

# HUDATLAS

## II



Alf Björnberg • Eva Tegner

Alf Björnberg är med. dr. och docent i dermato-venereologi vid Lunds Universitet.

Eva Tegner är med. dr. och docent i dermato-venereologi vid Lunds Universitet.

Båda författarna har under en lång följd av år undervisat blivande läkare och sjuksköterskor i dermatologi.

Alf Björnberg och Eva Tegner har tillsammans utgivit tio böcker i dermatologi.

Hudatlas del 2, är en direkt fortsättning på Hudatlas för sjuksköterskor del 1 (andra upplagan år 2000), som rönt stor uppskattning och utgivits i flera nytryck. Del 1 och 2 kan användas tillsammans men också var för sig. Del 2 innehåller även den bilder av 50 dermatoser med sjukdomsbeskrivningar, differentialdiagnoser, förslag till behandling och kommentarer.

Hudatlas, som är den enda moderna svenska läroboken i dermatologi huvudsakligen avsedd för sjuksköterskor, har utgivits tillsammans med Astellas Pharma AB.

# HUDATLAS

## II

Alf Björnberg

*Med.Dr., Docent*



Eva Tegner

*Med.Dr., Docent*

Omslagsbilden visar yttlig basalcellscancer, blödning i åldrad hud, acne vulgaris och tatuering.

Denna del 2 av *Hudatlas* innehåller hänvisningar till bilder i del 1 av läroboken (*Hudatlas för sjuksköterskor*), utgiven av Astellas Pharma AB, Göteborg, andra upplagan år 2000.

1:a upplagan 5000 ex. Febr 2004

© Alf Björnberg, Eva Tegner och Astellas Pharma AB

© Foto Johan Landegren

© Layout Åse Björnberg Lidholm

Tryck: C A Andersson & Co, Malmö

ISBN 91-631-5030-1

# FÖRORD

Detta är del 2 av "Hudatlas". Del 1 utkom i sin andra upplaga år 2000. Den nya boken har disponerats så, att de båda delarna kan användas tillsammans men också var för sig. Vi har fortsatt strävat efter en kortfattad, praktisk framställning och har undvikit teoretiska, basala diskussioner.

Förhoppningsvis skall nu de sammanlagt 100 skildrade dermatoserna i den första och den andra delen av atlasen täcka främst sjuksköterskans dermatologiska vardag och kanske också vara en igenkännande bilderbok. Den kan också användas av andra personalgrupper inom sjukvården och apotekspersonal.

Överläkare Johan Landegren har ställt sina förnämliga kliniska fotografier till vårt förfogande och tackas varmt.

Astellas Pharma AB tackas för fortsatt samarbete också vid utgivandet av andra delen av denna lärobok i dermatologi.

FÖRFATTARNA



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	3	Diskoid lupus erythematosus	58
Innehållsförteckning	5	Venöst bensår	60
Efflorescenser	6	Arteriellt bensår	62
Hudbiopsi - PAD	7	Nekrotiserande vaskulit	64
Lymfadenosis benigna cutis	10	Blöjdermatit	66
Erythema migrans	12	Bullös impetigo	68
Candidaparonychi	14	Atopiskt mamilleksem	70
Munvinkelragader	16	”Självsprickor”	72
Pityriasis versicolor	18	Hyperkeratotiskt eksem	74
Exotisk tinea i hårbotten	20	Keratoderma palmo-plantaris	76
Herpes genitalis	22	Ichtyosis vulgaris	78
Molluscum contagiosum	24	Keratosi pilaris	80
Mosaikvårtor	26	Mongolfäck	82
Condylomata acuminata	28	Melasma	84
Hand, foot and mouth disease	30	Clavus	86
Erysipelas	32	Pigmentnevus	88
Flatlöss	34	Dermatofibrom	90
Fjärilslarvdermatit	36	Keloid	92
Larva migrans	38	Ytlig basalcellscancer	94
Spontana stellata pseudoärr	40	Erythema multiforme	96
Sunburn freckles	42	Toxikodermi	98
Soleksem	44	Erythema nodosum	100
Dermatosis papulosa nigra	46	Acne conglobata	102
Pityriasis amiantacea	48	Nagel-tic	104
Psoriasis i hårbotten	50	Alopecia areata	106
Psoriasis guttata	52	Tatuering	108
Pustulosis palmo-plantaris	54	Register	110
Lichen ruber planus	56		

## EFFLORESCENSER

Den dermatologiska diagnostiken grundar sig till stor del på utslagets makroskopiska bild. För enkelhetens och bekvämlighetens skull har man satt s.k. efflorescensnamn på de enskilda utslagen allt efter deras utseende (florescere=blomstra). Beteckningarna på dessa hudens ”små blommor” användes internationellt. De ingår dessutom i namnen på vissa hudsjukdomar och beskriver därigenom dessa, vilket kan vara bra för minnet, t.ex. impetigo bullosa, som alltså är en impetigoform med stora blåsor (bullae).

**Macula** = liten fläck, endast en färgskiftning i huden, som inte kan kännas med fingret.

**Erytem** = större rodnad yta, beroende på kärldilatation.

**Papel** = liten knottra.

**Nodulus** = större knottra, mer än 1 cm.

**Tumor** = knuta.

**Plaque** = upphöjd skiva.

**Vesikel** = liten vattenblåsa.

**Bulla** = större vattenblåsa, mer än 1/2 cm.

**Pustel** = varblåsa.

**Cysta** = tunnväggigt hålrum med vätska eller talg inuti.

**Urtica** = kvaddel, nässelutslag.

**Erosion** = ytligt sår i överhuden.

**Excoriation** = rivsår.

**Ulcus** = sår ner i läderhuden.

**Fissur, ragad** = hudspricka.

**Squama** = fjäll.

**Krusta** = skorpa.

**Cicatrix** = ärr.

**Infiltrat** = konsistensökning i eller under huden.

**Skleros** = hård hud.

**Atrofi** = uttunning av vävnad.

**Hypertrofi** = förtjockning av vävnad.



## HUDBIOPSI – PAD

När ögats upplösning inte räcker till för den morfologiska diagnostiken, kan en mikroskopisk undersökning av ett hudprov komplettera. Detta har blivit en omistlig del i dermatologisk verksamhet, vilket också framgår av exempel i denna bok. Nomenklaturen skiftar för undersökningen: histologisk, patologisk, histopatologisk, dermatohistopatologisk diagnostik; biopsi (som egentligen endast är själva utsnittet av en vävnadsbit); PAD (som betyder patologisk anatomisk diagnostik).

Biopsin kan utföras antingen med kniv eller, oftast, med s.k. stans under lokalbedövning. Stansen är ett skarpslipat rör (2-5 mm i diameter), som under tryck roteras mot huden och då skär ut en cylindrisk propp. Den utstansade proppen är sålunda liten och måste handhas med stor ömhet. Den får inte knipas samman med en pincett. Hudbiten nedföres genast djupt i en fixeringsvätska och får inte simma på ytan. Preparatet sändes till ett patologiskt laboratorium för inbäddning i paraffin, snittning i tunna skikt, färgning och till sist montering på ett objektglas färdigt för att undersökas av patolog och/eller dermatolog.



ENSKILDA  
HUDSJUKDOMAR

# LYMFADENOSIS BENIGNA CUTIS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 11-årig flicka har sedan 3 veckor en lätt ömmande, svullen, blårod örsnibb på höger sida, medan det vänstra örat är normalt. Förändringen har en slät yta och har tillvuxit sakta. Man har inte märkt något insektsstick eller fästingsbett. Känner sig frisk.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Nickeleksem:* är på örsnibbarna vanligen bilateralt. Den akuta eksemreaktionen innebär kliande, mm-stora papulo-vesikler i en högröd yta. Kan vätska. Patienten är då nickelallergisk mot sina "oäkta" metallörhängen.

# LYMFADENOSIS BENIGNA CUTIS

**N**amnet på sjukdomen förkortas ofta LABC. ”Lymfadenos” innebär, att den mikroskopiska bilden av den sjuka huden ser ut som en lymfkörtel. Därigenom är diagnosen med en hudbiopsi mycket lätt men behövs vanligen inte, vilket är angenämt i ett pediatrikt klientel. Den makroskopiska bilden på örat är nämligen så typisk, att om man har sett ett fall, bjuder sig diagnosen osökt vid nya patienter. De är mest barn kring 10-årsåldern, flickor såväl som pojkar. Endast ena örsnibben är svullen och blårod, den andra frisk. Huden är slät utan blås- eller sårbildning.

LABC orsakas av borreliaspiroketer, som finns i fästingars (vuxna djurs och mindre nymfers) munnar och som inympas i människans hud genom betten. Dessa känns inte, eftersom fästingen illmarigt bedövar, när den biter. Egendomligt nog har vanligen varken de drabbade barnen eller deras föräldrar sett fästingar på örat.

En vanligare borreliamanifestation är erythema migrans, sid. 12.

## BEHANDLING

Borreliainfektion bör tagas på allvar, eftersom denna spiroketos utan behandling kan sprida sig i kroppen och ge obehagliga senmanifestationer från olika inre organ. Till barn nyttjas penicillin i hög dos, och örsnibben läker snabbt.

*Lymfadenosis benigna cutis har som en typisk manifestation hos barn en akut, blårod svullnad av ena örsnibben, orsakad av en fästingsburen borreliabakterie.*

# ERYTHEMA MIGRANS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 35-årig man observerade för 3 veckor sedan en liten röd fläck framtill i vänster armhåla. Den varken kliade eller smärtade. Rodnaden har sedan sakta vuxit perifert och samtidigt bleknat något i centrum med antydning till ringbildning. Fjällar inte. Han känner inte till något lokalt insektsstick och inte heller (på direkt fråga), att någon fästing bitit honom. Men å andra sidan har han ägnat sig åt längre promenader i naturen. Vid noggrann besiktning återfinns i det främre axillarvecket en minimal mörk prick mitt i det röda området.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Ringorm (tinea corporis)*: är en svampinfektion med ringformat utseende men med fjällning, mest i kanten. Del 1, sid. 50.
- *Granuloma annulare*: är också ringformad men blek och kronisk. Hudfärgade knottor i periferin, ingen fjällning. Den lokala varianten sitter mest dorsalt på händer och fötter. Del 1, sid. 106.

# ERYTHEMA MIGRANS

**F**ästingen har ofta sjukdomsframkallande spiroketer av borreliasläktet i munnen, vilka vid blodsugning, både av vuxna djur och nymfer, kan inympas i huden hos människa (och varmblodiga djur). Efter en tid börjar en så småningom ringformad, röd inflammation migrera ut från bettstället. På ett par veckor kan ringen vara dm-stor i sin diameter. Inga allmänsymptom. Spiroketen tillhör borreliasläktet och har utan behandling en obehaglig benägenhet att senare engagera nervsystem, hjärta och leder. Spridningen till de inre organen kan ske från en obehandlad erythema migrans-ring men kan också uppkomma primärt utan föregående hudsymptom. Efter några månader kan en obehandlad borreliainfektion ge immunologiska tecken på sin närvaro genom antikroppsbildning, och ett blodprov kan då vara sägande, men alltså inte i de tidigaste stadierna av sjukdomen. Ungefär en tredjedel av patienterna har observerat och tagit bort en fästing centralt i den blivande röda ringen, hos en tredjedel observeras en mörk prick efter fästingsbettet, medan en tredjedel av patienterna inte sett eller hört någonting.

## BEHANDLING

Antibiotika i hög dosering mot spiroketen, penicillin eller tetracyclin.

*Erythema migrans är en röd, inflammatorisk ring, som orsakas av en borreliaspiroket och som utvecklas från ett centralt fästingsbett. Viktigt med antibiotika.*

# CANDIDAPARONYCHI



## KOMMENTARER TILL BILDEN

För drygt ett år sedan började en 43-årig lokalvårdare bli öm, röd och svullen kring nageln på höger pekfinger. Hon har sedan dess aldrig varit helt läkt, men tillståndet varierar från lätt rodnad till svullnad med värk. Ibland kan hon pressa fram en ”pärla” av gult var från djupet nertill under nagelfalsen. Hennes nagelband har här under hela sjukdomstiden varit borsteroderat. Nagelytan är oregelbundet, huvudsakligen horisontellt räfflad. Sedan ett par månader har samma symptom tillstött på ytterligare två fingernaglar. En kortare tids sjukskrivning har inte hjälpt.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Tinea unguium*: är också en svampinfektion men inte av jästsvamp utan av trådsvamp. Denna angriper endast själva nageln och låter nagelbandet vara ifred. Därför inte inflammation i huden kring nageln. Del 1, sid. 56.
- *Psoriasis*: samtidigt med nagelengagemang finns vanligen också typisk psoriasis på andra delar av kroppen. Samtidiga artrititer i yttersta fingerleden kan ge svullnad och hudrodnad och vålla extra diagnostiska bekymmer. Del 1, sid.40.



# CANDIDAPARONYCHI

Jästsvampen *Candida albicans* angriper hud, naglar, slemhinnor och, sällsynt, inre organ. Den ger en rad typiska sjukdomsbilder i hud och slemhinnor, enstaka, var för sig, eller i olika kombinationer: perlèche är sår i mungiporna sid. 16, paronychi drabbar nagelfalsen (som här), intertrigo ger hudlöshet i ljumskar, armhålor och under bröst (Del 1, sid. 58), genitala lesioner är balanit och vulvit, munhåleförändringar är vit ”torsk” eller röd ”skållad” tunga. Beträffande tillstånd som predisponerar för candida se sid. 17.

Själva nagelplattan kan invaderas av candida, men vid paronychi kommer symptomen huvudsakligen från vävnaderna kring nageln. En extra ömhet med varbildning uppträder tidvis på djupet inunder nagelfalsen, där nagelbandet saknas. Denna beror på sekundärinfektion med stafylokocker och/eller streptokocker. Vårt arbete försämrar. Nageln kan deformerar och missfärgas, gärna i blågrönt. Svampen smittar inte, men de sekundära infektionerna med varbakterier kan göra detta, vilket bör beaktas vid arbete med livsmedel. Först brukar en nagel drabbas, sedan spridning till flera men praktiskt taget aldrig till alla fingrar.

## BEHANDLING

Torrt, rent och atraumatiskt arbete är att föredra. Plasthandskar med torra bomullsvantar inuti under tidsbegränsade men oundvikliga brott mot denna tumregel. Sjukskrivning under längre tid kan bli aktuell. Lokalbehandlingen måste vara långvarig (månader till år): imidazolpreparat, nystatin, terbinafin. Vid svåra tillstånd ibland systemisk terapi.

*Candidaparonychi är en kronisk, svårbehandlad jästsvampinfektion, som huvudsakligen drabbar nagelfalsen på en eller ett par fingernaglar. Nagelbandet ”frätes bort”.*

# MUNVINKELRAGADER



## KOMMENTARER TILL BILDEN

Denna 70-åriga kvinna söker för smärtande ragader i båda mungiporna. Huden spricker upp, när hon gapar stort. Hon besväras också emellanåt av sveda i munnen vid stark mat och dryck och har märkt ett tidssamband mellan besvären i munhålan och mungiporna. Tungan är vid undersökningen ilsket röd. Patienten har en välkontrollerad, insulinbehandlad diabetes.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

Typisk bild men bakomliggande faktorer kan skifta.

# MUNVINKELRAGADER

**M**unvinkelragader (perlèche) är en vanlig candidamanifestation. *Candida albicans* är en jästsvamp, som angriper både hud och slemhinnor, sid. 15. Munhålan är särskilt utsatt med antingen en eldröd, ”skållad”, smärtande slemhinna eller en vit, mindre ömmande beläggning (”torsk”), som kan skrapas bort. Mungiporna, en eller båda, drabbas gärna samtidigt med munhålan. Candidaangrepp kan associeras till antibiotikabehandling, P-piller, graviditet, diabetes, svåra allmänsjukdomar, steroider, cytostatika. Svampen trivs dessutom i fuktig miljö.

Munvinkelragaderna kan, med eller utan samtidig candida, också provoceras av illasittande tandproteser med fuktigt läckage av saliven i mungiporna. Bettet kan behöva korrigeras.

En speciell form av fissurer i förgrovd hud i mungiporna (”gåsfot”) kan finnas hos atopibarn.

