

---

# UV-B-kam versus betametasonoppløsning ved hodebunnsporiasis

---

KLINIKK OG FORSKNING

LARS KÅRE DOTTERUD\*

ROSEMARIE BRAUN

Hudavdelingen  
Regionsykehuset i Tromsø  
9038 Tromsø

\* Nåværende adresse:

Hudlegekontoret  
Nymosvingen 2  
2609 Lillehammer

---

I denne studien sammenliknes bruk av UV-B-kam og behandling med betametasonoppløsning ved hodebunnsporiasis. 22 polikliniske pasienter med hodebunnsporiasis ble behandlet med UV-B-kam (Dermalight 80) fem dager per uke i tre uker og 22 tilsvarende pasienter behandlet med betametasonoppløsning. Pasientene ble evaluert før behandlingsstart, etter avsluttet behandling og to uker senere.

Det var ingen signifikant forskjell i behandlingseffekt mellom de to gruppene ved avsluttet behandling. To uker etter avsluttet behandling var andelen pasienter med remisjon høyere i gruppen behandlet med UV-B-kam (7/22) enn i gruppen som hadde brukt betametasonoppløsning (3/22) ( $p < 0,05$ ).

UV-B-kam er et godt alternativ ved behandling av hodebunnsporiasis.

---

Basert på materiale publisert i Acta Derm Venereol (17)

Psoriasis er en multifaktoriell, arvelig hudsykdom som rammer ca. 2 % av befolkningen (1, 2). Psoriasis debutterer ofte i hodebunnen, og flere studier viser at hodebunnen er affisert hos halvparten av pasienter med psoriasis (1, 3) og ved uttalt psoriasis i opptil 90 % av tilfellene (3).

Mange pasienter med psoriasis angir at sykdommen er et psykisk og sosialt problem (4). Livskvaliteten og psykisk velvære synes å korrelere med sosialt synbart psoriasisutslett (5). Det er derfor viktig å kunne tilby denne pasientgruppe en enkel og kosmetisk akseptabel behandling.

Det finnes i dag ingen kurativ behandling av psoriasis, og behandlingen må derfor tilpasses utslettets omfang, pasientens alder og motivasjon. Terapi av hodebunnsporiasis omfatter bl.a. keratolytika, tjære, ditanol og steroider lokalt (6, 7). Nyere undersøkelser har også vist god effekt av kalsipotrioloppløsning (8), grensestrålebehandling (Bucky) (9), samt kam med UV-B-stråler (10).

Hensikten med denne studien var å sammenlikne effekten av UV-B-kam med effekten av betametasonoppløsning ved hodebunnsporiasis.

---

## Materiale og metode

Pasienter med hodebunnsporiasis fra Hudpoliklinikken, Regionsykehuset i Tromsø ble invitert til å delta i studien. 44 på hverandre følgende psoriasis-pasienter ble inkludert og gav skriftlig samtykke før inklusjon i studien. Eksklusjonskriterier omfattet lokal terapi siste to uker, peroral psoriasisbehandling siste seks måneder og grensestrålebehandling (Bucky) siste seks måneder.

Hodebunnen ble avskjelt over natten med salisylhårolje som neste morgen ble vasket ut med tjæresjampo. Pasientene ble randomisert i to behandlingsgrupper. 22 pasienter fikk behandling med UV-B-kam (Dermalight 80, Waldmann Lichttechnik, Dr. R. Hönle, München, Tyskland) med to bredspektrede UV-B-lysrør. Maksimalt emisjonsspektrum for UV-B-lysrørene var 310 – 315 nm med lysstyrke 2,5 m W/cm<sup>2</sup> ved 30 cm avstand. UV-B-kammen ble ført med ca. 5 cm avstand til hodebunnen. Høydose UV-B var nødvendig for å kompensere for hårets beskyttende effekt (fig 1). 22 pasienter ble behandlet med betametasonoppløsning, som ble systematisk smurt i affiserte områder og deretter massert godt ned i hodebunnen. Begge gruppene ble behandlet en gang daglig (fem dager/uke) i tre påfølgende uker, totalt 15 behandlinger.



**Figur 1** Behandling med UV-B-kam hos pasient med hodebunnsporiasis. Gjengitt med pasientens tillatelse. Foto Trond-Roar Nilsen.

Pasientene som fikk behandling med UV-B-kam fikk initialt i gjennomsnitt  $0,20 \text{ J/cm}^2$  (variasjonsbredde  $0,13 - 0,27 \text{ J/cm}^2$ ) UV-B, bestemt ut fra pasientenes hudtype. Ved toleranse ble UV-B-dosen gradvis økt til øvre grense, gjennomsnitt  $1,36 \text{ J/cm}^2$  (variasjonsbredde:  $0,72 - 1,72 \text{ J/cm}^2$ ) per UV-B-behandling, i motsatt fall ble dosen opprettholdt neste dag.

