

Utpostens dobbeltime

Myk som silke, sterk som stål

HUDLEGE

Theis Huldt-Nystrøm

INTERVJUET AV INGVILD MENES SØRENSEN

Gullkornene

hagler når

Theis Huldt-Nystrøm

snakker om huden vår. Huden – kroppens

største organ. Den utgjør 1/12 av kropps-

vekten og har en overflate på 1,8 kvm hos

et gjennomsnittlig voksent menneske.

Theis har jobbet med denne delen av

faget i 16 år, og de siste 12 har han vært

en av to hudleger som leier lokaler i Sykehuset Levanger.

De har bygget opp en flott poliklinikk i sykehusets nyeste del og betjener store deler av Nord-Trøndelags befolkning når det gjelder hudproblemer. Vi treffes over en middag i sykehukantina. Ikke det mest eksotiske spisested, men mat i kroppen må man ha.

Selv en hudlege kan ikke bare være opptatt av det som er utenpå.

Uansett er det ikke vanskelig å få praten til å gå. I uformell form får jeg en god forelesning om store deler av faget dermatologi og skjønner raskt at dette dreier seg om mye mer enn eksem, kortisonsalver og lysstråler. Selvfølgelig visste jeg det fra før, men især på helsestasjon er det lett å snevre inn fagfeltet til at det handler om røde flekker, kløe og hydrokortison. Og la gå, det vanligste er fortsatt vanligst, og eksem er noe både vi og hudlegene ser mye av. Så temaet kommer vi ikke utenom. Men hydrokortison?

Her kommer neste salve fra hudlegen: HYDROKORTISON ER FOR PYSER!

Jeg tenker beskjemet på alle de gangene jeg har rådet småbarnsforeldre til å forsøke forsiktig med hydrokortison hvis ikke de kommer i mål med fuktighetskremer, A-kremer og hva vi måtte anbefale når barna klør og har eksemflekker eller tørrflekker. De fleste foreldre nærer en stor frykt for å smøre de sarte små kroppene med kortisonsalver og vi støtter dem på det. Vi er blitt innprentet i løpet av studiene at kortison ikke er noe vi leker med, og skal vi bruke det, skal det gjøres med forsiktighet. Hudelegen «vår» har en mye mer avslappet holdning til dette og skal vi kanskje si mer aggressiv også.

Eksem skal behandles med kortison i krem- eller salveform, og det skal behandles skikkelig. Heller en kort inten-

siv – eller så lang man måtte trenge – periode med steroider gruppe III enn langvarig «plaging» av huden med en mildere steroidgruppe som ikke virker skikkelig. Mange av steroidene fra de mildere gruppene har større penetrasjon gjennom overhuden og gjør større skade enn et sterkere steroid med mindre penetrasjonsevne. De steroidbivirkningene som blir bestående er striadannelser, dvs spontane arrdannelser i huden, og skjørt og atrofisk bindevev i både hudstrukturer og kar. Steroider som lett trenger ned i dermis gir også systemiske påvirkning hvis de brukes i store mengder. De siste ti årene har vi fått tilgang til sterkere steroider som i stor grad forblir i epidermis, som for eksempel mometason (Elocon) og flutikason (Flutivate) Disse preparatene er velegnet for eksembehandling fordi de virker i epidermis der selve eksemsykdommen er lokalisert. I tillegg gir de relativt lite bivirkninger.

– *Hva med ansiktet? Hva med den tynne huden rundt øynene, nærheten til selve øyet og kortisonets virkning på dets fine strukturer?*

I korte perioder skal en ikke være redd for å bruke de tidligere nevnte stoffer. Den tynne huden rundt øynene trenger kort behandlingstid slik at påvirkning av selve synsorganet er noe man ikke trenger å frykte. Dette gjelder både for øyelokk og huden under øyet. Man skal være klar over faren for perioral dermatitt ved bruk av steroider, men ved kort tids bruk, er dette også en overdrevent fryktet komplika-

Nystrom →



Hudlegen har god nytte av mikroskopet i sine undersøkelser, og her mangler det ikke på faglitteratur.

sjon. Nok en gang kommer vi tilbake til at steroidet må være sterkt nok slik at det tar det eksemet det er tenkt til å skulle behandle i løpet av kort tid. Hydrokortison og andre milde salver vil ofte trenge mye lenger behandlingstid for at en skal komme til mål, og en utsettes dermed for større fare for uønskede bivirkninger.