## BEHANDLING

Eventuell tandläkarkonsult enligt ovan. Bakomliggande allmänsjukdom? Lokalbehandling med antimykotika (imidazolpreparat, nystatin, terbinafin), ev. initialt i kombination med steroid.

*Munvinkelragader hos vuxna beror oftast på candidainfektion.*

# PITYRIASIS VERSICOLOR



## KOMMENTARER TILL BILDEN

Det är eftersommar, då denna 25-åriga kvinna söker för tråkiga, symmetriska, bilaterala, vita fläckar, mest över skuldrorna och övre delen av ryggen men också något på bröstet. Hon berättar, att utslaget framträtt alltmera i samband med att hon blivit brun av solen. Hon har i själva verket inte observerat det tidigare. Inga besvär fränsett de kosmetiska.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Vitiligo*: är vitare, kritvit, till färgen och fjällar inte ens vid hårdhänt rivning med en öronpinne. Det är också ovanligt med många små vita fläckar, brukar vara större ytor. Dessutom ofta vita fläckar på extremiteterna, glutéerna och ansiktet. Del 1, sid. 96.
- *Pityriasis alba*: ljusa, lätt vitfjällande mynststora ytor i ansiktet och ibland över axlarna hos barn och tonåringar. Blir rosa och svider vid irritation. Syns också mest på sommaren. Del 1, sid. 22.

# PITYRIASIS VERSICOLOR

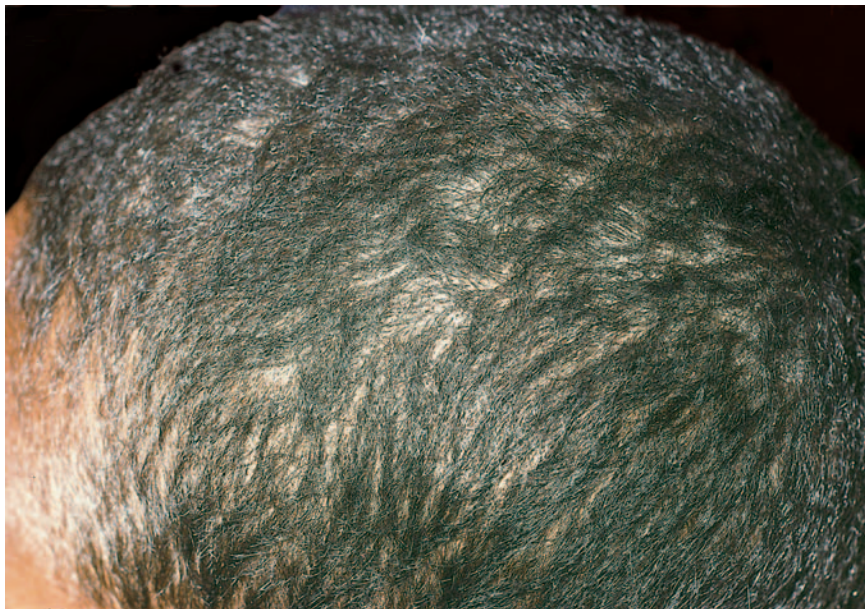
**D**enna jästsvampsjukdom orsakas av *Malassezia furfur*, en mycket vanlig saprofyt i människans hud utan symptom. Sådana kan emellertid uppkomma, när svampen "ettrat till sig" och drabbar i vårt klimat då mest övre delen av bålen. Men i fuktiga tropiker engageras dessutom andra delar av kroppen, inklusive ansiktet och extremiteterna. Färgen kan vara nästan vit (sommars) eller ljus brun (vinter), beroende på den kulörta kontrasten till den omgivande friska hudens pigmenteringsgrad. Detta betyder, att sjukdomen knappast syns på vår och höst. Dess namn versicolor betyder också "den som skiftar färg" (förnamnet pityriasis betyder fjällning). När man river med en pinne på den sjuka ytan, vit eller brun, kryllar den knappast skönjbara fjällningen upp sig och liknar ett hyvelspån, ett tecken viktigt för den kliniska diagnosen. Denna kan ytterligare säkras i mikroskopet, där metylenblåfärgade fjäll avslöjar sporer och mycelier. Sjukdomen smittar inte. Mest drabbas vuxna. Står ofta kvar i sitt symptomfria saprofytstadium efter behandling för att recidivera efter månader eller år. Sjukdomen kan ge lätt klåda.

## BEHANDLING

Lokala imidazol-preparat (schampo(!), lösning och/eller kräm). P.g.a. den stora recidivriskerna kan det vara klokt att efter den initiala behandlingen förebyggande gnida in huden med schampo en gång per månad under 6-12 månader. Terapi med schampo som hudkräm kan behöva en utförlig motivering för en skeptisk patient.

*Pityriasis versicolor är en icke smittsam jästsvampsjukdom med hög recidivfrekvens. Ger på sommaren vita och på vintern bruna fläckar på bålen.*

# EXOTISK TINEA I HÅRBOTTEN



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 5-årig mörk pojke remitteras från daghemmet, där man iakttagit håravfall och mjällbildning i hårbotten. Han kom för några månader sedan till Sverige från Sudan tillsammans med föräldrar och tre småsyskon. Håret är fläckvis uttunnat över större delen av capillitiet, ett tillstånd, som han tydligen haft under lång tid i Afrika. Skalpens hud är endast svagt rodnad men fjällar något. På misstanken tropisk svampinfektion undersökes också småsyskonen. Hos två av dessa upptäckes likartade förändringar i hårbotten. Svampodling från hårbotten tages på hela familjen. Hos de tre barnen med symptom växer *Trichophyton soudanense*.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Psoriasis*: fjällar mer, är rödare och ger inte håravfall. Sid. 50.
- *Pityriasis amiantacea*: har fjäll, som typiskt klättrar upp på hårstråna. Sid. 48.
- *Mjäll*: finns inte hos barn i denna ålder.

# EXOTISK TINEA I HÅRBOTTEN

**E**xotisk trådsvampsinfektion (tinea) importeras ibland genom invandrare från tropikerna, inte minst från Afrika. De skyldiga trichophyton-arterna, som odlas fram, kan ha för oss ovanliga namn (*T. violaceum*, *T. soudanense*, *T. tonsurans*). Ibland orsakar infektionerna i stället av microsporon-arter som *M. canis* och *M. audouinii*. Svamparna angriper särskilt barn och är ofta påtagligt smittsamma med epidemier inom familjen, på daghem och i skolor. Den kliniska bilden i hårbotten är gärna blygsam, vilket gör diagnosen extra svår, ibland ses enbart lätt fjällning utan håravfall. Men ibland finns en starkare, djup inflammatorisk, t.o.m. varbildande, process med håravfall. Mellanformer finns. Vid alla hudförändringar i hårbotten hos invandrabarn från exotiska länder bör svampodling tagas med angivande av misstänkt tropiskt ursprung. Någon gång kan barnen samtidigt eller enbart ha ringorm på kroppen av dessa tropikernas mykoser.

## BEHANDLING

Antimykotisk lokalbehandling med terbinafin eller imidazol räcker inte för de tropiska svampinfektionerna. Den måste kompletteras med peroral terapi. Epidemiologisk utredning med inspektion av den nära omgivningens huvudsvålar är befogad.

*Exotisk tinea i hårbotten ses hos invandrabarn, mest från Afrika. Den kliniska bilden kan vara blygsam men smittsamheten stor.*

# HERPES GENITALIS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 22-årig man söker för en ilsken, avgränsad rodnad med ett tiotal, små, ytliga, smärtande sår på penisskaftet. Började för en vecka sedan med en grupp små, vattenklara blåsor, som sedan brustit. Patienten meddelar initialt vid konsultationen, tämligen bryskt, att han nu är trött ”på det här”. Han har nämligen haft samma sorts utslag på samma ställe på penis ”minst 20 gånger”. Utslagen varar två till tre veckor. Körtlarna i ljumskarna kan samtidigt svullna. Känner sig lite visnen, när ett ”skarpt” utbrott är på väg.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Fixt läkemedelsutslag*: har stora likheter genom att komma tillbaka och då också på exakt samma ställe på penis varje gång. Men också olikheter finns: i stället för de multipla, små vattenblåsorna, som herpes simplex har, uppträder här en enda stor blåsa inom en blårod yta. Det fixa utslaget framkallas av läkemedel. Det kan också sitta extragenitalt.
- *Herpes zoster*: kan också lokaliseras till genitalia med sina likadana herpesblåsor men recidiverar inte.



# HERPES GENITALIS

**G**enital herpesinfektion hos man och kvinna orsakas av herpes simplex virus typ II, ovanligare av typ I. Smittar vid slemhinnekontakt. Den kliniska bilden domineras av rodnade fläckar med grupper av små vattenblåsor, vilka lätt rupturerar. Första utbrottet kan ge svåra lokala symptom med feber och ett långdraget förlopp över veckor, särskilt hos kvinnor. Typiskt för sjukdomen är framtida återfall med blåsor på samma ställe. När dessa läker, återtar huden sitt normala utseende. Detta är emellertid bedrägligt, eftersom virus i samband med den förmenta läkningen endast har förflyttat sig in i de lokala nerverna. Det väntar här, symptomlöst, till nästa tillfälle för reaktivering och kryper då ut till "sin" hudlokal och framkallar återigen ett utbrott där. Recidiven kommer oberäkneligt med olika intervall från veckor till flera år. Kan utlösas bl.a. av allmäninfektioner. Diagnosen kan säkerställas genom virusisolering. Smittsamheten är störst i början av ett blåsutbrott, men viruspartiklar kan utsöndras en tid efter klinisk läkning av blåsorna.

## BEHANDLING

Till patienter med svåra utbrott peroral behandling med aciklovir eller närbesläktade preparat. Skall dock insättas under de två första dyggen. Lokalt alsolbaddning, eventuellt innehållande bedövningsmedel med lidocain. Vid ständiga recidiv kan peroral långtidsbehandling med de nämnda preparaten försökas under en längre tid som profylax. Dessvärre återkommer sjukdomen oftast, när man sedan upphör med medicineringen.

*Herpes genitalis är en vanlig, smittsam virusjukdom. Recidiv på samma ställe är ett karakteristikum.*

# MOLLUSCUM CONTAGIOSUM



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 11-årig pojke har sedan några år ett böjveckseksem i sin torra hud. Sedan ett halvt år har nya utslag successivt tillkommit av en typ, som man inte känner igen. De sitter delvis i de gamla eksemytorna i arm- och knäveckan men uppträder dessutom solitärt som blekt röda, små papler på frisk hud. Paplerna har ökat i antal, och enskilda knottror har förstörats från knappnålshuvud- till ärtstorlek. Det gamla atopiska eksemet har blommat upp i samband med invasionen av de nya knotttrorna. En syster, som inte har atopi, har också fått ett par diskreta, likadana knottror.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Verrucae*: både av planae- och vulgaristyp bör övervägas. Del 1, sid. 64.

# MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

**M**olluscum contagiosum är en måttligt smittsam virussjukdom, där agens tillhör gruppen poxvirus. Mest barn (men även brottare!) får denna sjukdom, där den enstaka, hudfärgade papeln är diagnostiskt typisk med sitt navelliknande insänkta centrum och sitt innehåll av ljus, amorf substans, som kan tryckas ut (molluskkropp). Vanligen uppträder 10-15 papler, men de kan vara många fler eller, mest hos vuxna, t.o.m. enstaka. I detta senare fall är diagnosen svår, och papeln blir då ofta stor. Sekundär bakterieinfektion hjälper till med att påskynda den så småningom spontana regressen, och läkning utan ärrbildning sker till slut. Det atopiska eksemet predisponerar för utbredda former av molluscum contagiosum liksom immunsuppression. Samtidig behandling med steroidkräm gör inte saken bättre.

## BEHANDLING

Ingen, immunitetsutveckling sker förr eller senare med spontanläkning. Efter föräldrars önskemål och om barnet tillåter, kan man efter föregående lokalbedövning - Emla - knipa eller sleva bort mollusker.

*Molluscum contagiosum är en måttligt smittsam virussjukdom med navelformade papler hos barn, allra mest hos dem med atopisk dermatit.*

# MOSAIKVÅRTOR



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 17-årig flicka har sedan ett halvt år mängder av vårtor framtill i båda fotsulorna men mest i den vänstra. Började som enstaka små gropar i hornlagret, vilka sedan har ökat i antal och delvis konfluerat. Inga besvär förutom de kosmetiska, som dock är betydande, och patienten äcklas av sina vårtor. Inget på händerna. Har försökt, halvhjärtat, med salicylsyreplåster men har snarast blivit sämre.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Fotsvamp (tinea)*: brukar sitta mellan tårna (Del 1, sid. 52) men en ovanlig form kan engagera fotsulan med ökad hornbildning. Vid misstanke svampodling.
- *Keratodermia palmo-plantaris*: är medfödd eller debuterar hos små barn. Sid. 76.

# MOSAIKVÅRTOR

**V**irusvårtor orsakas av papillomvirus, som finns i ett mycket stort antal varianter, vilka ger upphov till olika kliniska bilder (*verrucae vulgaris* d.v.s. ”vanliga” vårtor på händer och fötter, *verrucae planae juvenilis* (Del 1, sid. 64), *condylomata acuminata*, sid. 28). Vårtorna är smittsamma men fordrar gärna en viss predisposition, alltifrån fotsvett till immunsuppression. Inkubationstiden efter experimentell inokulation av vårtvirus är någon månad. Spontan utvecklas så småningom en immunitet mot papillomvirus, och vårtorna kommer då att försvinna restlöst hos de immunologiskt normala. En signal på förestående läkning är, att vårtan blir svartprickig genom trombotisering av de lodräta kärlslingorna.

## BEHANDLING

Vid mosaikvårtor utan besvär: expektans.

Vid symptom: salicylsyreplåster eller frysning med flytande kväve efter sedvanlig förbehandling med fotbad och nedfilning av keratosen. Undvik ärrbildande terapi.

*Mosaikvårtor är sammanflytande verrucae vulgaris, mest i fotsulorna, som trots sina stora ytor ändå så småningom spontanläker.*

# CONDYLOMATA ACUMINATA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 40-årig man har sedan några månader genitala ”vårtor” på glans penis, men mest på preputiet. De har sakta ökat i antal och dessutom förstörats. Han har inga subjektiva besvär men är rädd för att vara smittsam.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Lichen ruber*: har genitalia hos man och kvinna som favoritlokaler och kan i sin platthet där vara svåra att skilja från plana condylomata acuminata.
- *Corona glandis papler*: är små, hudfärgade bindvävsknottor på kanten av glans, vilka kan konfundera. En normal anatomisk variant.

# CONDYLOMATA ACUMINATA

**C**ondylomata acuminata är en anogenitalt lokaliserad, måttligt smittsam vårtmanifestation av HPV-virus, som i denna region förekommer i ett 30-tal typer. Sexuellt överförd smitta är regel med en inkubationstid på två till sex månader men som kan vara år. Flera typer kan smitta samtidigt. Vissa arter (nummer 16 och 18) är associerade till utveckling av anogenital skivepitelcancer (cervix-cancer). Condylomata acuminata spontanläker på ett till tre år. De genitala kondylomen debuterar ganska akut, men står sedan relativt stationära. De multipla vårtorna lokaliseras hos män till glans och corona penis, penishuden, urinrörsmynningen och hos kvinnor till vulva, introitus, vagina och cervix. Vårtorna är spetsiga, ljus röda i slemhinnan men hudfärgade eller grå på huden, där de också kan vara platta. Stora eller mycket stora kondylom förekommer vid graviditet, diabetes, immunsuppression. Ger föga besvär förutom de psykologiska.

## BEHANDLING

Kondom skyddar partners. Podophyllotoxin i kräm eller lösning är den vanligaste terapiformen.

*Condylomata acuminata är smittsamma, genitala virusvårtor, som, sällsynt, kan vara precancerösa.*

# HAND, FOOT and MOUTH DISEASE



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 3-årig pojke har varit sjuk ett par dagar, trött och hängig, subfebril och nu med tilltagande men fåtaliga blåsor på händer och fötter. Vesiklerna är vita, mera avlånga än runda, och med en smal, röd kant. Han har samtidigt haft ont i munnen, där ett par små gulaktiga sår syns i tandköttet. Haft svårt att äta. Inga utslag på kroppen. Man känner inte till likartade utslag bland kamraterna.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Varicella*: också i mun, på händer och fötter men engagerar dessutom bål och hårbotten. Blåsorna är runda.
- *Erythema multiforme*: ger ringformade, rödlila utslag, som kan ha blåsor i centrum. Sid. 96.



