



TEMA | DERMATOLOGI

Atopisk dermatit hos barn och ungdomar

JAK-hämmare som behandling av alopecia areata

Hur diagnostiseras skabb?





ANNONS

KOMJÖLKSALLERGI OCH MULTIPEL FÖDOÄMNESALLERGI – SYMPTOMFRI & MER^{1,2}

FRÅN FÖDSELN

NEOCATE® SYNEO

– den enda aminosyrabaserade specialnäringsmedlet med SYNBIOTIKA (prebiotika och probiotika)



Lindring
av flera
symtom inom
3–14 dagar^{1,2}

FRÅN 1 ÅR

NEOCATE® JUNIOR

– aminosyrabaserad specialnäringsmedel för barn i behov av mjölkfritt kosttillskott eller sondnäringsmedel



Finns i tre
goda smaker
neutral, vanilj
& jordgubb

HÄR HITTAR DU
MER INFORMATION
OM NEOCATE



1. De Boissieu D, et al. J Pediatr. 1997;131(5):744–7. 2. Vanderhoof JA, et al. J Pediatr. 1997;131(5):741–4.

Neocate är livsmedel för speciella medicinska ändamål vid kostbehandling av komjölksproteinallergi och multipel födoämnesallergi och ska användas under medicinsk övervakning efter beaktning av övrig kostbehandling, inklusive amning.

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren
utkommer med sex nummer
årligen och är Svenska Barnläkar-
föreningens medlemstidning.

Ansvarig utgivare

Anna Olivecrona
E-mail: ordf@barnlakarforeningen.se

Chefredaktör/Annonskontakt

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Vetenskapsredaktör

Thomas Abrahamsson
E-mail: thomas.abrahamsson@liu.se

Kulturredaktör:

Göran Wennergren
info@barnlakaren.se

Manuskript insändes per mail till:

Margareta Munkert Karnros
info@barnlakaren.se

Prenumerationsärenden och adressändringar

Meddelas per mail till:
johanna@allaboutmeetings.se

Layout

Åsa Moréus

Tryck

DanagårdLiTHO

Redaktionsråd

Thomas Abrahamsson
Hugo Lagercrantz
Josef Milerad
Anna Olivecrona
Kalliopi Sofou
Göran Wennergren

Omslagsbild

iStock

Innehåll

INNEHÅLL	4
LEDARE	5
REDAKTÖRENS RUTA	6
TEMA: DERMATOLOGI	
Introduktion	
<i>Emma Johansson</i>	8
Atopisk dermatit hos barn – när och hur används systemisk behandling?	
<i>Maja af Klinteberg</i>	12
Atopisk dermatit i melaninrik hud	
<i>Maria Bradley</i>	14
Hur ser dagens behandlingar för akne ut?	
<i>Cristina Oprica</i>	16
Trådsvampsinfektioner i huden hos barn och unga	
<i>Zeynep Tjörnvik</i>	18
Gula stafylokocker – orsak till många olika hudsymtom hos barn	
<i>Natalia Ballardini</i>	20
Cafe au lait fläckar – hur gör vi rätt bedömning?	
<i>Maria Karlsson</i>	22
Infantila hemangiom – benigna kärltumörer	
<i>Lina Broström</i>	24
Lichen sclerosus – hudsjukdom som förekommer genitalt hos barn	
<i>Sinja Kristiansen</i>	26
Kom ihåg skabb!	
<i>Maria Haraldsson</i>	28
Hidradenitis suppurativa – viktigt att ställa diagnos i tid!	
<i>Tove Kaldensjö</i>	30
Intervju:	
"Behandlingen av alopecia areata har revolutionerats av JAK-hämmare"	
<i>Margareta Munkert Karnros</i>	32
KULTUR	
Tove Jansson – älskad av både barn och vuxna	
<i>Carl Lindgren</i>	34
Tillkomsten av Astrid Lindgrens barnsjukhus	
<i>Hugo Lagercrantz</i>	36
KALENDARIUM	42

Ljuset är tillbaka och våren är på väg

När jag vaknar på morgonen hör jag koltrasten och det fyller mig med värme och glädje. I södra Sverige spirar vårblommorna och det är så underbart med dessa första vårtecken. I norra Sverige kommer snart den femte årstiden, den som enligt en del är den allra bästa årstiden, vårvintern med sol och snö i kombination.

Vi närmar oss Barnveckan i Jönköping och jag ser fram emot den fina samlingsplats för barnsjukvården som Barnveckan är. Det är redan många anmälda så Jönköping anar att det kan bli den mest välbesökta Barnveckan hittills. Om ni ännu inte har anmält er så gör det här:
<https://www.barnlakarforeningen.se/barnveckan-2026/>.

När jag skriver detta så håller jag och Åsa Neuman, vice ordförande i BLF, på att förbereda oss inför Nordiskt barnläkarföreningsmöte. Detta har blivit ett mycket givande samarbete som startades upp i höstas och denna gång är mötet i Reykjavik. På Island kan man inte utbilda egna subspecialister inom barnmedicin och de är mycket intresserade av vårt arbete med grenspecialisering eftersom Sverige är ett av de länder där de gärna utbildar och vidareutbildar sig. Från BLF och NPO har vi denna vecka skickat en gemensam skrivelse till regeringen gällande önskemål om att Socialstyrelsen gör en översyn av antalet grenspecialiteter inom Barn- och ungdomsmedicin.

Ni har också fått en nordisk enkät från den finska barnläkarföreningen om Complementary and Alternative Medicine in Paediatric Patients (CAM) som jag hoppas att många har fyllt i.

Vi förbereder oss även inför Almedalen där vi kommer att ha två seminarier. Ett om barnets rätt till en säker förlossning. Vi publicerade en artikel i SvD den 9 mars där vi lyfter fram barnets perspektiv när det gäller hemförlossning. Det andra seminariet kommer att handla om barn som både offer och förövare

vid kriminalitet och det är ett samarrangemang mellan delföreningen för Barn som far illa (BSFI) och BLF:s Utskott för etik och barnets rättigheter.

Del- och intresseföreningarna inom BLF arbetar med att ta fram 1-3 råd inom sin subspecialitet gällande Kloka Kliniska Val (KKV). Det blir spännande om vi successivt kan presentera dessa råd här i tidningen Barnläkaren.

Vi är glada åt att ha kommit så långt gällande Certifiering via Svenska Läkaresällskapet (SLS). Vi har nu tagit fram ett övergripande styrdokument för certifiering som ni hittar på BLF:s hemsida. Vi har förra veckan skickat in den första ansökan till SLS om ett certifieringsområde inom Barn- och ungdomsmedicin och det är Barnakutsjukvård. Så roligt! Fler områden är på gång inom kort. Troligen är Barnreumatologi näst på tur, de är alldeles nästa klara.

Njut av våren och vårvintern och så hoppas jag att vi ses på Barnveckan i Jönköping!



Anna Olivecrona
Ordförande BLF

**Vi är på plats
och räddar liv
i Ukraina**

Här är redskap, läkemedel och utrustning som räddar liv. Läs hur du kan bidra på [svenskareddningskorset.se](https://www.svenskareddningskorset.se)



Swisha ditt stöd till 900 80 79





Det är mycket som händer inom BLF nu under våren. För er som ännu inte upptäckt de intressanta webinarier som anordnas första tisdagen varje månad, finns info på hemsidan under www.barnlakarforeningen.se/lunchwebbinarier/. Vårens seminarium handlar bl a om aktuella utmaningar inom global barnhälsa och viktig information för barnläkare från giftinformationscentralen.

Inom kort välkomnar arrangörerna för Barnveckan deltagarna till Jönköping och vi hoppas förstås på ett härligt vårväder dessa dagar. Som vanligt bjuds det på ett gediget program och från redaktionellt håll så vill vi uppmärksamma er lite extra på föreläsningen Pediatric Publishing (21/4). Här ger chefredaktörerna för Acta Paediatrica och Archives in Childhood praktiska råd om författandet av vetenskapliga artiklar och svarar på frågor. Under morgonen samma dag är det dags för den högtidliga prisutdelningen Acta Paediatrica's Young Investigator Award. Vid lunch delar Barnläkare under utbildning (BLU) ut ett fint pris för årets bästa handledare. Efter detta evenemang börjar BLF:s årsmöte.

För dig som snart är färdig specialist eller som redan axlat rollen, bjuder BLU in till ST-mingel under tisdagskvällen. Ta tillfället i akt och träffa studiekamrater och blivande kolleger under denna trevliga sammankomst. Mer information om allt som händer under Barnveckan finner du på [://www.elmia.se/barnveckan/program/](http://www.elmia.se/barnveckan/program/).

Redaktionen kommer som vanligt att finnas på plats med en monter, sida vid sida med Acta Paediatrica. Besök oss gärna för en pratstund eller varför inte bara för att plocka upp vårt senaste nummer att läsa på taget hem. Förra året blev Barnläkarens

temanummer Klimatförändringar och barns hälsa glädjande nog en del av föreläsningmaterialet under konferensen. Den fortbildande funktion som tidningen har idag kan vi till stor del tacka medlemmarnas insatser för. Vilket engagemang! Det är verkligen roligt att befinna sig i detta levande forum av kunskapsutbyte inom barnmedicin.

Årets "Barnveckan-nummer" handlar om dermatologi. Här finns ett ypperligt tillfälle att få lära sig mer olika hudsjukdomar som man kan träffa på sitt kliniska arbete. Vi tittar närmare på både vanligt förekommande diagnoser och de som anses vara lite mer ovanliga och komplicerade. Självklart får vi även veta mer om de senaste nyheterna på forskningsfronten och vilka olika nya behandlingar som finns på området.

På kultursidorna möter vi en av våra mest älskade barnboks-författare Tove Jansson. Många är vi som läst böckerna om mumintrollen. Den första boken, Småtrollen och den stora översvämningen utkom redan 1945. Boken fick sedan ytterligare åtta uppföljare inom samma serie. Senare under sin författarkarriär skrev Tove Jansson även för vuxna. Barnläkaren och författaren Carl Lindgren berättar mer i sin artikel på kultursidorna sid 34-37.

Sist men inte minst en intresseväckande skildring av grundandet av Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm. Barnläkaren Anita Aperia var en av dem som tog initiativet till den insamling som skulle bli helt avgörande, för det nya sjukhusets tillkomst. Tack vare hennes handlingskraft och engagemang kunde barnsjukhuset slå upp portarna 1998.

Ha en härlig vår!

Margareta Munkert Karnros



Temareddaktör i detta nummer är Emma Johansson

Emma Johansson är hudläkare och arbetar med barndermatologi och atopiskt eksem på Karolinska universitetssjukhuset och som universitetslektor inom hud- och könssjukdomar på Karolinska Institutet.

Som barndermatolog har hon haft samarbetsmottagning med barnallergologer, först på Södersjukhuset 2008–2020 och sedan 2021 på Karolinska. Hennes forskning handlar om systemisk behandling av atopiskt eksem och hon har varit med att startat det nationella kvalitetsregistret SwedAD för barn och vuxna med atopiskt eksem. Undervisning har alltid varit centralt i hennes arbete och hon är nu momentledare för hud på läkarprogrammet.

Jag är så ensam här inne

Den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga.
Hjälp oss bryta trenden.

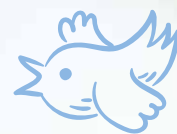
90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

SWISHA DIN GÅVA TILL 9015041

BRIS

FRUKTIGA SKATTER FÖR SMÅ HJÄLTAR

Från
1 år



Näringsmässigt komplett kosttillägg särskilt utformad för den pediatrika patienten med högt energibehov.

Compleat® paediatric Oral Blends

✓ **NOGA UTVALDA RÅVAROR**
Innehåller >50 % frukt (banan-mango eller banan-blåbär) tillsammans med honung, rapsolja och extra virgin olivolja.

✓ **VEGETARISK**
Växtbaserat protein berikat med aminosyrorna L-cystin och L-lysin för att uppnå komplett proteinkvalitet (PDCAAS* 1).¹



✓ **KLÄMMISFORMAT**
För att bidra till ökad acceptans hos barn med selektivt ätande och för barn med lukt- och smakkänslighet. Enkel hantering av påsen kan öka barnets självständighet och ge en positiv matupplevelse. Kan även ätas med sked.



FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONAL

*PDCAAS: Protein digestibility-corrected amino acid score. 1 är det högsta möjliga kvalitetsbetyget på denna skala. Compleat® paediatric Oral Blends är avsedda för kostbehandling av barn med eller i risk för malnutrition. Livsmedel för speciella medicinska ändamål. Ska användas under medicinsk övervakning.

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Dietary protein quality evaluation in human nutrition. Report of an FAO Expert Consultation, 2013.

Nestlé
HealthScience®
Compleat®

Nestlé Health Science,
Box 6026, 102 31 Stockholm
www.nestlehealthscience.se



Foto: iStock

Huden är ett komplext organ med många viktiga funktioner men är också vår yta mot omgivningen. Den signalerar tecken på sjukdomar i andra organ samt berättar hur vi mår. Huden kallas ibland "själens spegel". Eftersom hudsjukdomar både syns och känns så är de ofta associerade med psykiatriska sjukdomar som depression, ångest, självmordstankar och även sänkt hälsorelaterad livskvalitet.

Ett svårt, utbrett atopiskt eksem orsakar ett stort lidande på grund av klåda, rivning samt störd nattsömn för hela familjen, och påverkar patientens välmående mer än många andra kroniska sjukdomar.

