

3 KLOKE VALG

1. Unngå i størst mulig grad eksisjon av pigmenterte naevi når det ikke er mistanke om malignt melanom.

Ved begrunnet mistanke om malignt melanom, for eksempel hvis én lesjon tydelig avviker i utseende fra de øvrige pigmenterte hudlesjonene («Ugly duckling sign») skal den fjernes.

Opptil to tredeler av alle melanomer i hud utvikler seg fra melanocytter i klinisk normal hud, *utenfor* pigmenterte naevi. Derfor er det lite hjelp i å fjerne klinisk benigne pigmentnaevi for å forebygge kreft, forekomsten av melanom i slike utvalg er svært lav.

Pasientene skal informeres om at eksisjoner i hud *alltid* resulterer i arr, av og til i form av hypertrofisk arr eller keloid og at sårinfeksjon med protraisert forløp kan oppstå.

Eksisjon av en hudlesjon skal bare gjøres etter en avveining mellom potensiell nytte, faren ved å avstå og sannsynlige ulemper.

Argenziano G, Catricalà C, Ardigo M, et al. Dermoscopy of patients with multiple nevi: improved management recommendations using a comparative diagnostic approach. *Arch Dermatol.* 2011;147(1):46-49.

Pampena R, Kyrgidis A, Lallas A et al. A meta-analysis of nevus-associated melanoma: Prevalence and practical implications. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 938–945.e4. [[PubMed](#)][[CrossRef](#)]

Lindelöf B, Hedblad MA, Ringborg U. Nevus eller malignt melanom? Rätt kompetens ved diagnostik gir lägre kostnader. *Läkertidningen* 2008; 105: 2666–9.

Berg-Knudsen T, Ingvaldsen CA, Mørk G et al. Eksisjon av hudlesjoner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0060. [[CrossRef](#)]

P Gjersvik Leder *Tidsskr Nor Legeforen*· 2020 — 23.06.2020: DOI: 10.4045/tidsskr.20.0486

2. Unngå å bestille spesifikke immunoglobulin E (IgE) tester (RAST eller prikktest) med mindre pasientens sykehistorie gir en begrunnet mistanke om allergi.

Spesifikk IgE mot en matvare kan også påvises når pasienten er klinisk tolerant. Testresultater som er falsk positive kan føre til feil diagnose av matallergier og unødvendige diettrestriksjoner. Riktig diagnose og behandling av allergi krever spesifikk IgE-testing basert på pasientens sykehistorie for å optimalisere pasientbehandling.

Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008 Mar;100:S1–148. [PMID: 18431959](#).

NIAID-Sponsored Expert Panel: Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW, et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol.* 2010 Dec;126(6 Suppl):S1-58. [PMID: 21134576](#).

Sicherer SH, Wood RA, et al. Allergy Testing in Childhood: Using Allergen-Specific IgE Tests, *Pediatrics.* 2012 Jan;129(1):193-197. [PMID: 22201146](#)

3. Unngå å behandle mistenkt neglesopp med orale antifungale midler uten at dermatofytt-infeksjon er bekreftet.

Diagnostikk av neglsopp kun ut fra klinikk er vanskelig, og fører ofte til overdiagnostisering. Neglforandringer kan ha mange andre årsaker, inkludert psoriasis, paronykier og ulike forstyrrelser i neglveksten. Påvisning av dermatofytt-DNA i en neglprøve er en sensitiv og spesifikk test (dermatofytt-PCR) som bør gjøres før evt. antifungal behandling.

Videre bør behandlingsindikasjon alltid vurderes. Ved soppinfeksjon i tånegler med lett misfarging og med liten tendens til progrediering, kan man i mange tilfeller avvente forløpet uten behandling. Behandlingen med peroral Terbinafin er langvarig og den fører ikke til målet hos 15 – 25 % av pasientene. Infeksjon av fingernegler, subjektive plager, samt omfattende infeksjoner av tåneglene, taler imidlertid for systemisk behandling. Hvis mindre enn 50% av distale negl er affisert vil ofte lokalbehandling (neglelakk-preparater) gi remisjon.

Pasienter med diabetes og immunsupprimerte ser ut til å være særlig utsatt for residiv etter vellykket behandling av neglsopp. Hos disse vil derfor målet være symptomlindring, og lokalbehandling er da den beste løsningen.

Referanser:

Gupta AK, et al. Confirmatory testing prior to initiating onychomycosis therapy is cost-effective. *J Cutan Med Surg.* 2018 Mar/Apr;22(2):129-141. [PMID: 28954534](#).

Ameen M, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of onychomycosis 2014. *Br J Dermatol.* 2014 Nov;171(5):937-58. [PMID: 25409999](#).

Vender RB, et al. [Prevalence and epidemiology of onychomycosis](#). *J Cutaneous Med Surg.* 2006 Nov;10(6):S28-S33.

Gupta AK, et al. Onychomycosis in the 21st century: an update on diagnosis, epidemiology, and treatment. *J Cutan Med Surg.* 2017 Nov/Dec;21(6):525–539. [PMID: 28639462](#)

Appendix: Prøve tas best ved å skrape fra undersiden av neglen i overgangssonen mellom syk og frisk negl og/eller klippe av en neglebit, og sendes tørt på et plastrør med kork). Det kan sees milde (inkl.

smaksforstyrrelser, mageplager, hodepine) og i sjeldne tilfeller alvorlige (inkl. leversvikt og SJS/TEN) bivirkninger ved bruk av peroral terbinafin.