# HAND, FOOT and MOUTH DISEASE

**H**and, foot and mouth disease är en virussjukdom, orsakad av coxsackie- eller enterovirus, vilka kan påvisas i svalg, faeces, blåsinnehåll och blod i sjukdomens initialske. Smittsamheten varierar. Markanta epidemier förekommer på daghem och i skolor, men vanligen är fallen solitära eller drabbar endast ett fåtal barn i den nära sociala omgivningen. Inkubationstiden är tre till sex dagar. Lätta katarralia och lätt feber förekommer första dygnet, därefter fåtaliga, små blåsor, gråvita och strimformade, på händer, fötter och i munnen, där vesikeln lätt brister, och de åtföljande, ytliga erosionerna gör tuggandet svårt. Benignt förlopp utan klåda och utslagen försvinner på en veckas tid.

## BEHANDLING

Ingen. Hemma från daghem/skola.

*Hand, foot and mouth disease är en lätt smittsam coxsackievirusinfektion, hos förskolebarn mest.*

# ERYSIPELAS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 42-årig man insjuknade för tre dagar sedan akut med frossa, 40,4° i temperatur. Samtidigt värk framtill, lateralt på höger fot. Dagen efter huvudvärk, allmän sjukdomskänsla, kräkningar och fortsatt hög feber. Fotryggen är nu högröd framtill med skarp gräns mot normal hud. Lokal ömhet. Han har sedan länge haft sprickor och fjällbildning mellan de laterala tårna, just där den akuta inflammationen började. Detta har tidigare behandlats som fotsvamp.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Akut eksem*: är rött med knottig yta. Brukar klia. Kommer inte urakut och patienten har ingen feber.
- *Fotsvamp*: skulle teoretiskt ha kunnat exacerbera med ökad rodnad, men förloppet vore då långsamt och utan feber. Utslaget brukar dessutom fjälla i kanten. Del 1, sid. 52.

# ERYSIPELAS

**E**rysipelas (rosfeber, rosen) är en akut, bakteriell infektion orsakad av hemolytiska streptokocker, ibland med samtidiga stafylokocker. Många gånger finns synliga ingångsportar för dessa bakterier genom fissurer vid näsborrarna, bakom öronen, mellan tårna, på genitalia och genom sår (bensår). Ett föregående ödem predisponerar också. En genomgången tidigare erysipelasinfektion kan destruera lymfbanor lokalt och orsaka ett postinflammatoriskt ödem, som i sin tur predisponerar för ytterligare erysipelasrecidiv. Vid ett förstagångsinsjuknande har patienten obligat frossa och hög feber, vid återfall är sjukdomsbilden lindrigare. Den kliniska bilden domineras av ett högrött, välvgränsat erytem och ödem. Vid svårare tillstånd kan bilden kompliceras av centrala blåsbildningar och svarta, djupa nekroser. Sjukdomen är då potentiellt farlig och skall inge respekt.

## BEHANDLING

Ofta sjukhusfall. Penicillin i hög dos, ev. initialt intravenöst. Samtidig infektion med stafylokocker, som kan ses särskilt vid erysipelas utgången från ett bensår, indicerar behandling med penicillinastabilt penicillin.

*Erysipelas är ett akut, högfebrilt, streptokockbetingat tillstånd. Utgår från fissurer eller sår och behöver intensiv penicillinbehandling.*

# FLATLÖSS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 40-årig man söker för klåda mest nertill på magen och i pubesbe håringen. Han har inte observerat några utslag. Vid luppbesiktning syns lusägg fastklistrade nertill på hårstråna i dessa regioner. Dessutom ett fåtal vuxna flatlöss, som sitter fast, platt tryckta mot huden. De är svåra att upptäcka p.g.a. sin genomskinlighet och syns egentligen bara som en grupp av små svarta prickar, som bl.a. är djurets inälvor. Man ser inga flatlöss på kutan vandrings.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Skabb*: ger också klåda gärna nertill på bålen men också på icke-behårade ställen, t.ex. på händerna. Djur bör påvisas i sina gångar (på händerna). Del 1, sid. 72.

# FLATLÖSS

**P**ediculosis pubis orsakas av en platt, mänsklig lus, ett par mm lång och lika bred. Den är så platt, att den blir transparent och svår att avgränsa mot omgivande hud. Den sitter envist förankrad med sina klor runt ett hårstrå och för att avlägsna djuret i och för diagnostik, måste man med pincett dra det ut över hårets spets, innan det släpper taget. Djuren kan vara fåtaliga och svåra att upptäcka, och diagnosen får då grunda sig på påvisandet av de fastklistrade äggen (gnetterna). Sjukdomen smittar veneriskt (observera att undersökning med avseende på annan samtidigt sexuellt överförd sjukdom kan vara indicerad). Även icke-venerisk smitta förekommer, exempelvis kan småbarn få flatlöss från föräldrar. Lössen trivs bäst i kroppsbehåringen, men fr.a. barn kan ha djur i hårbotten liksom i ögonfransarna och ögonbrynen.

## BEHANDLING

Flatlöss kan behandlas med disulfiram eller malathion. Vid infestation i ögonfransarna plockas djuren bort med pincett, vilket kan vara nog så äventyrligt hos ett vrenskande litet barn.

*Flatlöss är en oftast veneriskt överförd sjukdom, lokaliserad till pubesbehåringen.*

# FJÄRILSLARVDERMATIT



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 10-årig flicka har sedan gårdagen intensivt kliande små blåsor i handflatorna, mest höger. Hon är också röd i ena ögat, där det svider. Har aldrig haft något liknande tidigare. Modern omtalar, att en kamrat samtidigt har fått liknande klåda och utslag i händerna. När flickan utfrågas om fjärilar, särskilt spinnare och allra mest om dessas håriga larver, får man en livfull beskrivning, om hur sådana infångats med de bara händerna.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Akut vesikulöst kontakteksem*: kan också ha kliande vesikler i handflatorna, men blåsorna är yttligare, mindre och tätställda. Del 1, sid. 32.

# FJÄRILSLARVDERMATIT

**S**pinnare (olika arter i olika länder), i Norden mest björn- och processionsspinnare, har hypertrikotiska larver, vars vassa hår innehåller histaminfrisättande substanser. När barn (mest!) kelar med djuren, uppstår en omedelbar stingande sensation och snart därefter kliande små vesikler. Besvären brukar snabbt klinga av men en fördröjd (allergisk?) inflammatorisk reaktion förekommer, som kan stå kvar i en till två veckor. Vid mera våldsamma lekar med larverna kan giftiga hår lossna, i luften omge patienten och framkalla en irritativ konjunktivit. Vid misstanke på larvdermatit (caterpillar dermatitis) kan en remsa av tape klistras över hudförändringarna och sedan sakta dragas av för mikroskopi i ofärgat preparat. De giftiga larvhåren visualiseras som små piggar i tapeklistret. De har samtidigt extraherats terapeutiskt.

Vissa år kan stora populationer håriga spinnarlarver uppträda geografiskt begränsat och då ge upphov till veritabla lokala epidemier av caterpillar dermatitis i händerna hos biologiskt intresserade barn.

## BEHANDLING

Starkt kortisonpreparat i lösning. Skall inte gnuggas in i huden, eftersom larvhårens kemiska substanser då ytterligare kan frigöras.

*Fjärilslarvdermatit orsakas av ludna spinnarlarver, vilket manipulerande barnahänder kan få erfara.*

# LARVA MIGRANS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 28-årig kvinna återkom för en vecka sedan från ett par veckors semester på Sri Lanka, där hon tillbringat sin vakna tid på Colombos badständer. Hon hade redan i flygplanet på vägen hem intensiv klåda på höger fot, där en liten röd fläck också syntes. Denna har under de följande dagarna övergått i en vindlande, röd, ett par mm bred strimma, som vuxit någon centimeter per dag in under fotsulan. Patienten känner sig frisk.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Manet-dermatit*: är också strimformad och kan vara förvärvad vid bad i tropiska oceaner. Den kan ha ett egendomligt tvåfasförlopp, och nya strimmor kan komma först efter turistens hemkomst. Emellertid har förvisso denna känt den stingande, svåra smärtan redan vid primärkontakten med maneternas bränntrådar.
- *Strophulus*: kan ha strimformiga lokala lymfangiter, som perifert strålar ut från det centrala, kliande insektsbettet. Del 1, sid. 70.



# LARVA MIGRANS

Larva migrans (creeping eruption) orsakas av nematodlarver, vanligen från *Ankylostoma* (hakmask), och allra mest från hundens och kattens arter. Masken utsöndrar ägg, som blir till larver i varm och fuktig sand i alla tropiker. De penetrerar huden hos barfotagående och i sanden liggande turister. Mest fötter och skinkor angripes. Larven kryper sedan omkring i huden med en röd, smal, inflammatorisk strimma efter sig. Det lilla djuret, som bara är 0,5 mm långt, befinner sig i till synes normal hud ca 1 cm framför fronten av den migrerande strängen. Det självdör vanligen på 6-8 veckor men kan då ha hunnit en dryg dm på sin vindlande väg i huden. Längre tidsförlopp (och behandlingsresistens) finns. Ibland attackerar flera larver samtidigt, var och en med sin röda svans. Klådan kan vara betydande.

## BEHANDLING

Thiabendazol som kräm eller mebendazol systemiskt.

*Larva migrans är en inflammatorisk strimma efter en i huden migrerande hakmasklarv, erhållen från tropisk sandstrand, där hundar och katter också trivs.*

# SPONTANA STELLATA PSEUDOÄRR



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 80-årig kvinna uppvisar i sin av ålder tunna, blåroda och finskrynkliga hud på handryggarna och underarmarna egendomliga, vita ärrbildningar. De är knivskarpt avgränsade, delvis strimformade, delvis bisarrt konfigurerade, vilket för tanken till föregående skär- eller rivskador. Patienten förnekar dock ihärdigt, att ärren skulle ha föregåtts av någon sårbildning. De har tilltagit i storlek och antal, började, när patienten var 65-70 år. Lika uttalat på höger som på vänster sida. Inga obehag men patienten undrar, vad detta är.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Verkliga vita ärr*: efter föregående traumatisk sårbildning kan ha samma bild och finns ibland samtidigt med pseudoärren.

# SPONTANA STELLATA PSEUDOÄRR

**D**etta är ett utomordentligt vanligt, ibland iögonfallande tillstånd på armarna hos gamla, kvinnor såväl som män. Det långa diagnosnamnet sammanfattar karakteristiskt och didaktiskt den kliniska bilden:

Pseudoärr - vita ärr, som inte haft en föregående sårbildning, såsom vid äkta ärr. Huden har i stället ”spruckit” nere i läderhuden under en intakt överhud och har sedan läkt med ett massivt bindvävsärr.

Spontana - patienten känner inte till några utlösande skador utan ärran uppträder omärkligt och sakteligen.

Stellata - de vita pseudoärran kan ibland vara stjärnformiga (stella = stjärna). Ibland uppträder samtidigt större blåsvarta åldersblödningar inuti huden (se bokens framsida). Om då ett vitt pseudoärr finns i närheten, gör den subkutana hudblödningen abrupt halt vid detta, och en mycket bisarr, spräcklig hud uppträder dramatiskt och kan falskligen ge intryck av en svårare hudsjukdom.

Solande under många år spelar nog roll för uppkomsten av pseudoärr.

## BEHANDLING

Ingen. Den framkallande gamla solskadan är förvisso sedan länge passé. Huruvida dagens unga på sin ålderns höst kommer att få vita pseudoärr på armarna efter ett träget smörjande med moderna solskyddsmedel återstår att se.

*Spontana stellata pseudoärr är ett vanligt, iögonfallande men oskyldigt tillstånd på underarmarna hos äldre.*

# SUNBURN FRECKLES



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 27-årig man undrar över sina bruna fläckar på den ena skuldran. De är ljusa och jämnt bruna med en antydning till stjärnform och med ca en centimeters diameter. Huden inom området är i övrigt normal. För fem år sedan brände han sig i Mallorcas sol just inom den yta, som nu är brunfläckig. Stora vattenfyllda, smärtande "brännblåsor" uppstod. Så småningom har de bruna fläckarna tillkommit. Dessa är nu stationära och har inte gett några bekymmer, förrän bekanta haft synpunkter på den kliniska bilden.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Fräknar (efelider)*: är ljusa bruna, godartade fläckar, genetiskt betingade och mest hos rödhåriga barn. De behöver ingen extra svårare solskada för att etablera sig men mörknar i solen och försvinner med åren (samtidigt som det röda håret blir brunt).
- *Lentigo benigna*: är åldersrelaterade bruna fläckar, som mest sitter i ansiktet och på handryggarna hos äldre. De har också med solen att göra men kommer inte efter akut "brännkada" utan är en kumulativ effekt av många års trägen exposition för UV-strålning.

# SUNBURN FRECKLES

"Sunburn freckles" kommer på platsen för en intensiv, akut solbränna, oftast på axlarna, vilken varit av sådan intensitet, att större vattenblåsor uppstått inuti hudrodnaden. Efter en latenstid på månader-år uppträder jämnt färgade, ljust bruna, flikiga, cm-stora fläckar inuti den skadade huden. De står oförändrade i många år som ett kosmetiskt minne av ungdomens oförstånd på solstekta stränder. Ett godartat tillstånd, som är ett exempel på att en enda överdosering av ultraviolett strålning kan ge en lokaliserad, permanent skada på pigmentsystemet.

## BEHANDLING

Ingen.

*Sunburn freckles uppträder i form av ljust bruna, bestående, benigna pigmentfläckar efter akut solbränneskada med blåsor.*

# SOLEKSEM



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 17-årig flicka har sedan tre somrar bekymmer med solen. Redan i maj månad, när solen börjar sticka till, uppträder kliande röda utslag på kinderna. Hon vet mycket väl, hur de provoceras och har försökt med lokala solskyddsmedel med en viss effekt. Hon kommer nu för att höra, om det finns någon medicin, så att hon kan sola obegränsat, inkluderande en planerad vistelse på Kanarieöarna. Klådan är värst på senvåren men blir bättre fram i augusti. När utslagen väl är borta på hösten, verkar huden normal fram till nästa maj månad.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Eksem av annat slag:* kontakt-, atopiskt och seborroiskt eksem kan i ansiktet morfologiskt likna soleksem. Anamnesen är utslagsgivande.
- *Lupus erythematosus, både diskoid och systemisk:* kan försämrans av sol. Den diskoida kan ge ärrbildning, vilket soleksem inte gör. Sid. 58.

# SOLEKSEM

**S**oleksem eller polymorft ljusutslag (PMLE) är en utomordentligt vanlig ljusdermatos i vårt land (nästan var femte vuxen är mer eller mindre drabbad). Tillståndet varierar från ett mycket lätt obehag till på högsommaren invalidiserande former, som utesluter vistelse i solen. Dermatiten är lokaliserad till områden, dit solstrålarna når, men mest känsligt är ansiktet, öronen, halstrekanten, armarna och skuldrorna. Den latinska benämningen polymorft talar om variabiliteten i utslagets utseende. Det behöver bara bestå av en lätt rodnad och antytt förtjockad hud men har oftast papler och ibland vesikler. Kan någon gång vätska. Dermatiten kan också likna erythema multiforme, sid. 96.

Solekset kommer påfallande tidigt på våren, men fram på eftersommaren har huden ofta härdats. Sjukdomen kan genom åren ha olika tidsförlopp, den kan minska i intensitet men också, kanske oftare, försämras. Den kan debutera efter akut, stark UV-exposition i sol eller solarier och framkallas oftast av långvägigt ultraviolett ljus (UVA). Ekset kan därför utlösas och försämras genom en glasruta, också i bilen. Även vistelse i intensivt soliga dagars skugga kan vara riskabel för svårt drabbade. En ärftlig faktor kan finnas vid soleksem.

