

ATOPIISK DERMATIT -

BEHANDLINGS-
REKOMMENDATION

JUNI 2023



DELTAGARE

Natalia Ballardini

Barnläkare och barnallergolog, med. dr., Barnspecialisterna Solna, Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning och Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm

Anna Bernholm

Barn- och allergisköterska, Barn- och ungdomskliniken, Östersunds sjukhus

Martin Dalenbring

Överläkare, barnläkare och barnallergolog, Barn- och ungdomskliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

Linnéa Elfving

Patientrepresentant, Atopikerna

Magnus Falk

Specialistläkare i allmänmedicin, bitr. prof., HNV/PRNV, Linköpings universitet

Lena Hagströmer

Överläkare i dermatologi, med. dr., Nyköpings lasarett

Maja af Klinteberg

Specialistläkare i dermatologi, bitr. universitetslektor, Hud och STD-kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Maria Lundqvist

Forskningsjuksköterska, koordinator SwedAD, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Mihály Matura

Överläkare i dermatologi, med. dr., Skaraborgs Sjukhus, Skövde

Caroline Otterstadh

Specialistsjuksköterska, Hudinflammation mottagning, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Panos Papachristou

Specialistläkare i allmänmedicin, med. dr., Atrium vårdcentral, Stockholm

Berndt Stenberg

Överläkare i dermatologi, prof. emeritus, Hud och STD-kliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Åke Svensson

Överläkare i dermatologi, docent, Hudmottagningen, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Anna-Carin Wetterstrand Enelund

Barnläkare och barnallergolog, Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, Frölunda

Katharina Wilde

Patientrepresentant, Atopikerna

BAKGRUND:

Atopisk dermatit är en kronisk, återkommande, inflammatorisk hudsjukdom med torr hud, klåda och hudutslag.

Multifaktoriell sjukdom.

Barriärfunktionen i huden är försämrad, vilket ger ökad genomsläpplighet.

Cytokiner (IL 4, IL3) samt januskinas (JAK) spelar central roll i inflammationen.

Stark ärftlig association med andra atopiska sjukdomar.

FÖREKOMST OCH PROGNOIS:

25% hos barn och 10% hos vuxna.

De flesta debuterar före 2 års ålder.
60% är symptomfria i tonåren.

Sämst prognos ses vid tidig debut, uttalade symptom, hereditet och samsjuklighet med astma.

SAMSJUKLIGHET:

1. Astma, allergisk rhinokonjunktivit och födoämnesallergi förekommer hos 50%. Sällan orsakssamband, men obehandlad allergi leder till klåda och rivande som försämrar aktivt eksem. Allergi bör värderas vid terapieresistent eksem hos barn.
2. Kontaktallergi kan misstänkas vid svårbehandlat eksem hos vuxna.
3. Psykiatrisk problematik (ADHD och depression) förekommer oftare vid svårt atopiskt eksem.

FÖRSÄMRINGSFAKTORER:

- PÅVISAT I STUDER: Stora temperaturskillnader, luftföroreningar, ökad hårdhet av vatten, hygienprodukter.
- EJ PÅVISAT I STUDIER: Oro och stress, svettning, uttorkning av huden, vissa klädmaterial, infektioner, årstid, luftvägsallergener.

Tabell I. Beskrivning av svårighetsgrad av atopisk dermatit.

Svårighetsgrad	Beskrivning
Lindrig	Karaktäriseras av främst torr hud och eksem i perioder, begränsad utbredning och långa besvärsfria perioder. Eksemet kan kontrolleras med mjukgörande behandling och vid aktivt eksem lokal inflammationsdämpare.
Måttlig	Mer eller mindre kontinuerligt aktivt eller tätt återkommande eksem med måttlig utbredning. Eksemet kan hanteras med förebyggande behandling med mjukgörare och lokal inflammationsdämpare. Viss påverkan på sömn och dagliga aktiviteter.
Svår	Kontinuerligt aktivt och utbrett eksem med uttalade besvär och otillräcklig effekt av förebyggande behandling med mjukgörare och lokal inflammationsdämpare. Betydande påverkan på sömn, dagliga aktiviteter och livskvalitet. Bör hanteras i samråd med specialist med kunskap inom området.

