

Kasuistik

Langvarigt udredningsforløb af analfissur med komplicerende kontakteksem

Camilla Møller¹, Sebastian Vigand Svendsen¹, Evy Paulsen¹ & Kenneth Thomsen²

1) Hudafdeling og Allergicentret, Odense Universitetshospital, 2) Klinik for Hud- og Kønssygdomme, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2025;187:V08250669. doi: 10.61409/V08250669

Analfissurer (AF) er en udbredt tilstand i befolkningen. I et amerikansk studie er incidensen estimeret til 1,1 pr. 1.000 personår, svarende til en livstidsrisiko på 7,8% [1]. AF inddeles ætiologisk i primære med typisk lokalisering og i sekundære, der ofte er associeret til inflammatorisk tarmsygdom (IBD), seksuelt overførte sygdomme, cancer eller eksem, med atypisk lokalisering [2, 3].

Primære AF behandles initialt konservativt, og ved manglende effekt suppleres ofte med lokalbehandling med calciumantagonisten diltiazem (som gel) [2, 3]. Kontakteksem er en kendt bivirkning til diltiazemgel, men hyppigheden er mindre godt beskrevet. I et dansk studie med 55 deltagere blev incidensen af perianalt eksantem estimeret til 10% [4]. Allergisk kontaktdermatitis forårsaget af diltiazemgel er også beskrevet i enkelte kasuistikker [5].

Sygehistorie

En 44-årig, ellers rask kvinde med tidligere AF påbegyndte i oktober 2023, på eget initiativ, behandling med diltiazemgel på grund af AF-recidiv. Tre uger efter opstart udviklede patienten et væskende eksematøst perianalt udslæt, og podning via egen læge viste talrige *Staphylococcus aureus* og hæmolytiske streptokokker. Behandling for inficeret eksem med betamethason/fusidin-creme og tablet dicloxacillin blev derfor iværksat.

Grundet vedvarende gener blev patienten henvist til privatpraktiserende mave-tarm-kirurg, som konstaterede en typisk lokaliseret AF kompliceret af hudirritation perianalt. Behandling med diltiazemgel blev atter iværksat, hvilket medførte opblussen af det perianale eksem samt spredning til genitalia externa. Podning viste igen hæmolytiske streptokokker, og patienten blev behandlet med tablet phenoxymethylpenicillin samt henvist til gynækologisk vurdering, hvor

gynækologisk ætiologi blev afkræftet. Egen læge iværksatte herefter behandling med betamethasoncreme mod eksemet på genitalia externa. På grund af behandlingsrefraktært perianalt eksem samt forhøjet fækal calprotectin-niveau blev patienten henvist til privatpraktiserende mave-tarm-kirurg, som på mistanke om IBD udførte ano- og koloskopi inkl. biopsier uden patologiske fund.

I marts 2024 blev patienten henvist til privatpraktiserende hudlæge, som vurderede det perianale eksem som irritativt betinget. Der blev ikke foretaget epikutantest.

I maj 2024 fik patienten via egen læge igen systemisk behandling for inficeret eksem og blev henvist til mave-tarm-kirurgisk afdeling. Her fandt man en typisk lokaliseret AF og ellers upåfaldende perianale forhold. Der blev planlagt behandling med botulinum type A toxin i generel anæstesi, og i mellemtiden blev behandling med diltiazemgel genoptaget, hvilket resulterede i recidiv af patientens perianale væskende eksem. Diltiazemgel blev derfor erstattet med glyceryltrinitratgel. Efter ti måneder med kronisk inflammation perianalt mødte patienten til planlagt behandling med botulinum type A toxin, hvor den perianale hud fremstod skleroseret med flere mindre, radierende fissurer, og på mistanke om lichen sclerosus blev der taget biopsier med uspecifikke reaktive forandringer.

I marts 2025 blev patienten set på dermatologisk afdeling i anden anledning, hvor hun rapporterede om udvikling af perianalt eksem i forbindelse med brug af diltiazemgel. Der blev her, 18 måneder efter debut af symptomer, foretaget kontakteksemudredning med epikutantest med basis- og steroidserie samt patientens egne produkter, herunder diltiazemhydrochlorid, diltiazemgel, lidocain, fusidin m.fl. (**Figur 1 A**). Testen viste kun positive reaktioner på diltiazemgel og diltiazemhydrochlorid (**Figur 1 A og B**). Patienten blev sat i lokalsteroidbehandling med mometasonfuroat med god effekt.