## BEHANDLING

Solskyddsmedel med hög faktor och brett spektrum räcker i de flesta fall. Lokala kortisonpreparat vid behov (klåda och utslag) på kvällen. I svåra fall remiss till hudklinik för ljusstening och ev. härdning genom ljusbehandling. Systemisk behandling (sommartid) med betakaroten och klorokinpreparat kan bli aktuell.

*Soleksem är en mycket vanlig ljusdermatos, som i svåra fall behöver utredning på hudklinik.*

# DERMATOSIS PAPULOSA NIGRA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 26-årig studentska från Egypten söker för små, ännu påtagligt diskreta, mörka knotttror i ansiktet. De är välvda, 1-3 mm stora, mest uttalade i pannan och på kinderna. Färgen varierar från ljust brun till nästan svart. Patienten bejakar frågan, om förekomst av dessa bruna papler såväl inom sin släkt som hos egyptiska kompisar. Men hon önskar icke desto mindre nu få en helt slät hy.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Lentigo benigna*: är små, bruna fläckar, oftast i ansiktet, som ligger i hudens nivå och inte kan palperas.



# DERMATOSIS PAPULOSA NIGRA

**D**ermatosis papulosa nigra är ett mycket vanligt, benigt, papulöst tillstånd, bundet till mörk hud av olika kulörer. Det förekommer hos de mörka folken i Asien, Afrika och Sydamerika. Paplerna debuterar tidigt, t.o.m. vid puberteten, och tilltar sedan i antal och storlek med favoritlokaliseringen ansiktet (panna, kring ögonen, på kinderna). De är välvda, något glänsande och brunsvarta. Med åren kan tillståndet bli mycket kosmetiskt störande. Mikroskopet visar samma godartade, histologiska bild som hos de för oss välkända seborroiska vårtorna, vilka på svenska också kallas senila, eftersom de uppstår hos äldre i motsats till dermatosis papulosa nigra, del 1, sid. 80.

## BEHANDLING

Paplerna är ytliga och kan med fördel skrapas eller frysas bort (flytande kväve). Alla ingrepp i mörk hud kan emellertid efterföljas av förskjutningar i hudpigmentet, både hyper- och hypopigmentering. Särskilt frysning kan efterlämna tråkiga vita fläckar. Därför först provbehandling av några utvalda svarta papler, innan resten attackeras.

*Dermatosis papulosa nigra är svarta, glänsande, benigna papler i ansiktet hos, även unga, individer med mörkare hy.*

# PITYRIASIS AMANTACEA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 12-årig pojke har sedan ett halvt år en starkt fjällande fläck med 5 cm's diameter mitt på hjässan. Den började enkronestor men har sedan sakta vuxit till sig. De iögonfallande gråvita fjällen ser konstiga ut genom att de kryper upp som skidor på hårstråna. En lätt uttunning av hårväxten syns, och håren inom fläcken lossar lätt, om man drar i dem. Behandling med olika mjällschampon har varit utan effekt. Patienten är frisk och har inga andra hudförändringar. Ingen psoriasis i släkten.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Psoriasis*: kan sällsynt i hårbotten ha utseende som pityriasis amiantacea men då har patienten oftast också typiska psoriasisfläckar på kroppen. Den vanliga bilden av psoriasisfjällning i hårbotten är emellertid densamma som på icke behårade ställen. Sid. 50 och Del 1, sid. 38.
- *Seborroiskt eksem och mjäll*: finns också fläckvis med fjällning i hårbotten men saknar amiantaceans typiska fjällskidor. Mycket ovanligt före puberteten.
- *Tinea capitis*: ger avgränsade fjällande fläckar med uttunning av håret. Den inflammatoriska reaktionen varierar från antydd rodnad till djup varbildning. I tveksamma fall svampodling. Sid. 20.

# PITYRIASIS AMIANTACEA

**K**allas ibland enbart amiantacea. Sjukdomen drabbar typiskt barn i åldern 8-15 år, både pojkar och flickor, och lokaliseras mest till en fläck mitt på hjässan med några centimeters diameter. Fjällen, som klättrar upp på hårstråna, är gråvita och liknar asbest, ett tråddragande mineral (amiantacea = asbestliknande). Om man drar hårdhänt i håren mot deras växtriktning, reser sig fjällskidor kring dessa och lämnar samtidigt gropar med röd botten efter sig i huden, som dock inte blöder. När man sedan lägger ner håren i ursprungsriktningen, passar fjällen in i sina gropar i hårbotten och man kan "ricka" dem, upp och ner, fram och tillbaka, som taktegel. Sjukdomsförloppet, utan behandling, sträcker sig över månader till år och kan som ett resttillstånd ge en bestående fläck med starkt uttunnad hårväxt, ibland med samtidig atrofi av huden, vilket kan palperas som en grop. Med behandling kan utläkning förväntas. Tillståndet smittar inte. Orsaken är okänd, kanske infektion eller trauma.

## BEHANDLING

Fetkräm ingnides på kvällen, tvättas ur på morgonen. Ett kosmetiskt dystrare alternativ är 5% salicylsyreolja. Behandlingstiden ofta ett par månader. Vid terapivikt kan lokalbehandlingen kompletteras med en peroral erytromycinkur.

*Pityriasis amiantacea är en, inte särskilt sällsynt, fjällande hårbottensjukdom hos barn med god prognos vid behandling.*

# PSORIASIS I HÅRBOTTEN



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 30-årig kvinna har sedan ett års tid bekymmer med sin hårbotten. Högröda, starkt vitfjällande, välavgränsade fläckar sitter på flera ställen i huvudsvålen, mest i nacken och i pannan, där utslaget dessutom kryper ut ca en cm på den icke behårade, nakna huden. Hårväxten tycks inte ha påverkats. Patienten har psoriasis på knän, armbågar och över sakrum, men det är först på senare tid hon fått påtagliga bekymmer från hårbotten. Kliar inte men hon kan inte låta bli att pilla bort fjällen, varvid en röd, glänsande yta blottas.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Seborroiskt eksem*: mera diffust avgränsat, mindre rött, mindre uttalade fjäll, mindre infiltrerat. Ibland svår differentialdiagnos, särskilt när endast hårbotten engageras.
- *Pityriasis amiantacea*: självläkande sjukdom på hjässan hos skolbarn. Psoriasis kan dock ibland ha dessa asbestliknande fjäll. Sid. 48.
- *Diskoid lupus erythematosus*: den diskoida varianten kan ha röda, fjällande fläckar i hårbotten (och i ansiktet, vilket psoriasis sällan har). Ger senare kala, ärriga, vita atrofier (vilket psoriasis aldrig gör). Sid. 58.

# PSORIASIS I HÅRBOTTEN

**D**enna sjukdomsmanifestation är oftast ett delfenomen i en utbredd psoriasis med sina typiska, lättdiagnostiserade fläckar. Men den kan finnas enbart i hårbotten och då ge differentialdiagnostiska bekymmer. Vanligen ser psoriasis i hårbotten ut som annorstädes på kroppen. Hårstråna kan dock retinera lösa fjäll, som därvid ansamlas till en magnifikare fjällbildning. I dystra fall kan fläckarna växa samman till en kalott över hela huvudsvålen. Ju större yta som engageras, desto svårare behandling. I ovanliga fall kan fjällningen ha asbestutseende (sid. 48).

Man kan få intrycket av att psoriasis gillar hårväxt, särskilt vid spridning från kapillitet till nyanlagda polisonger och skägg. Den sparar däremot oftast den kala skalpen vid manligt håravfall. Pubesbehåringen är ett annat predilektionsställe.

## BEHANDLING

Som vid annan psoriasis avfjällning med fetkräm, som ofta har samma effekt som salicylsyrepreparat, men bättre kosmetik, lättare att tvätta ur. Dessutom starka steroidlösningar och/eller lokalt D-vitaminpreparat. Svåra fall bör handläggas av dermatolog, som ibland ger mjukröntgen (Bucky-behandling).

*När psoriasis finns enbart i hårbotten, kan diagnosen vara svår.*

# PSORIASIS GUTTATA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 19-årig flicka har sedan 10 dagar ett akut, generellt utslag med många, röda, solitära knotttror, som dels blivit allt fler, dels vuxit i storlek, nu 3-4 mm stora. Alla knotttrorna ser likadana ut. De har ett litet vitt fjäll på toppen. Fjällen syns inte på alla utslagen men kommer fram, om man skrapar försiktigt med en öronpinne. Utslagen har spridit sig över hela kroppen t.o.m. i hårbotten och något i pannan. Hon har inte själv haft några hudbesvär tidigare, men psoriasis finns i släkten. En vecka före debuten av de första knotttrorna hade hon halsfluss med hög feber under några dagar.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Pityriasis rosea*: kan vara en marig differentialdiagnos, om denna sjukdoms primärmedaljong saknas. Fjällar dock mindre. Del 1, sid. 42.
- *Lichen ruber planus*: kan vara mycket utbredd över kroppen. Paplerna är violetta, fjällningen syns knappast. Histologin är typisk. Sid. 56.
- *Toxikodermi*: av virus eller läkemedel ger också akut mängder av likartade, små, röda fläckar eller knotttror över hela kroppen, men de fjällar inte. Sid. 98.

# PSORIASIS GUTTATA

**P**soriasis har många morfologiskt karakteristiska former. En av de viktigaste är den guttata (gutta = droppe). Den kommer akut över hela kroppen under loppet av några dagar. De första röda paplerna är punktformiga men växer därefter likartat och blir alla till sist 2-5 mm i diameter. Paplerna har ett litet, vitt fjäll på toppen som en vanlig myntformad psoriasis i miniatyr. Guttat psoriasis har karaktistika:

- den drabbar ungdomar
- den är ofta första tecknet på en tidigare latent, symptomlös psoriasis. Men en del patienter har haft andra symptom på sjukdomen tidigare, t.ex. fläckar på armbågarna, och andra åter har psoriasis i släkten.
- den är ”godartad”, brukar försvinna, mer eller mindre spontant, på 6 till 8 veckor
- den kan men behöver inte åtföljas av ytterligare psoriasis senare under livstiden
- den kan dock senare provoceras av en ny halsfluss och blir då åter guttat. Om streptokocker påvisas vid nya halsinfektioner, skall antibiotika mot dessa ges inom två dygn för att försöka förhindra ett recidiv av psoriasis guttata.

## BEHANDLING

Sol eller ultraviolett ljusbehandling är nyttig. I stilsamma fall kan indifferent kräm eller fetkräm vara välgörande. Starka steroider kan vara befogade vid långvariga eller svåra utbrott. Observera att halsinfektioner bör behandlas, se ovan.

*Guttat psoriasis kan komma efter halsfluss hos ungdomar. Ofta första manifestationen av psoriasis sjukdomen.*

# PUSTULOSIS PALMO-PLANTARIS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 46-årig kvinna hade för 10 år sedan ett utslag, av samma typ som nu, i båda handflatorna och i båda fotsulorna. Det varade i ett års tid och försvann först, när hon hade fått ljusbehandling. Nu, efter alla dessa år, har sjukdomen kommit tillbaka, ännu så länge endast som en avgränsad fläck i vänster handflata. Huden har blivit röd och tunn, spricker lätt med sveda som följd. Inuti fläcken uppträder de för patienten så välkända gula varblåsorna i attacker med några dagars mellanrum. Ingen i släkten har denna sjukdom, inte heller psoriasis.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Handeksem*: kan visserligen ha pustler p.g.a. sekundärinfektion men primärelementen är små papulo-vesikler utan gult var. Del 1, sid. 32.
- *Mykos*: kan imitera pustulosis palmo-plantaris vid lokalisation till fotsula och handflata. Svampodling kan behövas.



# PUSTULOSIS PALMO-PLANTARIS

**P**ustulosis palmo-plantaris (PPP) är släkt med psoriasis. Vissa patienter har båda tillstånden samtidigt men vanligen bara endera. En kronisk, tråkig sjukdom, som dock håller sig enbart till handflator och fotsulor, vilket också namnet indikerar. Alla fyra regionerna kan vara engagerade men ibland endast någon. De gula varbildningarna är sterila, och sjukdomen är inte smittsam, även om det kan se så ut. Den nyfödda, gula pusteln skiftar färg under några dagar till ljus brun, mörkt brun och sist svart. Lesionerna blir samtidigt mindre och stötes sedan av. En röd, tunn, torr hud återstår. PPP kan vara förenad med ledsnärtor. Rökare drabbas oftare. Typiskt är det intermittenta förloppet, dels under pågående skov, då ett flertal pustler samtidigt kommer och går med dagars uppehåll, dels i det långa tidsperspektivet, då sjukdomen kan vara borta några år i sänder. Sjukdomen läker till sist utan ärrbildning.

## BEHANDLING

Kortisonsalva, också starkare preparat, och D-vitaminsalva kan hjälpa tillfälligtvis. Steroiderna medför dock, förutom atrofistendens, risk för reboundfenomen, d.v.s. sjukdomen blossar upp, när man slutar efter en tids intensiv behandling. Ljusbehandlingar (UVB och PUVA) kan vara effektiva liksom mjukröntgen (Bucky-behandling). Mjukgörande krämer, fetkrämer och lotioner är ett välgörande komplement till annan terapi, mest mot den sekundära torrheten och åtföljande sprickbildningar.

*Pustulosis palmo-plantaris är en kronisk, psoriasisbesläktad sjukdom. Den är inte smittsam trots sin gula varbildning.*

# LICHEN RUBER PLANUS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 43-årig man söker för kliande utslag sedan några månader. De började på underarmarnas insidor och har så småningom spridits till skenbenen. Någon enkasta papel på bålen. Klådan kan störa sömnen. Patienten har lagt märke till att utslagen uppstår på ställen, där han skadat huden, som strimmor efter långa rivmärken. Han är frisk för övrigt. På en direkt fråga om han inte känt något ovanligt i munnen, meddelar han dock, att kindernas insidor känns sträva vid beröring med tungspetsen.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Psoriasis guttata*: kan också sitta på armar och ben men här engageras också sträcksidor. Är rödare, fjällar mer och kliar mindre. Sid. 52.
- *Eksem*: kan i halv akut skede imitera lichen planus men har mindre och rödare knottor, kanske minimala blåsor. Kan då vätska, vilket lichen aldrig gör.

# LICHEN RUBER PLANUS

Lichen ruber tillhör de violetta sjukdomarna. Den finns i en akut form med ett förlopp över månader, vilken patienten på bilden har, och en kronisk form med duration över år. Lichen ruber planus' primärelement är en papel, vilken är så karakteristisk, att det räcker med ett par mm's hudförändring för diagnos: den är platt (vilket framgår av sjukdomens namn) och glänser därför, när man ändrar ljusinfallet. Den är också kantigt polygonal (eksemets papel är rund), den är lila (eksemets röd) och den har vita strimmor i ytan. Dessutom har denna lilla papel en karakteristisk histologi, och en hudbiopsi bekräftar lätt diagnosen. Lichenpaplernas favoritlokal är handlovarna. Här kan man se dem anordnade i linjer efter föregående rivmärken. När paplerna sitter på skenbenen kan de med tiden - år eller månader - ändra utseende och bli vårtformigt upphöjda och kallas då lichen ruber hypertrophicus (verrucosus). En lichenvariant engagerar munslemhinnan, antingen som ljust violetta, symptomfria strimmor ("mjölkstänk") eller som bekymmersamma, smärtsamma sårbildningar i kinderna och på tungan. Lichen ruber är en godartad sjukdom. Den är inte smittsam men kanske virusbetingad. Den plana varianten brukar spontanläka inom ett halvår.

## BEHANDLING

Vid stark klåda stark lokal steroid. Systemisk steroidbehandling i avgränsade kurer kan behövas i svårare fall liksom ljusterapi.

