

D Hud

D01 Antimykotika



Medel vid hudmykoser

Ekonazol	Pevaryl kräm 1 %
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
Terbinafin	Terbinafin kräm 10 mg/g tabl 250 mg

Som inledning till lokalbehandling av kliande svampinfektion kan gärna ett kombinationspreparat med grupp I-steroid (**Cortimyk**) eller grupp II-steroid (**Pevisone**) användas i en veckas tid. Den rent antimykotiska behandlingen, som därefter följer, bör fortgå i 2 veckor efter det att klinisk utläkning erhållits (krävs 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 (trädsvamp) och inte vid pityriasis versicolor (jästsvamp).

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

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

D02 Mjukgörande medel



		Fetthalt
Karbamid	Canoderm kräm 5 % kutan emulsion 5 %	22 % 20 %
Glycerol	Miniderm kräm 20 % kutan emulsion 20 %	24 % 19 %
Karbamid + natriumklorid	Karbasal kräm 4 % + 4 %	18,5 %
Propylenglykol	Propyless kutan emulsion 200 mg/g	9 %

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 eksembehandling gör regelbunden och frekvent användning av mjukgörare att behovet av steroider minskar (steroidsparande effekt).

Ett förstahandsval vid eksem är karbamid i krämbas (**Canoderm**). Vid behandling av atopiskt eksem hos vuxna har man visat att underhållsbehandling med Canoderm, minst 2 gånger dagligen, kan förlänga tiden till återfall. Till barn kan propylenglykol i lotion (**Propyless**) alternativt glycerol i krämbas (**Miniderm**) användas om karbamidinnehållande beredningar svider. Miniderm är lämpligt för små barn. För patienter som önskar propylenglykol i krämbas finns *Propyderm*. Karbamid- och mjölksyrainnehållande beredningar kan svida och bör därför inte ges till mindre barn. **Karbasal** kan vara ett alternativ till äldre med torrhetsklåda. Till patienter med rosacea där mjukgörande behandling i ansiktet behövs rekommenderas en lotion med lägre fetthalt.

Kombinationen propylenglykol och mjölksyra i krämbas (*Locobase LPL*) används som avfällande och mjukgörande behandling vid iktyos och andra lokaliserade hyperkeratotiska tillstånd samt vid mycket torr hud.

D03 Medel vid sårvård

Vid bensår är det viktigt att ställa diagnos och behandla orsaken till såret. Man bör anpassa behandlingen efter aktuellt status. Förbandsutbudet har blivit alltmer komplext. Rekommenderade såromläggningmaterial finns på aktuellt ”Sårbehandlingskort” som uppdateras efter varje ny upphandling, se www.regionorebrolan.se/lakemedel, markera läkemedelsrekommendationer/broschyrer, kort



D04 Klådstillande medel

Klåda är ofta ett svårvärderat symtom och 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**, **Loratadin**, **Desloratadin**) användas i första hand. För handläggning i övrigt hänvisas till separata vårdprogram.

Vid utvärtes behandling är **Karbasal** (karbamid, natriumklorid) ett förstahandsalternativ till äldre med torrhetsklåda. 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.

D05 Medel vid psoriasis

Avfjällande medel

Salicylsyra

Salsyvase 2 %

salva

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

kräm

Salicylsyreolja 5 % (APL-produkt)

kutan lösning

* Se Äldre och läkemedelskortet, bilaga 6, sid 320.

Kortikosteroider för utvärtes bruk

Se avsnitt D07, sid 83

Betametason
(grupp III-steroid)
+ salicylsyra

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

Vitamin D-analog + kortikosteroid för utvärtes bruk

Kalcipotriol +
betametason
(grupp III-steroid)

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

Enstilar

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

Psoriasis behandlas i ambulanspraxis med avfällande medel vid behov, mjukgörande kräm och periodvis grupp II-III steroid i en nedtrappande regim eller kombinationen kalcipotriol + betametason (**Daivobet salva, Enstilar kutant skum**). 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 Daivobet. Den högre kostnaden för Daivobet relativt topikal steroid kan i vissa fall kompenseras och motiveras av bättre effekt och följsamhet till behandlingen. Kombinationen kalcipotriol + betametason finns även i beredning kutant skum (**Enstilar**) som ett alternativ till Daivobet salva. 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 (**Daivobet gel**) en välfungerande behandling (läs behandlingsinstruktionen). Gelberedningen av Daivobet omfattas bara av läkemedelsförmånen på indikation hårbottenpsoriasis, men kan utan förmån även användas för behandling på andra delar av kroppen (ej hudveck).

Kombinationen av potent steroid och avfällande 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 avfällande 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.

* Se Äldre och läkemedelskortet, bilaga 6, sid 320.

D06 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). Kräm med väteperoxid (*Microcid*) kan prövas. Se även Läkemedel till barn, sid 248.

På grund av risk för resistensproblematik bör fusidinsyra (*Fucidin*) användas restriktivt. Vid bullös impetigo är det olämpligt att använda fusidinsyra på grund av resistensproblematik. Vid utbredda infektioner bör systemiska antibiotika användas. Mupirocin (Bactroban) ska reserveras för behandling/eradikering av meticillin-resistenta *Staphylococcus aureus* (MRSA).

För behandling av hud- och mjukdelsinfektioner inklusive labial herpes se avsnitt J05.



D07 Glukokortikoider för utvärtes bruk

Milt verkande (Grupp I)

Hydrokortison

Hydrokortison

kräm 1 %

salva 1 %

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 %

Betametason

kräm 0,1 %

Mometason

Ovixan

kräm 1 mg/g

kutan lösning 1 mg/g

Mometason

kräm 1 mg/g

salva 1 mg/g

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

Vid inledning av 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, Betametason**) förstahandsval. **Ovixan** kräm 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 eksem (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 behandling med mjukgörare är grundläggande och minskar behovet av lokal steroid. En mjukgörare (Canoderm kräm) har visat sig förlänga tiden till recidiv hos vuxna med atopiskt eksem.