De senaste åren har det kommit flera nya effektiva behandlingar för atopiskt eksem, vilka också är tillgängliga för barn. Dessa presenteras i detta nummer. Eftersom atopiskt eksem är en av de allra vanligaste sjukdomarna hos barn är det främst barnläkare som träffar dessa

barn. En effektiv behandling är viktig för att få klåda och symptom under kontroll men även för att förbättra psykiatriska symptom.

En annan vanlig, synlig sjukdom är akne, som drabbar många tonåringar. Det finns effektiv behandling och det har stor betydelse för individen att få hjälp med den synliga aknen även om läkarbesöket egentligen handlar om något annat. Detta temanummer bjuder på en uppdatering om vanliga hudsjukdomar som ofta ses och handläggs av barnläkare nämligen atopiskt eksem, akne, bullös impetigo, hudsvampinfektioner, skabb och café au lait-fläckar och infantila hemangiom.

Därtill uppmärksammas tillstånd som är svåra att direkt känna igen, som exempelvis lichen sclerosus, hidradentis suppurativa och skabb, eftersom tidig diagnos hjälper patienten till rätt behandling och förebygger lindande och ärrbildning i huden. Slutligen ger numret en spän-

nande inblick i nya behandlingar för autoimmunt håravfall och vad man ska tänka på för att känna igen och bedöma svårighetsgrad av atopiskt eksem i melaninrik hud.

Barndermatologi är en växande gren inom dermatologi och venerologi och som temaredaktör är jag tacksam och stolt över denna samling av värdefulla artiklar som mina kollegor från hela landet har skrivit. För den som är mer intresserad kommer det under våren en helt ny bok skriven av Karin Berggård som handlar om hudsjukdomar hos barn.

*Emma K Johansson, Överläkare,
universitetslektor, Karolinska
universitetssjukhuset/Karolinska
Institutet, Stockholm
E-mail: emma.johansson@ki.se*

MINIDERM DUO

STÄRKER HUDBARRIÄREN BÄTTRE ÄN MINIDERM¹

FÖR BEHANDLING AV TORR HUD • VÄLTOLERERAD • LINDRAR KLÅDA



FÖR STARK OCH MJUK HUD I ALLA ÅLDRAR

ACO

1. Danby SG et al., Clin Exp Dermatol. 2022;47(6):1154-1164. Miniderm Duo 20 mg/g + 200 mg/g kräm (karbamid + glycerol). OTC/Ff. ATC: D02AE51. Indikation: Torr hud hos vuxna och barn i alla åldrar. För fullständig förskrivarinformation och pris se www.fass.se. Datum för översyn av produktresumén: 2025-09-08. ACO Hud Nordic AB. Kistagången 20 B, Box 7009, 164 07 Kista. Tel. 08 590 029 00 www.aconordic.com MAT-12700 2026/01



I BARNENS
VÄRLD

Invigningstalare

**OLOF
WRETLING**



I barnens värld. Det är där vi befinner oss. Det är där vi möts.

Barnveckan 2026 i Jönköping samlar experter, engagerade kollegor och idéer för framtiden under fyra dagar. Här får du kunskap, inspiration och verktyg som gör skillnad i arbetet för en modern hälso- och sjukvård med barnens bästa i fokus.

Följ med in i barnens värld.

Varmt välkommen till Barnveckan i Jönköping 20-23 april 2026!



Barnveckan 2026 arrangeras på Jönköpings konsert och kongress på Elmia.
Läs mer och anmäl dig på: elmia.se/barnveckan



HIGHLIGHTS FROM ACTA PAEDIATRICA MARCH 2026

Anna Käll, Hugo Lagercrantz
E-mail: anna.kall@actapaediatrica.se



Co-sleeping and other factors increasing the risk of SIDS

The advice to change from prone to supine sleeping contributed to a dramatic reduction in sudden infant death syndrome (SIDS) in the 1990s.

Göran Wennergren, who was

one of the experts behind the Swedish guidelines to prevent SIDS during that period, discusses this important subject in a mini review. He explores how to reduce the risks, discusses the updates and particularly the controversy on parental co-sleeping with their baby. His paper is based on the speech he gave when he was awarded a prestigious Rosén von Rosenstein medal in 2025, for his contribution to paediatrics.

<https://doi.org/10.1111/apa.70397>



Guidelines for improving music-based interventions

The interest in music-based interventions (MBIs) in health-care has grown rapidly in the

last decade, particularly in neonatal and paediatric research and pain studies covering all ages. A perspective paper by Alexandra Ullsten points out that MBIs are often inadequately described and the terminology is inconsistent. This limits the validity, reproducibility and clinical application of the findings. The author recommends that everyone involved in MBI research uses an updated ready-to-use guideline and checklist, which was published in 2025.

<https://doi.org/10.1111/apa.70394>



Parents of premature infants supported early skin-to-skin care

The vast majority (98%) of parents who began skin-to-skin care (SSC) with their premature

infant within the first three days of life believed it occurred at the right time. Dicky et al report that 30% of those who started SSC after this period felt it was too late. The finding

comes from a French parental survey that was conducted from 2014-2024. Parents who practised early SSC were also more likely to report that they found SSC comfortable during their child's hospital stay. Key factors that contributed to a positive SSC experience included support from nursing staff, a secure setting, privacy and a comfortable chair.

<https://doi.org/10.1111/apa.70387>

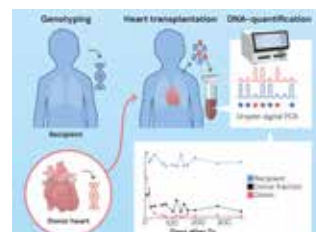


Food allergies affect health-related quality of life

Nordh et al explored health-related quality of life (HRQoL) in Swedish children aged 1-12

years with food allergies. Those who had an adrenaline autoinjector, more than three allergies, symptoms affecting 4-6 organ systems or an allergy to cow's milk reported worse HRQoL than those without food allergies. The child's sex and history of anaphylaxis did not have a significant impact on their HRQoL.

<https://doi.org/10.1111/apa.70362>



Non-invasive biomarkers could reduce invasive biopsies after heart transplants

Patients who have received heart transplants must take lifelong immunosuppressive medication to prevent rejection of their grafts. They also need to

undergo 10-12 endomyocardial biopsies during the first year after the transplant, in order to detect and treat acute rejection. These biopsies are invasive, expensive and require general anaesthesia which has driven the search for new non-invasive alternatives. Jens Böhmer describes the progress, pitfalls and paediatric perspectives of analysing donor derived DNA which has emerged as the leading non-invasive biomarker for heart transplant recipients. The paper also discusses how these can fundamentally change how these patients are monitored.

<https://doi.org/10.1111/apa.70402>

Figures: 1: Medal awarded in memory of Rosén von Rosenstein. Sporrongs - engraving by Å Hammarberg. 2-4: istockphoto. 5: From Böhmer (6)/illustrator: M Karlén

Atopisk dermatit hos barn – när och hur används systemisk behandling?

Atopisk dermatit (AD) är en av de vanligaste kroniska inflammatoriska sjukdomarna hos barn och en vanlig orsak till upprepade vårdkontakter inom både primär- och specialistvård. De flesta barn kan behandlas effektivt med mjukgörande och topikala antiinflammatoriska läkemedel. En mindre grupp har dock svår sjukdom med uttalad klåda, sömnstörning och betydande påverkan på barnets och familjens livskvalitet. Under senare år har flera nya systemiska behandlingsalternativ blivit tillgängliga, även för barn.



Bild från hemsida SwedAD.nu

Hos barn med svårare symptom på AD kan lokalbehandling, trots optimerad, vara otillräcklig. Tecken på detta är frekventa skov, omfattande eksemutbredning, uttalad klåda samt påverkan på sömn och vardagsfunktion. Innan systemisk behandling övervägs är det viktigt att säkerställa korrekt diagnos, god följsamhet till behandling samt att barnet och familjen fått tillräcklig information och patientutbildning. Samtidigt bör effektiv behandling inte fördröjas hos barn med tydligt svår sjukdom.

Systemiska behandlingsalternativ

– vad gäller för barn?

Traditionella systemiska immunmodulerande läkemedel såsom ciklosporin och metotrexat har länge använts vid svår AD hos barn och kan vara effektiva, men kräver regelbunden laboratorieuppföljning och noggrann monitorering av biverkningar. Under senare år har riktade biologiska läkemedel inneburit ett genombrott i behandlingen av svår AD även i pediatrik ålder.

Dupilumab, som hämmar IL-4- och IL-13-signaler, är godkänt från 6 månaders ålder och har visat god effekt på både hudsymtom och klåda med en gynnsam säkerhetsprofil. Dupilumab är även godkänt för flera atopiska samsjukligheter, såsom astma och eosinofil esofagit, vilket kan vara en fördel hos barn med samtidig atopisk sjukdom. Ytterligare biologiska läkemedel är tralokinumab och lebrikizumab, båda riktade mot IL-13 och godkända från 12 års ålder. Dessa erbjuder fler behandlingsalternativ för ungdomar med svår AD. Vanliga biverkningar vid dessa behandlingar är reaktioner vid injektionsstället och ögonbiverkningar; hos barn kan även stickrädsla vara ett bekymmer.

Perorala Januskinas-hämmare (JAK-hämmare) utgör ytterligare ett alternativ vid svår AD, främst för äldre barn och ungdomar. Baricitinib är godkänt från 2 års ålder, medan upadacitinib och abrocitinib är godkända från 12 års ålder. Dessa läkemedel ger ofta snabb effekt på eksem och klåda men är förknippade med fler potentiella biverkningar. Hos barn krävs därför en noggrann individuell risk-nytta-bedömning och strukturerad uppföljning inklusive monitorering av prover.

Initiering och uppföljning

Systemisk behandling bör initieras och följas av dermatolog eller barnläkare med erfarenhet av behandling av barn med AD. Då det är vanligt med atopisk samsjuklighet är multidisciplinär samverkan ofta värdefull.

Med tanke på att många nya systemiska behandlingar kommit de senaste åren är det av särskild vikt att systemisk behandling följs strukturerat. Sedan 2019 finns det nationella kvalitetsregistret SwedAD, som omfattar både barn och vuxna med AD på systemisk behandling. Registret möjliggör strukturerad uppföljning av sjukdomsaktivitet, behandlingseffekt och biverkningar och bidrar till ökad kunskap och mer jämlik vård.

Systemisk behandling kan övervägas vid svår AD hos barn när adekvat lokalbehandling inte ger tillräcklig effekt. Nya riktade behandlingar har förbättrat möjligheterna till god sjukdomskontroll och förbättrad livskvalitet. Systemisk behandling bör föregås av specialistbedömning och följas upp strukturerat med avseende på effekt och säkerhet.

Referenser

1. *Atopisk dermatit, behandlingsrekommendation*. Uppsala, Sweden: Läkemedelsverket, 2023.
2. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Barbarot S, Bieber T, et al. *European Guideline (EuroGui-Derm) on atopic eczema: Living update*. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2025; 39: 1537-1566.
3. Alsterholm M, Svedbom A, Anderson CD, Holm Sommar L, Ivert LU, Josefson A, et al. *Establishment and Utility of SwedAD: A Nationwide Swedish Registry for Patients with Atopic Dermatitis Receiving Systemic Pharmacotherapy*. *Acta Derm Venereol* 2023; 103: adv7312.
4. Chu AWL, Wong MM, Rayner DG, Guyatt GH, Díaz Martínez JP, Ceccacci R, et al. *Systemic treatments for atopic dermatitis (eczema): Systematic review and network meta-analysis of randomized trials*. *J Allergy Clin Immunol* 2023; 152: 1470-1492.
5. Guttman-Yassky E, Renert-Yuval Y, Brunner PM. *Atopic dermatitis*. *Lancet* 2025; 405: 583-596.



Atopisk dermatit är en av de vanligaste kroniska inflammatoriska sjukdomarna hos barn. Illustration skapad med hjälp av AI.

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Planerat forsknings-samarbete med Johnson & Johnson. Företaget har inga läkemedel som omfattas av artikeln.



Maja af Klinteberg, Hudläkare och Med Dr, bitr universitetslektor, Norrlands universitetssjukhus och Umeå Universitet.
E-mail: maja.af.klinteberg@umu.se

Atopisk dermatit i melaninrik hud

Melaninrik hud kan försvåra identifiering och bedömning av olika hudsjukdomar. Vid symptom som t ex rodnad och utslag kan en mörkare bakgrundsfärg på huden i stället anta en fördjupad mörk nyans, grå eller lila ton. Dagens brist på kunskap och erfarenhet på området kan bl a leda till försenad korrekt diagnos, underskattning av svårighetsgrad, underbehandling och andra allvarliga konsekvenser för patienten. För en jämlikvård vård i Sverige bör kunskap och erfarenhet kring detta område förbättras.

En betydande del av den svenska befolkningen har s k melaninrik hud. I förhållande till detta är beskrivningar av hudsjukdomar i melaninrik hud kraftigt underrepresenterade i medicinsk litteratur, forskning och utbildning. Kunskapen om hudsjukdomar och reaktionsmönster i melaninrik hud är viktig för att säkerställa jämlik vård i Sverige. Brist på denna kunskap och erfarenhet kan till exempel leda till försenad korrekt diagnos, underskattning av svårighetsgrad och därmed

underbehandling, komplikationer efter onödiga ingrepp med keloidbildningar och pigmentrubbningar som följd. Och även att normalvariationer i pigmentering tolkas som patologiska.