*Lichen ruber planus är en godartad, violett, papulös dermatos, som spontanläker, men som kan bli kronisk på skenbenen.*

# DISKOID LUPUS ERYTHEMATOSUS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 53-årig patient har haft utslag i ansiktet i mer än 10 år. Han har likartade förändringar på sin vänstra kind, som inte syns på bilden. De började som ett par små, röda, sparsamt fjällande fläckar, vilka mycket sakta, under åren, tillvuxit perifert. En vit, ärrbildande utläkning har samtidigt delvis skett i centrum av fläckarna, vilket gett upphov till antydd ringbildning. På senare år har han dessutom fått ett par hårlösa, ärriga fläckar i hårbotten. Utslagen är rödare på sommaren, och ibland på vintern. Ingen klåda. Patienten känner sig frisk för övrigt.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Psoriasis*: har också röda, fjällande, välavgränsade fläckar. Ger aldrig ärrbildning och är sällsynt lokaliserad enbart till ansiktet.
- *Aktinisk keratos*: lokaliseras också till ansiktet som röda, men mindre fläckar med fastsittande sparsamma fjäll. Orsakas av solen. Äldre, ljushyllta patienter. Del 1, sid. 82.
- *Eksem*., seborroiskt och atopiskt främst, kan ge röda, oskarpt avgränsade fläckar i ansiktet, vilka är småknottriga. Kliar. Ger inga ärr. Del 1, sid. 28.

# DISKOID LUPUS ERYTHEMATOSUS

Lupus erythematosus finns i två former, dels denna enbart till huden lokaliserade diskoida varianten - DLE - (disk = skiva) med välavgränsade, röda fläckar i ansikte och hårbotten, dels en systemisk, svår allmänsjukdom bl. a. i leder, hjärta, lever, njurar. Den senare kan också drabba huden med rodnad och svullnad, mest som en symmetrisk fjärilsform ut på kinderna. Mellanformer finns mellan dessa två sjukdomsvarianter, den lokala och den systemiska.

Bilden visar den lokala formen av lupus erythematosus. Den brukar börja i ansiktet eller hårbotten med en eller ett par välavgränsade röda fläckar och växer sedan sakta perifert med en extra röd kant. De fjällar sparsamt och fjällen sitter fast. Efter årtal ärrvandlas centrum till en glansigt tunn, vit yta. Genom att huden då kan visa fortsatt inflammatorisk aktivitet med rodnad i periferin, kan sjukdomen få ringform. En del fläckar kan ”bränna ut” helt och stå kvar som vita, insänkta ärr utan rodnad. Sitter sjukdomen i hårbotten, kan resultatet då bli bestående, hårlösa fläckar. Munslemhinnan kan drabbas med sårbildning. Sjukdomen blir sämre av sol men ibland också av kyla. Lokaliserad LE ger inga allmänsymptom.

## BEHANDLING

I beskedliga och tidiga fall lokalbehandling med starka kortisonpreparat i kurer. Dessa potenta medel användes, trots att de kan ge en viss atrofi i ansiktet, eftersom obehandlad sjukdom ger ännu mera uttalade atrofier (ärr). Solskyddsmedel mot såväl UVB som UVA. I svåra fall systemisk behandling och då i första hand med klorokinpreparat.

*Diskoid lupus erythematosus är en godartad, långvarig och tråkig sjukdom i ansiktet, som kan ge bestående ärrbildning.*

# VENÖST BENSÅR



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 71-årig kvinna har i många år haft sår på insidan av höger underben. De har varit läkta under kortare perioder men sedan recidiverat på samma ställe. Nu sedan ett halvt år åter aktivitet. Den tidigare, gulspräckliga, fuktiga sårytan har under de allra senaste veckorna efterföljts av röda, rena granulationer. Smärtorna ej så påtagliga och minskar, om hon ligger med benet högt. Den ljusröda ytan omkring såret kliar, vilket är ett uttryck för venöst eksem. Kompressionsbandage mot det svullna underbenet och många salvor har prövats med tillfällig förbättring.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Arteriellt bensår*: sitter ofta mera distalt, smärtar mer, gärna svart nekros. Sid. 62.
- *Vakulitsår*: smärtsamma nekroser, omgivna av en violett randzon. Sid. 64.

# VENÖST BENSÅR

**D**et venösa kärlsystemet i benen består av tre komponenter, de ytliga venerna, de djupa venerna och förbindelserna mellan dem (kommunikanter, perforanter). Klaffar i venerna hindrar tillbakaflöde. Venstas kan uppträda genom defekter på olika lokaler. En primär insufficiens i de ytliga venerna orsakas av en medfödd svaghet i kärlväggarna, som ger åderbråck, varicer. Venklaffarna fungerar inte optimalt. En insufficiens i det djupa vensystemet beror vanligen på genomgången trombos, som sedan ger defekta perforanter, som i sin tur ger insufficiens också i det ytliga venplexus. Såren lokaliserar mest ovanför malleolen och allra mest den mediala. De är ofta gulaktigt fibrinbelagda, inte svart nekrotiska. Sällan kliniskt bakteriellt sekundärinfekterade, men ofta växer bakterier vid odling från icke-inflammerade sår. Vid ren venös insufficiens normala fotpulsar. Smärtorna måttliga och lindras vid högläge av benet. Andra sekundära hudförändringar vid venös stas är eksem och lipodermatoskleros (hård, brungul, glänsande hud).

Utredningen av det venösa systemet innefattar bl.a. undersökning av ytlig och djup venös reflux med handdoppler. I vissa fall för ytterligare kartläggning (t.ex. inför operation) kan duplex ultrasonografi och flebografi göras.

## BEHANDLING

Kirurgi, om möjligt, för att eliminera den venösa insufficiensen. Bäst resultat vid yttligt engagemang och perforantinsufficiens, sämre vid djup insufficiens.

Behandling av ödem med högläge av benet under natten och kompressionsbehandling under dagen. Kompressionsbandage av olika ”styrka” utprovas individuellt. Denna terapi kan bli livslång.

Lokalbehandling av sår kan variera geografiskt och tidsmässigt, vilket avspeglas i olika vårdprogram. Transplantation (t.ex. pinch graft) kan påskynda sår läkningen i selekterade fall.

Den sekundärt torra huden mår väl av mjukgörande preparat.

*Venöst bensår kan ofta läka efter operativ restitution av det venösa flödet men i vissa fall fordras livslång kompressionsbehandling*

# ARTERIELLT BENSÅR



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 85-årig man har sedan några månader ett starkt smärtande sår på höger stortå's utsida och ytterligare ett par på spetsen av två småtår. Smärtorna lindras, om patienten håller benet lågt. Han sitter därför uppe på sängkanten nattetid med benet hängande. Fotpuls kan inte palperas. Patientens allmäntillstånd är nedsatt. Står på hjärtmedicin jämte analgetika för bensmärtorna.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Venöst bensår*: sitter oftare på underbenet än på foten. Goda fotpulsar. Sid. 60.
- *Vaskulitsår*: de större sårens favoritlokal är skenbenen. Svart sårbotten, blårod, smärtande, inflammatorisk zon omkring. Sid. 64.



# ARTERIELLT BENSÅR

**D**et arteriella bensåret orsakas vanligen av arterioskleros, vilken kan försämrans av hypertoni, rökning och hyperlipidemi. Det sitter perifert, på tår, fotryggar, hälar, men också i ankelhöjd. Såret tenderar att bli djupt med delvis svarta nekroser. Senorna kan framträda i sårbotten. Starkt smärtande men smärtorna lindras, om benet sänkes. Foten bleknar, när benet höjes över horisontalplanet. Pulsen på fotryggen kan inte palperas, och huden känns sval. Utredning av den arteriella cirkulationen innefattar bl.a. mätning av blodtrycket i benet (ankelvärde), vilket sättes i relation till blodtrycket i armen. Angiografi ger ytterligare vägledning om den arteriella cirkulationen.

Diabetes innebär risk för arteriella sår. Dessa sår lokaliseras ofta till tårna. Smärtorna kan lindras eller helt maskeras av en samtidig sensorisk, diabetisk neuropati. Ankeltrycket kan vara svårt att värdera hos dessa patienter (tåtrycksmätning).

## BEHANDLING

Efter kärlutredning kan de arteriella förträngningarna ofta behandlas med ballongdilatation och/eller kirurgiskt med by-pass teknik.

Beträffande lokalbehandling har regionala vårdprogram utarbetats, vilka kan skilja sig åt i detaljer. Den arteriella insufficiensen försämrans av kompressionsbandage.

*Arteriellt bensår drabbar mest äldre, sitter fr.a. på fötterna och ger smärtor, som förvärras vid högläge av benet.*

# NEKROTISERANDE VASKULIT



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 62-årig kvinna med flera interna sjukdomar, diabetes, reumatoid artrit och hypertoni, men med tidigare friska ben, slog för en månad sedan håll på vänster skenben. Det initialt lilla, stillsamma såret har nu ganska plötsligt börjat växa perifert under svår smärta. En, ett par centimeter bred, blårröd, inflammatorisk zon utanför själva sårkanten har föregått progressen. I sårkanten tendens till bildning av en svart nekros. Intensivt ömt, stör sömnen, behöver mycket smärtstillande. Olika lokalbehandlingar har inte kunnat stoppa utbredningen av såret.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Andra bensår*: sid. 60 och 62.

# NEKROTISERANDE VASKULIT

**N**ekrotiserande vaskulit är en inflammatorisk, destruerande process i hudens små kärl, arteriolae och venulae. Lokaliseras företrädesvis till underbenen. Ett spektrum av kliniska bilder förekommer alltifrån några få, cm-stora, smärtande sår med svart nekros och med en violett, cm-stor, perifer, inflammatorisk ring fram till sårhålans kant ("vaskulitreaktion") till många ärtstora papler med purpura och små centrala nekrosprickar. Den mikroskopiska bilden innehåller sönderfallande leukocyter (s.k. leukocytoklasi) i de destruerade kärllväggarna, och sjukdomen har härigenom också fått ett annat namn: leukocytoklastisk vaskulit. Deposition av immunglobuliner förekommer i kärllväggarna.

Allmänsjukdomar som malignitet, diabetes, reumatiska tillstånd predisponerar för nekrotiserande vaskulitsår, men de kan också utlösas av läkemedel. Det kan vara farligt att provokationstesta genom att åter ge misstänkta utlösande mediciner, när patienten väl är läkt. Om man "träffar rätt", kan det skyldiga läkemedlet nämligen ge svåra vaskulitsår men också symptom från njurar, leder, mag-tarmkanal. Dessa organ kan också vara primärt engagerade vid sjukdomens debut, oberoende av genesen.

## BEHANDLING

Försök att utreda orsaken. Misstänkta läkemedel utsättes eller utbytes till andra, kemiskt icke-besläktade preparat. Svåra tillstånd kräver specialistvård. Behandling med perorala steroider och andra immunmodulerande preparat blir ofta aktuellt.

*Nekrotiserande vaskulit kan på underbenen ge progredierande, svarta, starkt smärtande sår med blårod, inflammatorisk zon omkring.*

# BLÖJDERMATIT



## KOMMENTARER TILL BILDEN

Denna 3 månaders gosse har varit irriterad i stjärten under några veckor, kinkig vid blöjbyten. Trots behandlingsförsök med zinksalva har tillståndet förvärrats under sista veckan och då visat tendens till vätskning. Normal avföring. Det ilskena, subakuta utslagets utbredning motsvarar ganska exakt blöjans yta. Hudveckan är delvis fria, medan konvexa hudtytor är mest irriterade.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Psoriasis*: kan, sällsynt, engagera enbart blöjregionen. Svår differentialdiagnos.
- *Bullös impetigo*: är stafylokokkbeingad och ger multipla bullae på normal hud. Kort anamnes. Sid. 68.

# BLÖJDERMATIT

**B**löjdermatiten beror på flera samverkande faktorer, som också var för sig ger hudirritation. Faeces och urin (ammoniakbildning) i blöjan ”fräter” på huden, och dermatiten kan utlösas under en diarréperiod eller då blöjbyten fördröjes. Den irritativa effekten brukar börja perianalt och sedan involvera hudens konvexa ytor (som på bilden här). Candidainfektion (från gastrointestinalkanalen) kan adderas, varvid också böjveckan engageras. En ren candidabild kan förekomma i macererade ytor. Också bakteriell infektion med stafylokocker och streptokocker kan försämra dermatiter i stjärten. Såväl seborroiskt som atopiskt eksem kan debutera under blöjan, men även i dessa fall kan sekundärt irritativa faktorer och candida samverka i en komplex etiologi.

## BEHANDLING

Luftning av stjärten, täta blöjbyten. Initialt en måttligt stark steroidkräm i kombination med anticandidamedel som nystatin eller imidazol. Sedan nedtrappning i steroidstyrka och så småningom hudskyddande preparat som Silon-salva och zinkpasta. Uppmjukande fetkrämer kan också användas.

*Blöjdermatit kan ha många orsaker; irritation, candida, seborroiskt och atopiskt eksem.*

# BULLÖS IMPETIGO



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 18 månader gammal flicka har sedan 10 dagar ett blåsformigt utslag på vänster skinka. Blåsorna med klart innehåll har ökat till cm-storlek och har delvis konfluerat. Vissa bullae har rupturerat, och blåstaket återfinnes i kanten som en liten fjällkrage. På några ställen ses en rest av blåsan som en perifer söm med vätske-innehåll, som kan vara grumligt. Några lesioner visar tendens till upptorkning och läkning i centrum. Flickan är frisk i övrigt. Har inte haft feber.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Blöjdermatit*: av olika genes (sid. 66) kan bli sekundärinfekterad med stafylokokker och kliniska drag av bullös impetigo adderas.
- *Strophulus*: är grupperade, kliande insektsbett, som i sig själva kan ge bullae och som dessutom kan impetiginiseras vid rivningen. Del 1, sid.70.

# BULLÖS IMPETIGO

Impetigo contagiosa (svinkoppor) orsakas av stafylokocker och/eller streptokocker. I båda fallen är det primära elementet i huden an-  
tingen en minimal vesikel eller pustel, ytligt belägen strax under  
hornlagret. P.g.a. detta brister blåsorna lätt, och det är sällan man ser  
dem intakta. Detta gäller dock inte den stafylokockbetingade sjuk-  
domen, där blåsorna kan växa till bulla-storlek, d.v.s. mer än en halv  
centimeter i diameter. När de sedan brister, återstår rester av blåstaket  
i kanterna som på bilden. Sårytan är ”ren”. Men vid den streptokock-  
betingade sjukdomen ansamlas snabbt, under ett dygn efter avtvätt-  
ning, nytt gult sekret som koagulerar till en skorpa på ytan.

Bullös stafylokockimpetigo drabbar mest barn, ibland epidemiskt på  
daghem och i skolor, inte minst på hösten. Friska, kroniska bacill-  
bärare med bakterier bl.a. i näsan kan ge upphov till ihärdiga utbrott  
av impetigo.

Pyokockerna kan också ge en djupare infektion än impetigo med  
sårbildning i dermis och ibland feber (ektyma).

## BEHANDLING.

Lätta former får lätt lokalbehandling. Avtvättning med tvål och vatten eller  
klorhexidin. Vätesuperoxiden har upplevt en renässans i nya krämbaser. Res-  
triktivitet med lokala antibiotika p.g.a. risken för resistensutveckling. Systemisk  
antibiotikabehandling krävs oftare vid den bullösa än vid den icke-bullösa  
varianten av impetigo. Penicillinastabilt penicillin föredras ofta.

*Bullös impetigo brukar orsakas av smittsamma stafylokocker. Epidemier hos  
barn på daghem.*

# ATOPISKT MAMILLEKSEM



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En nu 17-årig flicka har under sin uppväxt haft ett besvärligt, ”vanligt” atopiskt eksem i de stora böjvecken (handlovar, armbågsveck, knäveck, fotleder). Hon och föräldrarna är väl förtrogna med hennes torra hud med goda somrar och besvärliga vintrar. Under det senaste året har eksemet delvis ändrat favoritlokalisering och nya hudregioner har drabbats: ansikte, hals, glutealveck men mest bekymmersamt båda brösten. Eksemet har fått en påtaglig tendens till extra vätskning med åtföljande krustbildning. Smärtsamma hudsprickor uppträder emellanåt, och klådan är uttalad.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Pagets sjukdom*: är en fruktad eksemliknande form av bröstcancer. Är dock ensidig och drabbar så gott som uteslutande äldre kvinnor. Vid minsta misstanke är biopsi indicerad.



# ATOPISKT MAMILLEKSEM

**T**onårsflickors atopiska eksem engagerar med förkärlek bröstet och glutealregionen med extra bekymmer genom särskild benägenhet för vätskning, vilket är ovanligt på övriga atopilokaler genom att eksemreaktionens vesikel brukar drunkna i den samtida förtjockningen av huden, lichenifiering. Vid mamilleksem är sekundärinfektioner frekventa och smärtsamma fissurer vanliga. Som vid övriga manifestationer av atopiskt eksem underhålles en ondskefull klådcirkel av idogt rivande. Både mamill- och glutealeksemet läker med åren, men det är mycket långa år för en ung flicka, som ibland måste tillgripa kompresser och näsdukar i BH och trosor mot vätskningen.

