

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 8 • 2016



www.ssdv.se

Referat från ST-kurser • SSDV:s regionmöte Uppsala-Örebro • Quiz
Missvisande statistik melanom in situ • Nationellt hudchefsmöte
Fallrapport toxisk epidermal nekrolys • ST-pristagare • DCH-stipendiat



Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
SSDV:s kansli, Att: Agneta Andersson
S:t Johannesgatan 22, 753 12 Uppsala

Chefredaktör:

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare / redaktör:

John Paoli, john.paoli@vgregion.se

Ordförande:

Katarina Lundqvist, ordförande SSDV

Hemsida:

ssdv.se

Produktion:

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10C, 415 02 Göteborg
Tel 031-707 19 30

Layout:

Annika Cederlund, annika@mediahuset.se

Annonser:

Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

**Omslagsbild:**

Tarradalen i Lappland med STF Karrekaise fjällstuga och dermatolog Erik Dahlberg i spåret.

Foto: Bengt Dahlberg

Distribueras som post- och webbtidning:

ISSN 2022-0767 (Print)
ISSN 2002-0775 (Online)

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
Nationellt verksamhetschefsmöte.....	4
Läkemedelsreaktion	6
Årets forskningshandledare utsedd	8
Sektionen för Venereologi – höstmöte 2016	10
ST-pris 2016 – Rapport 1.....	12
ST-pris 2016 – Rapport 2.....	14
ST-kurs i Bensår.....	15
ST-kurs i STI.....	17
Fortbildningsstipendiater utsedda.....	17
ST-kurs Diagnostik och behandling av hudtumörer.....	18
Referat från ST-kurs i hudpatologi.....	19
DCH-stipendiet 2015 – Rapport	21
SSDV utlyser bidrag för att skriva EU-tentamen	23
SSDV:s regionmöte.....	25
Dermatoskopi Quiz.....	28
Dermatoskopi Quiz – lösning	30
SSDV:s styrelse	31
Kalender 2017.....	32

Utgivningsplan 2017:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 9	9 januari	28 februari
Nr. 10	9 mars	2 maj
Nr. 11	21 augusti	10 oktober
Nr. 12	30 oktober	19 december

“Dysplastiska nevi” ställer till det igen

I Dermatologi & Venereologi nummer 5 skrev jag om det kraftigt ökande antalet maligna hudtumörer som vi har sett i Sverige de senaste decennierna. Bland annat angavs att år 2014 var ett rekordår för antalet nydiagnostiserade MM *in situ*. Totalt diagnostiserades 3 212 MM *in situ* (1 573 hos kvinnor och 1 639 hos män) enligt Socialstyrelsens rapport “Cancerincidens i Sverige 2014” [1]. För att förstå hur stora dessa siffror är kan man jämföra dessa med de 520 MM *in situ* som diagnostiserades 1999 [2]. Det skulle alltså innebära att antalet nya förstadier till MM hade ökat mer än 6-faldigt på 15 år.

I samband med att jag läste och rapporterade om dessa siffror råkade jag ha kontakt med en statistiker på Socialstyrelsen då en av mina doktorander just nu studerar epidemiologiska trender bland olika former av icke-melanom hudcancer. Vi pratades vid ett flertal gånger per telefon och diskuterade då även det kontroversiella beslutet från Socialstyrelsen om att både kliniker och patologer måste canceranmäla dysplastiska nevi med grav atypi (gravt DN). Lite skämtsamt råkade jag säga att det kändes som att Socialstyrelsen hade blandat ihop alla dessa gravt DN med alla MM *in situ* och att det skulle kunna förklara den extremt höga incidensökningen. Då blev det plötsligt tyst i luren...

Efter flera månaders eftergranskningar har det visat sig att mina misstankar besannades. Statistikerna på Socialstyrelsen har nu bekräftat att man systematiskt har klumpat ihop alla gravt DN med alla MM *in situ* i den årliga statistiken som publiceras i deras “Cancerincidens i Sverige”-rapporter. I figuren kan man se att problemet har vuxit successivt under de senaste 10 åren i takt med att kliniker och patologer har pressats allt mer på att canceranmäla gravt DN. År 2005 var problemet relativt litet med en överrapportering som endast låg på 6%. De senaste 5 åren har dock felet lett till stora felaktigheter i statistiken med över 25% för många MM *in situ* i statistiken.