Utökad kunskap kring diagnosticering behövs

För att beskriva hudfärg används oftast Fitzpatricks klassifikationssystem från 1975 även om denna egentligen utvecklades som ett verktyg för att bedöma hudens

benägenhet att brännas vid fototerapi och bygger på patientens upplevelser av hur huden reagerar på solljus. Den utgjordes först av fyra fototyper (typ I–IV) för att sedan utökas med två för att inkludera melaninrik hud (typ V–VI). Klassifikationssystemet anses av många vara bristfälligt för beskrivning av hudfärg men används i brist på annan etablerad skala, även om nya skalor är under utveckling.

För ett otränat öga kan både förekomst och svårighetsgraden av hudsjukdomar



Bild 1. Postinflammatorisk hyperpigmentering
Foto: AMA (Amna Elyas, Maria Bradley och Anna Karlsson-Groth)



Bild 2. Atopisk dermatit på bål
Foto: AMA (Amna Elyas, Maria Bradley och Anna Karlsson-Groth)



Bild 3. Atopisk dermatit nacke, småpapulöst
Foto: AMA (Amna Elyas, Maria Bradley och Anna Karlsson-Groth)



Bild 4. Pityriasis alba.
Foto: AMA (Amna Elyas, Maria Bradley och Anna Karlsson-Groth)

vara svåra att bedöma korrekt när rodnaden bara ses i mindre grad, eller uteblir helt på grund av bakgrundsmelanin. Huden får ofta i stället en mörkare, grå eller lila ton (1).

För att träna på att avgöra om där finns en färgförändring som tecken på inflammation hos patienter med melaninrik hud så är det bra att först titta patientens friska hud och sedan på hud med lesion för jämförelse. Det är också värdefullt att känna på huden och fråga patienten om hen själv upplever att hudens färg har förändrats.

Atopisk dermatit i melaninrik hud

Det finns studier som talar för att atopisk dermatit/eksem (AD) är vanligare och även svårare hos patienter med melaninrik hud, även om orsakerna till detta kan vara multifaktoriella (2). Bristen på erfarenhet och kunskap om melaninrik hud inom vården kan bidra till missbedömning av allvarlighetsgraden vid AD, fördröja tiden till diagnos och leda till underbehandling. Personer med melaninrik hud drabbas oftare av postinflammatorisk hyper- eller hypopigmentering (Bild 1). Dessa pigmentförändringar kan för många patienter upplevas som väldigt besvärligt, ibland även mer än själva eksemet, och har kopplats till försämrad pa-

tientrapporterad livskvalitet (3).

Barn med melaninrik hud har ofta AD på armarnas och benens sträcksidor, även om eksemet också kan sitta överallt, som i arm-knäveck och på bålen (Bild 2). Eksemet yttrar sig vanligtvis med ett perifollikulärt och/eller småpapulöst mönster, som utan träning kan vara svårt att känna igen (Bild 3). Det är också vanligt att se lichenifiering (förgrovning av huden) och/eller prurigo nodularis (klådknutor). En möjlig anledning till det senare kan vara en högre förekomst av svår klåda som har rapporterats hos patienter med melaninrik hud (4). En lindrigare form av AD med hypopigmenterade områden, oftast i ansiktet, kallas pityriasis alba och är vanligt förekommande (Bild 4).

Trots att Atopisk dermatit/eksem är vanligt hos personer med melaninrik hud, är kunskapsunderlaget avseende effekten av olika behandlingar vid AD generellt begränsad då historiskt endast en minoritet av patienter i kliniska behandlingsstudier har haft melaninrik hud.

Referenser

1. Chang MW. Disorders of hyperpigmentation. In: *Dermatology* (Bologna JL, Jorizzo JLSchaffer JV, eds).

Philadelphia: Elsevier Saunders 2012, 1049–74.

2. Ben-Gashir MA, Hay RJ. Reliance on erythema scores may mask severe atopic dermatitis in black children compared with their white counterparts. *Br J Dermatol.* 2002;147(5):920–5.
3. Maymone MBC et al. The impact of skin hyperpigmentation and hyperchromia on quality of life: a cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 775–8.
4. McColl M et al. Unique Molecular Characteristics and Clinical Features. *J Natl Med Assoc.* 2021 ;113(1):30-8

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna



Maria Bradley, Överläkare, Professor emerita, Karolinska institutet
E-mail: Maria.Bradley@ki.se

Hur ser dagens behandlingar för akne ut?

Idag är akne en mycket vanligt förekommande hudsjukdom. Många drabbade upplever en stor påverkan på livskvalitet och psykiskt välbefinnande. Med rätt behandling kan dock symtomen kontrolleras och remission uppnås för många patienter.

Akne är en av de vanligaste hudsjukdomarna globalt och ca 85 procent av ungdomar i åldern 12–24 år drabbas under någon period. Akne är en kronisk inflammation i hårfollikel–talgkörtelenheten i ansiktet, bröstet och ryggen. Genetiska faktorer spelar en viktig roll i uppkomsten av framför allt svår akne. Hormonproduktionen vid puberteten startar en

reaktionskedja med ökad talgproduktion, abnorm keratinisering av epitelcellerna i hårfollikeln med bildning av komedoner, tillväxt av bakterie *Cutibacterium acnes* och inflammation. De flesta fall av akne uppträder under puberteten. I ovanliga fall kan akne uppträda i åldern 1–6 år och i den åldern bör akne väcka misstankar om en underliggande systemisk sjukdom,

oftast hyperandrogenism, och leda till remiss till barnendokrinolog.

Olika typer av akne och ärrbildning

Nästan alla tonåringar drabbas av akne, de flesta i en lindrigt till medelsvår form med komedoner och ytliga inflammatoriska lesioner (papulopustler). Vid svårare akne finns också djupa pustler och



Foto: iStock

noduli, cystor och fistlar (nodulocystisk akne). När akne läker kan det uppstå misspdydande hypertrofiska eller atrofiska ärr. Ungdomsvarianter påverkar oftast centrala ansiktet, medan vuxen acne ofta drabbar käklinjen och hakan.

Hur ser dagens behandling av akne ut?

Tidig effektiv behandling är viktigt för att undvika ärrbildning. Som egenvård rekommenderas milda produkter vid ansiktstvätt och att undvika feta/oljiga hudprodukter. Solkräm ska användas för att undvika hyperpigmentering av huden. Man strävar efter att påverka flera patogenetiska faktorer, ofta med hjälp av kombinationsbehandling. Utvärtes behandling är grunden i all behandling oavsett even-

tuell peroral tilläggsbehandling (förutom isotretinoin). Vid behandlingsstart kan akne tillfälligt försämrats och vid lokalirritation av utvärtes behandling bör man tillfälligt minska behandlingen till varannan dag och använda mjukgörande dagligen.

Akne är vanligt men ofta hanterbart med en adekvat behandlingsplan som kombinerar hudvård, lokala mediciner och, vid behov, systemisk behandling. Tidiga insatser och uppföljningar förbättrar prognosen och minskar risken för ärrbildning.

Referenser

1. *Pathologic acne in pre-pubertal*

children: A case series and review on when to refer to pediatric endocrinology. Chelsea Shope, Alexandra Ritter, Kristal Matlock, Lara Wine Lee. Pediatr Dermatology 2023 Jan;40(1):5-10.

2. *New treatment strategy in acne vulgaris. Antibiotic prescription must be limited. Mobacken H, Oprica C, Berg M. Lakartidningen. 2012 May 30-Jun 4;109(22):1085-9.*
3. *NECASA I: A Practical Algorithm Integrating Skincare in the Management of Acne Patients in the Nordic European Countries. Bjerring P, Anckar O, Andriessen A, Kyrklund C, Layton A, Thomas Nordal AB, Oprica C. J Drugs Dermatol. 2024 Sep 1;23(9):782-788.*

Så här behandlas akne

Lindrig och medelsvår akne

Använd monoterapi av bensoylperoxid, adapalen eller azelainsyra, eller kombination av adapalen + bensoylperoxid (0.1% + 2.5%).

Medelsvår–svår papulopustulös akne

I första hand adapalen + bensoylperoxid (0.3% + 2.5%). Om otillräcklig effekt efter 4–8 veckor kan tillägg av per oralt antibiotika göras. Tetracykliner (lymecyklin, doxycyklin) används oftast. Oral antibiotikabehandling ska ges i kombination med antibiotikafri lokalbehandling. Antibiotika bör inte ges i mer än 2 st 3-månaderskurer på grund av resistensrisken. Till kvinnliga patienter har kombinations p-piller en bra effekt på akne, dock är effekten långsamt insättande. Övriga utvärtes behandlingar som ges vid utebliven effekt är kombination av bensoylperoxid + klindamycin, kombination av tretinoin + klindamycin. Behandling med utvärtes antibiotika bör inte pågå mer än tre månader på grund av risk för resistensutveckling.

Läkemedel för akne

Isotretinoin är ett A-vitaminderivat som har revolutionerat aknebehandlingen hos vuxna och ungdomar över 12 år. Det är dermatologer som har forskrivningsrätten. Detta preparat ger långtidsläkning hos de allra flesta patienter. Isotretinoin är teratogent och läkemedelsverket har föreskrivit täta graviditetskontroller hos fertila kvinnor.

När ska jag som barnläkare remittera till hudläkare för ställningstagande för läkemedlet Isotretinoin?

- Medelsvår–svår papulo pustulös samt nodulocystisk akne som inte svarar på konventionell behandling.
- Risk för permanent ärrbildning och postinflammatorisk pigmentering.
- Efter 2 st 3-månaderskurer med antibiotika utan läkning eller vid täta recidiv
- Psykologisk påverkan och låg livskvalitet med koppling till akne

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Rådgivare L'Oreal 2024, 2025.



Cristina Oprica, MD, PhD, Diagnostiskt Centrum Hud, Stockholm Karolinska Institutet, Department of Laboratory Medicine, Division of Clinical Microbiology
E-mail: cristinaopraca@gmail.com

Trådsvampinfektioner i huden hos barn och unga

Svampinfektioner i huden kan orsakas av både jästsvampar och trådsvampar. Här tittar vi närmare på trådsvampar – s k dermatofyter som ger upphov till dermatofytos. För de flesta är ”ringorm” en mer bekant benämning.

Trådsvampinfektioner är vanliga hos barn och ungdomar. Dessa utgör betydande del av hudbesvären inom både primärvård och pediatrik öppenvård.



Bild 3. Ringorm på huden.



Bild 1 Kerion celsi är namnet på en mer allvarlig inflammatorisk form av trådsvampinfektion i hårbotten. Denna kännetecknas av pustler och ibland fluktuerande abscesser i hårbotten. Detta är en mycket smärtsam reaktion med risk för ärrbildning och permanent alopeci.
Foto: Wikimedia



Bild 2 Ringorm är den vanligaste trådsvampinfektionen i huden hos barn. Typiska symptom är ringformade, välavgränsade, torra förändringar med rodnad och fjällning i kanterna. Så kallad fade är populär frisyr där risk att bli smittad är stor, om orena verktyg används. Här syns infektionen tydligt efter besök hos frisör.
Foto: Privat

De vanligaste arterna av dermatofyter är Trichophyton och Microsporum. Infektionerna engagerar hud, hår och naglar, och de flesta fall kan handläggas inom primärvården. Trådsvampinfektioner i hud och hår kan vara svåra att bedöma då de lätt kan förväxlas med andra hudtillstånd, därför är det viktigt att man vid misstanke tar en svampodling.

Hur får man en trådsvampinfektion?

Smitta sker via direkt hudkontakt eller indirekt genom föremål som mössor, sänglinne, hårborstar och sportutrustning. Djurkontakt är en viktig smittkälla, framför allt från hund, katt, marsvin och nötkreatur. Under senare år har även barberare uppmärksammats som smittkälla. Hudnära klippningar och bristande rengöring av trimmers och rakhuvuden kan bidra till spridning.

Ringorm (tinea corporis) vanligast

Sk Ringorm (Bild 3) är den vanligaste trådsvampinfektionen i huden hos barn. Typiskt ses ringformade, vålavgränsade, torra förändringar med rodnad och fjällning i kanterna. Lesionerna kan vara enstaka eller multipla och kliar. Tillståndet kan lätt förväxlas med atopiskt eksem, psoriasis och pityriasis rosea. Diagnosen är oftast klinisk, men vid osäkerhet eller terapivikt tas svampskrap för odling från aktiv randzon (fjällning i kanten).

Vid enstaka lesioner används lokalbehandling, t ex terbinafin eller mikonazol kräm 2 gånger dagligen i 2–4 veckor och fortsätter cirka en vecka efter klinisk läkning. Systemisk behandling kan vara aktuell vid utbredd sjukdom (Faktaruta)

Trådsvampinfektion i hårbotten

Trådsvampinfektion i hårbotten (Tinea capitis), är vanligt hos barn och ungdomar (Bild 1,2) och kräver alltid peroral behandling. Kliniken varierar från lätt fjällning och fläckvis håravfall till uttalad inflammation med pustler och kan lätt förväxlas med follikulit, eksem och bakteriell infektion. Avbrutna hårstrån, så kallade

“black dots”, är typiskt. Kerion celsi (Bild 1), en mer allvarlig inflammatorisk form, kännetecknas av pustler och ibland fluktuerande abscesser i hårbotten. Detta är en mycket smärtsam reaktion med risk för ärrbildning och permanent alopeci.

Hur ställs diagnos?