Klinisk vurdering med angivelse av utslettets areal og alvorlighetsgrad ble angitt ved hjelp av Psoriasis Area and Severity Index (PASI-skåre) før behandling, etter 15 behandlinger og to uker etter avsluttet behandling. PASI-skåre ble utregnet for hvert tidspunkt hvor graden av hudsykdommen ble angitt etter tallkode 1 – 6 for erytem, infiltrasjon, skjelling og affisert areal (11). Behandlingsresponsen ble klassifisert av lege som remisjon/bedring ved over 50 % reduksjon av PASI-skåre, ellers definert som uforandret/forverring. Residiv ble definert som tilbakefall på mer enn 50 % av PASI-skåre. Pasientene fylte ut et evalueringsskjema ved kontroll to uker etter avsluttet behandling.

Wilcoxon's tautvalgstest ble benyttet til sammenlikning mellom behandlingsgruppene.  $P < 0,05$  ble regnet som signifikant forskjell mellom gruppene.

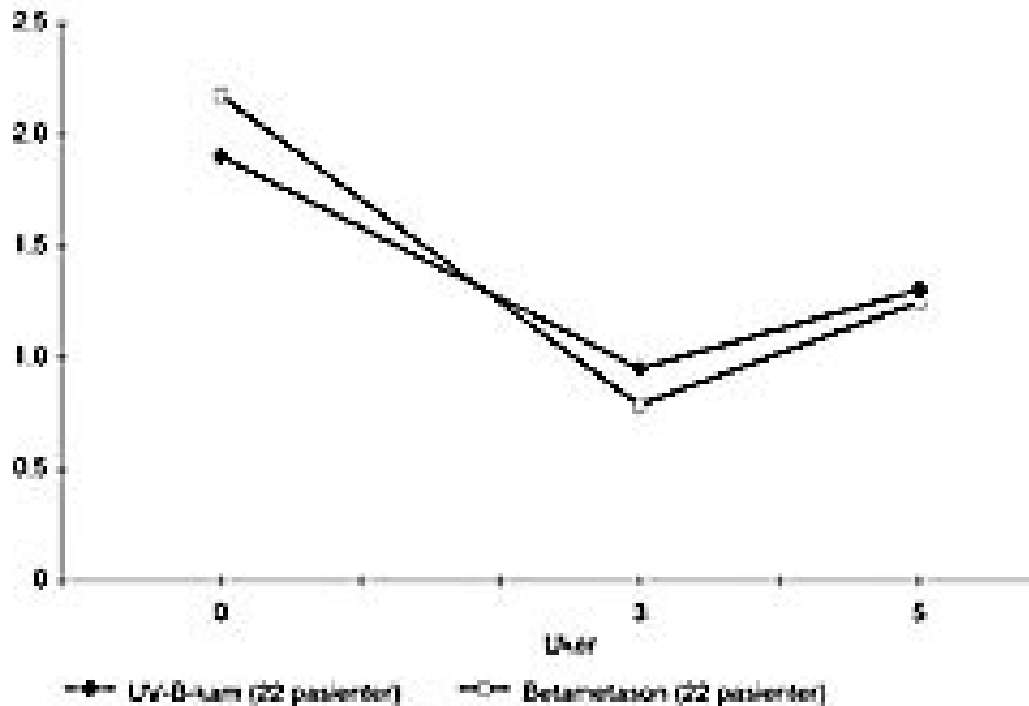
---

## Resultater

Remisjon eller bedring ble funnet ved avsluttet behandling hos 18 av 22 pasienter (82 %) behandlet med UV-B-kam og hos alle 22 pasienter behandlet med betametason ( $p > 0,05$ ).

Oppfølging to uker etter avsluttet behandling viste residiv hos 11 av 18 pasienter i gruppen behandlet med UV-B-kam sammenliknet med 19 av 22 i gruppen som fikk betametasonbehandling ( $p < 0,05$ ). I hver av gruppene hadde henholdsvis 16 pasienter og 17 pasienter lavere PASI-skåre både ved avslutning av behandling og etter ytterligere to uker sammenliknet med PASI-skåre før behandlingsstart (fig 2). Sju pasienter behandlet med UV-B ble fortsatt bedre under oppfølgingsperioden, mens bare en av dem som fikk betametasonbehandling ble bedre.

**PASI-skåre (Psoriasis Area and Severity Index)**



**Figur 2** Gjennomsnittlig PASI-skåre ved tre ukers behandling med UV-B-kam (22 pasienter) og betametasonoppløsning (22 pasienter) mot psoriasis i hodebunnen (oppstart, etter tre ukers behandling og to ukers oppfølging)

Evalueringsgitt av pasientene etter avsluttet behandling viser god korrelasjon med den objektive vurdering ved hjelp av PASI-skåre. 16 av 22 pasienter angav remisjon/bedring av behandling med UV-B-kam. I gruppen som fikk behandling med betametason rapporterte 17 av 22 pasienter remisjon/bedring.

Få bivirkninger ble rapportert under studien. Noen pasienter angav tørrhet/flassing i hodebunnen ved bruk av UV-B-kam, mens noen følte svie/irritasjon av betametasonoppløsningen. Ingen av pasientene avbrøt deltakelse i studien.

