

 Symbolen indikerar att det finns bild som illustrerar texten

Alla bilder finns samlade i en pdf-fil. 

Definition:

Eksem är en kliande, kroniskt återkommande, inflammatorisk hudsjukdom

Diagnos:

Diagnosen är oftast klinisk, ett typiskt eksem känns igen av de flesta läkare. I mörk hud  ser eksemet vanligtvis annorlunda ut jämfört med i ljus hud eftersom rodnaden blir mindre synlig. Typiskt för mörk hud är också att eksemet i högre grad sätter sig över armbågar och knän på sträcksidorna, är mer papulöst samt läker med hyperpigmenteringar snarare än hypopigmenteringar vilket är fallet i ljus hud.

Vid osäkerhet kring diagnos kan Williams diagnoskriterier(1) komma till användning:

1. *Obligatoriskt kriterium:* Klåda.
2. *Dessutom minst tre av följande kriterier:*
 1. Anamnes på eksem på ålderstypisk lokalisation (se nedan)
 2. Anamnes på astma eller hörsnuva hos patienten (eller på atopisk sjukdom hos förstagrads släkting om patienten är under fyra år).
 3. Anamnes på generellt torr hud under det senaste året.
 4. Aktuellt synligt eksem på ålderstypisk lokalisation.
 5. Debut före två års ålder (kriteriet utnyttjas inte om barnet är under fyra år).

Vid fortsatt osäkerhet kring diagnosen eksem bör remiss till hudläkare skrivas.

Eksem i olika åldrar

Lokalisationen för eksem skiljer sig åt mellan olika åldrar och man brukar därför dela in eksem i tre faser. Gemensamt för alla faser är att barnen har klåda och torr hud.

Infantil fas (< 2 år): Eksemet börjar ofta på kinderna, kan även sprida sig diffust över bål och extremiteter, ofta med övervikt på sträcksidor.

Barnfasen (2–12 år): Utslagen är ofta lokaliserade till arm- och knäveck samt runt handleder och vrister. Handeksem är inte ovanligt. Huden förtjockas (lichenifieras) och uppvisar rivmärken på grund av ständig klåda och rivning.






Ungdoms-/vuxenfas: Eksemet kan fortfarande vara lokaliserat till böjveckan. det är också vanligt med eksem på händerna, på halsen, i ansiktet inkluderande ögonlocken, runt munnen, i pannan samt i hårbotten.

Behandling av eksem:

Lokalbehandling:

Målet med behandlingen är att barnet eller ungdomen inte längre ska besväras av sitt eksem, det vill säga, vara helt eller så gott som helt symtomfri, under så lång tid som möjligt. Behandlingen inriktar sig på att behandla klåda, eksem och torr hud. För att få ett bra behandlingsresultat är det viktigt att läkare eller sjuksköterska tar sig tid att gå igenom vilka

 Smörjteknik 1

-  Smörjteknik 2 faktorer som kan försämra eksemet (se nedan) samt hur behandlingen skall utföras. Genomgång av smörjteknik är avgörande för ett bra
-  Smörjteknik 3 behandlingsresultat. Berätta att behandlingen inte är botande, men lindrande och att mjuk, välsmord hud minskar eksemutbrotten. Eksem har en betydande påverkan på barnets och familjens livskvalitet(2) varför det är viktigt att se till att barnen får effektiv behandling.
-  Smörjteknik 4
-  Smörjteknik 5
-  Smörjteknik 6
- 1. Mjukgörande kräm**
Regelbunden insmörjning med mjukgörande kräm är en viktig del i eksembehandlingen och minskar eksemutbrotten.(3) Använd gärna mjukgörande i riklig mängd 1-2 gånger dagligen, alltid efter bad/dusch, vid handeksem efter handtvätt.
Mjukgörande kan inte överanvändas, ”tillvänjning” sker inte. Användes i stor mängd och ska masseras in.
Krämer med glycerol och propylenglykol kan användas. Krämer med karbamid är bra men kan svida hos barn om koncentrationen överstiger 2 %.
- 2. Glukokortikoider**
Principen för eksembehandling med kortisonkrämer är att *slå hårt och trappa ut mjukt*. Lokala glukokortikoider är förstahandsbehandling vid eksem. Börja med preparat som har tillräckligt hög styrka för att dämpa eksemet effektivt. Använd preparatet tillräckligt länge (1–4 veckor) det vill säga tills eksem och klåda försvunnit samt i ytterligare några dagar upp till en vecka.
Lokala glukokortikoider bör inte utsättas förrän man uppnått klinisk läkning. När man erhållit kliniskt svar, det vill säga då klådan och eksemet är borta, kan man starta nedtrappning av behandlingen. Detta görs lättast genom att glesa ut behandlingen. Upprepade behandlingsperioder blir ofta nödvändiga. Rätt använda har lokala glukokortikoider få lokala biverkningar och ringa systempåverkan.(4, 5)
- Till hårbotten användes kutan emulsion som är bra då den inte svider. Kutan lösning är kosmetiskt mer tilltalande då den är mindre fet men svider vanligtvis, men föredras oftast av tonåringar.
- Grupp I steroid:** 1-2 gånger dagligen vid lindrigt eksem. Kan användas över hela kroppen, inklusive ansiktet och runt ögonen.
Grupp II steroid: 1-2 gånger dagligen. Inte i ansikte, axiller, ljumskar eller genitalt mer än några få dagar.
Grupp III steroid: 1-2 gånger dagligen. Starkaste kortisonkrämen som används på barn. Skall inte användas i ansikte, axiller, ljumskar eller genitalt. Vid svåra återkommande eksem kan man underhållsbehandla 2 dagar/vecka på de ställen där eksemet brukar finnas för att förebygga recidiv.(6)
- Lokalbehandling med glukokortikoidkräm i förhållande till ålder och svårighetsgrad av eksem**

