

Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Bilder på olika typer av eksem och differentialdiagnoser finns samlade sist i dokumentet.

Eksem definition:

Eksem är en kliande, kroniskt återkommande, inflammatorisk hudsjukdom.

Nomenklatur:

Eksem, atopisk dermatit, böjveckseksem och barneksem används synonymt.

Diagnos:

Diagnosen är oftast klinisk, ett typiskt eksem känns igen av de flesta läkare. I melaninrik hud ser eksemet vanligtvis annorlunda ut jämfört med i ljus hud eftersom rodnaden blir mindre framträdande och kan se violett ut. Typiskt för mörk hud är också att eksemet i högre grad sätter sig över armbågar och knän på sträcksidorna och är mer papulöst. Då eksem läker kan postinflammatoriska pigmentförändringar uppstå. Postinflammatoriska hypopigmenteringar är vanligt förekommande i alla hudtyper medan postinflammatoriska hyperpigmenteringar huvudsakligen uppstår i melaninrik hud.

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

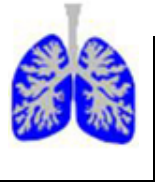
Obligatoriskt kriterium: Klåda. Dessutom minst tre av följande kriterier:

1. Anamnes på eksem på ålderstypisk lokalisation (se nedan)
2. Anamnes på astma eller hösnuva hos patienten (eller på atopisk sjukdom hos förstagrads släkting om patienten är under fyra år).
3. Anamnes på generellt torr hud under det senaste året.
4. Aktuellt synligt eksem på ålderstypisk lokalisation.
5. Debut före två års ålder (kriteriet utnyttjas inte om barnet är under fyra år).

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

Eksem i olika åldrar

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



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

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

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

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

Behandling av eksem:

Målet med behandlingen är att barnet eller ungdomen inte längre ska besväras av sitt eksem, det vill säga, vara helt eller så gott som helt symtomfri, under så lång tid som möjligt. Behandlingen inriktar sig på att behandla klåda, eksem och torr hud.

Basbehandling

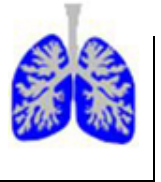
Basbehandlingen vid eksem inkluderar patientutbildning, mjukgörande läkemedel och lokal inflammationsdämpande behandling vid aktivt eksem och därefter vid behov som underhållsbehandling. (7) Eksem har en betydande påverkan på barnets och familjens livskvalitet (2) varför det är viktigt att se till att barnen får effektiv behandling.

Patientutbildning

Patientutbildningen syftar till att stärka egenvårdsförmågan så att familjerna i så stor utsträckning som möjligt kan sköta behandling av eksemet utan hjälp från sjukvården. Läkare eller sjuksköterska bör ta sig tid att gå igenom vilka faktorer som kan försämra eksemet (se nedan) samt hur behandlingen skall utföras. Skriftliga individuella behandlingsplaner är viktiga för att få bra följsamhet till behandling. Behandlingsplanen ska dokumenteras i patientens journal. Genomgång av smörjteknik är ofta avgörande för ett bra behandlingsresultat. Berätta att behandlingen inte är botande, men lindrande och att mjuk, välsmord hud minskar eksemutbrotten. Eksemskola ger ökad kunskap om sjukdomen och behandling och gör ofta stor skillnad för behandlingsresultatet hos de med svårare eksem. Om eksemskola inte finns att tillgå kan hänvisning till ekseminformation på nätet vara ett alternativ.

Mjukgörande läkemedel

Regelbunden insmörjning med mjukgörande kräm är en viktig del i eksembehandlingen och minskar eksemutbrotten. (3) Använd gärna mjukgörande i riklig mängd 1–2 gånger dagligen, alltid efter bad/dusch, vid handeksem efter handtvätt. Mjukgörande kan inte överanvändas, ”tillvänjning” sker



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

inte. Användes i stor mängd och ska masseras in. Krämer med glycerol och propylenglykol kan användas. Krämer med karbamid är bra men kan svida hos barn om koncentrationen överstiger 2 %.