I hudlege-kretser har vi jobbet mye med denne kortisonfrykten, og synes vi begynner å få noe mer bukt med den. Vi ser ikke lenger så mange som går over lang tid og aldri blir bra. Frykten var nok mer begrunnet i kortisonets «barndom», men det har da vært en utvikling, og vi har lært mye underveis.

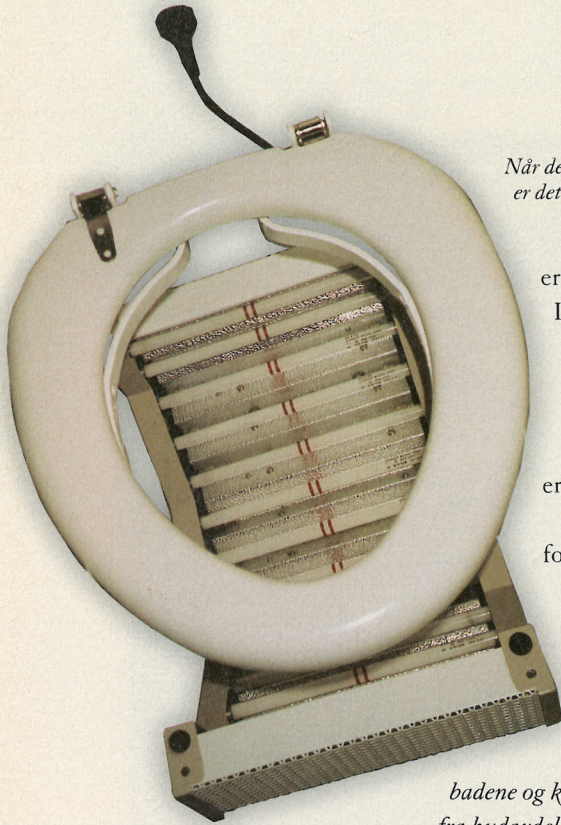
– Hva med de såkalte nedtrappingsregimer? En smørekur med kortison krever vel et grundig nedtrappingsskjema med forskjellige salver i ulike styrker for å unngå rebound-effekten?

Vi har i grunnen sluttet å gjøre det så komplisert. Nedtrapping er fortsatt viktig, men man kan godt bruke det samme steroidet hele «kuren» igjennom. I stedet for å velge et mildere steroid, kan en heller redusere på antall doseringer av et sterkt steroid. Start med en til to ganger om dagen, senere en gang i døgnet for så til slutt å smøre to ganger i løpet av uka. Det er viktig å holde på til kløen og eksemet er borte før man trapper ned til vedlikeholdsbehandling med en-to smøringer i uka.

– Kortison er det velkjente «store» preparat for en hudlege. Hva hvis man ikke kommer til målet med sterkt kortison?

Potente lokale steroider er førstehandsbehandlingen ved barneeksem. I tillegg bruker vi ofte lysbehandling. Da kommer pasienten tre ganger i uken i en seks til åtte ukers periode og får ultraviolet lys på kroppen. UV-strålene gjør overhuden tykkere og mer motstandsdyktig mot irritasjon og våtkontakt. I tillegg demper de betennelsen i huden. Dette er en sikker og god behandling, men den er tidkrevende for pasientene og deres foreldre.