Trots dessa felaktigheter har antalet MM *in situ* ökat konstant under det senaste decenniet från 861 fall år 2005 till 2 534 fall år 2014. Detta innebär alltså att en 3-faldig ökning under de senaste 10 åren. Om vi antar att siffrorna från 1999 stämde (520 MM *in situ* enligt “Cancer incidence in Sweden 1999”) [2] så har antalet fall nästan ökat 5-faldigt men inte 6-faldigt som vi tidigare trodde. Självklart kan det finnas några gravt DN inbakade bland de 520 MM *in situ* som rapporterades år 1999.

SSDV och SDKO har tillsammans med Svenska Melanomstudiegruppen (SMMSG) vid två tillfällen överklagat beslutet från Socialstyrelsen att det skall

År	Gravt DN	MM in situ	Total	Andel felaktigt rapp. MM in situ
2005	52	861	913	6.0%
2006	74	1,001	1,075	7.4%
2007	99	1,099	1,198	9.0%
2008	95	1,199	1,294	7.9%
2009	120	1,418	1,538	8.5%
2010	282	1,524	1,806	18.5%
2011	363	2,026	2,389	17.9%
2012	405	2,271	2,676	17.8%
2013	554	2,177	2,731	25.4%
2014	670	2,534	3,204	26.4%

Andelen felaktigt rapporterade MM *in situ* under perioden 2005-2014 på grund av sammanslagning av dessa med dysplastiska nevi med grav atypi.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

finnas en rapporteringsplikt av gravt DN till cancerregistret. Begäran har dessvärre avvisats bägge gånger. SSDV och SDKO har dock nyligen skickat in ännu en remiss där vi begär förtydliganden kring hur rapportering ska ske samt vilken ICD-kod som skall användas vid anmälan. Vi begär i remissen även att Socialstyrelsen inför enkelrapportering enbart av patologer på liknande sätt som man har gjort för basalcancers. Sist men inte minst begär vi att gravt DN inte blandas ihop med MM *in situ* i cancerstatistiken som de publicerar årligen i “Cancerincidens i Sverige”-rapporterna. Vidare borde den historiska statistiken korrigeras. Självklart kommer ni, våra medlemmar, att få besked om deras beslut när de har besvarat remissen.



John Paoli

Redaktör

john.paoli@vgregion.se

Referenser:

1. Socialstyrelsen. Cancerincidens i Sverige 2014 – Nya diagnostiserade cancerfall år 2014. (2015) URL: www.socialstyrelsen.se.
2. Socialstyrelsen. Cancer incidence in Sweden 1999. (2001) URL: www.socialstyrelsen.se.

Annons

Höstens aktiviteter och vad som är på gång

Hösten har passerat snabbt och nu har vintertiden slukat dagsljuset. Sensommarfärgerna har plötsligt övergått i vinterskrud. Cykeln är parkerad i garaget. Dags att krypa upp i soffan, tända stearinljus och förbereda SSDV:s andra styrelsemöte för höstterminen. ST-träffen i början av december är i annalkande och kräver en del planering. När detta nummer landar i er brevlåda är båda dessa passerade och det lackar mot jul. Under hösten kan i övrigt, bland annat följande händelser uppmärksammas. SSDV:s fortbildningsstipendium har utsett tre stipendiater. Vi gratulerar och ni kan läsa mer i tidningen vilka som blev årets pristagare! I oktober anordnades det nationella hudchefsmötet, ett forum för information och samråd mellan verksamhetscheferna i landet. Att vid dessa möten få möjlighet att ventilerat SSDV:s pågående arbete är viktigt. Bland annat står fortbildningsfrågor högt på agendan. SLS och SLF har båda pågående arbetsmodeller och det finns önskemål att etablera en arbetsgrupp för fortbildning inom SSDV. Ett flertal frågeställningar finns: Behövs nationell rekommendation för fortbildning? Hur ser i så fall behovet ut, offentligt och privat? Vad är rimliga krav? Vem bär ansvaret, arbetsgivaren eller är det personligt? På hudchefsmötet framkom flera nya infallsvinklar och idéer. SSDV har som målsättning att starta en arbetsgrupp för dessa frågor under våren 2017. Här behöver vi era insatser som medlemmar. Intresseanmälan och idéer tas tacksamt emot av undertecknad.

Jag vill passa på att påminna om att besöka SSDV:s hemsida. Här kan man ta del av styrelsearbetet via mötesprotokollen och här finns information om kurser, konferenser och stipendier att söka.

Detta julnummer erbjuder spännande läsning om ett nytt behandlingsalternativ vid toxisk epidermal nekrolys. En retrospektiv kohortstudie om merkelcellskarcinom i Sverige presenteras. Ni kan också ta del av en tillbakablick om hur de nationella hudchefsmötena startade en gång i tiden. Rapport från flera ST-kurser som gått av stapeln under året finns att läsa, och mycket mera.