## BEHANDLING

Den vid atopiskt eksem sedvanliga, initiala, intensiva lokalbehandlingen med ett starkt kortisonpreparat fungerar väl också vid perimamillär lokalisation, kanske i kombinationspreparat med antibiotika. Därefter nedtrappning i steroidstyrka, varvid man växlar om med steroid och fuktighetsbevarande fetkräm. Målet är att övergå till enbart mjukgörande preparat, också för att förebygga recidiv.

*Atopiskt eksem sitter ibland bilateralt kring mamillerna (och i glutealveckan) hos tonårsflickor.*

# "SJÄLVSPRICKOR"



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 44-årig kvinna söker för smärtande hudsprickor på fingrarna. Fissurerna sitter mest volart, där huden är förtjockad men kan dessutom uppträda i till synes normal hud på fingertopparna. Sprickorna kan komma ganska plötsligt. Patienten har åratals erfarenhet av orsaken: vått och grovt arbete utomhus i vinterkylan med bara händer. Feta salvor hjälper en del.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Dermatoser med fissurer*: se nästa sida.

# "SJÄLVSPRICKOR"

**D**jupa fissurer, ragader, kan uppstå sekundärt i ett förtjockat torrt epidermis, som kan vara uttryck för ett hyperkeratotiskt eksem (sid. 74), kroniskt kontakteksem, psoriasis, pustulosis palmo-plantaris (sid. 54), medfödd keratoderma palmo-plantaris (sid.76) och svampinfektioner. Men ibland uppstår de i till synes normal men torr hud. Kallas därför ibland också för torrsprickor. Kyla medför uttorkning av huden, låg luftfuktighet likaså (särskilt när några dagars disig väderlek plötsligt ersättes av hög, klar luft). Vått och mekaniskt påfrestande arbete ger ytterligare utarmning av hudens vatten, likaså stark vind. Till alla dessa uttorkande faktorer sällar sig en samtidig barriärskada.

## BEHANDLING

Allmän hygglighet mot händerna, särskilt på vintern, samt trägen ingnidning med fetkräm. Mot själva fissuren ocklusivt hydrokolloidalt förband, zinkplåster, kolloodium.

*"Själsprickor" i förtjockad eller (bara) i torr överhud är vinterdagarnas gissel hos dem, som glömt handskar och uppmjukande preparat.*

# HYPERKERATOTISKT EKSEM



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 51-årig man fick förra senhösten välavgränsade, torrt fjällande förändringar i båda handflatorna. Ingen klåda men ofta smärtsamma sprickbildningar, särskilt vid påfrestande arbete. Tillståndet har växlat men aldrig helt läkt. Inga hudförändringar annorstädes på kroppen och inga hudsjukdomar i släkten.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Kontaktteksem*: av allergisk och icke-allergisk typ måste uteslutas. Del 1, sid. 32.
- *Psoriasis*: har ofta samtidiga lesioner på andra kroppsdelar.
- *Svampinfektion (tinea)*: kan ha liknande klinisk bild men då ofta även förändringar på fötterna. Svampodling visar *Trichophyton rubrum*.
- *Keratoderma palmo-plantaris*: har framträdande ärftlighet och debuterar tidigt. Sid. 76.

# HYPERKERATOTISKT EKSEM

**H**yperkeratotiskt eksem, som också kallas tylotiskt, ses i handflatorna hos båda könen. Det debuterar ofta i medelåldern och gärna efter hårt manuellt arbete. Förändringarna sitter mitt i eller proximalt i handflatan, gärna bilateralt men ibland ensidigt och då relaterat till upprepad traumatisering. Någon gång kan fotsulorna samtidigt drabbas på tryckställena. Etiologin är oklar. Ingen koppling till psoriasis eller atopisk sjukdom. Lapptest med avseende på allergiskt kontakteksem utfaller negativt liksom svampodling. Under den förtjockade överhuden framträder små vattenblåsor, vilka också kan påvisas i hudbiopsi. Sjukdomen har tendens till kronicitet. Obetydlig klåda men smärtsamma sprickbildningar, särskilt vintertid, kan invalidera.

## BEHANDLING

Konsekvent användning av mjukgörande preparat. Hydrokolloidalt förband till sprickor. Ljusterapi och mjukröntgen (Bucky-behandling) kan försökas.

*Hyperkeratotiskt handeksem ger förtjockad hud med sprickbildningar mitt i handflatorna. Orsaken okänd.*

# KERATODERMIA PALMO-PLANTARIS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 60-årig kvinna har sedan barnaåren haft bekymmer med sina fotsulor och handflator, där den förtjockade huden ständigt spruckit sönder med smärtsamma fissurer som följd. Särskilt hälna har varit utsatta. Mamman och en syster har samma besvär och hon har hört ryktas, att också andra släktingar haft detta. En försämring har sakta skett över åren, särskilt inom ytor på fotsulorna, vilka varit utsatta för belastning. Hon måste alltid smörja sig med feta krämer eller salvor.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Fotsvamp (tinea pedis)*: (utan keratodermi) av s.k. mockasintyp i fotsulan är inte medfödd och debuterar sällan före puberteten.
- *Psoriasis*: har en hyperkeratos men med starkare bakgrundserytem. Ofta typiska lesioner på andra kroppsdelar. Ärftligheten inte så framträdande och i regel senare debut.
- *Eksem*: av s.k. hyperkeratotisk typ har förtjockat hornlager med tendens till sprickbildning. Sen debut. Sid. 74.

# KERATODERMIA PALMO-PLANTARIS

**K**eratoderma palmo-plantaris är en dominant ärftlig rubbning i hudens keratinisering (hornbildning) i handflator och på fotsulor med åtföljande tjocka, festsittande hyperkeratoser. Belastning av huden medför försämring på tryckytorna, och besvären ökar med åren från att vid födelsen eller vid späda ålder ha varit ganska beskedliga. Den förtjockade, ibland vaxliknande huden når några centimeter upp på fotens sidor räknat från fotsulan och slutar här abrupt i en skarp linje. Sekundär svampinfektion med trådsvamp (tinea) är vanlig och försämrar. Sjukdomen är särskilt frekvent i Norrland. Keratodermin kan engagera hela fotsulorna (handflatorna) men kan också vara strimformad eller punktat. Vid sidan om den vanliga ärftliga formen av keratodermi i fotsulor och handflator finns liknande former hos vuxna, associerade till klimakteriet och vissa allmänsjukdomar.

## BEHANDLING

Keratolytiska och uppmjukande krämer utprovas individuellt av patienten för kontinuerlig behandling. Peroral A-vitaminsyrebehandling vid svåra tillstånd, specialistfall. Antimykotisk långtidsbehandling vid sekundär tinea-infektion, som först verifierats genom svampodling.

*Keratoderma palmo-plantaris är en ärftlig sjukdom med förtjockad hud i handflator och fotsulor, som sekundärt kan infekteras med trådsvamp.*

# ICHTYOSIS VULGARIS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 16-årig flicka har sedan späda ålder torr hud mest på skenbenen, som ger en gråbrun färg genom fastsittande, tunna fjäll. Hon måste smörja sig ständigt med uppmjukande krämer. Bättre, mjukare på sommaren. Samma torra hud finns hos flera släktingar.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Andra iktyosjukdomar*: förekommer i flera, sällsynta, delvis svåra varianter (lamelläriktyos, könsbunden iktyos). Specialistundersökning på hudklinik kan erfordras för exakt diagnos, särskilt hos spädbarn med uttalad fjällbildning.
- *Torr hud*: finns hos patienter med atopisk dermatit, där en glidande övergång till manifest ichthyosis vulgaris ses. Del 1, sid. 10.



# ICHTYOSIS VULGARIS

Vid iktyosissjukdomarna finns en rubbning i bildningen av överhudens hornlager, som medför en förtjockning av detta. Vid vulgaris-varianten bildar stratum corneum ett torrt, ytligt rutmönster mest på extremiteterna (skenbenens framsidor) med centralt fastsittande fjäll i cm-stora kvadrater. Fjällen vikes upp i ytterkanterna. Den engagerade hudytan får en smutsgrå färg. Sjukdomen är dominant ärftlig och vanlig och har för att vara iktyos ett relativt mildt förlopp. Den debuterar strax efter födelsen, och symptomen brukar minska i vuxen ålder. Bøjveckan sparas. Tillståndet förbättras av fuktigt, varmt klimat och försämras därför vintertid. Kan höra samman med atopisk dermatit med dess allmänt torra hud (xeros).

## BEHANDLING

Sol och salta bad, ljusbehandling. Lokalbehandling med mjukgörande krämer och lotioner utprovas individuellt. De kan innehålla mjölksyra, propylenglykol, koksalt, urea, ämnen som påverkar hudbarriären positivt men också attraherar vatten och därvid gör huden lenare. Specialkompositioner har på senare tid framtogs med god effekt på iktyosissjukdomar.

Fastän hornlagret är tjockt, är barriärfunktionen defekt, varför stor försiktighet vid lokalbehandling med vissa substanser måste iakttagas. Sålunda resorberas salicylsyra (som kan användas keratolytiskt vid förtjockat stratum corneum) särskilt hos barn med deras relativt stora hudyta.

Peroralt A-vitaminsyrepreparat kan ha god effekt men bör utprovas av specialist.

*Ichtyosis vulgaris är en medfödd, vanlig rubbning i hudens keratinisering. Svåra iktyosissjukdomar behöver dermatologisk bedömning.*

# KERATOSIS PILARIS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 15-årig flicka söker för en torr piggighet i huden på utsidan av överarmarna, låren och skinkorna. Hon har haft detta i flera år men inte brytt sig vidare om tillståndet. Men med ålderns rätt har ett kosmetiskt bekymmer nu tillkommit. Förändringarna kan kliä något och bli rödprickiga efter bad. Hon är bättre på sommaren och var så särskilt efter en vistelse på Kanarieöarna. Smörjer sig ivrigt med diverse krämer och blir då tillfälligtvis något mjukare i huden.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Follikulära, piggiga hyperkeratoser*: finns också, lokaliserat eller utbrett, sekundärt vid specifika, sällsynta dermatoser.

# KERATOSIS PILARIS

**K**eratosi pilaris är ett autosomalt dominant ärftligt tillstånd, som debuterar i skolåldern. Hornlagret i hårfolliklarnas mynningar tillväxer och blir en minimal pigg. Ett rivjärn av små taggar känns mera med fingret än det syns vid inspektion. Den sträva huden är mest uttalad över axlar, överarmar, höfter, lår och skinkor men ibland också i ansiktet. De follikulära paplerna är hudfärgade men kan bli övergående röda t.ex. av tvål. Tillståndet är värre på vintern. Patienten trivs extra väl med solen. En spontan förbättring kan förväntas vid puberteten.

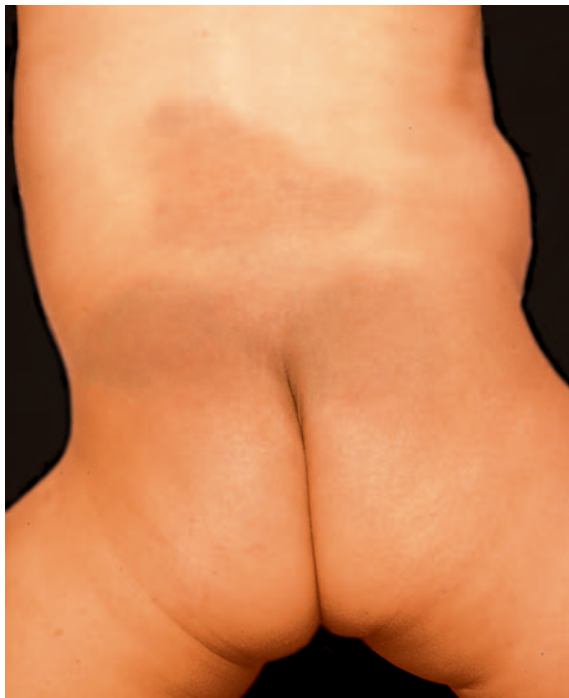
Atopipatienterna har ofta lätt follikulär keratos tillsammans med sin allmänt torra hud och kanske dessutom en viss ichtyosis vulgaris (sid. 78).

## BEHANDLING

Uppmjukande preparat, fetkrämer och lotioner, efter individuell utprovning användes regelbundet. A-vitaminsyrekräm kan provas men retar ibland. Ljusbehandling (UVA, UVB), vintertid, kan hjälpa.

*Keratosi pilaris ger hos unga rivjärnsliknande piggar, mest på extremiteternas sträcksidor. Bättre av pubertet och sol.*

# MONGOLFLÄCK



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 5 månader gammal flicka remitteras till hudklinik för blågrå fläckar på ryggen ner över skinkorna. Hon kommer från Marocko och är mörk i hyn. Medföljande föräldrar är - sannolikt inte bara genom språkförbistringen - oförstående till specialistundersökningen. För dem är dessa fläckar välkända hemifrån. En frisk och välnärd flicka. Hudstatus som på bilden. Något ytterligare framkommer inte vid undersökningen.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Barnmisshandel*: är en mycket viktig differentialdiagnos genom att mongolfläckar liknar hudblödningar (blåmärken).

# MONGOLFLÄCK

**M**ongolfläckar finns i 80% hos vissa mongolfolk men också i mycket hög procent hos mera pigmenterade folkslag. Sällsynt i skandinavisk befolkning. Fläckarna är medfödda eller debuterar strax efter födelsen och lokaliseras mest nertill på ryggen och på stjärten men kan finnas var som helst på kroppen. De återbildas successivt och har i allmänhet försvunnit i tidig skolålder. Den egendomliga, blågrå färgen beror på att vilsekomna pigmentceller ansamlas nere i dermis. Det svarta melaninet ger här samma blå färg som exempelvis tatueringar utförda med svart tusch, vilket ligger på samma djupa, dermala nivå som mongolfläckens pigment. Tillståndet är godartat. Den viktiga differentialdiagnosen är barnmisshandel.

## BEHANDLING

Ingen. Fläckarna försvinner spontant (dock finns mycket sällsynta fall med persisterande mongolfläckar).

*Mongolfläckar är mycket vanliga bland småbarn hos vissa mer eller mindre hyperpigmenterade folkslag. Sitter mest över sakrum och försvinner spontant.*

# MELASMA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 30-årig chilenska, som vistats tre år i Sverige, har bekymmer med symmetriska, bruna fläckar på kinderna. De har successivt tilltagit i omfång och mörknat med åren. Varje sommar har gett ett tillskott av hyperpigmentering. Under en graviditet för två år sedan mörknade den bruna färgen ytterligare. Tar inga mediciner, ej heller P-piller. Pigmenteringen sitter huvudsakligen maxillärt hos denna patient.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

Diagnosen är i allmänhet uppenbar.

# MELASMA

**M**elasma (chloasma) drabbar mest kvinnor i yngre medelåldern. Överrepresenterat hos vissa folkslag som asiater och iberio-amerikaner. Det bruna, kosmetiskt bekymmersamma, symmetriska mönstret i ansiktet kan ha olika formationer och vara koncentrerat till överläpp, panna, kinder, haka, var för sig eller i kombination. Färgen kan vara gyllenbrun eller blåaktig, vilket avspeglar de olika nivåer, som det nytilkomna, extra melaninpigmentet intar, nämligen epidermis resp. dermis. Detta är en viktig kunskap för ev. försök med blekande behandling. Denna fungerar nämligen bäst vid ytligt pigment i epidermis, sämst vid djupt pigment i dermis. Melasma kan framkallas av graviditet (fullgången eller avbruten) och P-piller. Solen spelar stor roll.

## BEHANDLING

Konsekvent solskydd (UVB + UVA skydd). Blekkrämer för den epidermala hyperpigmenteringen finns. I svåra fall kan laserterapi försökas.