För diagnos krävs svampodling, direktmikroskopi eller PCR från fjäll och gärna ett ryckt hårstrå med follikel. Svampodling ska alltid ske före insättning av systemisk behandling. Vid stark klinisk misstanke kan dock behandling startas direkt efter odlingen. Familjemedlemmar med symtom bör också provtas. Tinea capitis läker inte med lokalbehandling. Förstahandsbehandling är därför tablett terbinafin, (doser och behandlingstid i faktaruta), och beroende på svampart och kliniskt utseende kan behandlingstiden variera. Terbinafin tolereras generellt väl hos friska barn och kräver inga rutinmässiga blodprovskontroller. Uppföljning skiljer sig åt mellan regionerna, men komplicerade fall följs med klinisk kontroll och odling månadsvis. Den ökade resistensen mot terbinafin bör tas i beaktande vid terapivikt.

Förhållningsråd och uppföljning

Barn med dermatofytinfektion kan gå i förskola och skola under behandling. Handdukar, kläder, huvudbonader och sänglinne bör tvättas i 90 grader. Kammar och borstar byts ut. Det är viktigt med tidig diagnos och korrekt behandling för att förhindra komplikationer och långvariga besvär hos barnet.

Referenser

1. Gupta AK, Foley KA, Versteeg SG. *Tinea capitis in children: a systematic review of management.* *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(12):2264–2274.
2. SSDV, IPD- Kunskapsbanken, PM: *Tinea capitis hos barn, 2025*
3. Bonifaz A, Lumbán-Ramírez P, Gar-

cia-Sotelo RS, Now that griseofulvin is not available, what to do with tinea capitis treatments? Expert Rev Anti Infect Ther. 2024 Dec;22(12):1017–1022.

4. <https://www.sverigesradio.se/artikel/pojkar-behover-var-d-efter-att-ha-fi-xat-trendfrisyren-daligt-rengjorda-rakknivar>.

Behandling av trådsvampinfektion i hud

Läkemedel

Tablett Terbinafin 250 mg

- Barn: < 20 kg: ¼ tablett x 1 (62,5 mg)
- 20-40 kg: ½ tablett x 1 (125 mg)
- > 40 kg: 1 x 1 (250 mg)

Tabletten kan delas och krossas.

Blanda gärna med lite yoghurt/söt puré på en sked och ge hela dosen i samband med större måltid.

Behandlingstid

Utbredd ringorm – 2 v

Trichophyton-infektion -4v.

Microsporum-infektioner- 6-8v

Kerion celsi - upp till 12 v

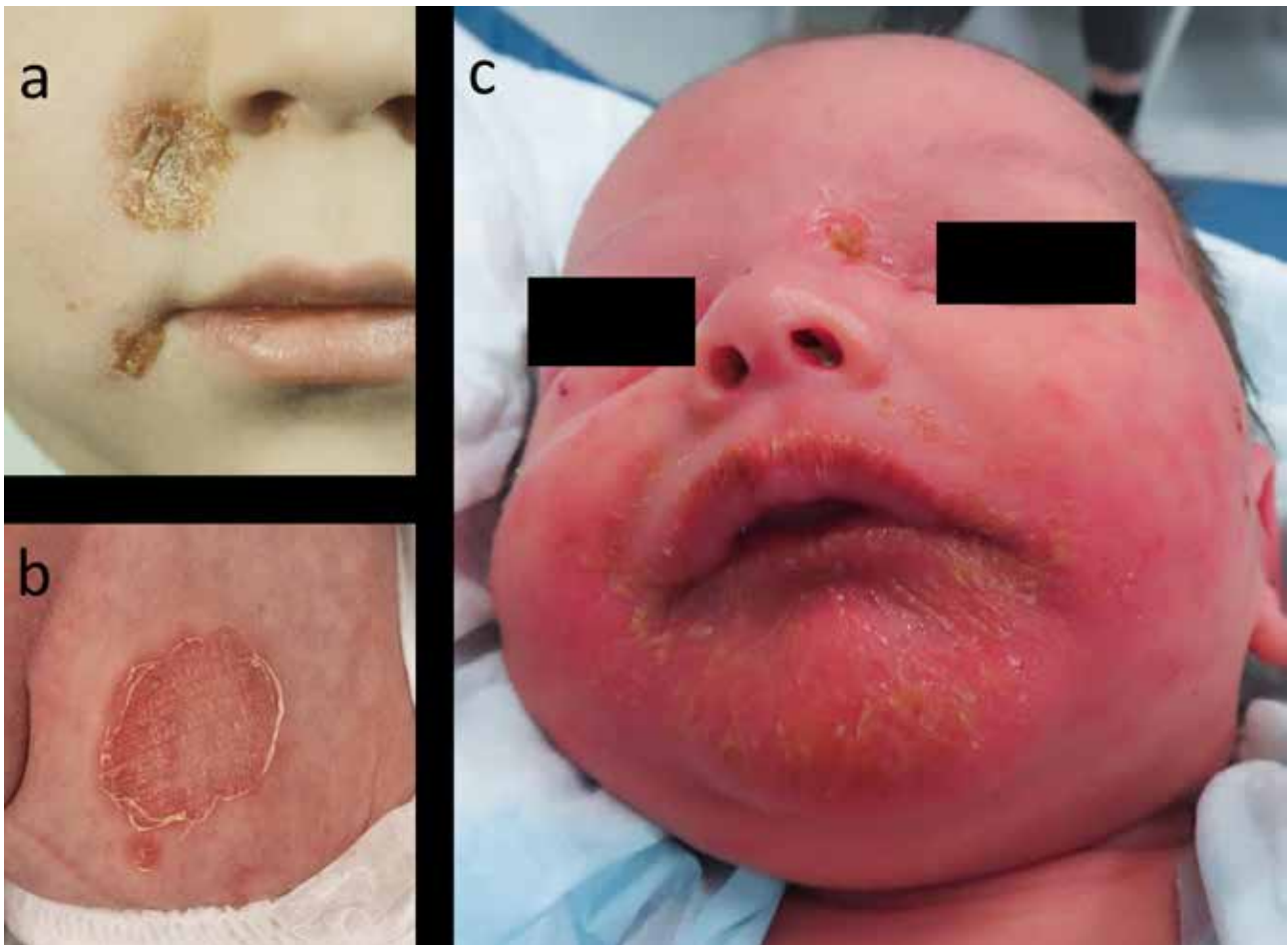
Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Betald föreläsare för Galderna, Novartis. Läkemedelsprövare Xintela, Abbvie.



Zeynep Tjörnvik, Hudläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
E-mail: zeynep.tjornvik@vgregion.se

Gula stafylokocker – orsak till många olika hudsymtom hos barn

Hudinfektioner orsakade av *Staphylococcus aureus* (SA) är vanligt förekommande hos barn. Svårighetsgraden är mycket varierande och inkluderar både lindriga och livshotande tillstånd. Många barn och ungdomar är bärare av denna typ av stafylokocker men utan att ha några symtom. Behandlingen vid infektioner orsakade av gula stafylokocker skiljer sig åt beroende på tillstånd.



Bildtext a) krustös impetigo b) bullös impetigo c) staphylococcal scalded skin syndrom
Foto: Artikelförfattaren

Impetigo förekommer i alla åldrar men är vanligast hos barn upp till 12 år. Icke-bullös eller krustös impetigo orsakas av SA och/eller grupp A streptokocker (GAS) och syns i huden som honungsgula krustor på rodnad hud, ofta lokaliserade kring näsa och mun. Bullös impetigo är mindre vanlig och orsakas av toxinbildande stafylokocker. Bullös impetigo ses i huden som tunnväggiga blåsor med gulaktigt innehåll samt eroderade rundade områden med rest efter blåstaket synlig i randzonen. Omgivande hud brukar se normal ut.

Bullös impetigo är vanligast hos spädbarn men förekommer ofta även hos äldre barn, ibland med multipla utbredda lesioner. Vid tveksamhet om diagnos ta bakterieodling, om möjligt genom att ta håll på intakt blåsa.

Behandling och läketid

I regel läker impetigo inom 2-3 veckor om man tvättar infekterat område med tvål och vatten och ser till att alla sårskorpor avlägsnas. Vid spridning eller utebliven effekt trots behandlingsråd kan lokalbehandling med fusidinsyra 1 x 2-3 prövas i minst 7 dagar. Vid utbredd och/eller progredierande impetigo samt impetigo som inte svarat på lokalbehandling efter 5-7 dagar rekommenderas bakterieodling samt peroral behandling med antibiotika.

Behandling ges med flukloxacillin alternativt cefadroxil. Vid samtidig förekomst av eksem är det viktigt att eksemet behandlas adekvat och att den inflammationsdämpande behandlingen smörjs även i sårömråden.

Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)

SSSS är ett akut tillstånd som orsakas av toxinbildande SA och drabbar framför allt spädbarn och barn i förskoleåldern. Toxinet bryter ned desmoglein 1, vilket orsakar spaltbildning i övre delen av epidermis med hudavlossning som följd. Toxinet sprids hematogent vilket gör att

stora hudtytor kan drabbas. Sjukdomen startar vanligtvis som rodnad lokaliserad runt mun och ögon samt i hudveck. Ofta ses radierande fjällning runt munnen inkluderande gula krustor. De rodnade områdena är smärtsamma men barnen kan i övrigt vara relativt opåverkade utan feber och infektionsparametrar kan vara helt normala.

SSSS har ett snabbt förlopp och kan bli livshotande och intensivvård eller vård på brännskadeavdelning kan behövas. Med tidig diagnos och behandling med intravenöst antibiotika brukar förloppet vända snabbt. Bakterieodling från huden tas lämpligen från insida av näsvinge.

MRSA-infektioner är svårare att behandla

Infektioner orsakade av MRSA skiljer sig oftast inte kliniskt från vanliga stafylokockinfektioner men de kan vara svårare att behandla. Risken för bärarskap av MRSA på huden är störst vid barriärskada till exempel av eksem. MRSA är ovanlig som genes till impetigo men orsakar ofta abscesser. Screening för multiresistenta bakterier bör göras i enlighet med nationella riktlinjer.

Referenser

1. Läkemedelsverket 2018, *Läkemedelsbehandling av bakteriella hud och mjukdelsinfektioner i öppenvård- behandling* rekommendation
2. Napolitano et al. *Infections in Patients with Atopic Dermatitis and the Influence of Treatment*, *American Journal of Clinical Dermatology* (2025) 26:183-197
3. Broberg et al. *Debutsymtom svårtolkade vid staphylococcal scalded skin syndrome*, *Läkartidningen* nr 15 2008 volym 105
4. *Folkhälsomyndigheten, Sjukdomsinformation om meticillinresistenta Staphylococcus aureus*

Övriga tillstånd i huden orsakade av Staphylococcus aureus (SA)

SA kan även orsaka paronykier och bakteriell follikulit. Hygienråd samt egenvård med alsol- eller klorhexidininlösning är ofta tillräckligt. Furunklar, karbunklar och abscesser hos barn och ungdomar är nästan alltid orsakade av SA.

Dessa ska vid behov i första hand icideras och antibiotika behövs vanligtvis inte. Odling bör tas vid avvikande förlopp. Cellulit hos barn orsakas vanligtvis av Staphylococcus aureus (SA) och grupp A streptokocker (GAS) och behandlas vanligtvis med flukloxacillin.

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.



Natalia Ballardini, Barnläkare Meliva BUMM Solna och Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset, Stockholm E-mail: natalia.ballardini@gmail.com



Foto: iStock

”Cafe au lait fläckar” hos barn – hur gör vi rätt bedömning?

Ungefär 1/3 av alla friska barn har en enskild cafe au lait fläck (CALM). Om barnet dock utvecklar flera cafe au lait fläckar kan misstanke väckas om underliggande syndrom. Det gäller framför allt neurofibromatos typ 1 (NF1). Cafe au lait fläckar kan väcka frågor och oro hos föräldrar. Att det finns en tydlig strategi för bedömning av cafe au lait fläckar underlättar då för vårdgivare i den kliniska vardagen.

Cafe au lait fläckar = cafe au lait macules (CALM) är välavgränsade, helt släta, brunpigmenterade fläckar som har en något mörkare nyans än patientens övriga hud. Storleken kan variera mellan några mm upp till ≥ 20 cm. Typiska CALM har en jämn färg och en relativt jämn kant, men pigmenteringen kan variera något mellan enskilda lesioner. Atypiska CALM har mer oregelbunden form och ofta en flikig kant och anses inte ha samma association till NF1.

Hos barn med NF1 noteras förekomst av multipla CALM oftast redan första levnadsåret men nya fläckar kan tillkomma upp till 4–6 års ålder. Vid 8 års ålder uppfyller 95 procent av patienter med NF1 de kliniska kriterierna för diagnos (1–3). Det är främst risken för behandlingskrävande opticusgliom som gör att man vill ställa diagnosen NF1 tidigt.”

Undersök hela kroppen och uppmärksamma antal fläckar

Att ge balanserad information till föräldrar med små barn som har multipla CALM är en utmaning, eftersom de fles-

ta kliniska kriterierna för NF1 uppstår först när barnet blir lite äldre. Att undersöka hela kroppen och räkna varje enskild fläck blir därför viktigt. Det kan vara svårt att mäta storleken på lesioner som är omkring 5 mm och det kan också vara svårt att bedöma om de bruna fläckarna verkligen är CALM. Vid tveksamhet kan gärna hudläkare konsulteras.

Andra tillstånd med multipla CALM är främst Legius syndrom (LS). Patienter med LS har också multipla typiska CALM men utvecklar sällan/aldrig neurofibrom/plexiforma neurofibrom eller risk för opticusgliom. Övriga tillstånd med CALM är bl a McCune-Albright syndrom, Noonans syndrom och Constitutive mismatch repair deficiency. Om CALM förekommer bara på ena kroppshalvan eller en del av huden kan det vara mosaikvariant av NF1.

