/g tabl 250 mg
Mikonazol + hydrokortison (grupp I-steroid)	Cortimyk kräm 20 mg/g + 10 mg/g
Ekonazol + triamcinolon (grupp II-steroid)	Pevisone kräm 10 mg/g + 1 mg/g

Ovanstående topikala preparat har effekt på både tråd- och jästsvamp. Som inledande lokalbehandling av kliande svampinfektion kan kombinationspreparat med grupp I-steroid (**Cortimyk**) eller grupp II-steroid (**Pevisone**) användas i en veckas tid. Den efterföljande rent antimykotiska behandlingen bör fortgå i 2 veckor efter klinisk utläkning. Detta behövs dock ej för terbinafin som har fungicid effekt.

Terbinafin och *Itrakonazol* kan användas peroralt vid besvärande nagelsvamp eller andra dermatofytinfektioner som kräver systembehandling. **Terbinafin** peroralt är enbart verksamt vid dermatofytinfektioner (trådsvamp) och inte vid pityriasis versicolor (jästsvamp) eller annan candida.

Terbinafin är kontraindicerat vid gravt nedsatt leverfunktion och rekommenderas inte till patienter med aktiv eller kronisk leversjukdom. Vid misstanke om nedsatt leverfunktion rekommenderas provtagning innan insättning av terbinafinbehandling. Nyttan av uppföljande leverprover under behandling med terbinafin ifrågasätts i litteraturen. I stället lyfter man fram vikten av att informera patienten om symtom på leverskada samt att uppsöka sjukvården om dessa symtom uppkommer under behandlingen.

Före insättande av peroral behandling krävs alltid mikroskopisk, molekylärbiologisk (PCR) eller odlingsverifierad svampinfektion.

Vid ytligt svampangrepp på enstaka naglar kan man prova att behandla med medicinskt nagellack Onytec. Preparatet ingår inte i läkemedelsförmånen.

Mjukgörande medel

		Fetthalt
Karbamid	Canoderm	
	kräm 5 %	22 %
	kutan emulsion 5 %	20 %
Karbamid + glycerol	Miniderm Duo	
	kräm 2 % + 20 %	
Glycerol	Miniderm	
	kräm 20 %	24 %
	kutan emulsion 20 %	19 %
Karbamid + natriumklorid	Karbasal	
	kräm 4 % + 4 %	18,5 %
Propylenglykol	Propyless	
	kutan emulsion 200 mg/g	10,5 %

HUD

Rekommendationen är att mjukgörande läkemedel förskrivs på recept endast till patienter med hudsjukdom. För behandling av torr hud som inte beror på sjukdom hänvisas patienten till apotekens försäljning av receptfria produkter.

Vid förskrivning av mjukgörande medel är APL-beredningar andrahandsval (högre läkemedelskostnad).

Vid mjukgörande behandling är det viktigt med följsamhet (compliance). Ofta är det produktens kosmetiska egenskaper som styr användandet. Vid eksem-behandling gör regelbunden och frekvent användning av mjukgörare att man förlänger tiden till återfall av aktivt eksem och behovet av topikala steroider minskar.

Ett förstahandsval vid eksem är karbamid i krämbas (**Canoderm**). Till barn rekommenderas karbamid + glycerol i krämbas (**Miniderm Duo**) eller glycerol i krämbas (**Miniderm**) alternativt propylenglykol i lotion (**Propyless**) om rena karbamidberedningar svider. För patienter som önskar propylenglykol i krämbas finns (*Propyderm*) eller (*Oviderm*). **Karbasal** kräm kan vara ett alternativ till äldre med torrhetsklåda.

Kombinationen propylenglykol och mjölksyra i krämbas (*Locobase LPL*) an-

vänds endast vid iktyos och andra lokaliserade hyperkeratotiska tillstånd, i avfjällande och mjukgörande syfte.

Medel vid sårbehandling

Vid svårläkta sår är det viktigt att ställa diagnos och behandla orsaken till såret. Behandlingen bör anpassas efter aktuell sårstatus. Förbandsutbudet har blivit alltmer komplext. Rekommenderade såromläggningsmaterial finns på aktuellt "Sårbehandlingskort" som uppdateras efter varje ny upphandling. Se bilaga i slutet av boken.