Lokal inflammationsdämpande behandling

Lokala kortikosteroider

Principen för eksembehandling med kortisonkrämer är att slå hårt och trappa ut mjukt. Lokala kortikosteroider är förstahandsbehandling vid eksem. Börja med preparat som har tillräckligt hög styrka för att dämpa eksemet effektivt. Eksem, inklusive sårtytor, smörjes med inflammationsdämpande läkemedel med god marginal runtom och övrig hud smörjes med mjukgörare. Använd preparatet dagligen tillräckligt länge (1–4 veckor) det vill säga tills eksem och klåda försvunnit. Av tabellen nedan framgår vilka styrkor som rekommenderas för vilka åldrar. Undantag kan göras och till barn från ett år kan starkare kortikosteroid behövas som korttidsbehandling för att få huden att läka. Om patientens eksem återkommer ofta bör hellre byte till en starkare kortikosteroid övervägas än att fortsätta behandla med en svagare styrka under en längre tid eller smörja oftare. Smörjning med kortikosteroid en gång dagligen rekommenderas då studier inkluderande starkare kortikosteroider visat att det inte ger större effekt att smörja två gånger. (7) Grupp I steroid kan med fördel användas två gånger per dag vid behov. Till exempel vid eksem i ansiktet eller till spädbarn innan man provar annat lokalt inflammationsdämpande läkemedel.

Lokala kortikosteroider bör inte utsättas förrän man uppnått klinisk läkning. När man erhållit kliniskt svar, det vill säga då klådan och eksemet är borta, kan man starta nedtrappning av behandlingen. Detta görs lättast genom att glesa ut behandlingen. Till exempel behandling med två smörjningar per vecka under 2–3 veckor, parallellt med kontinuerlig mjukgörande behandling. Vid sjukdomsförsämring upprepas den inflammationsdämpande behandlingen enligt ovan. Upprepade behandlingsperioder blir ofta nödvändiga. Vid svåra återkommande eksem kan man underhållsbehandla 2 dagar/vecka under några månader på de ställen där eksemet brukar återkomma för att förebygga recidiv.(6)

Vid insmörjning kan, oavsett läkemedel, övergående biverkningar såsom sveda, hetta eller klåda uppträda, särskilt om huden är trasig och sårig. Rätt använda har dock lokala kortikosteroider få lokala biverkningar och ringa systempåverkan. (4, 5)

Till hårbotten användes med fördel kutan emulsion då den inte svider. Kutan lösning är kosmetiskt mer tilltalande då den är mindre fet men svider vanligtvis eftersom den innehåller alkohol, den föredras oftast av tonåringar.

Lokala kortikosteroider delas in efter styrka



Eksem



Giltig 3 år

Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Grupp I steroid: Svag kortisonkräm. 1–2 gånger dagligen vid lindrigt eksem. Kan användas över hela kroppen, inklusive ansiktet och runt ögonen.

Grupp II steroid: Medelstark kortisonkräm. 1–2 gånger dagligen. Inte i ansikte, hals, axiller, ljumskar eller genitalt mer än några få dagar.

Grupp III steroid: Stark kortisonkräm. 1 gång dagligen. Stark kortisonkräm skall inte användas i ansikte, axiller, ljumskar eller genitalt.

Grupp IV steroid: Extra stark kortisonkräm. Bör ej användas vid behandling av eksem hos barn. Det saknas evidens för att användning av grupp IV-steroider tillför någon ytterligare effekt vid atopisk dermatit, däremot ökar risken för biverkningen hudatrofi.

Tabell: Lokalbehandling med kortikosteroider till kroppen (ej ansikte) i förhållande till ålder och svårighetsgrad av eksem

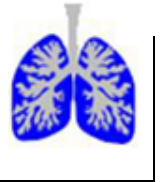
	Barn 0–2 år	Barn 2–6 år	Barn från 7 år och vuxna
Lindrigt eksem	Grupp I	Grupp I	Grupp I-II
Måttligt eksem	Grupp I-II	Grupp II-III	Grupp II-III
Svårt eksem	Grupp II	Grupp III	Grupp III