Samarbetet mellan barn- och hudläkare viktigt

Barnläkare bedömer om barn med många CALM även uppvisar kliniska tecken som kan tala för NF1 (t ex makrocefali,

skolios, böjning av underben, pseudartros, inlärningssvårigheter, försenad språkutveckling) och om NF1-diagnosen bekräftas finns bra skriftliga handläggningsstöd (4,5).

Dock är det bara ca 50 procent av barn med NF1 som uppvisar dessa symtom och därför blir ett samarbete mellan hudläkare och barnläkare ofta viktigt vid bedömning av CALM i tveksamma fall. Därför har Intressegruppen för Pediatrisk Dermatologi inom Svensk Specialistförening Dermato-Venereologi 2025 skrivit ett förslag på handläggning av CALM riktat till hudläkare (Se Faktarutor).

Genetisk utredning som komplement

NF1 diagnos baseras på kliniska kriterier, men genetisk analys görs ofta som komplement. Detta gäller särskilt för barn under 6 år som har multipla CALM som enda symtom men inte helt uppfyller diagnoskriterierna. Gentester kan identifiera sjukdomsorsakande varianter i NF1-genen hos de flesta (> 90 procent), men inte alla, med symtom på NF1.

Genetisk testning kan därför bekräfta diagnosen men inte helt utesluta NF1. Olika paneler finns men NF1-genen och SPRED1-genen bör alltid analyseras.

Referenser

1. Predictive Value of Cafe au Lait Macules at Initial Consultation in the Diagnosis of Neurofibromatosis Type 1 Arch Dermatol. 2009;145(8):883-887. Kara S. Nunley et al
2. Challenges in the diagnosis of neurofibromatosis type 1 (NF1) in young children facilitated by means of revised diagnostic criteria including genetic testing for pathogenic NF1 gene variants Review Hum Genet. 2022 Feb;141(2):177-191. doi: 10.1007/s00439-021-02410-z. Epub 2021 Dec 20. Hildegard Kehrer-Sawatzki, David

N Cooper

3. Predicting neurofibromatosis type 1 risk among children with isolated café-au-lait macules. J Am Acad Dermatol. 2017. 76(6):1077-1083. Ben-Shachar S et al
4. Neurofibromatos typ 1. Handläggningsstöd. Svensk förening för Medicinsk Genetik och Genomik. chromeextension://efaidnbmnmbnib-pcaajpcglclefindmkaj/https://sfmg.se/download/riktlinjer/pediatrik_genetik/Neurofibromatos-typ-1-NF1-handlaggningsstod.pdf
5. Neurofibromatos typ 1. Kunskapsstöd. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/sallsynta-halsotillstand/om-kunskapsdatabasen/sok-bland-sallsynta-halsotillstand/neurofibromatos-typ-1/

Differentialdiagnoser som liknar cafe au lait macules (CALM)

Postinflammatorisk hyperpigmentering	Pigmentmosaicism
Tidigt kongenitalt melanocytnevus	Tidigt nevus spilus
Tidigt Beckers nevus	Kongenital dermal melanosis
Transient neonatal pustular melanosis	Kutan mastocytosis

Förslag på handläggning utifrån antalet cafe au lait macules (CALM) (≥ 5 mm i diameter hos barn och ≥ 15 mm efter puberteten)

2-3 CALM hos barn < 1 år:

- Dokumentera antalet och storleken på varje lesion. Fotodokumentera gärna.
- Dokumentera och bekräfta/negera om det finns fräcknar i axiller/ljumskar, neurofibrom eller plexiforma neurofibrom.
- Undersök om barnet har andra hudmanifestationer som kan förekomma i något högre grad vid NF1 t.ex. juvenila xanthogranulom, nevus anemicus eller hypopigmenteringar.
- Erbjud att undersöka om föräldrarna också har CALM/neurofibrom/fräckighet i axiller/ljumskar.
- Ny hudkontroll hos BVC-läkare, barnläkare eller hudläkare vid drygt 1 års ålder. Om inga fler CALM tillkommit kan kontroller avslutas. Om fler CALM tillkommit, kan uppföljning ske enligt nedan.

4-5 CALM hos barn < 4 år:

- Som ovan men även:
- Skriv remiss till ögonläkare för att bedöma ev. förekomst av optikusgliom, Lisch noduli eller koroidala förändringar.
- Överväg remiss till barnläkare för kontroller samt ställningstagande till genetisk utredning.
- Om inga andra kriterier för NF1 uppfylls kan återbesök till läkare ske ca 1 gång per år för att se om fler CALM tillkommer/tillväxer tills dess barnet är 4-6 år.

≥ 6 CALM:

- Som ovan men remittera alltid barnet till barnläkare/barnneurolog för kliniska kontroller samt ställningstagande till genetisk utredning.

En person som inte har någon förälder som har fått diagnosen NF1 uppfyller de diagnostiska kriterierna för NF1, om två eller flera av följande kliniska kriterier finns:

- Sex eller fler café-au-lait-fläckar som är över 5 mm i diameter på det bredaste stället hos barn före puberteten och över 15 mm i diameter på det bredaste stället hos personer som passerat puberteten
- Fräcknar i området i och kring armhålorna eller ljumskarna
- Minst två neurofibrom oavsett typ, eller ett plexiformt neurofibrom
- Opticusgliom
- Två eller fler Lischs noduli, eller två eller fler koroidala förändringar
- En tydlig skelettavvikelse som sfenoiddysplasi (förändring av kilbenet i ögonhålorna), en böjning av underbenet eller en falsk led (pseudoartros)
- En sjukdomsorsakande variant i NF1-genen kan påvisas via ett blodprov.

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.



Maria Karlsson, Överläkare, Hudklinik, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna
E-mail: maria.an.karlsson@regionstockholm.se



Karin Berggård, Överläkare, Hudmotagningen, Lund, Skånes Universitetssjukhus
E-mail: karin.berggard@skane.se

Infantila hemangiom – benigna kärltumörer



Foto: Artikelförfattaren

Infantila hemangiom (IH) eller smultronmärke som det också kallas - är den vanligaste benigna kärltumören hos barn. Den förekommer hos ca 5 procent av fullgångna spädbarn. IH kan uppstå var som helst i huden och i anslutande slemhinna. De uppvisar en röd/lila/rosa färg, vid djupare komponent är kärlförändringen mer blåtonad. IH kan undantagsvis uppstå i andra organ såsom i andningsvägar, lever och hjärna. Storleken kan variera från någon millimeter upp till flera decimeter och vanligtvis ger de inga besvär.

Hemangiom som finns vid födelsen kallas för kongenitala hemangiom, dessa kan vara bestående eller tillbakabildas snabbt. IH är mycket vanligare än kongenitala hemangiom och IH uppstår vanligtvis under första eller andra levnadsveckan. Ibland ser man diskreta förändringar såsom bleka fläckar i huden redan vid födseln på platsen där IH kommer att uppstå. Snabbast tillväxt sker före 3 månaders ålder, sedan avtar tillväxthastigheten. Förloppet varierar, de flesta IH har slutat tillväxa vid 1 års ålder. Därefter börjar de tillbakabildas, en process som kan fortsätta upp till 10 års ålder. För IH som är mycket stora eller som hotar vitala funktioner kan behandling bli aktuellt.

Handläggning av komplicerade infantila hemangiom

Diagnosen av IH är vanligtvis klinisk och baserar sig på typiskt utseende och förlopp. För de flesta IH behövs ingen uppföljning. Diagnos och förväntat förlopp informeras till familjen. Subkutana IH saknar den typiska färgen och kan vara svåra att känna igen. Vid tveksamhet om diagnosen skickas remiss till hudläkare för att utesluta kärlmissbildning eller annan kärltumör. Vid IH lokaliserade i ryggsletet över medellinjen finns ökad risk för fjättrad märm och ultraljud eller MR ska övervägas. Under tillväxtfasen kan IH spontant ulcerera. Ulcererade IH gör vanligtvis ont och familjen kan behöva stöd gällande omläggningar och förband. Remiss för behandling av IH ska övervägas vid ulcerationer som inte läker, vid risk för påverkan på vitala och viktiga funktioner såsom vid lokalisering nära öga, luftvägar, och urogenitalt/analt.

Behandling kan också övervägas vid risk för stora negativa kosmetiska konsekvenser såsom vid stora segmentella IH, vid lokalisering på nästippen (risk för

broskdestruktion), öra, bröstvärta och läpp. Utredning med ultraljud på levern rekommenderas när det finns ≥ 5 IH på huden och behandling skall övervägas om interna hemangiom påvisas.

Vilka behandlingar finns idag?

Nationella riktlinjer gällande behandling och indikation för behandling av IH saknas. Enligt internationella rekommendationer är oral behandling med propranolol förstahandsbehandling vid IH. I de flesta fall kan behandling sättas in polikliniskt. Behandlingslängden varierar, men vanligtvis rör det sig om ca 6 månaders behandling. Peroral propranolol har hög effektgrad $>98\%$ och god säkerhetsprofil som har studerats i randomiserade kontrollerade studier. Många föräldrar önskar behandling av IH av kosmetiska skäl även om risken för kosmetisk påverkan på sikt är liten. Internationellt och på en del ställen i Sverige används behandling med topikal propranolol för mindre och ytliga IH men välgjorda effektstudier saknas. Kirurgi används ej som standardbehandling för IH.

Referenser

1. Hoeger P, Harper J, Baselga E, et al. Treatment of infantile haemangiomas: recommendations of a European expert group. *Eur J Pediatr* (2015) 174:855–865
2. Krowchuk D, Frieden I, Mancini A, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas. *Pediatrics* 2019 Jan;143(1):e20183475
3. Canu D, Mary-Prey S et al. Diagnosis and management of infantile hemangiomas: Tremendous advances over the last 15 years. *Presse Med.* 2025 Sep;54(3):104291

4. Chen F, Yang L, Li K, et al. Topical propranolol for infantile hemangioma: a comprehensive review of mechanisms, clinical efficacy, and novel formulations. *Front Pediatr.* 2026 Jan 6;13:1743772
5. Iacobas I, Phung T, Adams D, et al. Guidance Document for Hepatic Hemangioma (Infantile and Congenital) Evaluation and Monitoring. *J Pediatr.* 2018 Dec;203:294–300.e2

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.

Associerade syndrom och systemiska komplikationer

Associerade syndrom med interna missbildningar kan förekomma vid segmentella IH och vid lumbosakrala/anala IH.

I sällsynta fall kan hepatiska IH orsaka tyreoidedysfunktion, hjärtsvikt, trombocytopeni och koagulationsrubbningar.



Lina Broström, ST-läkare, Sachsska barn och ungdomssjukhuset, PhD, Karolinska Institutet, SÖS
E-mail: lina.brostrom@regionstockholm.se

Lichen sclerosus – hudsjukdom som förekommer genitalt hos barn

Lichen sclerosus (LS) förekommer hos barn – i både i vulva och på penis - och kan ge omfattande besvär som klåda, sår och trång förhud. Flickor med sjukdomen som söker för symptom som klåda i vulva blir ibland behandlade för svamp eller stjärtfluss. Följden blir att insatt behandling blir verkningslös. Det behövs ökad kunskap om symptomen och hur LS identifieras för att patienterna ska få rätt diagnos och behandling. Obehandlad kan denna annars förstöra strukturen i underlivet.

Orsaken till Lichen sclerosus (LS) är inte klarlagd. Det diskuteras om det är en autoimmun sjukdom (1). Debut kan ske under hela livet men är vanligast postmenopausalt och hos barn. LS sitter nästan alltid genitalt men hos ca 10 procent och då främst hos kvinnor föreligger LS även på huden, framför allt på bålen (1). Symptomen patienten söker för är ofta genital klåda, sår, sprickor, sveda, förhudsförträngning och förstoppning. Sjukdomen kan även vara helt asymtomatisk.

Det är viktigt att undersöka patienten genitalt. Små barn kan med fördel undersökas när de sitter i förälderns knä och större barn på brits. Det är viktigt att man som vårdpersonal förklarar vad man ska göra och varför.

Klinisk bild av Lichen sclerosus hos barn

Den kliniska bilden av LS hos pojkar är en stram förhud som kan vara hypopigmenterad (vitaktig), glansig och hyperkeratotisk. Det kan ses hyperkeratotiska områden även på insidan av förhuden och glans. Det kan förekomma eckymoser, blödningar under huden. Det kan ses

fissurer (sprickor). Flickor har ofta uttalad klåda, men i övrigt en likadan klinisk bild där de hypopigmenterade områdena ofta ses längs labiae, ner i perineum och även perianalt. Om inflammationen har stått under lång tid kan inre och yttre labiae lödas samman och ändra anatomin (2).

Om det är en klassisk bild, så räcker det med klinisk diagnos. Om diagnosen är osäker kan det krävas biopsi. Misstänks LS ska barnet remitteras till en dermatovenereolog för diagnos och omhändertagande. Blödningarna i huden kan ibland misstolkas som blåmärken. Möjliga differentialdiagnoser är eksem och psoriasis som också kan sitta i underlivet och ge klåda.

Behandling hos barn

Standardbehandlingen av LS är samma för barn som för vuxna (3, 4). Behandlingen är stark topikal kortikosteroid, grupp IV, Klobetasol 1 gång dagligen i 4-6 veckor, därefter varannan dag i 4 veckor och sedan 2 ggr/v i 4 veckor. Sedan rekommenderas underhållsbehandling 1-2 ggr/vecka (1, 2, 3, 4). Förevisa gärna med

spiegel och förklara anatomin. Visa exakt var patienten skall smörja och förklara vad som är tecken på aktiv LS.

