
Fluorescerende utslett i armhule

MEDISINEN I BILDER

CHRISTOFFER AAM INGVALDSEN

chingv@ous-hf.no

Seksjon for hudsykdommer

Oslo universitetssykehus

og

Avdeling for mikrobiologi og smittevern

Akershus universitetssykehus

Christoffer Aam Ingvaldsen er ph.d., lege i spesialisering i hud- og veneriske sykdommer og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



Foto: Åsne Rambøl Hillestad, Foto- og videotjenesten, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Bildet til venstre viser rødbrune, makuløse hudforandringer i armhulen sett i romlys. Bildet til høyre viser samme hudområde belyst med Woods lampe i et mørkt rom.

Pasienten, en immunkompetent mann i 30-årene, ble henvist til hudavdeling grunnet et voksende, intertriginøst utslett de siste ti årene. Utslettet medførte ingen plager ut over at det var sjenerende. Det var tidligere vurdert som intertrigo (utslett i hudfold) eller overflatisk fungal hudinfeksjon. Daglig smøring med antifungale kremer (terbinafin og mikonazol) var forsøkt over en måned av gangen, uten effekt.

Ved klinisk undersøkelse var det symmetrisk utbredte, håndflatestore og brunlige makler i armhuler og lysker. Stedvis i hudforandringene var det antydninger til erytem. Ved bruk av Woods lampe så man korallrød fluorescens. Diagnosen erythrasma ble stilt, og pasienten fikk behandling med erytromycin i tablettform (250 mg × 4 i to uker). Fem måneder senere rapporterte pasienten god effekt av behandlingen. Et mindre residiv ble vellykket behandlet med klindamycin-liniment (× 2 i to uker).

Erythrasma er en overflatisk hudinfeksjon forårsaket av bakterien *Corynebacterium minutissimum* (1). Bakterien finnes normalt på hudoverflaten, spesielt i intertriginøse områder. Gode vekstbetingelser over tid, som varm og fuktig hud, kan gi bakteriell overvekst og utslett. Vanlige lokalisasjoner er armhuler, lysker og mellom tær. Utslettet er ofte svakt erytematøst i begynnelsen og tiltar en rustrød eller brunlig farge over tid.

Den karakteristiske fluorescensen ved bruk av Woods lampe (ultrafiolett lys med bølgelengdetopp 365 nm) skyldes bakteriens pigmenter (porfyriner) (1, 2). Funnet skiller erythrasma fra lignende tilstander, herunder intertrigo, tinea (ringorm), pityriasis versicolor, seboreisk eksem og invers psoriasis (1).

Erythrasma er vanlig og forekommer hos opptil 20 % i utvalgte populasjoner (3, 4). Tilstanden er ikke farlig og residiverer ofte. Behandlingsforsøk kan vurderes ved rødbrune, makuløse hudforandringer intertriginøst. Det finnes ulike behandlingsalternativer som antiseptisk vask med klorheksidin eller benzoylperoksid, klindamycin-liniment og systemisk antibiotika (1). Systemisk behandling er aktuelt dersom flere hudområder er involvert, med makrolider som det foretrukne (1). I tillegg er det viktig å tørke godt etter dusj (gjærne med hårføner) og tilstrebe lufting av huden.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Forouzan P, Cohen PR. Erythrasma revisited: Diagnosis, differential diagnoses, and comprehensive review of treatment. *Cureus* 2020; 12: e10733. [PubMed] [CrossRef]
2. Klatte JL, van der Beek N, Kemperman PM. 100 years of Wood's lamp revised. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 842–7. [PubMed][CrossRef]
3. Somerville DA. Erythrasma in normal young adults. *J Med Microbiol* 1970; 3: 57–64. [PubMed][CrossRef]
4. Allen S, Christmas TI, McKinney W et al. The Auckland skin clinic tinea pedis and erythrasma study. *N Z Med J* 1990; 103: 391–3. [PubMed]

Publisert: 21. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0287

Mottatt 15.4.2023, første revisjon innsendt 11.8.2023, godkjent 18.8.2023.