	Spädbarn	Småbarn	Större barn/vuxna
Lindrigt eksem	Grupp I	Grupp I	Grupp I-II
Måttligt eksem	Grupp I-II	Grupp II-III	Grupp II-III
Svårt eksem	Grupp II	Grupp III	Grupp III

Används i riklig mängd och masseras in. Förskriv tillräcklig mängd, se tabell nedan.

Tabellen anger ungefärlig åtgång per **vecka** vid smörjning morgon och kväll.(7)

Ålder	Hela kroppen	Bålen	Armar och ben
6 månader	35g	15g	20g
-4 år	60g	20g	35g
-8 år	90g	35g	50g
-12 år	120g	45g	65g
Vuxen (70 kg)	170g	60g	90g

3. Kalcineurin-hämmare

Kalcineurinhämmarna utgör bra behandlingsalternativ vid eksem i ansikte, hals eller i känsliga hudveck då grupp I steroid har otillräcklig effekt. Kan användas på barn över 2 år.(3) Tacrolimus 0.03% (Protopic®), motsvarar grupp II - III steroid, medan Pimecrolimus 1% (Elidel®) motsvarar grupp I - II steroid.

Används 2 ggr dagligen tills eksemet försvunnit eller upp till 3 veckor. Vid återkommande ansiktseksem kan man underhållsbehandla 2 dagar/vecka för att förebygga recidiv.(8) Ska inte användas i samband med solljus.

Behandling av sekundärinfekterade eksem

Staphylococcus Aureus är vanligt förekommande i eksemhud och föranleder i sig inte behandling med antibiotikum. Vanligtvis räcker behandling med lokala glukokorticosteroider. Vid klinisk sekundärinfektion med vätskande eksem 📷 krävs dock ofta behandling med peroralt antibiotikum. Bakteriekodning tas innan insättning av antibiotika. Till barn rekommenderas cefadroxilmixtur 25–30 mg/kg/dygn fördelat på två doser alternativt flukloxacillinmixtur 50–75 mg/kg/dygn fördelat på tre doser. Vid penicillinallergi kan man använda klindamycin 15 mg/kg/dygn fördelat på tre doser. Det är viktigt att parallellt med antibiotikabehandlingen behandla inflammationen. Steroidkräm ska smörjas även i sår och ofta behövs grupp II – III steroid.

Eksem med snabb spridning 📷 som försämrats trots adekvat behandling med steroidkrämer kan vara sekundärinfekterade även i avsaknad av

vätskning, överväg peroralt antibiotika.

Baddning med 0,1 % kaliumpermanganatlösning eller bad 10 min/dag (1ml av kaliumpermanganatlösning 3 % per liter vatten) de första dygna är upptorkande, klådstillande och har en antibakteriell effekt. OBS Kaliumpermanganat är starkt färgande och kan missfärga emaljerade badkar.

Streptokocker kan ibland orsaka infektion i eksem och ska behandlas. Insätt 10 dagars med PcV i dosen 37,5 mg/kg/dygn fördelat på tre doser (dvs samma som vid tonsillit).