## Diskusjon

Det har i lang tid vært kjent at pasienter med psoriasis blir bedre av sol. Dette har ført til en rekke behandlings-regimer med UV-stråler. Effekten av UV-fototerapi ved psoriasis er fortsatt bare delvis kartlagt (12). Flere studier har vist at UV-B-stråler, og spesielt de langbølgede UV-B-strålene (som har dypere penetrasjon i huden) er effektive til behandling av psoriasis (6, 12, 13). De siste års observasjoner av UV-B-kam ved hodebunnpsoriasis ble bekreftet i vår studie og korrelerer godt med en publisert italiensk studie (10). Studien indikerer at UV-B-kam gir like god remisjon som bruk av potent kortisonoppløsning. Imidlertid synes kambehandling å gi færre

residiver innen de første uker etter avsluttet behandling. Denne observasjonen samsvarer med tidligere rapporter vedrørende UV-B-behandling og kortison behandling lokalt (13, 14).

I vår undersøkelse ble UV-fototerapi i hodebunn godt tolerert, og risiko for underdosering synes å være større enn overdosering. Dette gjelder spesielt hos pasienter med mye hår. UV-B-kam synes å være best hos pasienter med tynt og kort hår. Lokale steroider har en viktig plass i behandlingen av psoriasis. Disse er kosmetisk behagelige, tolereres godt og gir sjelden bivirkninger selv om langtidsbivirkninger som hudatrofi og suppresjon av hårvekst er beskrevet (15, 16).

---

## Konklusjon

Vår undersøkelse gir holdepunkt for at UV-B-kam er et godt alternativ til lokale steroider og andre behandlingsformer ved hodebunnpsoriasis. Behandling med UV-B-kam er en kosmetisk akseptabel behandling. Den gir få bivirkninger og behandlingen er enkel og billig.

---

Vi takker professor Edvard S. Falk, Hudavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø for kommentarer og gjennomlesning av manuskriptet.

---

---

## LITTERATUR

1. Lomholt G. Psoriasis. Prevalence, spontaneous course and genetics. Doktoravhandling, København: København Universitet, 1963.
2. Falk ES, Vanbakk Ø. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1993; 182: 6 – 9.
3. Farber EM, Jacobs PH, Nall ML. Relationship of mild to severe psoriasis. *Cutis* 1974; 13: 774 – 7.
4. Van de Kerkhof PCM, De Hoop D, De Korte J, Kuipers MV. Scalp psoriasis clinical presentations and therapeutic management. *Dermatology* 1998; 197: 326 – 34.
5. Fortune DG, Main CJ, Sullivan TMO, Griffiths CEM. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997; 137: 755 – 60.
6. Farber EM, Nall L. Natural history and treatment of scalp psoriasis. *Cutis* 1992; 49: 396 – 400.
7. Austad J. Behandling av psoriasis i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2982 – 4.

8. Klaber MR, Hutchinson PE, Pedvis-Leftick A, Kragballe K, Reunala TL, Van de Kerkhof PCM et al. Comparative effects of calcipotriol solution (50 µ g/ml) and betamethasone 17-valerate solution (1mg/ml) in the treatment of scalp psoriasis. *Br J Dermatol* 1994; 131: 678 – 83.
  9. Lindelof B, Johannesson A. Psoriasis of the scalp treated with Grenz-rays with or without topical corticosteroid. *Br J Dermatol* 1988; 119: 241 – 4.
  10. Caccialanza M, Piccinno R, Cappio F, Rozza M, Mainardi L. Phototherapy of psoriasis of the scalp. Results in 21 patients treated with a special portable ultraviolet rays lamp. *G Ital Dermatol Venereol* 1989; 124: 61 – 5.
  11. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978; 157: 238 – 44.
  12. Krutmann J. Wirkmechanismen der photo- und photochemotherapie. I: Krutmann J, Hönigsmann H. *Handbuch der dermatologischen phototherapie und Photodiagnostik*. Berlin: Springer-Verlag, 1997: 69 – 82.
  13. Spuls PI, Witkamp L, Bossuyt PMM, Bos JD. A systematic review of five systemic treatments for severe psoriasis. *Br J Dermatol* 1997; 137: 943 – 9.
  14. Lewis HM. Therapeutic progress II: treatment of psoriasis. *J Clin Pharmacy Ther* 1994; 19: 223 – 32.
  15. Young A. Carcinogenicity of UV-B phototherapy assessed. *Lancet* 1995; 345: 1431 – 2.
  16. Katz HI, Lindholm JS, Weiss JS, Shavin JS, Morman M, Bressinck R et al. Efficacy and safety of twice-daily augmented betamethasone dipropionate lotion versus clobetasol propionate solution in patients with moderate to severe scalp psoriasis. *Clin Ther* 1995; 17: 390 – 401.
  17. Braun R, Dotterud LK, Falk ES. Comparison of betamethasone Valerate solution with phototherapy (UV-B comb) in scalp psoriasis treatment. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1998; 78: 385.
- 

Publisert: 20. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.