Mjukgörande kräm och kortisonkräm ska oavsett styrka användas i riklig mängd och masseras in tills huden är mättad. Förskriv tillräcklig mängd, se tabell nedan. Tabellen anger ungefärlig åtgång i gram per vecka vid insmörjning en gång dagligen. (7)

Ålder	Hela kroppen	Bålen	Armar och ben
6 månader	20	8	10
< 4 år	30	10	20
< 8 år	45	20	25
< 12 år	60	20	30
Barn > 12 år och vuxna (> 70 kg)	85	30	45

Kalcineurinhämmare

Kalcineurinhämmare utgör bra behandlingsalternativ vid eksem i ansikte, hals eller i känsliga hudveck då grupp I steroid har otillräcklig effekt. Återhållsamhet med behandling under sommarmånaderna och i samband med exponering för solljus. Vid användning under sommaren ge råd om solskydd. Vid applikation av Kalcineurinhämmare, ffa Tacrolimus kan värmekänsla och sveda uppstå lokalt i huden.



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Det är en förväntad biverkan som kan sitta i upp till några timmar. Den är dock övergående och brukar försvinna efter några dagars behandling.

Pimecrolimus 1% (Elidel®) motsvarar grupp I - II steroid och är godkänd från 3 månaders ålder och ska smörjas två gånger dagligen tills bra eller upp till max 6 veckor. Vid återkommande eksem kan man underhållsbehandla 2 dagar/vecka för att för att förebygga recidiv.

Tacrolimus (Protopic®), motsvarar grupp II - III steroid och finns i två styrkor 0.03% som är godkänd från 2 års ålder och 0,1% vilken är godkänd från 16 år. Den används 2 ggr dagligen tills eksemet försvunnit eller upp till 3 veckor, vid behov kan den därefter smörjas en gång dagligen i ytterligare 3 veckor. Vid återkommande eksem kan man underhållsbehandla 2 dagar/vecka för att för att förebygga recidiv. (8)

Behandling av sekundärinfekterade eksem

Staphylococcus Aureus är vanligt förekommande i eksemhud och föranleder i sig inte behandling med antibiotika. Vanligtvis räcker behandling med lokala kortikosteroider. Vid klinisk sekundärinfektion med vätskande eksem krävs dock ofta behandling med peroralt antibiotikum. Eksem med snabb spridning som försämrats trots adekvat behandling med steroidkrämer kan vara sekundärinfekterade även i avsaknad av vätskning, överväg peroralt antibiotika.

Bakterieodling tas innan insättande av antibiotika.

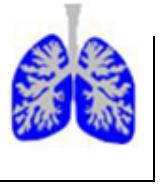
Till barn rekommenderas cefadroxilmixtur 25–30 mg/kg/dygn fördelat på två doser alternativt flukloxacillinmixtur 50 mg/kg/dygn fördelat på tre doser. Vid penicillinallergi kan man använda klindamycin 15 mg/kg/dygn fördelat på tre doser.

Streptokocker kan ibland orsaka infektion i eksem och ska behandlas. Insätt 10 dagars behandling med PcV i dosen 37,5 mg/kg/dygn fördelat på tre doser.

Det är viktigt att parallellt med antibiotikabehandlingen behandla inflammationen. Steroidkräm ska smörjas även i sårn och ofta behövs grupp II – III steroid.

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

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



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Behandling av klåda

Klådan behandlas genom adekvat antiinflammatorisk behandling och vid sekundärinfektion behandling av infektionen. Kaliumpermanganatbad har ofta klådstillande effekt. Tubgas kan användas för att försöka bryta klådcirkeln. Antihistamin hjälper inte mot klådan vid eksem, men undantagsvis kan sederande antihistaminer, tex Klemastin (Tavegil®) eller Hydroxizin (Atarax®) användas under några dygn i akut skede för att skynda på insomnandet och sekundärt minska rivandet. Ge hela dygnsdosen till natten.

Kompletterande behandling vid otillräcklig effekt av basbehandling

Medicinsk ljusbehandling

Ljusbehandling kan användas från 12 års ålder till barn med otillräcklig effekt av basbehandling med lokala inflammationsdämpande läkemedel. Även barn under 12 år kan ibland vara aktuella för ljusbehandling, särskilt de med svårbehandlade hand- eller foteksem. Remiss till hudläkare.

