Pasienten hadde initialt utslett med uvanlig utseende og utbredelse og lite systemisk påvirkning. Omfattende blodprøver og vanlig bildediagnostikk viste ingen patologiske funn. Selv om det ble tatt biopsi av utslettet relativt tidlig i forløpet, tok det for lang tid – 14 dager – å få svar. I ettertid diskuterte vi om det burde vært tatt beinmargaspirat eller MR tidligere, men med migrerende smerter var det vanskelig å vite hva vi skulle tatt bilder av. Vi var i kontakt med universitetssykehus, men siden allmenntilstanden bare var lett nedsatt og det var normale funn ved blodprøver og bildediagnostikk bestemte vi for oss å avvente.

Denne pasienten viser at det er viktig å tenke bredt, ta biopsi av uvanlige hudlesjoner og ikke slippe taket når kart og terreng ikke stemmer overens. Den viser også hvilken betydning avansert diagnostikk av vevsprøver har. Immunhistokjemi var i dette tilfellet avgjørende for rett diagnose.

Pasienten og hans mor har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Takk til Mikael Donner for referanselitteratur og for oppmuntring til å skrive denne artikkelen, og til Dorota Wojcik for gjennomlesing av manuskriptet, begge ved Barneklubben, Haukeland universitetssykehus. Takk også til Anna Rød Nyland, radiolog ved Haugesund sjukehus, som gjorde MR-funnene forståelige for meg.

Grete Vigemyr (f. 1971)

er spesialist i barnesykdommer, overlege og har spesialinteresse for hematologi og endokrinologi. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Dedeoglu F, Kim S, Sundel R. Clinical manifestations and diagnosis of Henoch-Schönlein purpura (IgA-vasculitis). www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-henoch-schonlein-purpura-iga-vasculitis (4.3.2014).
2. Nordic Society of Pediatric Haematology and Oncology. NOPHO-ALL 2008 protocol. www.nopho.org (4.3.2014).
3. Jegalian AG, Buxbaum NP, Facchetti F et al. Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm in children: diagnostic features and clinical implications. *Haematologica* 2010; 95: 1873–9.
4. Gurbuxani S. Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm. www.uptodate.com/contents/blastic-plasmacytoid-dendritic-cell-neoplasm (4.3.2014).

Mottatt 29.5. 2013, første revisjon innsendt 2.11. 2013, godkjent 4.3. 2014. Redaktør: Sigurd Høye.

Kommentar

Sykdomssignaler fra huden

Sykdommer som har sitt opphav i andre organer, kan komme til uttrykk i huden. Dette gjelder bl.a. endokrine sykdommer som Addisons sykdom, Cushings syndrom, hypotyreose og diabetes. Generalisert kløe er ikke uvanlig ved uremi og gallestase. Jernmangel kan ligge bak hårtap, og malabsorpsjon av sink gir en karakteristisk hudsykdom hos spedbarn. Palmart erytem og spider nævi kan opptre ved leversykdom, og enkelte hudsykdommer er assosiert med tarmsykdom, slik som dermatitis herpetiformis (celiaki) og pyoderma gangrenosum (ulcerøs kolitt) (1).

Også intern malign sykdom kan komme til uttrykk gjennom huden. Blant annet er dermatomyositt og acanthosis nigricans, begge relativt sjeldne, men karakteristiske dermatoser, sterkt assosiert med kreft. Erytrodermi, som betegner erytem over hele kroppsoverflaten, kan også være et paramalignt tegn. Mistanken om kreft bør alltid vekkes ved uspesifikke hudsymptomer som flushing, nattesvette og nyoppstått tørr hud og kløe der man ikke finner annen forklaring. Mekanismene bak slike symptomer er oftest ukjent (1). Leukemi, lymfom og metastaser kan også involvere hud.

Ved et utslett med uvanlig morfologi og fokale symptomer fra andre organer og/eller allmennsymptomer bør man alltid tenke på

malign sykdom. I slike situasjoner kan en hudbiopsi være av avgjørende betydning for en rask, korrekt og sikker diagnose. Vigemyrs kasuistikk er et godt eksempel på dette. En gutt i tiårsalderen utviklet et blåfiolett utslett i pannen og på ryggen. Han klaget over leddsmerter og ble etter hvert slapp. Hudbiopsi ble tatt tidlig i utredningen, men svar forelå først da pasienten ble overført universitetssykehus og var blitt allment dårlig. Hvorfor svaret lot vente på seg, er uklart, men forsinkede histologisvar er et stort problem ved mange sykehus, også universitetssykehus. Dette skyldes bl.a. kapasitetsproblemer ved mange patologiske avdelinger. Da er det særlig viktig at klinikerne vurderer indikasjonstynge og hastebehov for biopsi.

Basert på egne erfaringer med henvisninger fra primærhelsetjenesten kan det virke som om mange allmennleger vegrer seg for å ta hudbiopsier. Dette er en enkel prosedyre som krever minimalt med utstyr og erfaring. Alle allmennleger bør beherske og benytte denne prosedyren, blant annet ved mistanke om hudkreft (2). På internett kan man finne gode instruksjonsvideoer om stansebiopsier og andre enkle hudkirurgiske prosedyrer (3–5). Det er sjelden feil å ta en hudbiopsi når utslettet er uvanlig og pasienten alvorlig syk.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@medisin.uio.no
Seksjon for hudsykdommer
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Petter Gjersvik (f. 1952) er hudlege, dr.med. og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

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

Litteratur

1. Cox NH, Coulsen IH. Systemic disease and the skin. I: Burns T, Breathnach S, Cox N et al, red. *Rook's textbook of dermatology*. 8. utg. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
2. Burge S, Colver G, Lester R. Simple skin surgery. 2. utg. Oxford: Blackwell, 1996.
3. Lützwow-Holm C, Gjersvik P, Helsing P. Melanom, føflekk eller talgvorte? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1167–8.
4. Stansebiopsi og shavingbiopsi fra hud. www.youtube.com/watch?v=7CzDEok8Wmo [31.3.2014].
5. Kumar M, Trudvang MK. Hudkirurgi i allmennpraksis. Videobasert instruksjon i basale hudkirurgiske prosedyrer. Prosjektoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, 2014.

Mottatt 14.3. 2014, første revisjon innsendt 31.3. 2014, godkjent 7.4. 2014. Redaktør: Sigurd Høye.