SSDV:s styrelse önskar er alla en God Jul och ett riktigt Gott Nytt År.



Katarina Lundqvist

Ordförande SSDV

katarina.lundqvist@med.lu.se

Välkommen till SSDV:s vårmöte i Jönköping 9-12 maj 2017
Se värdkliniken presentation och jinglar via ssdv.se



Nationellt verksamhetschefsmöte

Sedan många år tillbaka kallas samtliga verksamhetschefer för hudklinikerna i landet till en mötesdag med samlingsplats i huvudstaden. Jag går mot slutet av mitt sjätte år som verksamhetschef. Under dessa år har antal deltagare varierat och nya ansikten har kommit in som fyller tomrummet andra lämnar bakom sig. En engagerad verksamhetschef åtar sig ansvaret att sammankalla. Det var Mats Berg under mina första möten, därefter Åsa Boström och numera är det Lena Hagströmer. Deras viktiga uppgift uppskattas av alla.

Nyfikenheten angående historiken kring dessa möten fick mig att ta kontakt med Magnus Lindberg, en av grundarna, som vänligen berättade om bakgrunden.

Magnus Lindberg berättar: "Tillkomsten av regelbundna träffar för klinikchefer, verksamhetschefer eller motsvarande finns att finna i de diskussioner som fördes om kvalitetsutveckling inom specialiteten och specialitetens framtid i SSDV-styrelsen under första delen av 1990-talet och i förarbetet till Sprirapporten om specialiteten som utkom 1996 (Mansvik A, Eckerlund I, Iversen N, Larkö O, Lidbrink P, Lindberg M, et al. Verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling inom Hud- och könssjukvård. Stockholm: Spri, 1996.).

Under början av 90-talet var det ekonomisk nergång med besparingar och neddragningar av bland annat slutenvård. Det var en trend som pågått men accelererade och hudsjukvården låg här före internmedici-

nen med avseende på minskning av vårdplatser. Samtidigt skedde en snabb förändring i hur sjukvården styrdes med exempelvis införande av ekonomistyrningar som Dalamodellen och DRG. Detta ledde också till införande av patientadministrativa system.

Den akademiska delen, "akademin", inom dermato-venereologin hade sedan många år årliga möten där professorerna möttes och diskuterade olika frågor. Däremot fanns inte, utöver SSDV:s årsmöten, något forum där representanter för den offentliga vården kunde mötas och utbyta erfarenheter. Mot bakgrund av detta var det några som tog initiativet till att kalla samman klinikchefer och motsvarande till ett första möte på det dåvarande Arbetslivsinstitutet, ALI, i Solna. Gruppen bestod av Birgitta Stymne i Örebro, Pelle Holm i Uddevalla, Torbjörn Egelrud i Umeå, Olle Larkö i Göteborg och Magnus Lindberg i Uppsala. Mötet samlade ett stort deltagande och nästan alla kliniker var med. Mötet visade tydligt på ett uppdämt behov av att samlas och utbyta erfarenheter inom landstingssjukvården. Mötet kom att hållas regelbundet på årsbasis och senare två gånger per år. De två första mötena användes till att rapportera om situationen på de olika klinikerna och vad som var på gång beträffande förändringar som neddragningar m.m. Med tiden kom mötena att bli projektorienterade vilket lett till en samordning av olika utvecklingsprojekt och i policyfrågor."

Nu, mer än 20 år senare, hålls möten i Stockholm, vanligtvis i Svenska Läkaresällskapets hus, 2 gånger per år. Alla har möjlighet att bidra till mötesdagordningen. Rapport från SSDV:s verksamhet, utgör en fast punkt. SSDV:s ordförande är alltid inbjuden och närvaron av ordföranden är verkligen uppskattad. Mellan 20–25 chefer från olika delar av Sverige deltar vid dessa möten. Det finns alltid utrymme att diskutera både praktiska frågor som bemanning, ST-läkares arbete, kodning, överföring av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier och strategiska frågor som berör vår specialitet som forskning, vårdval, kvalitet och värdebaserad vård. Omsättningen av chefer är stor, därför är det viktigt att alla hjälps åt med att uppdatera adresslistan så att de nya bjuds in. Det är viktigt både för nya och erfarna chefer att stämma av med kollegor från andra delar av landet och få bekräftelse och inspiration samt styrka att fortsätta med det viktiga uppdraget att leda och styra en verksamhet och få specialiteten att utvecklas i rätt riktning. Om man dessutom har möjlighet att njuta av den annorlunda och vackra miljön som Läkaresällskapets hus bjuder på är den dagen en ljuspunkt att se fram emot i kalendern.