1. Huvudbudskap

- Behandlingsmålet är frihet från klåda och inflammation i huden under så långa perioder som möjligt. Vårdgivarens kunskaper om atopisk dermatit och patientens egenvårdsförmåga är centrala i behandlingen.
- Bristande följsamhet till behandling är en vanlig orsak till behandlingssvikt vid atopisk dermatit. En skriftlig individuell behandlingsplan ger patienten stöd att kontrollera och vid behov justera behandlingen.
- Basbehandling vid atopisk dermatit utgörs av mjukgörare och lokalt inflammationsdämpande läkemedel samt kunskap om sjukdomen och egenvård som förslagsvis förmedlas via patientutbildning.
- Vid aktivt eksem ska i första hand lokal inflammationsdämpande behandling med kortikosteroid användas i tillräcklig styrka och mängd under tillräckligt lång tid för att uppnå läkning av inflammationen.
- Vid omfattande eksem och/eller otillräcklig behandlingseffekt rekommenderas bedömning inom specialiserad vård.
- Vid måttlig eller svår atopisk dermatit med otillräcklig effekt av lokal behandling och fortsatt aktivt eksem kan medicinsk ljusbehandling utgöra ett bra komplement.
- Systemisk behandling vid atopisk dermatit rekommenderas till patienter med måttlig eller svår atopisk dermatit och aktivt eksem där annan behandling är otillräcklig. Systemisk behandling ska initieras av hud- eller barnläkare med erfarenhet av svår atopisk dermatit, i samråd med patient och vårdnadshavare.
- Läkemedelsbehandling med mjukgörare och lokal kortikosteroid har få och lindriga biverkningar, till skillnad från systemiska läkemedel där allvarliga biverkningar kan förekomma.

BEHANDLINGSMÅL:

- På kort sikt – minska klåda och dämpa eksemet inflammation.
- På lång sikt – förbättra hudens barriärfunktion, uppnå en utläkt hud utan eksem och klåda i så långa perioder som möjligt, med bibehållen hög livskvalitet.
- God kunskap om sjukdomen och hög egenvårdsförmåga hos patient och vårdnadshavare.

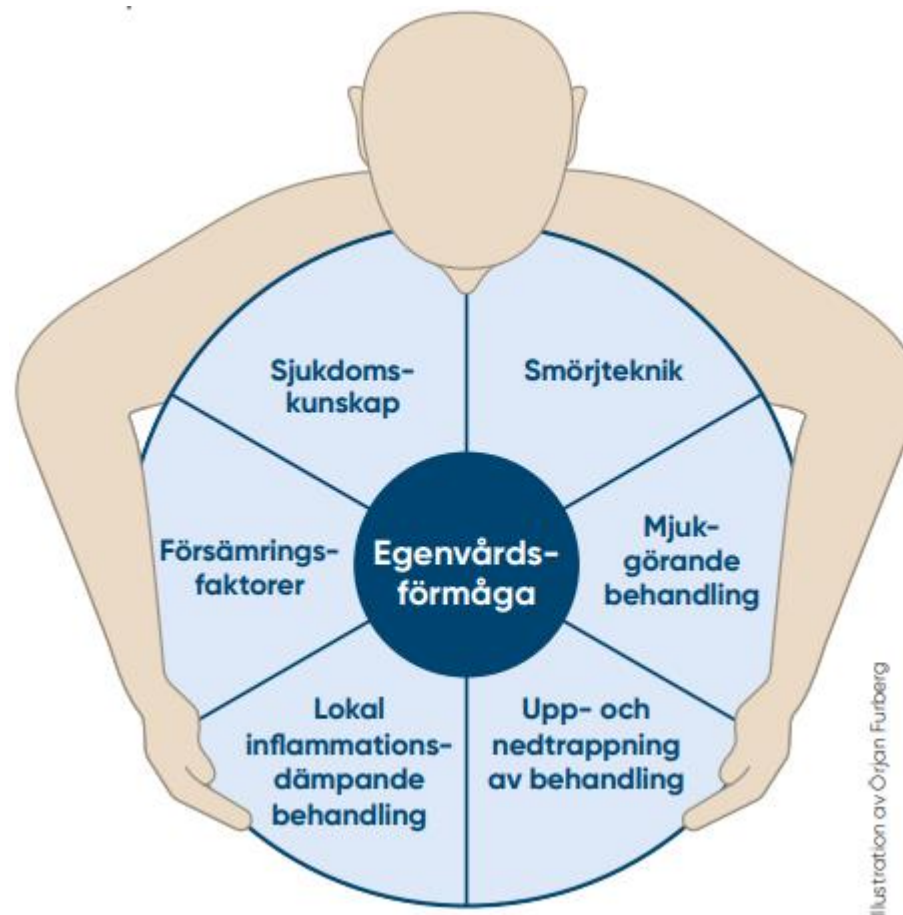
BEHANDLINGSMODELL:

Basbehandling	<p>Patientutbildning</p> <p>Mjukgörande läkemedel</p> <p>Lokal inflammationsdämpande behandling vid aktivt eksem och därefter vid behov som underhållsbehandling</p> <p><i>Kortikosteroid, calcineurinhämmare</i></p>
Kompletterande behandling vid otillräcklig effekt	<p>Medicinsk ljusbehandling</p>
	<p>Systemisk inflammationsdämpande behandling vid svårt eksem (presenteras i rekommendationsordning)</p>
	<p><i>Interleukinhämmare</i></p>
	<p><i>Ciklosporin (begränsad tid)</i></p>
	<p><i>Metotrexat (saknar godkänd indikation)</i></p>
<p><i>JAK-hämmare</i></p>	

PATIENTUTBILDNING:

Faktaruta 4. Kunskapsinnehåll som en patientutbildning bör omfatta.

- Grundläggande kunskaper om sjukdomen atopisk dermatit och dess kroniska natur.
- Vikten av att bryta klådcirkeln.
- Kännedom om försämringsfaktorer och hur dessa kan undvikas.
- Möjliga behandlingsalternativ och hur behandlingen praktiskt ska genomföras.
- Smörjteknik, då de flesta smörjer för lite och för sällan.
- Behov av anpassad behandling (upp/nedtrappning) utifrån eksemets lokalisering och svårighetsgrad.
- Behandlingsstrategier patienten själv kan använda i olika situationer.



MJUKGÖRANDE BEHANDLING:

- Skydda och stärka hudens barriär.
- Minskar förbrukning av kortikosteroider och förlänger symtomfria perioder.
- Bör förskrivas på recept.
- Smörjes 2 gånger dagligen.
- Beredningsformen påverkar ej effekt, preferens får styra val.
- Tillsatserna karbamid, propylenglykol och glycerol binder fukt i huden. Ingen påvisad effektskillnad finns, så preferens får styra. Karbamid har dock påvisat barriärstärkande effekt men kan svida.
- Tillvänjning sker ej!

Inflammationsdämpande behandling:

1. Lokala kortikosteroider
2. Lokala kalcineurinhämmare

Lokala kortikosteroider:

Inflammationsdämpande och klådstillande effekt.

Grupp	Styrka	Substans
I	Svaga	Hydrokortison
II	Medelstarka	Klobetason, hydrokortison-butyrat
III	Starka	Betametason, mometason, flutikason

Svårighetsgrad	Barn 0–2 år	Barn 2–6 år	Barn från 7 år och vuxna
Lindrig	Grupp I	Grupp I	Grupp I-II
Måttlig	Grupp I-II	Grupp II-III	Grupp II-III
Svår	Grupp II	Grupp III	Grupp III

Hur behandla med kortikosteroid?

- Påbörja behandling direkt vid eksem
- Smörj med steroid av lämplig styrka enligt schema
- Smörj eksemet + omgivande hud
- Smörj med tillräcklig mängd
- Smörj EN gång dagligen
- Smörj tills eksemet är läkt
- Smörj sedan 2 gånger i veckan i ytterligare 2-3 veckor (lindrigt eksem) upp till månader (måttligt eller svårt eksem)

Biverkningar kortikosteroider:

Ovanligt. Viktigt undvika kortikofobi!

Använd ej grupp 4-steroid. Har ej bättre effekt än grupp 3. Använd lägsta möjliga styrka som har effekt, men den måste ha effekt...

Försiktighet i ansiktet och på tunn hud.

Biverkningar vanligast just i ansiktet i form av acneliknande utslag och perioral dermatit.

Lokala kalcineurinhämmare:

Tacrolimus (Protopic), Pimekrolimus (Elidel)

Smörjes precis på samma sätt som kortikosteroiderna men två gånger per dygn. Främst till ansiktet och andra känsliga områden.

Tacrolimus 0,03% 2 - 16 år
0,1% från 16 år

Pimekrolimus från 3 månaders ålder.

ANTISEPTISK BEHANDLING:

Rengör med tvål och vatten för att få bort krustor och fjällning.

Kolonisering med stafylococcus aureus är mycket vanligt!

Vid vätskande eksem kan behandling med kaliumpermanganat övervägas.