Systemisk läkemedelsbehandling

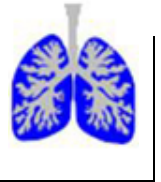
Systemisk behandling ska övervägas vid svåra eksem där övrig behandling haft otillräcklig effekt, rådgör med hudläkare eller van barnläkare. I första hand bör läkemedel som är godkända för behandling av barn väljas.(7)

Interleukinhämmare: Dupilumab (Dupixent®) är en interleukinhämmare som ges som subkutana injektioner och är godkänt på indikationen svårt eksem från 6 månaders ålder. Andra interleukinhämmare med indikationen svår atopisk dermatit är Tralokinumab (Adtralza) och Lebrikizumab (Ebglyss®) vilka är godkända från 12 års ålder.

JAK-hämmare: Baricitinib (Olumiant®) är en oral JAK-hämmare som är godkänd för behandling av svårt eksem från 2 års ålder. Upadacitinib (Rinvoq®) och Abrocitinib (Cibinqo) är orala JAK-hämmare som är godkända för behandling av svårt eksem från 12 års ålder.

Andra systemiska behandlingar: Erfarenhet finns även av andra immunmodulerande läkemedel för systembehandling av barn med svåra eksem (9). Dessa inkluderar bland annat Metotrexat och Ciclosporin. Insättande av dessa preparat görs ofta i samråd med hudläkare eftersom de har god kunskap om dessa läkemedel.

Utvärdering: Barn som sätts in på systembehandling bör, oavsett vilken behandling som väljs, följas upp och utvärderas systematiskt med hjälp av fotografier, validerade skattningsformulär för svårighetsgrad (EASI, POEM) och livskvalitet (Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)). Önskvärt är att alla barn som får systembehandling för eksem registreras i SwedAD, ett kvalitetsregister för eksem som används av flertalet hudläkare i Sverige. I SwedAD finns



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

skattningsskalor inlagda för barn och familj att fylla i och kvalitetsregistret underlättar utvärdering av insatt systembehandling.

När eksembehandlingen inte fungerar

Underbehandling?

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

Sekundärinfektion?

Överväg sekundärinfektion hos eksem som inte svarar på adekvat behandling.

Allergi?

Allergi som försämrande faktor vid eksem hos barn är inte särskilt vanligt. Intermittenta lindriga och medelsvåra eksem hos barn behöver inte allergiutredas om det inte finns andra symtom på matallergi såsom snabballergiska reaktioner. Men hos små barn med svårbehandlade, utbredda eller mycket snabbt återkommande eksem bör allergiutredning för födoämnen övervägas. Testa i första hand för mjölk och ägg med pricktest eller specifikt IgE. Hos barn med svåra eksem och känd IgE-sensibilisering för mjölk och/eller ägg kan man behöva utvidga testningen för andra födoämnen. IgE-sensibilisering mot födoämnen utan klinisk betydelse är relativt vanligt. Eliminationsdiet bör därför utvärderas efter ca 2 veckor och om ingen tydlig förbättring av eksemet bör födoämnet återintroduceras.

Hos barn med utbredda svårbehandlade eksem kan också testning med specifikt IgE för kvalster vara indicerat, särskilt i områden med hög förekomst av kvalster. Barn med eksem som har luftvägsallergier som ger rhinokonjunktivitbesvär kan försämrats i sina eksem vid exponering, tex under pollensäsong.

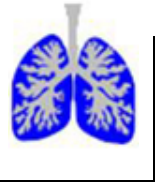
Kontaktallergi?

Kontaktallergi förekommer i alla åldrar men är ovanligt hos barn och framförallt hos yngre barn. Hos barn med svårbehandlade hand- eller ögonlockseksem kan dock kontaktallergi ha betydelse. Vid misstanke remittera till hudläkare för ställningstagande till epikutantest.

Fel diagnos? (se nedan för differentialdiagnoser)

Psykosocial påfrestning?