Virginia Zazo

Överläkare, verksamhetschef
Hud- och STD kliniken, Västerbotten
Norrlands universitetssjukhus, Umeå



Annons

Toxisk epidermal nekrolys (Mb Lyell) – snabb utläkning med TNF- α hämmare

Toxisk epidermal nekrolys är den allvarligaste läkemedelsreaktionen i huden med en mortalitet på över 30%. Epidermis går i nekros och lossnar från dermis. Man ser initialt en rodnad hud ibland med blåsbildning. Nekrolytiskt epidermis kan lätt skjutas bort vid tryck. Den höga dödligheten beror på sepsis och risk för tromboemboliska komplikationer med lungemboli. Även elektrolytrubbning och vätskeförlust, som vid en svår brännskada, kan vara livshotande. Den dödliga läkemedelsreaktionen har tidigare på ett förtjänstfullt sätt beskrivits i Tidsskrift for Den norske legeforening av Claus Lutzow - Holm, Hudkliniken, Ullevål Universitets-sjukhus, Oslo och Jörgen Rikard Rönnevig, Hudkliniken, Rikshospitalet, Oslo [1].

En mycket fin analys av effekten av Infliximab på Toxisk epidermal nekrolys har gjorts av Lasse R. Braathen, Professor i Dermatologi i Bern, Schweiz [2].



Före behandling med Remicade.

Foto: Ali Sattar, AT-läkare, Medicinkliniken Alingsås.



Före behandling med Remicade.

Foto: Ali Sattar, AT-läkare, Medicinkliniken Alingsås.



Bild 3-6: Ett dygn efter infusion av Remicade. Ingen progress. Huden svagt rodnad. Obetydligt fuktande.

Foto: Fotograf på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås

Patofysiologi: Toxisk epidermal nekrolys är en cytotoxisk, cellmedierad reaktion på ett läkemedel. Läkemedlet binder till keratinocyters yta och ett komplett antigen bildas. Patofysiologisk bakgrund är Tumour necrosis factor (TNF- α). Denna cytokin frisätts av aktiverade T-celler och makrofager och inducerar keratinocytnekros. Förhöjd nivå av TNF- α kan registreras i bläsvätska och i nekrolytiskt epidermis [2]. Koncentrationen av TNF- α i hud speglar sjukdomens svårighetsgrad.

En mycket effektiv behandling av Toxisk epidermal nekrolys är TNF- α hämmare. Endast ett fåtal fall finns beskrivna i världslitteraturen. Infusion av en enda dos Infliximab (5 mg/kg kroppsvikt) kan resultera i att sjukdomsprogress upphör inom 24 timmar och nekrolytiska områden täcks av nybildat epitel inom fem dygn [2].

Fallbeskrivning: En 56-årig man med snabbt progredierande multipel skleros. Han är kronisk kateterbärare och är försedd med PEG (perkutän gastrostomi kateter) på grund av dysfagi. Sekundärt till dysfagi har han insjuknat med recidiverande pneumonier. Vid ett av dessa tillfällen, för ca 1 ½ år sedan, ordinerades han Piperacillin/Tazobactam.

Aktuellt: Patienten sökte akut med feber och rosslig andning sedan ca 12 timmar. På misstanke om ny aspirationspneumoni ordinerades han intravenös infusion av 4 g Piperacillin/Tazobactam på akutintaget, Alingsås lasarett. Patienten fick totalt två infusioner med åtta timmars mellanrum. Tolv timmar efter den första infusionen utvecklade patienten en Toxisk epidermal nekrolys engagerande 40% av hudytan. Han uppvisade en eroderad munslemhinna och tilltagande obstruktiv bronkit med rosslig andning. Han hade morfinkrävande smärta från huden. Han överfördes till Intensivvårdsavdelningen, Södra Älvsborgs sjukhus i Borås (Bild 1, 2), där han intuberas. Patienten ordinerades en enda infusion av Infliximab 300 mg (5 mg/kg kroppsvikt) och tolv timmar efter debuten av toxisk epidermal nekrolys. Redan efter ett dygn avstannade sjukdomsprogressen (Bild 3, 4, 5, 6). Nekrolytiska hudytorna var ej längre vätskanande. Fyra dagar efter Infliximab-infusionen var de nekrolytiska områdena täckta med nybildat epitel. En vecka efter behandlingen var huden läkt, trakeotomi avlägsnad och patienten kunde återigen överföras till Medicinkliniken, Alingsås lasarett (Se bild 7, 8 nästa sida).