Klådstillande medel

Klåda är ofta ett svårvärderat symtom som ställer särskilda krav gällande anamnes och utredning. Behandlingen ska i första hand riktas mot orsaken.

Vid akut och kronisk urtikaria ska icke sederande antihistaminer (**Cetirizin**, **Desloratadin**) användas i första hand. För handläggning i övrigt hänvisas till separata vårdprogram.

Vid utvärtes behandling till äldre med torrhetsklåda är karbamid- och natriumklorid kräm (**Karbasal**) ett förstahandsalternativ. Utvärtes beredningar innehållande zink (Zinkpudervätska APL, Zinkliniment APL) verkar klådstillande. Zinkinnehållande beredningar ska ej användas under lång tid, då de är uttorkande och därmed kan förvärra klådan.

Vid ospecifik klåda eller oklara klådtillstånd kan sederande antihistamin ges i klådstillande syfte, hydroxizin (*Atarax*)* alternativt klemastin (*Tavegil*). Undvik Atarax till äldre och hjärtsjuka.

* Se Äldre och läkemedelskortet, bilaga i slutet av boken.

Medel vid psoriasis

Avfjällande medel

Salicylsyra

**Salicylsyra 2 % resp 5 %
i Decubal kräm (APL-produkt)**
kräm

Salicylsyreolja 5 % (APL-produkt)
kutan lösning

Kortikosteroider för utvärtes bruk

Betametason
(grupp III-steroid)
+ salicylsyra

Se avsnitt Kortikosteroider
för utvärtes bruk

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

Vitamin D-analog + kortikosteroid för utvärtes bruk

Kalcipotriol +
betametason
(grupp III-steroid)

Enstilar
kutant skum 50 mikrog/g + 0,5 mg/g

Daivobet
salva 50 mikrog/g + 0,5 mg/g
gel 50 mikrog/g + 0,5 mg/g

Psoriasis behandlas med avfjällande medel vid behov, mjukgörande kräm och periodvis grupp II-III steroid i en nedtrappande regim eller kombinationen kalcipotriol + betametason (**Enstilar kutant skum, Daivobet salva**). Till hudveck och ansikte ordineras endast grupp I-steroid utanför dermatologisk specialistvård.

Förstahandsval vid avgränsade, fläckvisa psoriasisförändringar på bål och extremiteter är mjukgörare samt en grupp II–III steroid eller kombinationspreparat (**Enstilar** eller **Daivobet**). Den högre kostnaden för kombinationspreparat relativt topikal steroid kompenseras och motiveras av bättre effekt och följsamhet till behandlingen. Beredningsformen kutant skum är mer kostnadseffektiv jämfört gel och salva. Patienter som har svarat bra på inledande behandling med Enstilar är lämpliga för underhållsbehandling (så kallad proaktiv behandling). Fortsatt behandling med Enstilar 2 gånger per vecka förlänger tiden till återfall, utan risk för hudatrofi.

Lindrig hårbottenpsoriasis behandlas i första hand med lösning av grupp II–III steroid periodvis och i en avtrappande regim. Till måttliga och svåra fall av psoriasis i hårbotten är kalcipotriol + betametason (**Enstilar kutant skum, Daivobet gel**) en välfungerande behandling.

Vid måttligt fjällande förändring och behandling med kombinationspreparat kalcipotriol + betametason (**Enstilar kutant skum, Daivobet salva, gel**) behövs i regel ingen föregående avfjällande behandling.

Kombinationen av potent steroid och avfjällande tillsats (**Diprosalic**) kan vara praktisk till hårbotten eller måttligt fjällande plaque.

Kraftigt fjällande förändringar bör alltid avfjällas innan mer terapeutisk behandling appliceras.

Avfjällning vid förändringar på kroppen: Dusch och regelbunden smörjning med mjukgörande eller avfjällande kräm.