De siste to årene har det kommet to nye preparater på markedet som kan være et godt alternativ når man ikke kommer til målet med steroider eller lysbehandling. Det dreier seg om det immunosuppressive middelet tacrolimus (Protopic) og det antiinflammatoriske middelet pimecrolimus (Elidel). De kan brukes ved hhv moderat til alvorlig og mild til moderat atopisk dermatitt. Begge er godkjent for barn ned til 2 år og kan brukes hos pasienter som ikke responderer tilstrekkelig på eller er intolerante for konvensjonell terapi. Pimecrolimus (Elidel) er en krem som virker best på barneeksem, på tynn hud som i ansiktet og intertriginøst. Tacrolimus (Protopic) er en salve. Den passer bedre til behandling av tørre hudparier på kroppen. En skal være forsiktig med å eksponere huden for direkte sollys under behandling med disse nye stoffene, og de skal ikke kombineres med lysbehandling. En del pasienter har svært god effekt av Elidel og Protopic, men ikke alle svarer på behandlingen. Vi vet ikke helt om det er spesielle grupper som



Når de edlere deler trenger lysbehandling, er det godt å kunne sitte godt.

er non-respondere. I og med at medikamentene er relativt nye har vi ikke rukket å opparbeide noen erfaring med langtids effekter, men foreløpig ser begge preparatene lovende ut.

– Hva med badekarene og alle de rare fargebadene og klíbadene vi husker fra hudavdelingen i studietida?

Hvilken plass har dette i behandlingen nå?

Kaliumpermanganatbad er ingen rutine-behandling ved atopisk eksem. Detter fordi gjentatt behandling kan skade huden og lage sår og forverre tørrhet. Ved akutte eksem, og særlig væskende eksem som er infisert med stafylokokker, brukes det imidlertid fortsatt i starten av behandlingen. Klíbad er ikke noe vi anbefaler lenger. Fuktighetskremer føles ofte behagelig og kan kanskje dempe symptomene i huden noe. Hva som er en god fuktighetskrem varierer fra person til person, så her får man prøve seg fram til man finner en type man selv liker.

Ellers vil jeg gjerne legge til at vi er glade for at vi har et godt samarbeide med barnelegene ved disse tilstandene. Felles behandlingsopplegg skaper trygghet for foreldrene og minsker risiko for at vi skaper usikkerhet om hva som er god behandling. Barnelegene er jo også spesialistene på luftveisproblematikken som ofte følger noen år etter eksem.

– Vi var enige om i starten at det vanligste er vanligst, men en hudlege stiller vel ikke bare med eksem?

Selvfølkelig ikke. Huden er et stort fagfelt. Vi ser mer og mer solskader i huden og dermed også hudkreft. Den vanligste maligne hudsykdommen er basalcellecarcinom, men spinocellulære carcinomer og maligne melanomer er også hyppig. Alle disse pasientene krever tett oppfølging. Likeledes ser vi mye hudmanifestasjoner ved immunologiske hudsykdommer og ved inflammatoriske lidelser i huden som for eksempel psoriasis. Reumatologene har på en måte utad en slags enerett på immunsykdommer og immunsuppressiv behandling. Det folk kanskje ikke er så klar

over er at vi hudlegene også bruker cytostatika og immunmodulerende midler i vår behandling, både når vi behandler psoriasis og alvorlige bindevevssykdommer som for eksempel lupus. Yrkesdermatologi med epicutantesting og venerologi er andre viktige subspecialiteter innen dermatologien.

– Faget dermatologi er faget med alle de mystiske og eksotiske navnene. Var det de som fanget din interesse for faget «hud»?