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).

D08 Antiseptika och sårmedel

Handdesinfektion

Rutinmässigt

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 med glycerol)
Promanum Pure
(etanol, isopropanol)

Huddesinfektion

Preoperativt och vid spinalanestesi, central/perifer venkateter, venprovtagning

Descutan
impregnerad svamp (4 % klorhexidin)
hemptvättpack (4 % klorhexidin)

Klorhexidinsprit
kutan lösning 5 mg/ml (70 % sprit, ofärgad)
(vid risk för klorhexidinallergi rekommenderas M-sprit)

Slemhinnedesinfektion

Desinfektion i samband med förlossning, operativt ingrepp

Klorhexidin
kutan lösning 2 mg/ml
(alt till klorhexidintvål)

Sårmedel

Alsol + sprit

Alsolsprit
lösning 10 mg/ml 250 ml
(etanol 100 mg/ml)

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





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

För information kring rekommenderade sårvårdsprodukter se aktuellt Sårbehandlingskort, www.regionorebrolan.sellakemedel, *markera läkemedelsrekommendationer/ broschyrer, kort*

D10 Medel mot akne, seborroiskt eksem samt rosacea

Medel mot akne

Adapalen	Differin gel 1 mg/g kräm 1 mg/g
Bensoylperoxid	Basiron AC gel 5; 10 %
Adapalen + bensoylperoxid	Epiduo gel 1 mg/g + 25 mg/g

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*).

Om effekten ej är tillräcklig med utvärtes monoterapi kan något av kombinationspreparaten med bensoylperoxid och klindamycin (*Duac*), bensoylperoxid och adapalen (**Epiduo**) 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 tetracyklin (*Tetralysal*) i fulldos krävas. Behandlingen bör, om möjligt, seponeras efter 3 månader och kan upprepas vid eventuellt recidiv. Vid återkommande behov av peroral tetracyklinbehandling övervägs remiss till dermatolog. Om ingen effekt noterats efter 3 månader avslutas behandlingen. Peroral antibiotikabehandling ska alltid kombineras med lokalbehandling, bensoylperoxid (**Basiron AC**) eller adapalen (**Differin**) eller kombinationspreparat (**Epiduo**) för bättre effekt.

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

Behandlingsrekommendation vid akne enligt Läkemedelsverket

Se sid 88.





	Komedoakne	Papulopustulös akne		Svår akne	
		Mild	Medelsvår	Papulopustulös	Nodulocystisk
Förstahands- alternativ	Differin (adapalen)	Monoterapi med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Skinoren (azelaínsyra) Alternativt kombinationspreparat Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Tetralsal (lymecyklin)* + topikal behandling med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Epiduo (bensoylperoxid + adapalen)	Remiss till dermatolog
Andrahands- alternativ			Duac (bensoylperoxid + klindamycin)** Alternativt Acnatac (tretinoin + klindamycin)	Remiss till dermatolog	
Tredjehands- alternativ			Tetralsal (lymecyklin)* + topikal behandling med: Basiron AC (bensoylperoxid) el Differin (adapalen) el Epiduo (bensoylperoxid + adapalen) Alternativt Kombinerad hormonell metod*** + topikal behandling enl ovan		
Fjärdehands- alternativ			Remiss till dermatolog		

* Behandling under högst två perioder å 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 eller desogestrel förskrivas, se sid 95.

Medel mot seborroiskt eksem

Ketokonazol	Ketoconazol schampo 20 mg/g
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 **Ketoconazol**. Detta eliminerar jästsvamp (*Malassezia* sp.) som anses vara en bidragande orsak till seborroiskt eksem. Alternativ är svavelhaltigt schampo (*Sevorex*). Kombineras i svårare fall med lokal steroid för hårbottenbehandling.

Seborroiskt eksem i ansiktet behandlas med grupp I-steroider, ofta i kombination med antimykotikum (**Cortimyk kräm**). Observera grupp III–IV-steroider är kontraindicerade till ansiktet, då de kan provocera fram en rosacea.

Medel mot rosacea

Azelainsyra	Finacea gel 15 %
Metronidazol	Rozex gel 0,75 % 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 avslutats.

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

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

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

D11 Övriga dermatologiska medel



Medel mot aktiniska keratoser

Aktiniska keratoser är vanligt förekommande och kan i många fall behandlas inom primärvården. Enstaka aktiniska keratoser hos äldre och sköra patienter kan lämnas utan åtgärd. Vid diagnostisk osäkerhet, eller om otillräcklig effekt konstateras vid behandlingskontroll, rekommenderas remiss till hudläkare för närmare bedömning och behandling. Kryokirurgi kan vara ett alternativ vid små avgränsade områden.

Imikvimod

Aldara
kräm 5%

Zyclara
kräm 3,75%

Ingenolmebutat

Picato
gel 150; 500 mikrog/g

För lokalbehandling av aktiniska keratoser finns idag imikvimod (**Aldara**, **Zyclara**) och ingenolmebutat (**Picato**). Preparaten har dokumenterad och likvärdig effekt. De skiljer sig dock beträffande koncentration, 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.

Topikala immunmodulatorer (TIM)

Takrolimus (Protopic) och pimekrolimus (Elidel) är läkemedel som bör handhas av läkare med särskild kompetens eller erfarenhet av att behandla eksem. TIM används som alternativ vid behandling av atopiskt eksem när lokala steroider inte bedöms tillräckliga eller lämpliga.