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



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

Andra faktorer som kan försämra eksem

Infektioner Vanliga övre luftvägsinfektioner och andra infektioner ger nästan alltid försämring av eksem och eksembehandlingen behöver ofta intensifieras. Sekundärinfektioner i eksemet förekommer ibland och orsakas vanligtvis av *Staphylococcus aureus*.

Årstid Flertalet barn med eksem blir sämre på vintern, en del barn försämras dock på sommaren.

Ylle kan ha en irriterande effekt och kan ge klåda i huden hos barn med eksem.

Tomat, citrus och andra röda/gula frukter + bär Många barn har en icke-immunologisk intolerans mot dessa ämnen med rodnad och blossning i huden i samband med intag. Hos barn med eksem kan eksemet försämrast. Behöver sällan undvikas helt, styr intag efter besvär.

Svettning Hos barn med eksem kan klådan öka vid svettning med försämring av eksemet.

Klorbad Klor har en irriterande effekt på huden och kan försämra eksem. Barn med eksem kan bada i bassäng som andra barn med undantag för om de har ett akut sekundärinfekterat eller sårigt eksem. Det är viktigt att skölja av kloret efter bad och att därefter smörja in huden med mjukgörande kräm. Insmörjning med mjukgörande kräm innan badet bidrar också till att skydda huden.

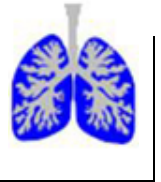
Torrhet Torr hud kan klia. Mjukgörande kräm minskar torrheten i huden och förlänger tiden till nästa eksemuppblossning. Tvål kan vara hudirriterande och tvättkräm kan användas i stället för tvål till barn med mycket eksem. Efter bad/dusch klappas huden torr och smörjes med mjukgörande kräm.

Oro och påfrestning Ofta försämras eksemet i stressade perioder såsom inför prov eller terminsslut med betygssättning. Ibland finns allvarigare bakomliggande social problematik som gör att eksemet "aldrig blir bra", se ovan.

Yrkesval Inför gymnasieval eller avslutad grundskola bör ungdom och familj ges möjlighet att diskutera yrkesval/gymnasieinriktning så att yrkesval och utbildning som leder till försämring av eksemsjukdomen eller att man inte kan vara kvar inom yrket kan undvikas.

Eksemvarianter

- Nummulärt eksem – svårbehandlat. Behandling med grupp III steroid under hydrokolloidplattor (typ Duoderm®) fungerar ofta bra. Används en gång tills plattan trillar av. Därefter kan ny platta med grupp I steroid sättas upprepade gånger tills läkning.
- Mamilleksem – kan också behöva plattor för minskat skav/irritation
- Infragluteala/gluteala eksem – svårbehandlade, kräver ofta stark steroid.
- Juvenil plantarodermatos (atopiska vinterfötter)- kortisonkrämer har oftast ingen effekt. Behandlas bäst med fet mjukgörande kräm. Locobase LPL®, innehållande bla mjölksyra som är avfjällande, kan ha god effekt men svider ofta.



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

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

Differentialdiagnoser

Seborroiskt eksem

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

Keratosis pilaris

Keratosis pilaris är snarast att betrakta som en hudtyp än en hudsjukdom. Keratosis pilaris orsakas av ansamling av keratin i hårsäckarnas utförsångar som pluggar igen hårsäcken. Lokaliserat till kinderna samt lårens och överarmarnas lateralsidor som ofta känns knottriga vid palpation. Vanligtvis ses samma hudtyp hos någon av föräldrarna. Barnen har sällan besvär från huden. Kan behandlas med mjukgörande kräm om kosmetiskt störande och till ungdomar som är motiverade till behandling kan även skrubhandske eller skrubbkremer rekommenderas.

Dermatofytinfektioner

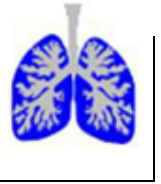
Dermatofytinfektioner har till skillnad från eksem en asymmetrisk utbredning men kan ibland vara svåra att skilja från nummulära former av eksem. Vid tveksamhet tag svampodling. Detta görs som skrapprov från randzonen med frågeställning dermatofyt.