Barn med LS brukar följas upp hos dermatovenereolog regelbundet eftersom det finns risk för recidiv. Om barnen är symptomfria glesas besöken ut men årliga besök till åtminstone tonåren är viktigt för att fånga upp nya skov som kan vara symptomfria. Om patienten i tonåren eller som vuxen skulle vara helt besvärsfri under flera år kan man även övergå till att patienten kontaktar åter vid behov. Prognostiskt förekommer det att LS hos barn läker ut. Om hudsjukdomen sitter enbart på förhuden och denna circumcideras, finns det chans till utläkning (5). Då det är relativt vanligt att Lichen sclerosus återkommer i vuxen ålder och potentiellt kan ändra anatomin genitalt är det viktigt att behandla och följa upp patienterna.

Referenser

1. Kirtschig G, Kinberger M, Kreuter A et al. EuroGuiderm guideline on lichen sclerosus-introduction into lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol*



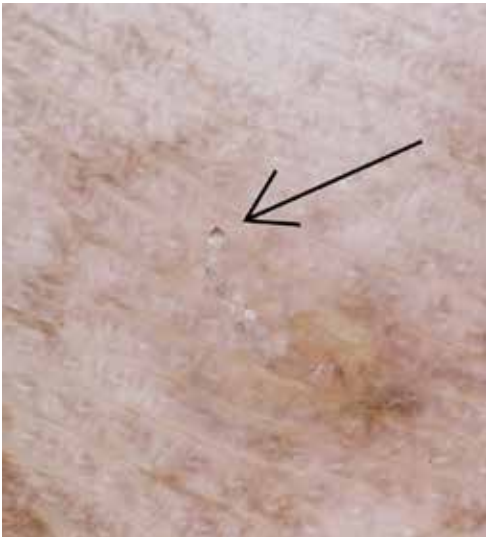
Patienten är en 3½-årig flicka med långvariga besvär med klåda i underlivet. Hon är behandlad med Cortimyk, mot springmask och på misstanke om streptockocker - utan effekt. Typisk bild som vid Lichen sclerosus med hypopigmentering och subkutan blödning. Fick god effekt av adekvat behandling med grupp IV kortisonkräm. (Föräldrarna till patienten har godkänt publicering av bilden).
Foto: Emma Johansson

- Venereol. 2024 Oct;38(10):1850-1873. doi: 10.1111/jdv.20082. Epub 2024 Jun 1.
2. Simms-Cendan J, Hoover K, Marathe K et al. NASPAG Clinical Opinion: Diagnosis and management of Lichen sclerosus in pediatric and adolescent patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2022 Apr;35(2):112-120. doi: 10.1016/j.jpog.2021.09.008. Epub 2021 Oct 2.
 3. SFOG-råd Lichen sclerosus i vulva. Nylander E, Tunbäck P, Rydberg C för vulv-ARG. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Sfog.se Microsoft Word - SFOG-råd Lichen sclerosus i vulva .docx
 4. Behandlingsrekommendationer genitala dermatoser, Lichen sclerosus penis. Kristiansen S för Sektionen för Venereologi och Genital Dermatologi (SVGD). Ssdv.se lichen_sclerosus_penis.pdf
 5. Kirtschig G, Kinberger M, Kreuter A et al. EuroGuiderm guideline on lichen sclerosus-Treatment of lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024 Oct;38(10):1874-1909. doi: 10.1111/jdv.20083. Epub 2024 Jun 1.
- Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.

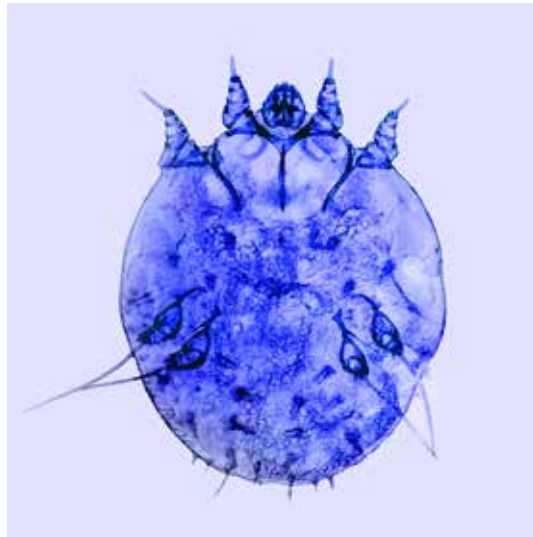


Sinja Kristiansen, Bitr Överläkare PhD, Hudmottagningen Skånes Universitetssjukhus
E-mail: sinja.kristiansen@skane.se

Kom ihåg skabb!



Skabbgång med kvalster (pil) sett i dermatoskop, "delta sign". Foto: Medicinsk bild, Karolinska universitetssjukhuset



Skabbdjur i mikroskop.



Skabbgång vid handled. Foto: Medicinsk bild, Karolinska universitetssjukhuset

Ett spädbarn med oklara utslag och dålig viktuppgång, en 10-åring med klåda och sömnproblem – orsaken kan vara skabb. Skabb drabbar alla åldrar. Typiskt är nattlig klåda och ett papulöst utslag. Hos småbarn ses oftare vesikler, pustler, noduli och mer utbredda utslag, ibland med påverkan på det allmänna måendet. Diagnostiken kan vara utmanande då kliniken varierar från diskreta till omfattande symtom. Tänk på skabb vid klåda och utslag.

Skabb (Latin *scabere* ”att kliä”) är en hudinfestation orsakad av kvalsterdjuret *Sarcoptes scabiei*. Kvalsterdjuret sprids via hudkontakt och för smittöfverföring krävs flera minuters nära hudkontakt. Indirekt öfverföring via textilier är ovanligt. Skabbkvalstret tar sig in i hudens yttersta lager där det gräver gångar och lägger ägg. Den drabbade har i genomsnitt 10–15 skabbdjur i huden. Skabbförekomst är inte kopplat till bristande hygien, men vanligare vid trångboddhet.

Klåda, skabbgångar och utslag

Symtomen uppkommer efter två till sex veckor vid förstagångssmitta, i regel snabbare vid återsmitta. Klådan är generell, ofta nattlig och svår. På huden ses rivmärken och ett papulöst (småknottigt), utslag främst över händer, fötter, midja, skinkor, lår och underliv medan huvud-halsområdet sparas. Skabbgångar ses som gråvita, centimeterlånga, trådlika formationer med en mörk prick i ena änden där skabbhonan sitter. De återfinns interdigitalt, på händer och fötter, ibland även vid bröstvårtor, navel och underliv.

Spädbarn och yngre barn får oftare utslag med vesikler, pustler och noduli. Palmoplantara blåsor och pustler är vanligt liksom utslag i hudveck. Utslaget kan bli utbrett över hela kroppen och involvera även ansikte och skalp. Gråt, irritabilitet och ätproblem kan förekomma hos småbarn medan äldre barn kan drabbas av sömnsvårigheter och trötthet till följd av nattlig klåda.

Vid nodulär skabb uppkommer kliande rödbruna noduli som ses främst genitalt och axillärt men hos yngre barn kan utbredningen vara omfattande. Reaktionen kan kvarstå lång tid trots effektiv behandling. Krustös skabb är en ovanlig, svårare form med utbrett fjällande, krustöst utslag, stor skabbmängd och hög smittsamhet som kan ses hos immunsupprimerade och äldre vuxna.

Hur diagnostiseras skabb?

Den kliniska bilden hos barn varierar och kan kompliceras av sekundärinfektion, eksematisering och allmänna symtom vilket ibland försvårar diagnostiken. Vid klåda - kom ihåg skabb bland differentieldiagnoserna och samarbeta med hudläkare för diagnostik och behandling.

Diagnosen fastställs genom att verifiera skabbdjur i ljusmikroskop (skabbdjuret plockas upp ur skabbgången med knappnål) eller med dermatoskop där skabbdjuret ses som en trekant i änden av gången, ”delta sign”.

Fastställ diagnos innan behandling

Diagnosen ska verifieras enligt ovan före behandling. Behandling ges till indexpatient, hushållsmedlemmar och nära kontakter, den ges vid samma tidpunkt för att minska risk för recidiv. Tydliga anvisningar om behandlingens genomförande inklusive efterföljande hygien- och tvättråd är viktigt för behandlingsresultatet. Topikal behandling med Tenutex (disulfiram/bensylbensoat) är förstahandsval i Sverige. Alternativa behandlingar finns vid behandlingssvikt eller utbredd sjukdom. Klådan avtar inom fyra veckor efter behandling. Vid kvarstående klåda ska diagnosen verifieras på nytt innan behandling upprepas.

Symtomen vid skabb kan vara uttalade och diagnostiken en utmaning, men med adekvat genomförd behandling är prognosen i regel utmärkt. Kom ihåg skabb vid klåda och utslag.

Referenser

1. Jonsson, P. et al. (2017), *Vid klåda, tänk alltid på skabb! Läkartidningen*. 2017;114
2. Uzun, S. et al. (2024), *Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies*. *Int J Dermatol*. 63: 1642-1656.
3. Bernigaud, C. et al. (2020), *The*

Management of Scabies in the 21st Century: Past, Advances and Potentials Acta Derm Venereol. 2020 Apr 20;100(9).

4. Paller, A. & Mancini, A. (red.) (2022) *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology*. 6th edition. Elsevier.
5. Polesi, S. (2025) *Skabb*. *Internetmedicin*. <https://www.internetmedicin.se/hud-och-konssjukdomar/skabb> [2026-02-10]

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Inga uppgivna.

FAKTA

- Skabb är en kliande hudsjukdom.
- Barn kan få utbredda utslag.
- Akrala blåsor är en vanlig manifestation hos spädbarn.
- Klådan kan vara sömnstörande.
- Diagnosen ska verifieras innan behandling ges.
- Vid klåda och utslag – tänk på skabb och samarbeta med hudläkare för diagnostik och behandling.



Maria Haraldsson, Överläkare, Hudmottagningen Högsbo Närsjukhus, Göteborg, Sjukhusen i väster, Västra Götalandsregionen
E-mail: maria.haraldsson@vgregion.se

Hidradenitis suppurativa – viktigt att ställa diagnos i tid!



Foto: Sjukhusfotograferna, KS (patienten har godkänt publicering).

Hidradenitis suppurativa (HS) är en kronisk inflammatorisk hudsjukdom. Sjukdomen ger symtom i form av inflammatoriska knölar (noduli), abscesser, ärrbildning och i senare stadier tunnelformationer och sinusöppningar som tömmer sig på pus och/eller serös- eller blodtillblandad vätska. Att leva med HS innebär ofta en stor påverkan på livskvalitén och tidig diagnos och behandling är av största vikt för att bromsa inflammation och utbredning.

HS drabbar i första hand hudområden som är rika på apokrina svettkörtlar såsom axiller, ljumskar och under bröstmen även områden som mons pubis, perineum, klinkor och insida lår är ofta drabbade. För att ställa diagnosen HS krävs att patienten har haft återkommande problem minst 2ggr/halvår på typiska hudlokaler. I genomsnitt tar det 2 år från första symtom till korrekt diagnos för barn och ungdomar med HS (1). Förse-nad diagnos innebär risk för progression och försämring av sjukdomen.

Majoriteten av barn/ungdomar med HS är över 10 år

Prevalensen för Hidradenitis suppurativa (HS) hos vuxna i Sverige och Europa, uppskattas till omkring 1 procent (2), och är vanligare hos kvinnor än hos män (ratio 3:1). En populationsbaserad studie från USA som undersökte prevalensen av HS bland barn och ungdomar uppskattade den till 0,028 procent, där majoriteten (96,8 procent) av patienterna var > 10 år gamla (3).

HS orsakas av både genetisk predisponering och yttre omständigheter. Barn och ungdomar med HS är ofta överviktiga/har fetma, även ärftlighet och hormonella faktorer (hyperandrogena tillstånd såsom PCOS) finns beskrivet (1,4).

Patofysiologin vid HS är okklusion av hårfolliklarna som dilateras och senare rupturerar, vilket genererar en inflammatorisk reaktion som kan leda till ärrbildning och tunnelformationer. Differentialdiagnoser är follikuliter/furunklar, kutan morbus Crohn, ärrbildande akne och pilonidalcysta. HS är en klinisk diagnos, men hudbiopsi och konsultation hos andra specialiteter kan behövas för att utesluta differentialdiagnoser samt behandla komorbiditeter.

Hur ser behandlingen ut?

Behandling styrs av svårighetsgraden av sjukdomen (4,5). Alla patienter med osäker diagnos, där lokalbehandling och/eller peroralantibiotika inte har tillräcklig effekt eller vid ärrbildning/tunnelformationer bör remitteras till hudläkare för bedömning. Förstahandsbehandling vid lindrig sjukdom (enstaka inflammatoriska noduli och abscesser, utan ärrbildning/tunnlar) är kontinuerlig daglig behandling med Azelainsyra (Skinoren kräm) i kombination med tillägg av kutan emulsion Klindamycin (Dalacin) morgon och kväll vid skov med inflammatoriska bölder i upp till 3 månader. Vid akuta skov (inflammatoriska noduli) kan inj triamcinolon (Kenacort-T) 10mg/ml ges (0,2-1 ml).