Avfjällning för hårbotten: Massera in t ex **Salicylsyra 2 %** eller **5 % i Decubal kräm** i hårbotten. Låt verka över natten under duschmössa eller handduk. Tvätta ur.

Medel vid bakteriella och virala infektioner

Vid lokaliserad impetigo finns för närvarande få topikala behandlingsalternativ. I första hand prövas tvål och vatten, eventuellt komplettering med **Klorhexidin lösning**. Använd engångshandduk. Plocka gärna krustor. Var noga med handhygien (använd handsprit frikostigt). Om hygienråden inte gett effekt, ta gärna en odling och behandla lokalt med fusidinsyra (**Fucidin salva/kräm 2 %**) 2–3 gånger per dag i 7 dagar. Se även kapitel Läkemedel till barn.

Vid utbredda infektioner bör systemiska antibiotika användas. Mupirocin (Bactroban) ska reserveras för behandling/eradikering av meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA).

För behandling av hud- och mjukdelsinfektioner inklusive labial herpes se kapitel Infektion avsnitt Virushämmande läkemedel.

Kortikosteroider för utvärtes bruk

Lokala glukokortikoider kan indelas efter aktivitet i fyra grupper:

- Grupp I = Milda
- Grupp II = Medelstarka
- Grupp III = Starka
- Grupp IV = Extra starka - bör ordinerars av hudspecialist

Milt verkande (Grupp I)

Hydrokortison

Hydrokortison

kräm 10 mg/g

alva 10 mg/g

Mildison Lipid

kräm 1 %

Medelstarkt verkande (Grupp II)

Klobetason

Emovat

kräm 0,05 %

salva 0,05 %

Hydrokortisonbutyrat

Locoid

kräm 0,1 %
kutan lösning 0,1 %
salva 0,1 %

Locoid Lipid

kräm 0,1 %

Locoid Crelo

kutan emulsion 0,1 %

Starkt verkande (Grupp III)

Betametason

Betnovat

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

Mometason

Ovixan

kräm 1 mg/g
kutan lösning 1 mg/g

Mometason

kräm 1 mg/g
salva 1 mg/g

HUD

Vid inledning av topikal steroidbehandling ska efter diagnos steroid av rätt styrka liksom rätt vehikel väljas. Akuta eksem och intertriginösa dermatiter behandlas med krämer, medan kroniska infiltrerade eksem kan behandlas med salvor. Av grupp III-steroiderna är betametason (**Betnovat**) förstahandsval. **Ovixan** kräm innehållande mometason upplevs av många mer kosmetiskt tilltalande jämfört med andra krämbaser.

Daglig långtidsbehandling med potenta steroider kan orsaka lokala komplikationer (atrofi, striae, folliculiter etc). Vid längre tids terapi bör man därför successivt minska applikationsfrekvensen alternativt gå över till svagast möjliga steroid. Särskild försiktighet ska iakttas vid behandling av ansiktet och intertriginösa förändringar samt vid behandling av barn.

Vid behandling av atopiskt eksem har man visat att intermittent underhållsbehandling med steroid (1–2 gånger i veckan) kan förlänga tiden till recidiv. Vidare har man visat att vid eksembehandling med betametason räcker det med en applikation dagligen. Samtidig regelbunden behandling med mjukgörare är grundläggande, minskar behovet av lokal steroid och kan förlänga tiden till recidiv.

Till hårbotten kan kutana emulsioner användas om patienten tycker att lösningar svider. För behandling av inflammatoriska tillstånd i hårbotten finns Clobex schampo (grupp IV-steroid).

Obs! Grupp III–IV-steroider är kontraindicerade till ansiktet.

Insättning av grupp IV-steroider bör ske av eller i samråd med dermatolog.

Topikala calcineurinhämmare

Takrolimus	Protopic salva 0,1 % salva 0,03 %
Pimekrolimus	Elidel kräm 10 mg/g

Topikala calcineurinhämmare verkar inflammationsdämpande och klädstillande och ger inte upphov till hudatrofi. De kan därför vara lämpliga för känsliga områden som ansikte och hudveck samt till barn. Indikationen är atopiskt eksem vid otillräcklig effekt eller biverkningar av topikala kortikosteroider. Behandling med calcineurinhämmare ska initieras av läkare med erfarenhet av diagnostik och behandling av atopiskt eksem.

