
Hvem skal behandles for økt svetting og hvordan?

REDAKSJONELT

MØRK C

Økt svetting (hyperhidrose) skyldes en konstitusjonell autonom hyperreaktivitet. Svettesekresjonen er både for høy i en normal, ikke-stresst livssituasjon og forverres ytterligere av stress og emosjonelle påvirkninger. Tilstandendebuterer ofte i barne- og ungdomsårene og er ikke korrelert til en neurotisk personlighet. Prevalensen av hyperhidrose er ukjent, men det foreligger rapporter på at 0,6-1% av den voksne befolkning lider av økt svetting (1).

Økt svetting kan gi opphav til psykososiale problemer og ikke sjelden sosial isolasjon. Noen pasienter møter liten forståelse hos legene for sitt problem. Svettingen kan nødvendiggjøre bytte av yrke. Maserasjon av huden disponerer blant annet for infeksjon med sopp og bakterier. Det er store interindividuelle variasjoner i toleransen for øktsvetting. I praksis blir det pasientens subjektive plager som er avgjørende for om det skal startes behandling. Fuktighetsmålinger av hudoverflaten kan være nyttig for å objektivisere funnene og for å evaluere effekten av eventuell behandling (2).

LOKAL OG SYSTEMISK BEHANDLING

20-25% aluminiumklorid heksahydrat i absolutt alkohol kan brukes med god effekt ved aksillær hyperhidrose (3). Preparatet appliseres i armhulen hver kveld i en uke. Det er viktig at huden er tørr for å unngå irritasjon, men det er ikke nødvendig å fjerne aksillebeholdningen. Armhulen vaskes ren den påfølgende morgen. Preparatet brukes senere ved behov, vanligvis 1-2 ganger per uke. Denne behandling har liten eller ingen effekt ved palmoplantar hyperhidrose. Adstringerende preparater, som formaldehyd og glutaraldehyd, eller antiperspirantia, som ulike metallsalter og tannin, har dårlig eller ingen dokumentert effekt og langvarig bruk kan gi uakseptable bivirkninger. Systemiske antikolinergika eller sentrale hemmere av det sympatiske nervesystem vil kun ha effekt ved så høye doser at det gir uakseptable bivirkninger. Psykofarmaka har utilstrekkelig effekt.

ELEKTRISK BEHANDLING

Iontoforese er transport av ioner gjennom huden ved hjelp av elektrisk strøm. Flere studier har bekreftet en godbehandlingseffekt særlig ved palmopantar hyperhidrose, men kan også forsøksvis brukes ved aksillær hyperhidrose (4-6). Det affiserte hudområdet senkes ned i et kar med vann før det settes på en lav strømstyrke via elektroder i karet. Tilsetning av antikolinergika i vannet gir ikke bedre effekt. Behandlingen gjøres daglig eller hver annen dag. Hudområdet behandles i 20-30 minutter. Effekten sees gjerne etter 10-15 behandlinger. Vedlikeholdsbehandling er nødvendig. Virkningen er godt dokumentert, men virkningsmekanismen er ikke kjent. Bivirkninger er stikninger eller brenning i behandlingsområdet og eventuelt irritasjon, sårhet og kløe i huden. Sårddannelser i huden kan forekomme. Behandlingen anbefales ikke brukt til pasienter med pacemaker. Iontoforese er blitt mer vanlig de siste årene, enten hos hudlege eller til hjemmebruk da billige apparater nå er tilgjengelige.

KIRURGISK BEHANDLING

Eksisjon av aksillære svettekjertler har vært utført av plastikkirurger i mange år med godt permanent resultat påsvettingen. Minimal invasiv transtorakal endoskopisk sympatektomi har vært benyttet for behandling av palmar og delvis aksillær hyperhidrose med god effekt (7). Inngrepet er enkelt og det er liten risiko for bivirkninger hvis kirurgen har god erfaring. Postoperativ kompensatorisk hyperhidrose er den hyppigst forekommende bivirkning. Denne bivirkningen er beskrevet hos opptil 60% av de opererte, spesielt ved behandling av aksillær hyperhidrose. Ofte er denne bivirkningen lite plagsom, men flere kirurger vil av denne grunn bare behandle palmar hyperhidrose. Horners syndrom dvs. ptose, miose, enophthalmus (eventuelt rød conjunctiva) har vært rapportert hos 1% av de opererte, hvorav halvparten har vært permanente. Postoperativ anhidrose på hender og i ansikt kan behandles med fuktighetskrem. Bradykardi etter operasjonen kan en sjelden gang være et problem for personer som driver eliteidrett.

Denne operasjonen bør bare tilbys svært plagede pasienter etter at all annen behandling er forsøkt. Det er viktig med god informasjon før inngrepet. Operasjonskapasiteten for inngrepet på indikasjon hyperhidrose er svært begrenset i offentlig regi i Norge.

BEHANDLING I FREMTIDEN

Det foreligger flere rapporter om god effekt på hyperhidrose ved hjelp av mikroinjeksjoner av botulinumtoksin under huden (8). Toksinet blokkerer lokal kolinerg sympatikusinnervasjon av svettekjertler. Effekten er svært god og varer ca. seks måneder. Injeksjonene er smertefulle og vil ofte kreve regional anestesi. Behandlingen kan foreløpig ikke tilbys pasienter i Norge, men drives på eksperimentell basis blant annet i Sverige.

KONKLUSJON

Mange pasienter med hyperhidrose har mye plager og må møtes med forståelse for sitt problem. Pasientene kan ha nytte av følgende behandlingformer:

- Aksillær hyperhidrose: 20-25% aluminiumklorid heksahydrat i absolutt alkohol eller eksisjon av svettekjertler
- Palmar hyperhidrose: iontoforese eller sympatektomi
- Plantar hyperhidrose: iontoforese

Kirurgi bør bare tilbys de pasientene som er svært plaget. Pasienten må informeres i detalj om risiko og mulige bivirkninger postoperativt.

Cato Mørk

LITTERATUR

1. Adar R, Kurchin A, Zweig A, Mozes M. Palmar hyperhidrosis and its surgical treatment: a report of 100 cases. *Ann Surg* 1977; 186: 34-41.
2. Martinsen ØG, Grimnes S, Henriksen I, Karlsen J. Measurement of the effect of topical liposome preparations by low frequency electrical susceptance. *Innv Tech Biol Med* 1996; 17: 217-22
3. Veholmen Ø. Aksillær hyperhidrose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 508.
4. Levit F. Treatment of hyperhidrosis by tap water iontophoresis. *Cutis* 1980; 26: 192-4.
5. Midtgaard K. A new device for the treatment of hyperhidrosis by iontophoresis. *Br J Dermatol* 1986; 114: 485-8.
6. Mørk C, Braathen LR. Iontoforesebehandling ved hyperhidrose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 168-9.
7. Claes G, Drott C, Göthberg G. God effekt och få komplikationer med minimalt invasiv endoskopisk kirurgi vid handsvett. *Läkartidningen* 1992; 89: 1477-8.
8. Aquilonius SM, Naver H. Injektioner av botulinumtoxin kan ersätta nervavskärning. *Läkartidningen* 1998; 95: 3658-9.

Publisert: 20. januar 1999. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. februar 2026.