Theis rister med hele seg mens han smaker på noen eksempler. Atopisk eksem, barne eksem, prurigo Besnier, Neurodermittis diffusa, eller morbus Schamberg, purpura pigmentosa progressiva, dermatosis pimentaria progressiva eller carbamidpurpura... Mange av sykdommene har både latinske, greske og norske navn, samt at de ofte har et egenavn fra den som har oppdaget eller beskrevet lidelsen. Har du forresten hørt om «blue sheet syndrome»? Foreløpig kun ett tilfelle i verdens litteraturen. Det dreide seg om en tilsynelatende frisk gutt på 11 år som ble lagt inn på barneavdelingen totalt gulstengt i huden. Han så ikke god ut, nærmest som om han hadde vært utsatt for en alvorlig forgiftning. Blåfargen hadde tiltatt i styrke over noen dager forut for innleggelsen. Stor utredning. Diagnosen ble stilt etter fire dager da hudlege ble tilkalt. Det ble oppdaget et snev av fargeforandring under et plaster. Huden ble spritvasket med fjerning av blåfargen og full helbredelse til følge. Guttens hadde trent og var svett da han la seg i nytt mørkeblått sengetøy som farget av på huden hans. Dette til stor lettelse for både pediater og hudlege. Jeg burde kanskje publisere dette og kalle tilstanden blue sheet syndrome, Mb Hult-Nyström eller generalisert exogen pseudodyschromi.

– Den satt! Det blir platt å spørre om leggsårene nå, men vi må vel ikke glemme dem helt. De ser vi mye av i allmennpraksis, spesielt hvis en har mange eldre på lista si, eller er tilknyttet et sykehjem. Er det noen enkle regler å følge her?

Det viktigste en kan gjøre i den sammenheng er å finne den bakenforliggende årsaken til at pasienten har fått et sår. En god lokal sårbehandling retter seg mot å holde en tilstrekkelig fuktighet i sårbunnen, å hindre irritasjon av såret, å holde temperaturen i sårområdet optimal samt å hindre infeksjoner og oppbløtning av sårkanter. Uansett hvor bra lokal sårbehandling du utfører, kommer du aldri skikkelig til mål med et leggsår hvis du ikke behandler årsaken til at såret oppsto. Det krever selvfølgelig litt mer enn å sette hjelpepersonalet i sving med salver og bandasjer, men du sparer pasienten for mye lidelse hvis du tar deg tid til en ordentlig undersøkelse først. Husk at 95 prosent av alle leggsår skyldes

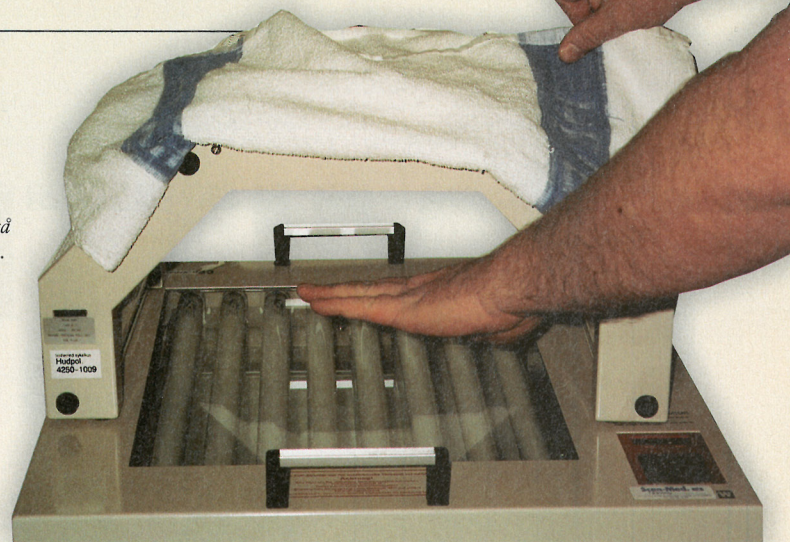
*Lysbehandling kan også
nyttes ved håndeksem.*

enten dårlig venøs tilbakestrømming, dårlig arteriell sirkulasjon, nevropati eller en kombinasjon av disse, og dette er veldig lett å undersøke. Tro ikke at du alltid kan se på sårets utseende hva den bakenforliggende årsaken til såret er!