Preparat

Protopic (takrolimus) salva 0,1% - vuxna och ungdomar från 16 år, alla lokaler

Protopic (takrolimus) salva 0,03% - barn från 2 år, alla lokaler

Elidel (pimekrolimus) kräm 10 mg/g – från 3 månaders ålder, alla lokaler

Praktiskt handhavande

Preparaten smörjes två gånger dagligen i två veckor, eller tills läkning (max 6 veckor). Om ingen effekt efter två veckor bör man överväga att byta till annan behandling.

Vid god effekt av behandling två gånger dagligen kan man överväga intermittent underhållsbehandling 2 gånger per vecka på de områden där eksemet brukar uppträda.

Obs! Calcineurinhämmare ska inte användas i samband med solexponering och under sommarmånaderna är därför sedvanliga topikala kortikosteroider att föredra. Det finns visst vetenskapligt stöd för att behandla med calcineurinhämmare vid perioral/periorbital dermatit, men indikationen saknas varför sådan behandling bör ges först efter samråd med hudläkare.

Antiseptika och sårmedel

Handdesinfektion

Rutinmässig

Etanol 70 % resp 75 %

Etanol gel 75 % resp 85 %

Isopropanol 60 %

(Finns med olika produktnamn upphandlade av varuförsörjningen)

Preoperativt
(handtvätt och
desinfektion)

Hibiscrub

(4 % klorhexidin)

Preoperativt
(föregås av
handtvätt med
flytande tvål, utom
vid handskbyte)

Sterillium

(isopropanol, n-propanol)

Promanum Pure

(etanol, isopropanol)

DAX Preop 80

(etanol, n-propanol)

Sterisol

(etanol, isopropanol)

Huddesinfektion

Preoperativt och vid
spinalanestesi, central/
perifer venkateter, ven-
provtagning

Descutan

tvättsvamp med tvållösning

(4 % klorhexidin) tvättsvamp samt påsar med
tvållösning - hemtvättpack (4 % klorhexidin)

Hibiscrub

(4 % klorhexidin)

Klorhexidinsprit

kutan lösning 5 mg/ml (70 % sprit, ofärgad)

Chloraprep

kutan lösning 20 mg/ml klorhexidin + 70 ml/ml
isopropylalkohol

Vid risk för klorhexidinallergi rekommenderas U-sprit 70 %.

Slemhinnedesinfektion

Desinfektion i sam-
band med förlossning,
operativt ingrepp

Klorhexidin

kutan lösning 0,5; 1; 2 mg/ml

(alt till klorhexidintvål)

Sårmedel

Aluminium-
acetotartrat +
etanol

Alsolsprit

lösning 10 mg/ml 250 ml

(etanol 100 mg/ml)

OBS. Alsolsprit är inget desinfektionsmedel
pga dess låga sprithalt (10 % etanol)!

HUD

Klorhexidin	Klorhexidin kutan lösning 2 mg/ml 250 ml
Ättiksyra	Ättiksyra APL kutan lösning 5 mg/ml 250 ml (såromslag 20 minuter, kan spädas med lika delar vatten om uttalad sveda)
Kaliumpermanganat	Kaliumpermanganat APL kutan lösning 0,1 % 50, 500 ml (till baddning och såromslag) badtillsats 3 % 50, 500 ml (1 ml spädas med 1 l vatten, till bad i 20 min)

HUD

Rekommenderade såromläggningsmaterial finns på aktuellt ”Sårbehandlingskort”, se bilaga i slutet av boken. Rekommendationerna uppdateras efter varje ny upphandling.