Även Herpes Simplex kan orsaka infektion i eksemhud, Eczema Hepeticum är en ovanlig men akut och allvarlig komplikation som bör handläggas i samråd med hudläkare och vid ögonnära lokalisering med ögonläkare.

Behandling av klåda

Klåda behandlas bäst genom att behandla eksemet bra med steroidkrämer. Tubgas kan användas för att försöka bryta klådcirkeln. Antihistamin hjälper inte mot själva klådan, men man kan använda sederande antihistaminer, tex Klemastin (Tavegyl®) eller Hydroxizin (Atarax®) för att skynda på insomnandet och sekundärt minska kliandet i det akuta skedet. Ge hela dygnsdosen till natten.

Övrig behandling:

Ljusbehandling kan övervägas till tonåringar med otillräcklig effekt av behandling med steroidkrämer – remiss till hudläkare.

Systemisk behandling med immunmodulerande läkemedel kan övervägas vid mycket svåra eksem där övrig behandling haft otillräcklig effekt, rådgör med hudläkare eller van barnläkare.

När eksembehandlingen inte fungerar

Underbehandling? Den vanligaste orsaken till behandlingssvikt är underbehandling. Underbehandling kan bero på dålig compliance eller för svag steroidkräm. Har familjen fått genomgång gällande smörjteknik? Behöver de hjälp med strategier för att klara av behandlingen?

Sekundärinfektion? Överväg sekundärinfektion hos eksem som inte svarar på adekvat behandling.

Allergi? IgE-medierad allergi spelar oftast inte så stor roll som många tror. Hos små barn med svåra eksem, bör allergiutredning med pricktest och/eller specifikt IgE göras. Testa i första hand för mjölk och ägg. Hos äldre barn med utbredda svårbehandlade eksem kan testning med specifikt IgE för kvalster vara indicerat.

Fel diagnos? (se nedan för differentialdiagnoser)


Psykosocial påfrestning? Eksem förvärras av stress. Hur ser det ut runt barnet hemma och i skolan? Kontakt med barnpsykolog/barnpsykteam kan ibland vara avgörande för behandlingsresultatet.

Om utbredda, svårbehandlade eksem, kontakta hudläkare för samarbete.

Icke-allergiska faktorer som kan försämra eksem:


1. **Uttorkning** Mjukgörande kräm minskar torrheten i huden och förlänger tiden till nästa eksemuppblösning. Tvål och vatten är uttorkande. Tvättkräm kan användas istället för tvål. Efter bad/dusch klappas huden torr och smörjes med mjukgörande kräm.
2. **Klåda** (för behandling se ovan)
3. **Infektioner** Vanliga övre luftvägsinfektioner och andra infektioner ger nästan alltid försämring av eksem och eksembehandlingen behöver ofta intensifieras. Sekundärinfektioner i eksemet förekommer ibland och orsakas vanligtvis av *Staphylococcus aureus*.
4. **Oro och påfrestning** Ofta försämras eksemet i stressade perioder såsom inför prov eller terminsslut med betygssättning. Ibland finns allvarigare bakomliggande social problematik som gör att eksemet "aldrig blir bra", se ovan.
5. **Yrkesval** Var god se särskild stencil, Barnallergisektionen.
6. **Årstid** Flertalet barn med eksem blir sämre på vintern, en del barn försämras dock på sommaren.
7. **Ylle/syntet** har ofta en irriterande effekt och ger klåda i huden hos barn med eksem.
8. **Röda/gula frukter+bär, choklad** Många barn med eksem har en icke-immunologisk intolerans mot dessa ämnen.
9. **Svettning** Många barn med eksem försämras av svettning.
10. **Klorbad** Klor har en försämrande effekt på eksem. Det är i mycket sällan indicerat att skriva intyg till barn för att de ska slippa delta på simundervisning, förutom vid akuta försämringsskov då det kan vara nödvändigt för några simtillfällen. Målet bör istället vara att eksemet ska vara så välbehandlat att barnet klarar av klorbad och intygsskrivning eller kontakt med skolan bör tas för att möjliggöra för barnet att smörja sig med mjukgörande helst både innan och efter badet.


Eksemvarianter:

 **Nummulärt eksem** – svårbehandlat. Behandling med grupp III steroid under hydrokolloidplattor (typ Duoderm®) fungerar ofta bra.

Mamilleksem – kan också behöva plattor för minskat skav/irritation

Infragluteala/gluteala eksem – svårbehandlade, kräver ofta stark steroid.