MEDICINSK LJUSBEHANDLING:

- Vid otillräcklig effekt av basbehandling
- Främst vid långvariga besvär med klåda och lichenifiering
- Vuxna och äldre barn
- Bäst effekt vid behandling 3 ggr per vecka i flera veckor

SYSTEMISK LÄKEMEDELSBEHANDLING - NÄR ÖVERVÄGA??

- Måttlig till svår sjukdom
- Basbehandling , ev i kombination medicinsk ljusbehandling har haft otillfredsställande effekt
- Andra orsaker till otillfredsställande effekt ska vara utredda
- Initieras av hud -eller barnläkare med god erfarenhet av systemisk behandling
- Helhetsbedömning inklusive livskvalitet!

BEHANDLINGSSVIKT:

Orsaker:

1. Underbehandling
2. Underbehandling
3. Rivning? Klådan är inte histaminmedierad, så icke sederande antihistamin hjälper ej. Sederande antihistamin i akut skede kan dock hjälpa. Alternativa beteenden?
4. Fel diagnos?
5. Allergi? Kontaktallergi?

SYSTEMISK LÄKEMEDELSBEHANDLING:

Läkemedelsgrupp	Aktiv substans	Administreringsväg	Ålder
Kalcineurinhämmare	Ciklosporin	Oralt	Vuxna
Interleukinhämmare	Dupilumab	Subkutant	Barn över 6 månader och vuxna
	Tralokinumab	Subkutant	Barn över 12 år och vuxna
JAK-hämmare	Abrocitinib	Oralt	Vuxna
	Baricitinib	Oralt	Vuxna
	Upadacitinib	Oralt	Barn över 12 år och vuxna

SYSTEMISK BEHANDLING TILL BARN:

1. Interleukinhämmare godkända för barn
2. Ciklosporin eller Metotrexat



För individer med svår atopisk dermatit där systembehandling är indicerat kan eventuell samsjuklighet behöva beaktas vid val av läkemedel.

METOTREXAT

Saknar egentligen indikation atopisk dermatit, men det finns ändå mångårig klinisk erfarenhet.

CIKLOSPORIN

Används off label till barn utifrån viss evidens och beprövad erfarenhet.

Kan ges vid behov av systemisk behandling en begränsad period.

INTERLEUKINHÄMMARE:

Effekten kommer gradvis. Utvärderas efter 16 veckor. Biverkingar ovanliga.

Dosering Dupilumab:

Dupilumab subkutan injektion	Startdos	Underhållsdos
Barn 6 månader–5 år, 5 < 15 kg	1 x 200 mg	200 mg var 4:e vecka
Barn 5–11 år, 15 < 60 kg	1 x 300 mg, 300 mg dag 15	300 mg var 4:e vecka
Barn 12–17 år, ≤ 60 kg	2 x 200 mg	200 mg var 14:e dag
Barn 6–17 år och vuxna, ≥ 60 kg	2 x 300 mg	300 mg var 14:e dag

VART REMITTERAS BARN FÖR STÄLLNINGSTAGANDE TILL SYSTEMISK BEHANDLING:

- HUDMOTTAGNING
- BARNALLERGOLOGEN

SYSTEMISKA KORTIKOSTEROIDER:

Ej godkänd indikation.

Prednisolon kan övervägas som korttidsbehandling för att bryta akut skov eller i väntan på effekt av annan insatt behandling. 0,5 mg/kg startdos.

Prednisolon/Betametason: 8 tabletter

Prednisolon 5 mg motsvarar 10 tabletter

Betametason (Betapred) 5 mg.

REKOMMENDERAS EJ VID ATOPIISK DERMATIT:

- Temperaturreglerat laminärt luftflöde (Airsonett)
- Silkeskläder
- Kostrestriktioner utan diagnostiserad födoämnesallergi.

SÄRSKILDA ASPEKTER BARN OCH UNGDOMAR:

” Allergi mot födoämnen har sällan någon betydelse för atopisk dermatit, vilket är viktigt att informera patienter och vårdnadshavare om.

” Som vårdgivare är det viktigt att följa upp och utvärdera insatt behandling och att ändra behandlingsregim vid behov.

Klåda är ofta ett stort problem och leder till sömnproblem för hela familjen. Viktigt att bryta klådcirkeln.

Barn som inte medverkar försvårar följsamheten.

SEKUNDÄRINFEKTION:

Intensifierad lokal inflammationsdämpande läkemedelsbehandling är oftast tillräckligt.

Systemisk antibiotika behandling behövs sällan.

Lokal antibiotikabehandling ska inte användas.

Glöm inte icke bakteriell sekundärinfektion