FIGUR 1 A. Skematisk oversigt over epikutantest med patientens egne produkter, med aflæsning på dag tre og syv, med angivet styrke af evt. reaktion^a. **B.** Aflæsning af epikutantest på patientens ryg, dag tre, med positiv reaktion på hhv. diltiazemhydrochlorid og diltiazemgel.

A

5/5-25

8/5 7
12/5

Nr	Navn	Konc.	Veh.	D2	D3/4	D5/7
024-122	Diltiazem HCl	10%	pl		1	0
038-002	Fusidic acid sodium salt	2%	pl		—	—
023-004	Lidocain	5%	pl		—	—
023-005	Lidocain HCl	15%	pl		—	—
1	D. Warming C.C.				—	—
2	A. Dema Dermalibane CidAcem				—	—
3	Arkellet Balmen creme				—	—
4	Hæmorex				—	—
5	Bemercin				—	—
6	Furcilinge/Hydrocortisonacetat				—	—
7	Rectopessic rectal salve				—	—
8	Diltiazem HCl gel				2	1

B

Day 3.
25-103

024-122
Diltiazem HCl
10% pl

Diltiazem HCl
gel

a) 1-3 = positiv reaktion, med gradering af styrken; 0 = tvivlsom positiv; — = negativ.

Diskussion

Sygehistorien belyser vigtigheden af diagnosticering og ikke mindst behandling af en komplicerende allergisk kontaktdermatitis, her opstået og vedligeholdt af gentagne behandlinger med diltiazemgel og sekundære infektioner.

Da symptomerne på allergisk kontaktdermatitis ikke er specifikke, kan det give differentialdiagnostiske udfordringer. Man bør have mistanke om en komplicerende allergisk kontaktdermatitis, når der er tidsmæssig sammenhæng mellem behandling og forværring samt ændring i den kliniske præsentation, i denne sygehistorie med tilkomst af væskende eksemforandringer, mindre, radierende fissurer samt sklerosering. Ved mistanke om allergisk kontaktdermatitis kan patienten henvises til dermatologisk vurdering med henblik på epikutantest og videre behandling af eventuelle kutane komplikationer til AF-behandlingen. Behandlingen af denne patients allergiske kontaktdermatitis var lokalsteroid samt seponering af diltiazemgel.

Korrespondance Camilla Møller. E-mail: camilla.moller2@rsyd.dk; camilla-moller@hotmail.com

Antaget 15. oktober 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 5. januar 2026

Interessekonflikter ingen. 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:V08250669

doi 10.61409/V08250669

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

A prolonged diagnostic examination of anal fissure with complicating contact dermatitis

The topical calcium channel blocker diltiazem gel is among the most frequently used medical treatments for anal fissures. A known side effect of diltiazem gel is contact dermatitis. This case report presents a 44-year-old woman, who was assessed by several different specialities, due to persistent perianal symptoms, while treated intermittently with diltiazem gel for an anal fissure. After 18 months, the patient was diagnosed with complicating allergic contact dermatitis caused by diltiazem gel.

REFERENCER

1. Mapel DW, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. BMC Gastroenterol. 2014;14:129. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-14-129>
2. Bundgaard NS, Hagen KK, Nordholm-Carstensen A. Behandling af analfissurer. Ugeskr Læger. 2017;179:V05170384

3. Roelandt P, Bislenghi G, Coremans G, et al. Belgian consensus guideline on the management of anal fissures. *Acta Gastroenterol Belg.* 2024;87(2):304-321. <https://doi.org/10.51821/87.2.11787>
4. Nordholm-Carstensen A, Perregaard H, Wahlstrøm KL, et al. Treatment of chronic anal fissure: a feasibility study on Levorag® Emulgel versus Diltiazem gel 2. *Int J Colorectal Dis.* 2020;35(4):615-621. <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03515-z>
5. Leinonen PT, Riekkari R, Oikarinen A. Contact allergy to diltiazem cream. *Contact Dermatitis.* 2010;63(4):228-230. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2010.01806.x>