De *arterielle* er selvfølgelig de «skumleste» når en tenker på hva de egentlig er et uttrykk for. Her er det snakk om dårlig blodsirkulasjon til en ekstremitet, og har du mangelfull sirkulasjon, har du også store vanskeligheter med å få såret til å gro. I verste fall går dette mot koldbrann, amputasjon og død. Det skal ikke mange ekstra minuttene til for å måle pasientens blodtrykk i arm og legg, sammenlikne disse og beregne den velkjente ankel-arm-indeksen som forteller deg noe om blodstrømmen eller mangel på sådan, til affiserte ekstremitet. Har du ikke den store blodtrykksmansjetten og en enkel doppler for hånden, vil den kapilære fylningen og eventuelt Burgers sign gi deg en pekepinn om den sirkulatoriske tilstand i pasientens ekstremitet. Er denne dårlig, trenger pasienten noe langt mer enn en nensom sårbehandling.

De *venøse* sårene er også plagsomme nok, men likevel av en prognostisk snillere art. Såret skal igjen behandles, men vil nok også her ha vansker med å gro hvis du ikke forhindrer stasen som har framskyndet prosessen. En god kompresjonsbandasje fra tærne og opp til kneet, utenpå salver og bandasje som dekker til såret, får slike sår til å gro.

De *nevropatiske* sårene følger som navnet sier, av en nevropati. Diabetes er den vanligste årsaken til dette i Norge, men alle typer nevropati kan ligge i bunn og bør vurderes. Er det først dårlig sensibilitet i foten, kan det raskt dannes nye sår hvis en ikke gir pasienten gode råd om avlastning i sko og omhyggelig regelmessig fotpleie. Den vanligste årsaken til sår på føtter hos pasienter med nevropati er dårlig tilpasset fottøy. Et enkelt monofilament 5.07 til sensibilitets-testing og eventuelt en stemmegaffel til å teste virbassjons-sans, er i hovedsak redskapene du trenger for å stille diagnosen nevropati som bakenforliggende årsak til såret. Blodprøver må selvfølgelig til for å klassifisere nærmere. Hvis de rene arterielle sårene er skumle, så er sårene hos diabetikere virkelig blå-lys sår. Hos diabetikere kan man nemlig ikke stole på ankel-arm-indeksen, og har de en redusert arteriell funksjon i foten i tillegg, og det har de ganske ofte, kan såret blir infisert og medføre septisk sjokk i løpet av timer. Jeg hadde en tilsynelatende frisk og relativt godt sirkulert kvinne med diabetes og fotsår på kontoret i fjor høst. Alle blodprøver og tester var normale.



Hun utviklet sepsis og gangren i løpet av de 36 timene hun måtte vente fra hun var hos oss til hun ble tilsett på St Olavs hospitals Diabetes Fotklinikk.

– *En dobbelttime varer ikke evig. Og det ville være en stor fornærmelse mot hudlegene å tro at en skal kunne sneie innom hele fagfeltet på denne tiden. Vi spør til slutt om noen gode råd på veien når vi i vår allmennmedisinske hverdag skal forsøke å skille den ene røde prikken fra den andre, den ene typen kløe fra den andre og å skille det «farlige» fra det «ufarlige».*

Nå er du kravstor. Det tok meg seks måneder på hudavdeling for å lære å se sånn nogenlunde forskjell på psoriasis og eksem ...!?!?! Huden har ikke all verdens måter å reagere på, men å analysere det enkelte utslettet krever trening. Jeg tror at hvis jeg skal gi noen råd, så er det uansett å gjøre en grundig anamnese. Ved mistanke om cancer er biopsiering til stor nytte. Ved inflammatoriske lidelser vil ofte hudbiopsier gi et utilstrekkelig eller villedende svar. I disse tilfellene er det bedre å henvise til hudlege. Leger som stiller blikkdagnoser virker veldig imponerende for pasienter og omgivelser, men i min erfaring er disse blikkdagnosene ganske ofte feil. Ved utbredt utslett eller uttalte plager ville jeg ikke behandlet utslettet før jeg visste hva slags tilstand det dreier seg om. Skudd fra hoften i form av forsøksbehandling med ulike steroider er ikke alltid lurt. Kortison skjuler som kjent alt unntatt mors.