Po antibiotika, i första hand Lymecyklin 300mg 1 x 2 i 3 månader är ett alternativ till barn >8 år med lindrig till medelsvår sjukdom. Hos barn med övervikt/fetma samt flickor med PCOS kan Metformin föreslås. Även kombinerade p-piller med antiandrogen profil (Diane/Zyrona eller Jasmin) kan övervägas vid PCOS eller perimenstruella skov. Vid medelsvår till svår sjukdom (multipla noduli och abscesser, tilltagande ärrbildning, tunnelformation och vätskande sinus) behandlar hudläkare med biologiska läkemedel Adalimumab (anti-TNF) som är godkänt för barn och ungdomar från 12 års ålder. Hudkirurgi kan bli aktuellt för att ta bort områden med ärr och tunnelformationer.

Referenser

1. Liy-Wong et al, *Hidradenitis Suppurativa in the Pediatric Population An International, Multicenter, Retrospective, Cross-sectional Study of 481 Pediatric Patients*. *JAMA Dermatol*.

2021;157(4):385-391. doi:10.1001/jamadermatol.2020.5435

2. Pahlow Mose et al, *Prevalence of Hidradenitis Suppurativa in Lund and Gothernburg, Sweden: An analysis from the Global Hidradenitis Suppurativa Atlas Initiative*. *Dermatology* 2025;241(suppl 1):134-138.
3. Garg et al, *Prevalence Estimates for Hidradenitis suppurativa among Children and Adolescents in the United States: A Gender- and Age-Adjusted Population Analysis*. *Journal of Investigative Dermatology* (2018) 138, 2152-2156 doi:10.1016/j.jid.2018.04.001
4. Pustisek et al, *Hidradenitis suppurativa in children and adolescents*. *Clinics in Dermatology* (2025) 43, 455-461.
5. Ghanshani et al, *Hidradenitis suppurativa in children*. *Dermatol Clin* 43 (2025) 317-330 <https://doi.org/10.1016/j.det.2024.12.014>

Potentiella jävsförhållanden eller bindningar: Arvode för föreläsningar eller deltagande i rådgivande kommitté för UCB Pharma och Novartis.



Tove Kaldensjö, bitr Överläkare, PHD, Hudkliniken Karolinska sjukhuset
E-mail: tove.kaldensjo@regionstockholm.se

Lars Norlén specialist i dermatologi vid Hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset:

”Behandlingen av alopecia areata har revolutionerats av JAK-hämmare”

Alopecia areata är en autoimmun sjukdom som karaktäriseras av att patienten går från fläckvis håravfall till totalt håravfall. Alla hårbevuxna kroppsytor kan drabbas men vanligtast är huvudhåret. Då många patienter upplever svår psykisk påfrestning av symptomen bör remiss till hudläkare skrivas på begäran av patient/vårdnadshavare. JAK-hämmare som behandling kommer sannolikt att vara framtidens ledande behandling förutsatt att inga oväntade biverkningar framkommer med tiden. Behandlingen är godkänd från 12 års ålder sedan ett par år tillbaka.



Lars Norlén är docent vid Karolinska Institutet och specialist i dermatologi vid Hudkliniken Karolinska Universitetssjukhuset. Foto: Pressfoto

1. Vad är *alopecia areata* (AA) och vad innebär den för det barn/den unga patient som drabbas?

– Alopecia areata är en autoimmun sjukdom som debuterar som fläckvis håravfall. Ofta sker spontan håråterväxt inom 3-6 månader, men hos en liten andel av patienterna kan håravfallet engagera allt hår på kroppen - så kallad alopecia universalis. Sjukdomen ger oftast inga fysiska besvär men kan innebära en hög psykisk belastning, särskilt för ungdomnar, då hår för många är nära kopplat till identiteten.

2. Hur ser symptomen ut vid Alopecia areata?

– Alopecia areata kan engagera alla kroppsbehåring, men är vanligast på skalpen.

3. Hur vanlig är sjukdomen bland barn och ungdomar (upp till 18 år)?

– Det är inte känt hur stor andel av barn upp till 18 år som utvecklar alopecia areata, men den debuterar ofta före 18 års ålder och ca 2-4 procent av befolkningen kommer någon gång under livet att utveckla kala fläckar på basen av alopecia areata.

4. När behöver man sätta in behandling för AA, och vad finns för tillgängliga behandlingar/åtgärder fram tills idag?

– Patientens upplevelse av håravfallet styr eventuell behandling. Mindre kala fläckar i skalpen som ej spontant återväxer



inom 6 månader kan behandlas med upprepade injektioner av kortikosteroider. Större områden på skalpen kan behandlas med så kallad DCP-behandling, som innebär att ett allergiframkallande ämne - DCP (diphenylcyclopropenon) - penslas på skalpen veckovis. Sedan ett par år tillbaka behandlas alopecia areata från 12 års ålder även med JAK-hämmare. Behandlingen med JAK-hämmare är mycket effektiv, men täcks ännu inte av högkostnadsskyddet för läkemedel.

5. Hur ser framtiden ut för unga AA-patienter idag? Vilka nya behandlingar finns för dem? Kommer dessa behandlingar att vara tillgängliga snart (om de inte redan är det)?

– Behandlingen av alopecia areata har revolutionerats av JAK-hämmare. Dessa kommer sannolikt att bli framtidens behandling om inga oväntade långtidsbiverkningar framkommer.

6. Vilka barn/unga patienter kommer att vara aktuella för de eventuella nya behandlingarna?

– Finns det risker med behandlingarna? Hur ser dessa ut i s f? Är dessa nya behandlingar avsedda för barn - eller är de egentligen avsedda för vuxna?

– Den huvudsakliga risken är att eventuella allvarliga långtidsbiverkningar ännu inte kan uteslutas. Behandling med JAK hämmare är dock redan idag godkänd från 12 års ålder på indikationen alopecia areata.

7. Vad ska barnläkare tänka på när de träffar barn och unga som drabbats av alopecia areata?

När bör remiss till en hudläkare skickas?

– Alopecia areata har ofta en stark negativ inverkan på livskvalitet och många drabbade barn, liksom deras föräldrar, blir kraftigt emotionellt påverkade av sjukdomstillståndet. Remiss bör skickas till hudläkare när barnet och/eller föräldrarna önskar detta.

Margareta Munkert Karnros
E-mail: info@barnlakaren.se

Tove Jansson – älskad av både barn och vuxna

I motsats till Sverige flaggar Finland även för kulturpersoner. Landet har förutom sju officiella flaggdagar även femton påbjudna. Till god flaggkultur hör att flagga på samma sätt då som på de officiella flaggdagarna. Åtta av dessa uppmärksammar personer som varit viktiga för det finska språket och den finska kulturen. Den 9 augusti flaggar man på *Tove Janssondagen*.



Bild 1. Tove Jansson med blomsterkrans på huvudet.
Foto: Per Olov Jansson. Wikipedia
CC BY 3.0



Bild 2. Omslaget till "Trollvinter", utgiven 1957. Foto: Rabén och Sjögren

Tove Jansson (1914–2001) växte upp i en konstnärsfamilj (Bild 1). Fadern Viktor var bildhuggare och modern Signe illustratör. Uppväxten i ateljévåningen på Lotsgatan 4 på Skatudden i Helsingfors speglas i *Bildhuggarens dotter* (1968). Bland gips och kavaletter, penslar och ritbord, samsas familjen med en apa och en familj kanariefåglar. Det är ofta fest med konstnärsvänner under balalajkaspel. Den unga Tove, med drömmar om att bli konstnär, följde det hela från sitt krypin under takåsen. Trots sin konstnärliga begåvning och produktion var det litteraturen som kom att göra henne berömd.

Muminfamiljen gör entré

Somrarna tillbringade familjen i Pellinge skärgård söder om Borgå. Havet, stormarna, åskvädren och katastrofer är återkommande temata i den tidiga produktionen. De är skrämmande men samtidigt underbara. "Allting är mycket osäkert, och det är just det som lugnar mig" skriver Jansson i *Trollvinter* från 1957 (Bild 2). Krigsåren och dess följder satte djupa spår i henne. I debutromanen *Småtrollen och den stora översvämningen* (1945) introduceras Muminfamiljen. Handlingen relaterar tydligt till efterkrigstidens nöd och flyktingströmmar. Boken skulle följas av ytterligare åtta i samma serie. I början av 70-talet övergick hon till att skriva mer för vuxna.

Under senare delen av 40-talet kom Jansson i kontakt med teatervärlden och



Bild 3. I bilderboksklassikern "Hur gick det sen?" är Mumintrölet på väg hem till sin mamma men mycket händer på vägen. På varje uppslag finns utklippta hål där nästa bilduppslag kan anas. Boken kom 1952 och är lika älskad nu som då. Foto: Göran Wennergren

framför allt med Vivica Bandler på Studentteatern. Tove Jansson engagerade sig i dekor och scenografi. Bandler och Jansson förblev nära vänner livet ut. De gör entré i kapitel sex i *Trollkarlens hatt* (1948), som Tofslan och Vifslan med sin kappsäck och sitt eget språk. Men "De gjorde inte mycket väsen av sig och mest gick de omkring och höll varann i hand". År 1947 fick Jansson en beställning av en muralmålning för restaurangen i Helsingfors stadshus. Fresken, *Fest i stan*, visar en ungdomlig festyra med en tydlig avbildning av konstnären själv och Vivica Bandler. Den finns nu i Helsingfors konstmuseum (HAM).

Efter att Muminfamiljen hade blivit populär i bokform var det dags att för dem att kliva upp på scenen. Teaterpjäsen *Mumintrölet och kometen* sattes upp på Svenska Teatern i Helsingfors 1949. Den kritiserades i pressen för sin frispråkighet men var desto mer uppskattad av publiken. *Troll i kulisserna*, som baserades på boken *Farlig midsommar* (1954), sattes upp på Lilla teatern 1958 i Helsingfors. Lasse Pöysti och Birgitta Ulfsson hade ledande roller.

Too-ticki

I mitten av 50-talet träffade Jansson grafikern Tuulikki Pietilä. Hon introduceras som Too-ticki i *Trollvinter* (1957) där hon presenterar sig med orden "Jag är Too-ticki som är ute och samlar drivved". Drivved fick nog Tove och Tuulikki sam-

la när de bodde tillsammans under enkla förhållanden på skäret Klovharun i Pellinge ytterskärgård från april till oktober mellan åren 1965 och 1991. Tillsammans gav de ut *Anteckningar från en ö* (1996). Tre år senare skildrades deras liv vid havet i dokumentärfilmen *Haru – de ensammas ö*.

Tove Jansson skapade ett litterärt universum fyllt av äventyr och fantasi, berättelser som kan läsas med samma behållning av både barn och vuxna (Bild 3). År 2014 bytte Skatuddsparken i Helsingfors namn till Tove Janssons park. Ett konstnärskap värt att hissa flaggan för.



Carl Lindgren, Barnläkare och författare
E-mail: carl.lindgren.jr@gmail.com

Tillkomsten av Astrid Lindgrens barnsjukhus

Nyligen framlidna Anita Aperia hade en helt avgörande betydelse för tillkomsten av Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB). Utan hennes karismatiska insatser från idé till genomförande skulle ALB inte ha tillkommit.



Bild 1. Anita Aperia (1936-2025) var Professor i pediatrik vid Karolinska institutet och en internationellt framstående forskare som genom åren handlett ett 50-tal doktorander. Hon har även varit chef för Astrid Lindgrens barnsjukhus, Prodekanus, Ledamot i medicinska Nobelkommittén och Kungliga Vetenskapsakademien.

I Stockholm fanns det fem barnkliniker under slutet av 1900-talet. Problemet var dock att den största barnkliniken vid S:t Görans sjukhus inte låg i nära anslutning till BB:n och högspecialiserade kliniker. Barn som föddes på Sabbatsbergs och S:t Eriks sjukhus måste transporteras till S:t Göran om de behövde neonatalvård.

Så var läget när först Martin Ritzén och sedan den ny tillsatta klinikchefen Anita Aperia (Bild 1) tog upp problemet och började verka för att slå ihop de tre barnklinikerna i norra Stockholm till en klinik i nära anslutning till Karolinska institutet i Solna. Tillsammans med Anders och Charlotte Wall initierade Anita Aperia en insamling för ett helt nytt bygge. Förebilden var det stora barnsjukhuset vid Great Ormond Street i London, ett sjukhus som grundats bland annat av Charles Dickens, men som hade blivit mycket nedgången. Britterna lyckades samla in mer pengar än vad som behövdes.

Idén att döpa sjukhuset efter Astrid Lindgren

Det gick inte så bra i Sverige att få fart på

en liknande insamling till ett nytt barnsjukhus, då det uppstod en börskrasch 1989. Anita Aperia och Olle Björk vände sig då i stället till landstinget. Det märkliga var att alla politiska partier var positiva till idén. Ett av de största sjukhusbyggena under 1990-talet kunde förverkligas, trots landets dåliga ekonomi. Det ledde till en sammanslagning av S:t Görans, Danderyds och Karolinskas barnkliniker. Det nya barnsjukhuset, som inkluderade den gamla barnkliniken vid Karolinska skulle heta Barncentrum Nord, även om andra namn diskuterades såsom Drottning Silvias eller Kronprinsessan Victorias barnsjukhus.

