

Kasuistik

Autoimmun progesterondermatitis

Johanna Larsson¹, Kristian Fredløv Mose^{2, 3} & Anette Bygum^{1, 3}

1) Hudklinikken Kolding, 2) Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital, 3) Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Ugeskr Læger 2025;187:V06250533. doi: 10.61409/V06250533

Autoimmun progesterondermatitis (APD) er en sjælden cyklisk tilstand udløst af sensibilisering over for eksogent og/eller endogent progesteron [1]. Tilstanden er typisk karakteriseret ved urtikarielle hudmanifestationer og/eller angioødem, som forværres i lutealfasen, hvor progesteronniveauet er højest [1, 2]. Symptomerne opstår eller forværres som regel 3-10 dage før menstruation og bedres få dage efter menstruationens begyndelse [1]. Der er også beskrevet makulopapuløse, vesikuløse, hæmoragiske eller dermatitlignende udslæt, evt. erythema multiforme eller erythema fixum [1-3]. I meget sjældne tilfælde forekommer anafylaksi [1]. Denne sygehistorie beskriver en kvinde med APD med formodet primær sensibilisering over for progesteron i forbindelse med anvendelse af hormonspiral, efterfulgt af krydsreaktion over for endogent progesteron, hvilket medførte vedvarende symptomer med præmenstruel forværring.

Sygehistorie

En 44-årig kvinde blev henvist til praktiserende hudlæge på mistanke om scabies. Hun var tidligere hudrask fraset vitiligo. Hun var ikke diagnosticeret med kontaktallergi eller type I-allergi. Hun havde igennem flere måneder oplevet et stærkt kløende, rødflammet ikkeflygtigt udslæt omkring hofter, balder og lår, og det spredte sig senere på kroppen og involverede brystregionen. Udslættet var dagligt symptomgivende med præmenstruel forværring. Objektivt fandtes et kombineret urtikarielt og makulopapuløst udslæt med forkradsede ødematøse papler (**Figur 1**). En medicingennemgang viste, at hun havde fået oplagt en hormonspiral kort før symptomdebut. Efter seponering af denne hormonspiral var der umiddelbar bedring. De følgende måneder fik hun atter behov for behandling med antihistamin og potent lokalsteroid grundet tydelig symptomforværring omkring ægløsning og et par dage før menstruation. Patienten blev derfor henvist til hudafdeling grundet mistanke om APD. En hudstansebiopsi viste forandringer, som morfologisk var bedst forenelig med en urtikariel reaktion. En provokationstest med tabl. progesteron 100 mg, 1 tabl. dagligt i ti dage, var inkonklusiv. Provokationstesten foregik umiddelbart under/efter menstruationen, hvor progesteronniveauet forventedes at være lavt.

Baseret på kasuistiske beskrivelser i litteraturen blev der herefter initieret off-label anti-IgE-behandling i form af inj. omalizumab 300 mg subkutan hver 3.-4. uge, hvilket medførte markant bedring af tilstanden [4].

FIGUR 1 Et kombineret urtikarielt og makulopapuløst udslæt med forkradsede ødematøse papler. Foto bringes med patientens tilladelse.



Diskussion

I denne sygehistorie blev diagnosen APD stillet på baggrund af det karakteristiske cykliske forløb, umiddelbar bedring efter seponering af hormonspiral samt udelukkelse af anden plausibel diagnose. Diagnosen kan klassisk verificeres ved intradermal progesterontest, påvisning af antistoffer mod progesteron eller klinisk bedring ved anvendelse af medikamenter, der reducerer serumprogesteron ved at hæmme ovulationen [5]. Der var ikke mulighed for intradermal progesterontest, hvilket i øvrigt også er mindre pålideligt sammenlignet med peroral provokation [1]. Et negativt testresultat udelukker ikke diagnosen. Differentialdiagnoser er kronisk spontan urticaria, kontaktallergi eller andre medikamentelle eksantemer. Behandling er kompliceret af, at tilstanden er sjælden, og der foreligger ingen kontrollerede studier, hvorfor anbefalingerne udelukkende er baseret på kasuistikker. Ved eksogen sensibilisering bør det udløsende lægemiddel seponeres, og behandling kan forsøges med antihistamin og potent lokalsteroid. Ved behov for mere intensiv behandling kan der initieres behandling, der reducerer niveauet af progesteron i form af p-piller, alternativt tamoxifen eller gonadotropinfrisættende hormon (GnRH)-agonist ved udtalte symptomer [1]. Der er desuden beskrevet effekt af desensibilisering med progesteron [2]. Omalizumab er godkendt til bl.a. behandling af kronisk spontan urticaria, og kasuistikker har beskrevet positiv effekt ved off-label behandling af APD [4]. Tilstanden er nyttig at kende, idet den let overses grundet det heterogene kliniske billede [2]. Desuden kan fertilitetsbehandling eller anvendelse af progesteronholdig antikonception medføre symptomer med atypisk tidsforløb [1]. Da tilstanden kan være invaliderende og ofte ikke responderer tilstrækkeligt på lokalsteroid og antihistamin, er de positive kasuistiske rapporter om effekt af omalizumab lovende.

Korrespondance *Johanna Larsson*. E-mail: johanna_196@hotmail.com

Antaget 10. september 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 17. november 2025

Interessekonflikter KFM oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Medicinrådets fagudvalg. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V06250533

doi 10.61409/V06250533

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Autoimmune progesterone dermatitis

Autoimmune progesterone dermatitis (APD) is a rare, cyclic condition triggered by sensitisation to

exogenous and/or endogenous progesterone. In this case report, we present a 44-year-old woman with presumed primary sensitisation from an intrauterine device, followed by cross-reactivity to endogenous progesterone. The patient experienced significant symptom relief following treatment with omalizumab. In conclusion, APD is diagnostically challenging due to its variable presentation, but treatment with omalizumab has shown promising results.

REFERENCER

1. Buchheit KM, Bernstein JA. Progestogen hypersensitivity: heterogeneous manifestations with a common trigger. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017;5(3):566-574. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.01.019>
2. Nguyen T, Ahmed AR. Autoimmune progesterone dermatitis: update and insights. *Autoimmun Rev.* 2016;15(2):191-7. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2015.11.003>
3. Warin AP. Case 2. Diagnosis: erythema multiforme as a presentation of autoimmune progesterone dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2001;26(1):107-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2001.00747.x>
4. Varghese A, Paul T, Kim H et al. Effect of omalizumab for autoimmune progesterone dermatitis refractory to bilateral oophorectomy: a case report. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2021;17(1):58. <https://doi.org/10.1186/s13223-021-00561-2>
5. Herzberg AJ, Strohmeyer CR, Cirillo-Hyland VA. Autoimmune progesterone dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1995;32(2 Pt 2):333-8. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)90398-4](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)90398-4)