 **Juvenil plantar dermatos** (atopiska vinterfötter)- glukokortikoider har oftast ingen effekt. Behandlas bäst med fet mjukgörande kräm. Locobase LPL®, innehållande bla mjölksyra som är avfjällande, kan ha god effekt men svider ofta.

 **Slickeksem** – uppstår ofta vintertid. Slickningen är smärtlindrande för barnet men uttorkande och underhåller eksemet. Behandlas med grupp I steroid morgon och kväll i kombination med fet mjukgörande kräm (tex Locobase Repair® eller Ceridal Lipogel®) så ofta som möjligt.

**Differential-
diagnoser:**

 **Seborroiskt eksem**

Seborroiskt eksem förekommer hos barn under de första levnadsåren. Utslagen kännetecknas av feta fjäll och skorpor, särskilt i hårbotten, ansikte samt rodnad i axiller, ljumskar och i blöjområdet. Vanligtvis saknas klåda. Kan vara svårt att skilja från infantilt eksem men behandlingen är densamma.

   **Keratosis pilaris**

Keratosis pilaris är snarast att betrakta som en hudtyp än en hudsjukdom. Keratosis pilaris orsakas av ansamling av keratin i hårsäckarnas utförsångar som pluggar igen hårsäcken. Lokaliserat till kinderna samt lårens och överarmarnas lateralsidor som ofta känns knottriga vid palpation. Vanligtvis ses samma hudtyp hos någon av föräldrarna. Barnen har vanligtvis inga besvär men ibland ses blossningar och lättare klåda. Kan behandlas med mjukgörande kräm om kosmetiskt störande.

 **Svamp**

Dermatofytinfektioner har till skillnad från eksem en asymmetrisk utbredning men kan ibland vara svåra att skilja från nummulära former av eksem. Vid tveksamhet - tag svampodling. Detta görs som skrapprov från randzonen med frågeställning dermatofyt.

 **Skabb**

Utslagen vid skabb har det gemensamt med eksem att klådan är intensiv. De kan se ut som ett torrt eksem. Skabb ger till skillnad från eksem ofta en generell klåda även på de partier av kroppen där utslagen inte finns. Vid misstanke om skabb bör dermatolog kontaktas för säker diagnos genom framletande av skabbdjur.

 **Perioral dermatit**

Lokaliserat runt munnen. Vanligtvis ses en blandning av papler och pustler som ibland sprider sig upp över kinderna mot ögonen. Området kring det läpproda är ofta sparat vilket sällan är fallet vid eksem. Ger ingen klåda eller andra besvär. Känd biverkan efter behandling med starka kortisonkrämer i ansiktet eller hos barn som medicinerar med inhalationssteroider via spacer med mask. Perioral dermatit uppstår även ofta spontant utan känd utlösande faktor. Kortisonkräm ska undvikas och i aktuella fall ska genomgång av hygien i samband med kortisoninhalationer ges. Om utebliven förbättring kan remiss till hudläkare för ställningstagande till annan behandling bli aktuellt.

Referenser:

1. Williams HC. Diagnostic criteria for atopic dermatitis. Lancet. 1996 Nov 16;348(9038):1391-2.
2. Ganemo A, Svensson A, Lindberg M, Wahlgren CF. Quality of life in Swedish children with eczema. Acta Derm Venereol. 2007;87(4):345-9.
3. Voegeli D. The vital role of emollients in the treatment of eczema. Br J Nurs. 2011 Jan 27-

Feb 9;20(2):74-80.

4. Hong E, Smith S, Fischer G. Evaluation of the atrophogenic potential of topical corticosteroids in pediatric dermatology patients. *Pediatr Dermatol.* 2011 Jul;28(4):393-6.
5. Friedlander SF, Hebert AA, Allen DB. Safety of fluticasone propionate cream 0.05% for the treatment of severe and extensive atopic dermatitis in children as young as 3 months. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Mar;46(3):387-93.
6. Williams HC. Twice-weekly topical corticosteroid therapy may reduce atopic dermatitis relapses. *Arch Dermatol.* 2004 Sep;140(9):1151-2.
7. Läke medelsverket. Behandling av atopiskt eksem 2005.
8. Reitamo S, Allsopp R. Treatment with twice-weekly tacrolimus ointment in patients with moderate to severe atopic dermatitis: results from two randomized, multicentre, comparative studies. *J Dermatolog Treat.* 2010 Jan;21(1):34-44.