Författaren Margareta Strömstedt, som jag var bekant med via min hustru, föreslog att sjukhuset i stället skulle döpas efter Astrid Lindgren. Namnförslaget lanserades i en debattartikel i Dagens Nyheter. Kollegorna ställde sig ganska skeptiska till förslaget. Men Anita hade anställt en PR-konsult som genast tänkte på idén. Han och också Anita verkade direkt förstå betydelsen av att ha rätt varumärke. Genast såg konsulten till att

logotyper och brevpapper med Pippi på hästen utformades. Anita och jag med flera kontaktade Astrid Lindgren som var positiv från början.

Det föreslagna sjukhusnamnet verkade vara okontroversiellt. Men det visade sig att det dåvarande socialdemokratiska landstingsrådet Göran Hammarsjö var bestämt emot det. Han kunde inte förlåta Astrid Lindgren för Pomperipossasagan, som sannolikt bidrog till den borgerliga valsegern 1976. Denna satiriska saga anspelar på att Astrid Lindgren fick betala mer än 100 procent skatt för vissa bokinkomster. Vederbörande landstingsråd var dock gift med en barnsköterska som arbetade på min avdelning. Genom ett långt sent telefonsamtal lyckades jag via henne övertyga landstingsrådet om det föreslagna sjukhusnamnets förträfflighet.

Ett nytt barnsjukhus

Vid det nya barnsjukhuset i Solna skulle revirgränserna mellan medicin, kirurgi och psykiatri tas bort. Det var Anita som tog hem idén från det kända barnsjukhuset Sick Kids i Toronto. Vid vårt nya



Bild 2. Väggmålning med byskole- och Madickenmotiv, från Astrid Lindgrens barnsjukhus.

Foto: Holger Ellgaard. CC BY-SA 3.0



Bild 3. Astrid Lindgren själv på väggmålning utförd av Fibben Hald, från ALB.

Foto: Holger Ellgaard. CC BY-SA 3.0

sjukhus inrättades därför program i stället för kliniker. Varje program leddes av en läkare och en sjuksköterska, som var likställda.

Anita var framför allt mån om att en stor forskningsavdelning med experimentell verksamhet kunde inrättas i de tre översta våningarna i den gamla byggnaden. Arkitekturen av de nya avdelningarna var i högsta grad barnanpassad. Särskilda småländska pinnstolar fick ersätta de vanliga galonsofforna. En riktig byskola, ett lekotek och en stor simhall ingick i byggnaden (Bild 2 och 3). Hissarna var dekorerade invändigt av landets ledande barnboksillustratörer. Karlsson på taket kunde landa på gården, där det fanns en

rullstolsbana med vägmärken, som varnade för krokodiler och kängurur. Det fanns också en så kallad fågelgång med modeller av fåglar och uppspelning av fågelsång.

Astrid Lindgrens barnsjukhus idag

ALB finns kvar men mer som en virtuell organisation än en specifik byggnad. Stora delar av verksamheten har flyttat till det Nya Karolinska i Solna. Barnkliniken vid Karolinska i Huddinge ingår som en del av ALB liksom neonatalverksamheten vid Danderyds sjukhus. Men ALB kan ändå betraktas som Anitas legat, som hon kommer att bli länge ihågkommen för.

Länkar

<https://www.wikiks.se/wp-content/uploads/2019/01/Barnkliniken-vid-KS-som-blev-Astrid-Lindgrens-Barnsjukhus-finaltbw.pdf>

<https://www.dn.se/familj/till-minne-anita-aperia/>



Hugo Lagercrantz, Chefredaktör, Acta Paediatrica

E-mail: hugo.lagercrantz@ki.se

HIGHLIGHTS FROM ACTA PAEDIATRICA APRIL 2026

Anna Käll, Hugo Lagercrantz
E-mail: anna.kall@actapaediatrica.se



Paediatric primary care across Europe

A survey of child and adolescent primary care in 42 European countries showed that 28.6% used paediatrician-led models in 2024. A further

26.2% were led by general practitioners and 45.2% used combined models. Karara et al found that eight countries had changed their models since 2010 and most had made the transition to combined care. Paediatricians became less involved as children got older and general practitioners were more involved. Only 35.9% of the countries had achieved fully interoperable electronic health records. There were still major disparities regarding adolescents, digital infrastructure and training quality, despite progress in care integration and digital uptake. <https://doi.org/10.1111/apa.70404>



Intellectual disability increases with age in children with cerebral palsy

Intellectual disability seemed to increase in children with cerebral palsy (CP) as they got older. Selván et al's population-based study covered all 141 boys and 123 girls born with CP between 1999-2006 in a region of Western Sweden. At seven years of age, 40% were diagnosed with intellectual disability, compared to 50% at 12 years and 54% at 18 years. More than half (55%) of the 171 children assessed more than once showed a slower pace of intellectual development over time, which was associated with epilepsy, grey matter brain injuries and impaired communication and fine motor function. <https://doi.org/10.1111/apa.70421>



Outcomes differed after planned vaginal births and planned Caesarean births

A study by El Radaf et al showed that planned Caesarean

births were associated with lower odds of neonatal acidemia, but a higher need for respiratory support, than planned vaginal births. This large, retrospective population-based study covered 97,886 neonates born in southern Sweden from 1995-2015. Other serious neonatal outcomes did not differ between the planned birth modes. The authors concluded that decisions should balance these specific differences with individual clinical circumstances. <https://doi.org/10.1111/apa.70436>



When an infant has swallowed a button battery

A systematic review by Nunez et al summarised the impact of button battery

ingestion on infants under one year of age and presents key clinical characteristics, symptom progression and complications. The authors also compared outcomes between infants and those aged 1-18 years. This showed that infants who ingested button batteries faced a greater risk of vocal cord paralysis, tracheo-oesophageal fistula and death than older children. <https://doi.org/10.1111/apa.70430>

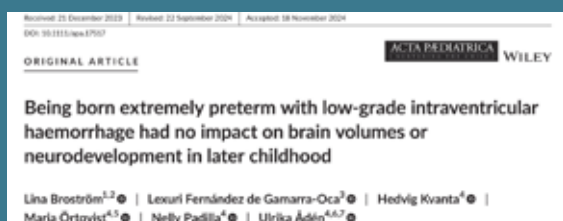


Young adults born very preterm regarded their social functioning as similar to that of adults born full term

Young adults born very preterm self-reported similar levels of social functioning as their full term-born peers, in spite of poorer social information processing and lower social activity participation. Thompson et al assessed the social functioning of 123 Australian individuals born before 32 weeks of gestation and 47 born between 37-41 weeks. There was little evidence that gender had any impact on social functioning between the two groups. <https://doi.org/10.1111/apa.70428>

Figures: 1: Karara et al (1), 2-5: istockphoto

Young Investigator Award 2025



Every year since 2006, the Foundation Acta Paediatrica and the Swedish Paediatric Society has awarded the title of Young Investigator to a promising young Swedish researcher, who has been the lead author of a paper published in the Journal during that period.



The joint winners of the **2025 Young Investigator Award** are **Lina Broström** and **Tim Malmström**

Teman i Barnläkaren 2026

	Utgivn:	Materialdag (annons):
1. Barn och läsning	9 feb	15 dec
2. Dermatologi	28 mars	12 feb
3. Ungdomsmedicin	25 maj	22 apr
4. Onkologi	22 juli	5 jun
5. Gastroenterologi	8 okt	26 aug
6. Barn och infektioner	10 dec	22 okt

Känner du ett barn med en allvarlig sjukdom eller diagnos?

Beställ vårt informationsmaterial och hjälp oss sprida ordet om möjligheten att ansöka om en Stor Dag. Alla upplevelser är kostnadsfria!



Skanna QR-koden med mobilkameran för att beställa.



Teman i Barnläkaren 2027

	Utgivn:	Materialdag (annons):
1. Barn och smärta	9 feb	14 dec
2. Diabetes	28 mars	12 feb
3. Övergång från barn till vuxen	25 maj	22 apr
4. Praktisk akutsjukvård	22 juli	5 jun
5. Neonatologi	8 okt	26 aug
6. Genetik	10 dec	22 okt



ANNONS

OBS! Under kalendarier publiceras enbart kalendariepunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.barnlakarforeningen.se. För mer info om respektive kurs se www.barnlakarforeningen.se/kalender/

Info om BLF Lunchwebinar 2026

Som vanligt gäller första tisdagen i varje månad kl 12.15-13.00 i samarbete med Svenska Läkarsällskapet Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/kalender/>

13/4-17-4 SK-kurs: Barnkardiologi för blivande specialister i barn- ungdomsmedicin
<https://sk-kurser.socialstyrelsen.se/auth/prelogin/index.php>

13/4-15/4 Lipus-kurs: Pediatrisk dermatologi, Hudmottagningen Lund, Skånes universitetssjukhus

17/4-21/4 ESCMID 2026, München

Info: <https://inf.barnlakarforeningen.se/kalender/escmid-2026/>

20/4-23/4 Barnveckan, Jönköping

Info: <https://www.elmia.se/barnveckan/>

27/4-29/4 Nephro-Urology Course GOSH, London

Info: <https://nefro.barnlakarforeningen.se/kalender/>

18/5-21/5 Inter-CAP, an International Course on Child Abuse Paediatrics, 2026, Paris

Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/kalender/inter-cap-2/>

NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat Ungdomsmedicin och utkommer den 25 maj.

Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida: www.barnlakaren.se tidigare.

Via vårt nyhetsbrev, Facebook och Twitter får du information om när detta sker.

Tipsa gärna om nyheter:
info@barnlakaren.se



Vi är på plats och räddar liv i Ukraina

Här är ett foto från en av våra uppdrag i Ukraina. Läs hur på [svenskaredakorsn.se](https://www.svenskaredakorsn.se)



Swisha ditt stöd till 900 80 79

 **Svenska Röda Korset**

Semper

BABYSEMP

den enda modersmjölksersättningen med hög andel mjölkfett och MFGM*-berikning

För alla barn

Vid magbesvär i samband med måltid

Vid kolik & förstoppning



BabySemp 1 har ett unikt innehåll av mjölkfett och är berikad med MFGM. Detta för att säkerställa att de barn som får BabySemp ska få en utveckling så lik ammande barns som möjligt när det gäller immunförsvar¹, kognition¹, metabolism, matsmältning och tarmfunktion.

MFGM innehåller **190 bioaktiva** ämnen som är viktiga för utvecklingen av hjärnan och immunförsvaret¹.

KOGNITION

RESULTAT MED MFGM* I LINJE MED AMMANDE BARN

88 % färre öroninflammationer med MFGM*

 **-88%**

SVENSK FORSKNING



nutrition.semper.se

WHO-koden: Exklusiv amning rekommenderas de första 6 månaderna, därefter rekommenderas fortsatt amning under introduktion av tilläggskost så länge barn och föräldrar vill. Mjölkfett och MFGM (mjölkfettkulemembran) finns naturligt i bröstmjolk. MFGM är själva skalet/membranet i mjölkfettkulan och innehåller unika komponenter som är viktiga för barns utveckling av såväl immunförsvar och hjärnans funktion som för nervsystemet.

1. Timby N, Domellof E, Hernell O, Lonnerdal B, Domellof M. Neurodevelopment, nutrition, and growth until 12 mo of age in infants fed a low-energy, lowprotein formula supplemented with bovine milk fat globule membranes: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(4):860–8.

Althéra® Alfamino®

De enda specialnäringarna med 2 HMO*

HMO*: det stora framsteget inom spädbarnsättning



Effektiv symptomlindring¹

2 HMO*
2'-FL og LNnT

Betydelsen av oligosackarider i bröstmjolk hos spädbarn

Spädbarn med komjölkproteinallergi uppvisar ofta dysbios i tarmen.^{2-4,6} Oligosackarider från bröstmjolk utgör mer än en tiondel av bröstmjölken⁵. Över 50 års forskning har visat att de ger flera fysiologiska fördelar:

- Främjar tillväxten av bifidobakterier²⁻⁴
- Motverkar patogena bakterier⁷
- Stärker tarmväggen⁷

Med laktos och god smak

2'-FL og LNnT utgör mer än 30 % av den totala mängden HMO i bröstmjolk⁵

2'-FL og LNnT ökar bifidobakterier i tarmen²⁻⁴



Vid komjölkproteinallergi med allvarliga symtom och/eller komplicerad matallergi



Vid komjölkproteinallergi med milda symtom

Halal- och Koshercertifierad

*Humane mjölkoligosackarider, 2'fukosyllaktose (2'FL) och Lakto-N-neotetraose (LNnT), ej från bröstmjolk.

Endast för hälso- och sjukvårdspersonal

REFERENSER: 1. Vandenplas, et al. *Nutrients* 2022, 14(3), 530. 2. Boulangé CL et al. *Int J Mol Sci.* 2023 Jul 13;24(14):11422. 3. Gold MS et al. *Nutrients.* 2022 May 30;14(11):2297. 4. Van den Abbeele P, et al. *Benef Microbes.* 2024 Oct 25;16(2):171-185. 5. Sprenger N, et al. *PLoS One.* 2017 Feb 9;12(2):e0171814. 6. Thompson-Chagoyan OC, et al. *Int Arch Allergy Immunol.* 2011;156(3):325-32. 7. Laursen MF. *Ann Nutr Metab.* 2021 Aug 30:1-14.

VIKTIG INFORMATION: Amning ger den bästa möjliga starten i livet för spädbarn. Spädbarnsättning för speciella medicinska ändamål är avsedd för kostbehandling av specifika medicinska tillstånd och ska användas under medicinsk övervakning, efter noggrant övervägande av alla alternativ för matning, inklusive amning.

Althéra® och Alfamino® är livsmedel för speciella medicinska ändamål för kostbehandling av mjölkproteinallergi. Ska användas under medicinsk övervakning.