

Tinea capitis hos barn

Bakgrund och klinik

Tinea capitis är en svampinfektion i hårbotten och hårsäckarna. Den orsakas huvudsakligen av dermatofyter. De vanligaste patogenerna är *Trichophyton*, *Microsporum* och *Epidermophyton*. Tinea capitis sprider sig genom direktkontakt med smittade personer eller föremål, såsom hårborstar/hårklippningsapparater, huvudbonader eller sängkläder. Tinea capitis drabbar främst prepubertala barn och kan leda till klåda, fjällning, håravfall och ibland kraftig inflammation i hårbotten, så kallad kerion celsi. Kerion är en allvarlig, inflammatorisk form av tinea capitis som kännetecknas av smärtsamma svullnader med varbildning vilket kan leda till ärrbildning och permanent håravfall. Viktig anamnestisk information är:

- Utlandsvistelse?
- Djurkontakt?
- Fler i familjen/förskola/skola eller idrottsförening med samma symptom?
- Aktuell medicinering?
- Övriga sjukdomar av betydelse?
- Provat någon svampbehandling tidigare?

Differentialdiagnoser

Bakteriell infektion, pyogen abscess, follikulit, pyoderma gangrenosum, trichotillomani, alopecia areata, pityriasis amantaceae, seborroisk dermatit, atopiskt eksem, psoriasis, diskoid lupus erythematosus.

Utredning/provtagning

Ta svampodling och direktmikroskopi genom att skrapa loss fjäll från aktiv randzon med kyrett eller tandborste, ta gärna med sjuka hårstrån. Det kan även vara av värde att försöka få med en hårfollikel i sin helhet (ryckt hårstrå). Som alternativ till svampodling görs på vissa sjukhus numera istället PCR-analys på hudskrap och hårstrån. Provet skickas till mykologisk laboratorium.

Provtagning ska alltid utföras före insättning av peroral behandling. Vid uttalade symtom och stark klinisk misstanke kan systemisk behandling påbörjas direkt efter provtagningen.

Provtagning ska utföras på alla individer i familjen som uppvisar fjällning, hårlösa fläckar eller andra hudförändringar i hårbotten. På en del kliniker provtas alla prepubertala barn i familjen oavsett symtom. Samtliga familjemedlemmar med odlingsverifierad svampinfektion bör behandlas överlappande för att undvika återsmitta inom hushållet.

Behandling

Tinea capitis kräver alltid peroral behandling och läker inte på enbart lokalbehandling och/eller ketokonazol schampo.

Terbinafin peroralt har god effekt på tinea capitis orsakad av *Trichophyton*-arter. Normal behandlingstid är 4 veckor. Terbinafin kan i många fall även läka ut tinea capitis orsakad av *Microsporum*-arter men behöver längre behandlingstid (6-8 veckor). Behandling av kerion kan kräva ännu längre tid (8-12 veckor) och det kan finnas behov av peroral behandling med prednisolon och slutenvård för hjälp med smärtlindring och lokalbehandling.

Hos friska barn kan terbinafin ges utan blodprovskontroller eftersom biverkningar av behandling är mycket ovanliga. Om barnet har andra sjukdomar, främst i levern, eller står på läkemedel som kan interagera med antimykotisk behandling, ska dock barnets läkare, och vid behov klinisk farmakologi, konsulteras.

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

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)

Kombinera systemisk behandling med ketokonazol schampo dagligen i 1 vecka sedan 2-3 ggr/v i 4 veckor vilket anses minska smittspridningen. Symtomfria familjemedlemmar kan behandlas med ketokonazol schampo, även om det saknas vetenskaplig evidens för att detta minskar smittorisken.

Uppföljning

Vid komplicerade fall såsom kerion eller Microsporum-infektion kontrolleras patienten efter 1-4 veckor och därefter regelbunden uppföljning tills dess kliniskt gott svar på behandling och negativ odling.

Vid okomplicerade fall finns regionala skillnader och lokala traditioner får styra:

- Efter insatt behandling kan patienten följas upp med kontrollodlingar varje månad för att bekräfta klinisk utläkning av svampinfektionen. När odlingen utfaller negativt, och patienten är besvärsfri, kan behandlingen avslutas.
- Vid okomplicerade fall av tinea capitis kan behandlingen avslutas efter 4 veckor och en kontrollodling tas hos sjuksköterska efter 12 veckor.

Andra läkemedelsbehandlingar

Om patienten vid behandling med terbinafin inte blir förbättrad eller utläkt, finns alternativa antimykotiska läkemedel*:

- Griseofulvin - kan ha bättre effekt mot Microsporum-arter jmf med terbinafin. Griseofulvin är ett licenspreparat och har ibland lång leveranstid/restnotering. Kan ges till barn i alla åldrar. Oral susp 25 mg/ml eller tablett uppdelat på 1-2 doser. Doseras 10-20 mg/kg/dag. Behandlingslängd 6-8 veckor.
- Itrakonazol - finns som kapsel (ej delbar). Oral lösning 10 mg/ml finns på licens. Doseras 3-5 mg/kg/dag, behandlingslängd 4-6 veckor (6-8 veckor vid Microsporum-art)
- Fluconazol - finns som kapsel (ej delbar). Oral suspension 10 mg/ml finns på licens. Doseras 6 mg/kg/dag (maxdos 400 mg/dygn), behandlingslängd 4-8 veckor

* Resistens mot antimykotiska läkemedel är ett växande problem i världen. Om resistent svamp misstänks kan resistensbestämning utföras för terbinafin och itraconazol (ej rutinmässigt på flukonazol eller griseofulvin). Skriv tydligt att det önskas resistensbestämning i remissen som medföljer svampprovet till mikrobiologen.

Id-reaktion (mykId-reaktion)

Vissa barn får id-reaktion efter start av peroral svampbehandling. Detta är ofarligt och ger ett typiskt utslag med utsådd av mm-stora rodnade/hudfärgade papler i ansiktet och bålen och extremiteter. Inga slemhinnor är påverkade, inga blåsor och barnet har ingen feber eller allmänpåverkan. Id-reaktion är ingen läkemedelsbiverkan utan en immunologisk reaktion på sönderfallande svampsporer. Svampbehandlingen kan fortsätta i samma dos och man kan smörja med topikala steroider om utslaget kliar.

Förhållningsråd

- Barnet kan gå till daghem/skola
- Kammar/borstar kastas
- Huvudbonader och sängkläder tvättas i 90 grader
- Ev. hårklippningsmaskin saneras (sporer kan överleva i månader). Klorin kan användas för desinfektion. Följ bruksanvisning på förpackningen

Referenser

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.

Chen X, Jiang X, Yang M, Gonzalez U, Lin X, Hua X. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children: an abridged Cochrane Review. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(2):368–374.

Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG. An update on tinea capitis in children. *Pediatr Dermatol*. 2024;41(6):1030–1039.

A. Aharaz,1 G.B.E. Jemec, R.J. Hay, D.M.L. Saunte. Tinea capitis asymptomatic carriers: what is the evidence behind treatment? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Nov;35(11):2199-2207

Bonifaz A, Lumbán-Ramírez P, García-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.

Winge MCG, Chrysanthou E, Wahlgren CF: Combs and hair-trimming tools as reservoirs for dermatophytes in juvenile tinea capitis. *Acta Derm Venereol* 2009;89:536-537.

**SSDV/ Intressegruppen för Pediatrisk Dermatologi/ Zeynep Tjörnvik, Maria Karlsson
2025**