*Melasma förekommer mest i ansiktet och hos kvinnor med etniskt måttligt hyperpigmenterad hud. Solen försämrar.*

# CLAVUS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 73-årig kvinna har under flera år haft svårt att gå p.g.a. ömhet under båda framfötterna. Belastningssmärtor utgår särskilt från de avgränsade förhårdningarna över benprominenserna, mest vid basen av stortårna. I centrum av vissa hyperkeratoser ses små taggar, som är extra ömma vid tryck. Patienten har använt salicylsyreplåster med viss effekt på den tjocka hornbildningen och på smärtorna.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Fotvårtor*: visar vid nedskärning en granulerad, ibland svartprickig yta i stället för en blank keratosyta med en solitär, central liktorn. Sid. 26.
- *Ärrbildning*: bl. a. efter tidigare destruerande vårtbehandling.
- *Fotsvamp*: förväxlas gärna med ”inre liktornar” mellan tårna. Del 1, sid. 52.



# CLAVUS

**C**lavus (liktorn) är en åkomma på fötterna hos äldre, som uppstår genom abnormt tryck mot benutskott, som saknar polstrand fett. Hårda, hyperkeratotiskt tjocka liktornar bildas på tåledernas dorsalsida och på fotens volarsida motsvarande hudvudena på metatarsalbenen samt på lilltårnas utsidor. Clavi är smärtande och ömma särskilt vid direkt tryck mot den centrala tornen, mindre vid kompression från sidorna. Den centrala piggen framträder tydligare efter nedskärning av den omgivande keratosan. Sportaktiviteter av varierande slag kan ge clavi på utsatta tryckställen, även utanför fötterna.

Mjuk clavus sitter mellan tårna ("inre liktornar") och drabbar två intilliggande ytor, som pressas mot varandra, mest i det fjärde tårinterstitiet. Huden blir här inte hård utan snarare mjukt macererad med ett gulvitt, poröst hornlager. Bilden kan då påminna om fotsvamp, vilken också föredrar just detta tåmellanrum. Svampodling vid tveksamhet.

## BEHANDLING

Nedskärning av den ömmande hyperkeratosan men med viss försiktighet för att inte orsaka ev. svårläkt sårbildning. Tryckavlastande åtgärder (bra skodon, inlägg, liktornsringar), salicylsyreplåster, hydrokolloida förband.

*Clavus är en belastningseffekt på äldres fötter, vilken fordrar avlastande åtgärder.*

# PIGMENTNEVUS



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 32-årig kvinna söker för ett mörkbrunt "födelsemärke" på höger kind. Det har funnits där så länge hon minns men har nog med åren blivit lite större, lite svartare och har oroad. Ingen klåda. Det plana märket är en halv centimeter i diameter och kan knappast kännas med fingret.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

Egentligen ingen. Märket ter sig som nevus av s.k. junctiontyp. Vid tveksamhet excision för mikroskopi.

# PIGMENTNEVUS

**B**runa s.k. födelsemärken syns inte vid födelsen (utom enstaka - kongenitala- som inte beröres här). De kommer i stället allt fler under uppväxten och fram till 35-års åldern. Det enskilda nevus har makroskopiskt en individuell utveckling: först en liten, slät, brun prick, då de nervbesläktade, pigmenterade nevuscellerna ligger uppe i gränzonen mellan epidermis och dermis och därför kallas ”junction nevus”. Sedan brukar det bruna märket växa till ytan men blir sällan mer än 1 cm i diameter. Efter decennier kan antalet nevusceller tilltaga så mycket, att märket blir tjockare. Det blir samtidigt ofta blekare. Nevuscellerna har nu också börjat släppa kontakten med epidermis. Det är denna kontakt, som teoretiskt kan medföra en utveckling till malignt melanom. Atypiska nevi, som ser ”obehagliga” ut, stora, spräckliga, oskarpt avgränsade, kallas dysplastiska nevi. Dessa har större risk att bli elakartade och föranleder därför ofta kirurgisk excision. Patienter, som söker för nevus, bör erbjudas inspektion av samtliga nevi på hela kroppen. Vid hög ålder minskar antalet vanliga pigmentnevi genom återbildning av nevuscellerna.

## BEHANDLING

Excision är inte medicinskt indicerad vid säker klinisk diagnos. Patienten bör informeras om att ändringar i nevus’ utseende kan vara tecken på malignisering: tillväxt, ändringar i färgen, ojämna kanter, klåda, sårbildning, blödning. Alla exciderade pigmenterade hudförändringar bör undersökas mikroskopiskt. Destruerande behandlingar som laser och diatermi är olämpliga.

*Pigmentnevus, som kliniskt ser benignt ut, kan i normalfallet tillåtas expectans efter information till patienten.*

# DERMATOFIBROM



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 43-årig man söker för en cm-stor knuta på låret. Den har funnits i minst ett år men har nu blivit lite brun i kanten, vilket oroar. En förfrågan, om han inte har flera liknande knottor, besvaras nekande. Men vid en rutinundersökning av hela huden, hittas ytterligare en mindre knotta av samma utseende på ena överarmen. Båda "kulorna" är brun-blå-röda, den ena med extra bruna strimmor i kanten. De är påtagligt fasta och känns som små hårda skivor i huden, vilka kan förskjutas undertill men sitter fast upptill i överhuden. Ömma.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Pigmentnevus*: är mjukare och kan inte förskjutas som en skiva. Vid oklar diagnos, excision för mikroskopi. Sid. 88 samt Del 1, sid. 88.
- *Malignt melanom, nodulärt*: är också mjukare. Excision vid osäkerhet.

# DERMATOFIBROM

**D**ermatofibrom kan också kallas histiocytom, beroende på vilken celltyp, som dominerar i knutan, fibroblaster resp. histiocyter. Namnet "nodulus cutaneus" kan dock användas om båda. Detta är en mycket vanlig, godartad tumor, ibland solitär men ofta ses flera likartade förändringar (som hos vår patient), mest på extremiteterna och skinkorna. Det kliniskt mest typiska är den fasta skivformen, som sitter förankrad upptill i huden men är fritt rörlig nertill mot subkutis. Om man kniper hårt över den hårda skivan, uppstår en grop i mitten. Detta kallas följdriktigt för "naveltecknet". Färgen växlar: ibland normal hudfärg, ibland blåroött, ibland inslag av brun färg, som kan oroa. De flesta dermatofibrom blir 4-5 mm i diameter, men cm-stora kan ses. De är ibland ömma. Många patienter erinrar sig, att den lilla knutan kommit på platsen för en tidigare hudförändring, som kan ha varit myggbett eller follikulit.

## BEHANDLING

Vid helt klar diagnos med den hårda, skivformade linsen: ingen. Vid oklar diagnos, särskilt vid hyperpigmentering: excision och mikroskopi.

*Dermatofibrom är en fast, linsformad, godartad skiva i huden på ben och/eller arm, mest efter tidigare insektsbett.*

# KELOID



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 25-årig kvinna från Egypten tatuierades på höger axelparti för 7 år sedan. Tatueringen avlägsnades kirurgiskt för 2 år sedan. Efter några månader började ärrret klia och svullna. Det spred sig också ut över de ursprungliga kirurgiska snittens yta. Det upphöjda ärrret mörknade först i kanterna och sedan som helhet. Förändringen har också blivit allt ömmare, och patienten är rädd för att stöta till armen.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Sarkoidos*: är en sällsynt allmänsjukdom, som ännu mera sällsynt kan lokaliseras till ärr, både färska och gamla. Dessa svullnar och blir blåroda. Biopsi ger diagnos.

# KELOID

**K**eloid är en okontrollerad men godartad cellnybildning av fibroblaster i läderhuden initierad av en hudskada. Denna kan vara en ärrtatuering, följdttillstånd efter exstirperat nevus, traumatisk skada, akne etc. En sekundär infektion i skadorna ökar risken för efterföljande keloidbildning. Bröst och axelregioner är predisponerade lokaler, därför försiktighet med kirurgiska ingrepp på dessa regioner och särskilt då hos individer med etniskt ökad pigmentering i huden (kan variera från asiatiskt brun kulör till afrikanskt mörkt svart). Det vanliga tidsförloppet för utvecklingen av en keloid innebär tillbakabildning efter några år. Så småningom ersättes då den tumörösa bildningen av ett vanligt insänkt, atrofisk ärr. Men innan dess kan bekymret med kosmetik, klåda och ömhet vara betydande.

## BEHANDLING

Profylaktiskt vid operation i huden på keloiddisponerade individer och vid kirurgisk excision av redan etablerade keloider kan modern teknik med tryckförband m.m. användas.

Färska keloider kan lokalbehandlas med kortisoninjektioner för att påskynda den förväntade, spontana regressen. Indikationen för detta kan också vara påtaglig smärta eller klåda i keloiden. Försiktighet med injektionerna i mörk hud p.g.a. risken för efterföljande, vit, långvarig depigmentering på och kring injektionsställena.

*Keloid är ett förtjockat ärr efter hudskada. Den tillbakabildas spontant, men detta tar år. Mörk hud är mest utsatt.*

# YTIG BASALCELLS- CANCER



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 60-årig man söker för en sakta, perifert tillväxande, rödbrun, skarpt avgränsad fläck på bröstet. Den började för åtminstone 3-4 år sedan och har trots tillväxten behållit sin ytliga bild. Man anar små knotttror inuti. Antydning till fjällning. Inga obehag men patienten oroas. Har provat kortisonsalva utan effekt. Han är annars frisk inklusive huden.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Psoriasis*: är också en ytlig, röd, välavgränsad fläck men den skulle säkert vuxit till sig mera på 3-4 år. Fjällar betydligt mer. Normalt har under denna tid huden också hunnit angripas på fler ställen. Del 1, sid. 38.
- *Bowens sjukdom*: är en precanceros från stratum spinosum i överhuden, som liknar den ytliga basalcellscancern. Mikroskopi behövs för att skilja dessa båda hudcancerformer.
- *Kroniskt eksem (neurodermit)*: kliar, svarar på lokal kortisonbehandling.



# YTIG BASALCELLS- CANCER

**D**enna tumörform kommer från och har fått sitt namn av det understa lagret i överhuden (stratum basale). Basalcellscancer har i sina olika former, trots sitt namn, ett påtagligt godartat förlopp, d.v.s. den ger ytterst sällan dottersvulster. Detta gäller särskilt den här illustrerade, ytliga formen. Denna är gärna multipel, men många patienter har enstaka fläckar. Diagnosen säkerställs i mikroskopet efter provexcision, gärna från kanten, där en rad minimala, pärlliknande tumörkulor brukar finnas. Den ytliga basalcellscancer är relativt vanlig, ses mest hos medelålders och äldre, men kan någon gång förekomma hos unga personer.

## BEHANDLING

Tumörcellerna skall avlägsnas kirurgiskt eller med destruktion (frysning med flytande kväve, skrapning med skarp slev, laser eller elkoagulation).

*Ytlig basalcellscancer är godartad med en eller flera, ytliga, röda, välavgränsade fläckar. Små knottor i kanten.*

# ERYTHEMA MULTIFORME



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 37-årig man har sedan två veckor ett kliande, symmetriskt utslag på händerna (dorsalt och volart), underarmarna och kinderna. Började akut som små diskreta, röda papler. De har sedan tillvuxit och utvecklats till lilafärgade, koncentriska ringar samtidigt som det har tillkommit många nya utslag. Han har känt sig lite visnen, varit subfebril och haft ont i lederna. Patienten omtalar, att han väl känner igen sin sjukdom efter erfarenhet från två tidigare utbrott. De brukar vara ett par veckor, sedan torka in och fjälla bort.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Tinea corporis*: är också ringformad ("ringorm"), men lesionerna är fåtaliga, knappast symmetriska och fjällar i kanterna. Del 1, sid. 50.

# ERYTHEMA MULTIFORME

**E**rythema multiforme är en av de lila dermatoserna. Lesionerna är karakteristiska med koncentriska ringar, som måltavlor, i olika röd-violetta nyanser: t.ex. en mörkröd prick i mitten, utanför en ljus röd ring, utanför denna en violett ring och utanför denna en mörkt röd ring. Ringarnas antal kan variera. De är oftast lokaliserade till ansiktet (kinderna) och extremiteterna. Vid svåra utbrott kan utslaget generaliseras över kroppen och också drabba slemhinnor: ögon, munhåla, genitalia. Patienterna har då också allmänsymptom med feber, ledvärk och kan bli svårt medtagna. Ett ”vanligt” utbrott av erythema multiforme brukar vara ett par veckor och läker restlöst. Ofta flera identiska attacker tidigare. Tillståndet är ett symptom och kan provoceras av infektioner (oftast herpes simplex, streptokocker), läkemedel, sol. Men ibland hittar man ingen orsak.

## BEHANDLING

Vid klåda stark steroidkräm. Vid utbredda förändringar kan systemisk steroidterapi vara indicerad.

I de recidiverande fall, då herpes simplex visats vara orsaken, kan aciklovir sättas in tidigt vid nytt virusskov för att förhindra sekundärt utbrott av erythema multiforme.

*Erythema multiforme är en ibland recidiverande dermatos. Provoceras av infektioner, särskilt herpes simplex, och läkemedel.*

# TOXIKODERMI



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 62-årig man insjuknade för en vecka sedan i en influensaliknande sjukdomsbild och behandlades med penicillin, analgetika och hostmedicin. Han blev efter tre dagar förbättrad och var på femte dagen feberfri. På kvällen denna dag observerade han små röda prickar flerstädes på kroppen. Nästa morgon hade dessa tilltagit i antal och storlek och delvis konfluerat till handflatestora, högröda ytor. Lätt klåda men inga nya allmänsymptom.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Generaliserat akut eksem*: ger epidermalt i erytemet små, tätställda knottor och/eller vesikler, kan vätska.

# TOXIKODERMI

**M**ed toxikodermi menar man ett symmetriskt mer eller mindre generellt, rödprickigt utslag, som kan likna de epidemiiska barnsjukdomarna och därigenom få namn som morbilliformt, skarlatiniformt, rubeoliformt exantem. Ibland liknar toxikodermin erythema multiforme (sid. 96), ibland konfluerar de små fläckarna till större, sammanhängande, erytematösa ytor. Särskilt nedtill på underbenen kan blödningar inne i huden tillkomma med purpura som följd. Den mörkt röda färgen signalerar en svårare sjukdomsbild.

Toxikodermin är uttryck för en speciell form av allergi, vilken samtidigt också kan drabba inre organ som njurar och leder. Infektioner och särskilt läkemedel, var för sig eller i kombinationer, kan provocera toxikodermi, som ibland också kallas ”läkemedelsutslag”. Det finns ingen hud- eller blodtest, som helt säkert kan bekräfta eller avvisa en misstanke på ett visst läkemedel som orsak. Det är en delikat uppgift för läkaren att gå igenom medicinlistor för att utsätta eller utbyta suspekta läkemedel.

## BEHANDLING

I lindriga fall kan det vara tillräckligt att sätta ut misstänkt skyldigt läkemedel. Vid klåda kortisonkräm efter behov. Svåra tillstånd kan indicera systemisk behandling med kortison.

*Toxikodermi orsakas oftast av läkemedel och/eller infektion.*

# ERYTHEMA NODOSUM



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 48-årig kvinna söker för röda, smärtande, ömma knutor på båda underbenens framsidor. De har under tre veckors tid tilltagit i antal och storlek. Hon har känt sig allmänt hängig och trött, haft värk i lederna, huvudvärk och varit subfebril. De några cm-stora lesionerna sitter djupt nere i läderhuden och i underhudsfettet. De färskare är ljusst röda, varma och ömma, de äldre blåbruna, mindre i storlek och i ömhet. De enskilda förändringarna har haft ett cykliskt förlopp, kommit på 2-3 dagar, stått oförändrade i en vecka, och därefter sakta återbildats. Patienten har tidigare varit frisk.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Andra inflammationer i hudens fettväv (pannikuliter)*: skiljer sig från erythema nodosum genom ett mera långdraget förlopp.