Läkemedel mot akne, seborroiskt eksem samt rosacea

Läkemedel mot akne

Adapalen	Differin kräm 1 mg/g
Bensoylperoxid	Basiron AC gel 5; 10 %
Adapalen + bensoylperoxid	Epiduo gel 0,1 %/2,5 %; 0,3 %/2,5 %

Akne uppstår genom samverkan av talgkörtelproliferation, hyperkeratinisering av talgkörtelns utförsång (uppkomst av komedoner), förekomst av *Propionibacterium acnes* samt inflammation. Akne är vanligast i tonåren och var tredje tonåring har behandlingskrävande besvär.

Kombinationsbehandling som motverkar flera faktorer i patogenesen är mer effektiv än monoterapi. Isotretinoin som endast kan förskrivas av hudläkare är den enda behandling med effekt mot samtliga faktorer.

Basbehandling är preparat innehållande bensoylperoxid (**Basiron AC**) och/eller adapalen (**Differin**) med komedolytisk och antiinflammatorisk effekt. Vid uttalade lokala biverkningar kan azelainsyra prövas (*kräm Skinoren* eller *gel Finacea*).

Behandlingsrekommendation vid akne enligt Läkemedelsverket

	Papulopustulös akne		Svår akne
	Komedoakne	Medelsvår	
Förstahandsalternativ	Differin (adapalen)	Mild Monoterapi med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Skinoren (azelainsyra) Alternativt kombinationspreparat Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Papulopustulös Tetralsal (lymecyklin)* + topikal behandling med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)
Andrahandsalternativ		Duac (bensoylperoxid + klindamycin)** Alternativt Acnatac (tretinoin + klindamycin)	Remiss till dermatolog
Tredjehandsalternativ		Tetralsal (lymecyklin)* + topikal behandling med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Epiduo (bensoylperoxid + adapalen) Alternativt Kombinerad hormonell metod*** + topikal behandling enl ovan	
Fjärdehandsalternativ		Remiss till dermatolog	

* Behandling under högst två perioder à tre månader, sedan remiss till dermatolog.

** Kombinationsbehandling med bensoylperoxid och topikala antibiotika minskar risken för resistensutveckling hos P. acnes.

*** Till kvinnor med samtidigt behov av antikonception och som saknar riskfaktorer för venös tromboembolism kan kombinerad hormonell preventivmetod innehållande etinylöstradiol och gestagen i form av drospirenon, dienogest eller desogestrel förskrivas, se kapitel Gynnekologi och obstetrik.

Om effekten ej är tillräcklig med utvärtes monoterapi kan något av kombinationspreparaten med bensoylperoxid och adapalen (**Epiduo**), bensoylperoxid och klindamycin (*Duac*) eller klindamycin och tretinoin (*Acnatac*) prövas. Kombinationspreparaten förefaller effektiva enligt studier och klinisk erfarenhet. Sannolikt underlättas även följsamhet till behandlingen. Av kombinationspreparaten ingår **Epiduo** och *Acnatac* i läkemedelsförmånen.

Monoterapi med lokalt antibiotikum ska undvikas. Risken för resistensutveckling minskar med kombinationsbehandling. Antibiotika lokalt och systemiskt bör inte kombineras.

Vid svårare akne kan långtidsbehandling med tetracyclin (*Tetralysal*) i fulldos krävas. Behandlingen bör, om möjligt, seponeras efter 3 månader. Vid återkommande behov av peroral tetracyclinbehandling eller vid utebliven effekt rekommenderas remiss till dermatolog för bedömning och ställningstagande till isotretinoinbehandling. Peroral antibiotikabehandling ska alltid kombineras med lokalbehandling, bensoylperoxid (**Basiron AC**) eller adapalen (**Differin**) eller kombinationspreparat bensoylperoxid och adapalen (**Epiduo**) för bättre effekt.

Vid ärrbildande (nodulocystisk) eller terapiresistent akne remitteras patienten till dermatolog.

Läkemedel mot seborroiskt eksem

Ketokonazol

Fungoral
schampo 20 mg/ml

Mikonazol +
hydrokortison
(grupp I-steroid)

Cortimyk
kräm 20 mg/g + 10 mg/g

Vid seborroiskt eksem i hårbotten används i första hand svampdödande medel med ketokonazol (**Fungoral**). Detta eliminerar jästsvamp (*Malassezia* sp.) som anses vara en bidragande orsak till seborroiskt eksem. Alternativ är schampo med selendisulfid (*Selsun*). I svårare fall kombineras behandlingen med lokal steroid för hårbotten.

