

Gäller för: Verksamhet Onkologi

Innehållsansvar: Sara Bjursten, (sarbj5), Överläkare

Granskad av: Max Levin, (maxle1), Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-17

Giltig till: 2027-06-23

# Immunterapiutlöst Hudbiverkan

## Förändringar sedan föregående version

2025-12-17: Ingen förändring av innehåll. Snabbupprättande pga administrativ omstrukturering. Godkänt av VC Andreas Hallqvist.

Ny version

## Bakgrund

Cancerbehandling med immunterapi (immuncheckpointhämmare) aktiverar immunförsvaret och kan därför ge autoimmuna biverkningar. Biverkningar i huden är vanliga. Olika typer av hudutslag (makulopapulöst, eksematöst, atopisk dermatit, blåsbildning, psoriasisiform dermatit mm) och/eller klåda drabbar upp till en fjärdedel av patienter med PD1-hämmare i monoterapi och mer än hälften av kombinationsbehandlade patienter (PD-1+CTLA-4 hämmare). Hudbiverkan kommer ofta inom några veckor och är vanligtvis mild, men det finns även allvarliga hudbiverkningar, till exempel Stevens-Johnson syndrom och toxisk epidermal nekrolys.

## Vem är ansvarig för patienten

Onkologen är övergripande ansvarig för patienten. Vid svårare besvär remitteras patienten till hudkliniken. (Se kontaktvägar nedan) Om dermatolog sätter in behandling mot hudbiverkan ansvarar hudkliniken för förskrivning och uppföljning av denna behandling i samråd med behandlande onkolog.

## Akuta underökningar

Hudinspektion inklusive munslemhinna. Fotodokumentation är viktig. Infektion? Andra läkemedel?

Remiss till dermatologen rekommenderas vid allvarlig hudbiverkan eller svårare fall så som **utebliven effekt/ återfall** vid nedtrappning av topikala steroider. Följande symptom kan vara tecken på **allvarlig hudbiverkan** som kräver **snabb kontakt** med dermatolog:

- Slemhinneengagemang (oralt, genitalt, ögon)
- Blåsor
- Hudavlossning
- Utbredd kraftig rodnad
- Smärtor i huden
- Palpabel purpura/vaskulit
- Lymfkörtelförstoringar
- Allmänpåverkan
- Feber

## Kontaktvägar

### **Akut sjuk patient:**

Ring bakjouren på hudkliniken, telefon 0705-881750

### **Slutenvårdspatient:**

Konsultremiss till Dagsjukvårdsavd på VO Hud- och könssjukvård, faxnummer 031-824739

### **Poliklinisk patient:**

Remiss per post till Remissportalen

## Remissinformation

- Foton (viktigt)
- Hur länge har patienten haft biverkan, har den blivit värre över tid?
- Var på kroppen sitter hudreaktionen och ungefär hur stor andel av kroppsytan är drabbad (i %)?
- Vilken typ av hudreaktion (t.ex. makulopapulöst exantem, urtikaria, blåsbildning, psoriasiformt)?
- Vilket läkemedel misstänks ha orsakat biverkan?

- När sattes läkemedlet in i förhållande till debut av hudbiverkan?
- Planerar man fortsatt behandling med samma läkemedel, eller finns möjlighet att byta onkologisk behandling?
- Har biverkan behandlats på något sätt?
- Telefonnummer till inremitterande för ev. diskussion

## Gradering enligt internationella guidelines

**OBS** Vid allvarliga symtom som slemhinneengagemang, blåsor, hudsmärtor, feber etc. har storlek av engagerad kroppsytan ingen betydelse utan kräver omedelbar kontakt med dermatolog.

- Grad 1: utslag omfattar <10% av kroppsytan, inga symtom
- Grad 2: utslag omfattar 10–30% av kroppsytan, med eller utan symtom
- Grad 3: utslag omfattar >30% av kroppsytan eller grad 2 utan förbättring inom 4 veckor
- Grad 4: behov av akut inläggande vård/ livshotande

**Behandling:** Grad 1 och 2 kan behandlas med topikala steroider, mjukgörande, antihistaminer (om urtikariellt utslag alternativt högsederande atarax vid svår klåda). Vid grad 2 och 3 med utebliven effekt av starka topikala steroider inleds per orala steroider prednisolon 0,5 – 1 mg/kg med uttrappning över 4 veckor. Grad 4 kräver skyndsamt handläggning med sambedömning med dermatolog och iv Solu-Medrol 1–2 mg/kg. Överväg TNF alfa- eller IL6-hämmare om steroider inte hjälper i enlighet med internationella guidelines ([länk ESMO guidelines 2022](#)). Vid enbart svår klåda med otillräcklig effekt av antihistaminer kan ljusbehandling eller dupilumab vara alternativ i samråd med dermatolog.

Infektionsprofylax Bactrim forte 3 dagar/vecka rekommenderas i svåra fall som kräver per orala steroider med en prednisolondos över

20 mg i mer än 8 veckor. Överväg även tidig insatt osteoporosprofylax  
Ex Zoledronsyra 5 mg iv ([PM](#))+ kalktillskott

## Utförande

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.”

## Arbetsgrupp

Max Levin, läkare, Verksamhet Onkologi

Sara Bjursten, läkare, Verksamhet Onkologi

Magdalena Claeson, läkare, Verksamhet Hud & Könssjukvård

Mikael Alsterholm, läkare, Verksamhet Hud & könssjukvård

Petra Tunbäck, läkare, Verksamhet Hud & Könssjukvård

## Källförteckning

[Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice](#)

[Guideline for diagnosis, treatment and follow-up☆ - Annals of Oncology](#)

[Terapiråd Checklista för osteoporosbehandling med zoledronsyra 5 mg.pdf](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Onkologi

**Innehållsansvar:** Sara Bjursten, (sarbj5), Överläkare

**Granskad av:** Max Levin, (maxle1),  
Universitetssjukhusöverläkare

**Godkänd av:** Andreas Hallqvist, (andha16), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9775-406090012-286

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-12-17

**Giltig till:** 2027-06-23