Skabb

Utslagen vid skabb har det gemensamt med eksem att klådan är intensiv. De kan se ut som ett torrt eksem. Skabb ger till skillnad från eksem ofta en generell klåda även på de partier av kroppen där utslagen inte finns. Efterfråga klåda hos andra familjemedlemmar. Vid misstanke om skabb är det bra med remiss till hudklinik för säkerställande av diagnos genom framletande av skabbdjur.

Perioral dermatit

Lokaliserat runt munnen. Vanligtvis ses en blandning av papler och pustler som ibland sprider sig upp över kinderna mot ögonen. Området kring det läpproda är ofta sparat vilket sällan är fallet vid eksem. Ger vanligtvis ingen klåda eller andra besvär. Perioral dermatit är en känd biverkan efter behandling med starka kortisonkrämer i ansiktet och kan också uppstå hos barn som medicinerar med inhalationssteroider via spacer med mask. Perioral dermatit uppstår även ofta spontant utan känd utlösande faktor. Kortisonkräm ska undvikas och i aktuella fall ska genomgång av hygien i



Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarföreningens delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

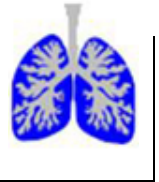
samband med kortisoninhalationer ges. Perioral dermatit behöver inte behandlas men om barnet besvärar kan behandling med kalcineurinhämmare prövas.

- Referenser**
1. Williams HC. Diagnostic criteria for atopic dermatitis. Lancet. 1996 Nov 16;348(9038):1391-2.
 2. Ganemo A, Svensson A, Lindberg M, Wahlgren CF. Quality of life in Swedish children with eczema. Acta Derm Venereol. 2007;87(4):345-9.
 3. Wollenberg A et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(12):2717-44.4. Hong E, Smith S, Fischer G. Evaluation of the atrophogenic potential of topical corticosteroids in pediatric dermatology patients. Pediatr Dermatol. 2011 Jul;28(4):393-6.
 5. Friedlander SF, Hebert AA, Allen DB. Safety of fluticasone propionate cream 0.05% for the treatment of severe and extensive atopic dermatitis in children as young as 3 months. J Am Acad Dermatol. 2002 Mar;46(3):387-93.
 6. Williams HC. Twice-weekly topical corticosteroid therapy may reduce atopic dermatitis relapses. Arch Dermatol. 2004 Sep;140(9):1151-2.
 7. Läkemedelsverket. Atopisk dermatit, behandlingsrekommendation, juni 2023
 8. Reitamo S, Allsopp R. Treatment with twice-weekly tacrolimus ointment in patients with moderate to severe atopic dermatitis: results from two randomized, multicentre, comparative studies. J Dermatolog Treat. 2010 Jan;21(1):34-44.
 9. Flohr C, Irvine AD. Systemic therapies for severe atopic dermatitis in children and adults. J Allergy Clin Immunol. 2013 Sep;132(3):774-774.e6. doi: 10.1016/j.jaci.2013.03.016. PMID: 23993356.

BILDER EKSEM



Eksem



Giltig 3 år

Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.



Bild 1

Eksem i mörk hud



Bild 2

Atopiskt eksem med sekundärinfektion av *Staphylococcus Aureus* och med påtaglig vätskning



Bild 3

Atopiskt eksem med snabb spridning till följd av sekundär infektion med *Staphylococcus Aureus* utan påtaglig vätskning



Bild 4

Nummulärt eksem



Bild 5

Juvenil plantar dermatos
(atopiska vinterfötter)

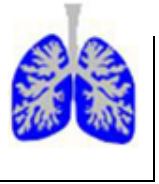


Bild 6

Slickeksem



Eksem



Giltig 3 år

Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.



Bild 7

Seborroiskt eksem



Bild 8

Keratosis Pilaris



Bild 9

Svamp/Dermatofyt infektion



Bild 10

Skabb



Bild 11

Perioral dermatit



Eksem



Giltig 3 år

Författare: Natalia Ballardini 2022, reviderad november 2025.

Barnläkarförbundets delförening för allergi och lungmedicin ansvarar för denna text, som är avsedd för vårdpersonal. Vid frågor kontakta sektionens sekreterare.

BILDER SMÖRJTEKNIK