Seborroiskt eksem i ansiktet behandlas med grupp I-steroider, ofta i kombination med antimykotikum (**Cortimyk kräm**).

Läkemedel mot rosacea

Azelainsyra	Finacea gel 15 %
Metronidazol hydrokortison (grupp I-steroid)	Rozex kräm 0,75 %

Vid lindrig till måttlig rosacea kan man inleda med lokalbehandling (**Finacea** alternativt **Rozex**). Vid måttlig–svår rosacea eller om lokalbehandling inte givit tillräcklig effekt, rekommenderas peroral behandling med lymecyklin (*Tetralysal*) under 6–12 veckor i kombination med Finacea.

Fortsätt med topikal underhållsbehandling när Tetralysalbehandlingen har avslutats.

Ett alternativ vid topikal behandling är ivermektin i krämbas (*Soolantra*). Soolantra ingår i läkemedelsförmånen med begränsning (vid otillräcklig effekt av azelainsyra).

Med indikationen papulopustulös rosacea finns även peroralt doxycyklin med modifierad frisättning (kapsel Oracea 40 mg). Läkemedlet ingår inte i läkemedelsförmånen.

För symtomatisk behandling av hudrodnad vid rosacea finns brimonidin (MIRVASO) i gelberedning, en α_2 -adrenerg receptoragonist. Läkemedlet ingår inte i läkemedelsförmånen.

Till patienter med rosacea där mjukgörande behandling i ansiktet behövs rekommenderas en lotion med lägre fetthalt.

Läkemedel mot aktiniska keratoser

Aktiniska keratoser (AK) är vanligt förekommande och kan i många fall behandlas inom primärvården. Enstaka AK hos äldre och sköra patienter kan lämnas utan åtgärd. Vid diagnostisk osäkerhet, eller om otillräcklig effekt konstateras vid behandlingskontroll, rekommenderas remiss till hudläkare.

Fluorouracil	Tolak kräm 40 mg/g
Imikvimod	Zyclara kräm 3,75 %

För lokalbehandling av aktiniska keratoser finns imikvimod (**Zyclara**, *Aldara*) och fluorouracil (5-FU) (**Tolak**). 5-FU finns även i kombination med salicylsyra (*Actikerall*).

Preparaten har dokumenterad och likvärdig effekt. De skiljer sig beträffande behandlingsrutin och hur stort område som kan behandlas per omgång samt i viss mån biverkningsprofil. Preparatval görs med hänsyn till patient och behandlingsområdets storlek.

Inför behandlingsstart är det mycket viktigt att informera patienten om förväntade och ibland kraftiga lokalreaktioner. Eventuella hyperkeratoser avlägsnas innan behandlingsstart (se Avfjällande medel, eller genom kurettage). Enstaka hyperkeratotiska AK kan behandlas med *Actikerall* utan föregående avfjällning.

Kryokirurgi kan vara ett alternativ vid små avgränsade områden (remiss till hudmottagning).

Systemläkemedel med immunmodulerande och antiinflammatoriska egenskaper

Inom dermatologisk specialistvård används ett ökande antal systemläkemedel med immunmodulerande och antiinflammatoriska egenskaper. Dessa läkemedel används framförallt vid svårare former av systemsjukdomar, exempelvis utbredd psoriasis eller svårbehandlad atopisk dermatit, men också vid en rad andra dermatoser där lokalbehandling inte är tillräcklig.

Många av dessa preparat påverkar patientens immunförsvar i olika utsträckning och kan tillfälligt behöva utsättas vid infektion i samråd med hudläkare.

Biverkningar och frågeställningar kring dessa behandlingar och läkemedel hanteras i första hand via behandlande hudklinik.

Se även kapitel Aspekter på behandling med TNF-alfahämmare och andra biologiska immunmodulerande läkemedel.