# ERYTHEMA NODOSUM

**E**rythema nodosum (knölros) är en pannikulit d.v.s. inflammation i hudens subkutana fett. Debuterar akut - subakut med allmänsymptom, subfebrilitet, ledvärk, huvudvärk, trötthet och hudförändringar. Förlöper gärna i flera vågor, då nya, djupt belägna, några cm-stora, ljust röda, ömmande knutor uppkommer med några dagars mellanrum. Knutorna åldras sedan på tio dagars tid, blir då mindre ömma och smärtande, och färgen skiftar till blårott och sedan brunlila, samtidigt som det underliggande infiltratet successivt minskar och försvinner. Durationen av tillståndet vanligen 4 - 6 veckor. Aldrig sårbildning. Lokaliseras till skenbenens framsidor. Infektioner kan framkalla knölros. Förr var erythema nodosum synonymt med börjande tuberkulos, och denna diagnos bör övervägas även idag, fr.a. hos invandrare. Streptokocker och yersinia liksom allmänsjukdom som sarkoidos, kollagenos, inflammatoriska tarmsjukdomar och läkemedel kan också provocera knölros. Dock upptäckes ingen utlösande orsak i bortåt hälften av fallen.

## BEHANDLING

Riktad terapi mot upptäckt utlösande sjukdom. Symptomatiskt mot hudförändringarna: strängt sängläge med benen högt. Antiflogistiska ges ibland och någon gång steroider peroralt.

*Erythema nodosum sitter på skenbenen och kan utlösas av infektion, läkemedel och allmänsjukdom.*

# ACNE CONGLOBATA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 17-årig yngling har sedan två år stora bekymmer med en svår akne i ansiktet, över skuldrorna och över bröstbenet. Han har märkt, att finnarna inte ser ut som de gör hos kompisarna med små gula toppar. I stället har han cm-stora, blåroda, ömma bulor djupt nere i huden. När dessa brister, missfärgas kläder och sänglinne av ett oljeliknande, brungult innehåll. Cystan läker så småningom, men detta sker med en tråkig ärrbildning. Han har försökt "allt" externt mot sin akne utan någon effekt men har inte fått invärtes tablettbehandling.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Vanlig akne*: har yttligare follikuliter och ger inga stora cystor. Del 1, sid. 44.



# ACNE CONGLOBATA

**A**cne conglobata kallas också cystisk akne. Den ingår i ett brett spektrum kliniska bilder, som tillhör acne-sjukdomen, vars innersta orsak är okänd. Kliniken sträcker sig från ytliga, minimala, tättsittande pustler (och komedoner), mest i pannan hos unga flickor, till en våldsam purulent cystisk bild som hos den illustrerade patienten. Den cystiska varianten drabbar mest tonårspojkar och lokaliseras fr.a. till ansikte och övre delen av bålen. Primärelementet är en liten, djupt liggande, röd, öm papel, som utvecklas till en bönstorcysta. Denna får ett slemmigt, brunt, blodtingerat innehåll och har tendens att brista. Sänglinne och kläder kan missfärgas, och patienterna ligger ofta på natten sönder abscesserna på ryggen och i ansiktet. Acne conglobata är utan behandling ett långvarigt tillstånd över år men spontanläker ändå till sist, dessvärre under svår ärrbildning. Förändringarna kan se smittsamma ut, men cystornas innehåll är inte kontagiöst.

## BEHANDLING

Sedvanlig lokalterapi för acne vulgaris är otillräcklig vid svår cystisk akne. Specialistfall. A-vitaminsyrepreparat, som i andra sammanhang användes lokalt, kan här ges peroralt (licenspreparat) med mycket god effekt på denna svåra aknesjukdom. Preparatet eliminerar talgproduktionen, en förutsättning för akne. Nackdelen är den långa biverkningslistan, där svåra teratogena effekter är allvarligast.

*Acne conglobata är en allvarlig sjukdom, till vilken effektiv men biverkningsdiger behandling nu finns.*

# NAGEL-TIC



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 40-årig kvinna söker för likartade nagelförändringar på båda tummarna. Nagelbanden är borta, mest på mitten, där huden också är röd och antytt fjällande. Ovanför dessa små hudskador sträcker sig mediala, 3 mm breda, pelare av horisontella räfflor upp längs hela naglarna, delvis brunaktigt missfärgade. Under konsultationen börjar patienten ”pilla” med ena handens pekfinger mot nagelbandet på samma hands tumme. Hon kan dessutom i stressituationer bita på naglarnas sidor, (vilket förklarar de små defekterna, som syns på bilden).

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

Egentligen inga. Diagnosen är lätt, om man känner den.

# NAGEL-TIC

I en stressad situation kan man mer eller mindre omedvetet skada sin nagelfals, ibland på ena, ibland på båda händerna. Det vanligaste är att pekfingrets nagel traumatiserar tummens nagelband på samma hand. Den mekaniska - inflammatoriska reaktionen i nagelbandet ger sekundärt en trofisk rubbning i nagelväxten just distalt om det 3-4 mm breda, skadade området. En rad missfärgade, horisontella, tätställda räfflor sträcker sig från nagelbandet upp till nagelns fria ände. När traumatiseringen upphör, kan nageln förväntas bli normal. En egendomlighet, som delas med andra självförvållade hudskador, är att fastän patienten med all tydlighet själv framkallat skadan, ändå, bekymrad, söker läkare för denna. De flesta nagelartefakterna av typ ”pillenagel” är mediala, men kan också drabba t.ex. ena yttre hörnet av nagelbandet, varvid räfflorna följdriktigt lokaliseras till denna nagelkant i stället för till mitten.

Andra hudartefakter kan samtidigt (eller enbart) drabba händerna, såväl nagelbitning som hyperkeratotiska små noduli på fingrarna (”bitknutor”).

## BEHANDLING

Upplysande diskussion med patienten om den uppenbara mekanismen vid nagel-tic är oftast samtidig terapi.

*”Pillenagel” uppstår, när nagelmatrix, mest på tummen, vanemässigt och halvt omedvetet traumatiseras av samma hands pekfinger. När man slutar, blir nageln normal.*

# ALOPECIA AREATA



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 40-årig man söker för kala fläckar i hårbotten. Han har haft liknande mindre fläckar för ca 10 år sedan, då håret kom tillbaka efter några månader. För ca 8 månader sedan upptäckte patienten en ny hårlös fläck på hjässan. Denna har sakta ökat i storlek samtidigt som ett par mindre har tillkommit. En viss återväxt av hår har noterats centralt i den första kala ytan. Huden är till synes normal inom fläckarna. Inga besvär fränsett det kosmetiska.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

- *Diskoid lupus erythematosus*: ger också hårlösa fläckar men till en början med en inflammatorisk, röd färg. I senstadiet kan fläcken bli vit men då i form av ett insänkt, blankt ärr. Ringform kan uppstå, vitt i centrum, rött i kanten. Sid. 58.
- *Svampinfektion*: antingen ytlig med rodnad och fjällning eller djup med gul varbildning.
- *Manligt håravfall*: symmetriskt på hjässan, inte avgränsade kala fläckar.

# ALOPECIA AREATA

**S**jukdomen är vanlig och finns i alla åldrar. Orsaken okänd, möjligen autoimmun. Andra organ som sköldkörteln kan drabbas samtidigt. Viss ärftlighet. Alopecin har olika svårighetsgrader, alltifrån en enstaka, någon cm-stor, hårlös fläck på capillitiet till ett generellt håravfall, som drabbar allt hår på kroppen. I det första fallet talar man om alopecia areata (areata = fläckvis), i det sista om generell alopeci. Begreppet total alopeci användes ibland om total skallighet på hjässan. Tillstånden, det lokala och generella, kan gå över i varandra. Vid den begränsade formen uppträder vanligen ett fåtal, några centimeter stora fläckar under en kortare tid, står några månader och följes av total återväxt. Efter några år kan ett nytt avgränsat, likartat skov uppträda.

Alopecia areata drabbar ibland även skäggbotten, vilket hos svartmuskiga kan upplevas tråkigt. Förlust av ögonbrynen ger ett påtagligt kosmetiskt bekymmer, medan förlorade ögonfransar kan tillskapas artificiellt. Patienter utan ögonfransar inser omedelbart naturens vishet, när även en beskedlig vårlig vind ger ”grus i ögonen”.

## BEHANDLING

Alopecia areata har god prognos. Lokala potenta steroidlösningar prövas vid långdragna tillstånd. Svåra fall remitteras till hudklinik. Hudspecialist kan ombesörja peruker som hjälpmedel vid utbredd sjukdom.

*Alopecia areata är en godartad, i regel övergående sjukdom med kala fläckar i hårbotten.*

# TATUERING



## KOMMENTARER TILL BILDEN

En 28-årig kvinna lät för 4 år sedan sticka in en liten fjäril på sin högra skuldra på en tatueringssinrättning i Köpenhamn. Hon var till en början förtjust i dekorationen, men entusiasmen har successivt falnat för att bytas i avsky. Den ska nu till varje pris bort. Hon har inga fysiska besvär av sin fjäril.

## DIFFERENTIALDIAGNOSER

Ingen.

# TATUERING

Vid dekorativ tatuering stickes olösliga färgpartiklar med nålar in i dermis. Svart kol blir på grund av ljusbrytningen omedelbart blått djupt nere i huden. Tatueringen är permanent under hela livet, även om den kan blekna något, när en del av pigmentkornen konsumeras av hudens makrofager och av dessa transporteras till regionala lymfkörtlar för att i stället upplagras där.

Riskerna vid tatuering är i första hand inympning av infektioner genom osterila nålar under själva tatueringssproceduren. Lokal varbildning med pyokocker förekommer liksom svåra allmäninfektioner (hepatit och HIV). Som presumptiv kund i en tatueringstudio måste man förvissa sig om att instrumenten där har steriliserats på ett betryggande sätt. Allergiska reaktioner i särskilt röda tatueringar kan uppträda också efter lång tid. Tatueringarna följer modets nycker och ångras ofta, det sägs mest av yngre kvinnor och äldre män!

## BEHANDLING

Små tatueringar kan med fördel excideras, större ibland med efterföljande transplantation. Laserteknik kan användas. I princip är tatueringar utförda med maskin lättare att avlägsna än de av amatörer handgjorda.

Tatueringar avlägsnas vanligen inte i offentlig sjukvård enbart på kosmetiska indikationer, och försäkringskassan bidrar inte. Kostnaderna kan i privat vård bli mycket stora.

*Tatueringar är livslångt permanenta. Om man ångrar sig, måste de vanligen avlägsnas operativt eller med laser.*

## REGISTER

Aciklovir	23, 97	Erysipelas	32
Acne conglobata	102	Erytem	6
Aktinisk keratos	58	Erythema migrans	12
Alopecia areata	106	Erythema multiforme	30, 96, 99
Alopecia totalis	107	Erythema nodosum	100
Amiantacea	48	Excoriation	6
Angiografi	63	Fetkräm	48, 50, 54, 76, 78, 80
Ankylostoma	39	Fissur	6, 72, 74
Arteriellt bensår	62	Fjärilslarvdermatit	36
Arterioskleros	63	Flatlöss	34
Asbestliknande	49	Flebografi	61
Atopiskt eksem	25, 79, 81	Follikulär keratos	80
Atopiskt glutealeksem	71	Fräknar	42
Atopiskt mamilleksem	70	Fästing	11, 13
Atrofi	6	Glutealeksem, atopiskt	71
A-vitaminsyra	77, 79, 81, 103	Granuloma annulare	12
Balanit	15	Hakmask	39
Ballongdilatation	63	Handdoppler	61
Barnmisshandel	82	Hand, foot and mouth disease	30
Basalcellscancer, ytlig	94	Hepatit	109
Bensår, arteriellt	62	Herpes genitalis	22
Bensår, venöst	60	Herpes simplex	23, 97
Betakaroten	45	Herpes zoster	22
Bitknutor	105	Histiocytom	91
Blöjdermatit	66	HIV	109
Borrelios	11, 13	Hyperkeratotiskt eksem	74
Bowens sjukdom	94	Hypertrofi	6
Buckybehandling	51, 55, 75	Hyperpigmentering	47, 85
Bulla	6	Hypopigmentering	47, 93
Bullös impetigo	66, 68	Håravfall, manligt	106
Candidainfektion	15, 17, 67	Ichtyosis vulgaris	78
Candidaparonychi	14	Iktyoser, övriga	78
Caterpillar dermatitis	37	Imidazol	15, 17, 19, 21, 67
Cervixcancer	29	Impetigo, bullös	68
Chloasma	85	Infiltrat	6
Cicatrix	6	Intertrigo	15
Clavus	86	Keloid	92
Condylomata acuminata	28	Keratoderma palmo-plantaris	26, 76
Corona glandis papler	28	Keratos, aktinisk	58
Coxsackievirus	31	Keratosis pilaris	50
Creeping eruption	39	Klorokin	45, 59
Cysta	6	Knölros	101
Cystisk akne	103	Koksalt	79
Dermatofibrom	90	Kollodium	79
Dermatosis papulosa nigra	46	Krusta	6
Diabetes	63	Kryoterapi	47, 95
Diskoid lupus erythematosus	58	LABC	11
Disulfiram	35	Larva migrans	38
D-vitaminpreparat	51, 55	Laser	95, 109
Efelider	42	Lentigo benigna	42, 46
Efflorescenser	6	Leukocytoklasi	65
Eksem, hyperkeratotiskt	74	Lichen ruber hypertrophicus	57
Eksem, tylotiskt	74	Lichen ruber planus	56
Erosion	6	Lidocain	23



Liktorn	87	Ragader, munvinkel	16
Lipodermatoskleros	61	Rosacea	58
Ljusbehandling	53, 55, 57, 75, 79, 81	Rosfeber	33
Lupus erythematosus	44, 50, 59, 106	Salicylsyra	9
Lymfadenosis benigna cutis	10	Salicylsyreplåster	87
Lymfödem	33	Sarkoidos	92, 101
Läkemedelsutslag, fixt	22	Seborroisk keratos	47
Läkemedelsutslag, toxikodermi	52, 98	Seborroiskt eksem	48, 50
Macula	6	Silonsalva	67
Malassezia furfur	19	Självsprickor	72
Malathion	35	Skabb	34
Mamilleksem, atopiskt	70	Skleros	6
Manet	38	Solbränna	43
Mebendazol	39	Soleksem	44
Melanin	83	Solskydd	45, 59, 85
Melanom, malignt	89, 90	Spinnarlarver	37
Melasma	84	Spontana stellata pseudoörr	40
Microsporon	21	Squama	6
Mjölksyra	79	Stafylokokker	33, 69
Molluscum contagiosum	24	Streptokokker	33, 53, 69, 101
Mongolfäck	82	Strophulus	38, 68
Mosaikvärtor	26	Sunburn freckles	42
Munvinkelragader	16	Svinkoppor	69
Nagel-tic	104	Tatuering	108
Nagelsvamp	14	Terbinafin	15, 17, 21
Nekrotiserande vaskulit	64	Thiobendazol	39
Nevus, dysplastiskt	89	Tic-nagel	104
Nevus, pigment-	88	Tinea capitis	20, 48
Nickeleksem	10	Tinea corporis	12, 58, 6
Nodulus	6	Tinea pedis	26, 76
Nodulus cutaneus	91	Tinea unguium	14
Nystatin	15, 67	Torrspickor	73
Pagets sjukdom	70	Torsk	15
Pannikulit	100	Toxikodermi	52, 98
Papel	6	Trichophyton	21, 74
Papillomvirus	27, 29	Tuberkulos	101
Paronychi	14	Tumor	6
Pediculosis pubis	35	Tyloiskt eksem	74
Perforantinsufficiens, venös	61	Ulcus	6
Perlèche	15, 17	Ultraljudsdoppler	63
Pigmentnevus	88	Urea	79
Pinch graft	61	Urtica	6
Pityriasis alba	18	UVA-strålning	45
Pityriasis amiantacea	20, 48, 50	Varicella	30
Pityriasis rosea	52	Varicer	61
Pityriasis versicolor	18	Vaskulit, nekrotiserande	64
Plaqué	6	Venöst bensår	60
Podophyllotoxin	29	Venöst eksem	61
Polymorft ljusutslag, PMLE	45	Verruca vulgaris	27
Poxvirus	25	Vesikel	6
Propylenglykol	79	Vitiligo	18
Psoriasis	14, 48, 50, 52, 55, 74	Vårtor	27
Psoriasis capillitii	50	Väteperoxid	69
Psoriasis guttata	52	Xeros	79
Pseudoörr	40	Ärrbildning	93
Pustel	6	Örsnibb	10
Pustulos palmo-plantaris	54		
Ragader	6, 72, 74		