Diskussion: Den goda effekten av Infliximab kan förklaras av en snabbt insättande effekt av den intravenösa infusionen. ➤



Foto 4-6: Fotograf på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås

Huvudbudskap: Effektiv behandling av Toxisk epidermal nekrolys (Mb Lyell) saknas. Vi visar att en enda Infliximab-infusion kan avbryta sjukdomsprogressen redan inom ett dygn och nekrolytiska områden kan läka inom en vecka.

Referenser

1. Lutzow-Holm C, Rönnevig, JR. Kutane Lege-
middelreaksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2005;
125:2483-7.
2. Hunger RE, Hunziker T, Buettiker U, Braathen
LR, et al. Rapid Resolution of toxic epidermal
necrolysis with anti-TNF-alpha treatment. J Al-
lergy Clin Immunol 2005;116: 923-924.



Rikard Roupe

Överläkare, Medicinkliniken
Alingsås lasarett



Gösta Roupe

Professor emeritus, Sahlgrenska US, Göteborg
Överläkare, Hudkliniken
Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås



En vecka efter infusion Remicade 5 mg/kg. Huden läkt. Patienten klar för utskrivning.

Foto 7-8: Fotograf på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås



Årets forskningshandledare utsedd

Sif Studenter i forskning, vid Sahlgrenska akademien,
har i år tilldelat **John Paoli**
priset som årets forskningshandledare.



Annons

På Höstmötet intet nytt? Jodå, massor av nytt!

Sektionen för Venereologi ordnar varje höst ett medlemsmöte på Södersjukhuset, Stockholm. I år öppnade ordförande i sektionen, Arne Wikström, mötet och introducerade föreläsare Peter Iveroth, smittskyddsläkare i Jönköping. Han gav en exposé över smittskyddsläget för olika STI i Sverige och i världen, för att sedan lyfta frågan kring trender och perspektiv på testning och behandling av STI utanför sjukvården via nätet. Testning via nätet och förskrivning av antibiotika via olika aktörer, både svenska och internationella, är ett fenomen som vuxit snabbt och som kommit för att stanna. Lagstiftningen har inte hunnit med i utvecklingen, och vissa aktörer som inte tar sitt ansvar att smittspåra, antibiotikaförskrivning med otillräckligt medicinskt under-

lag och risk för resistensutveckling samt brist på kompletterande rådgivning och provtagning för STI, är några av baksidorna vi ser. Den stora fördelen med den ökade tillgängligheten diskuterades också på mötet, och hur sjukvården och landstingen behöver bli bättre på att leverera internetbaserad vård kring STI, för att hänga med i utvecklingen och kunna erbjuda ett säkert och lättillgängligt alternativ.

Syfilisscreening

Som vanligt togs flera andra punkter upp på mötet och bland annat diskuterades syfilisscreening. Under hösten har man slutat att screena nyanlända flyktingar för syfilis. Bakgrunden till beslutet är delvis att man hittat så få personer med positivt prov att man inte

anser att screeningen är kostnadseffektiv. Det kan även vara så att man "i onödan" hittar utläkta fall av syfilis hos äldre patienter där diagnostiken enbart bidrar till oro, utan att det ger några medicinska vinster. Vi venereologer kan se vissa nackdelar med beslutet att sluta screena för syfilis. En risk är att man inte fångar upp fertila kvinnor med syfilis och på detta sätt missar möjligheten att behandla kvinnan innan hon blir gravid. Detta kan i sin tur, i värsta fall, leda till en ökning av kongenital syfilis. En annan risk, om än liten, är att en syfilisinficerad patient som förblir oupptäckt riskerar att utveckla tertiär syfilis. På mötet framkom att man i enstaka landsting lokalt ändrat sina riktlinjer och introducerat riktat syfilisscreening av fertila kvinnor. Detta kan vara en lösning på



Peter Lidbrink, Arne Wikström (stående) och Peter Iveroth.

Foto: Hans Ulrik Stark



www.fotolia.se

problemet och styrelsen kommer att kontakta smittskyddsläkarnas förening för att se om denna lösning kan användas även i andra delar av landet. I väntetiden är det viktigt att vi alla är observanta på eventuella fall av kongenital och tertiär syfilis.

Vårdprogram för peniscancer

På Höstmötet diskuterades det nya vårdprogrammet för peniscancer och My Falk, dermatovenereolog från Örebro stod för bakgrundsinformation. I vårdprogrammet ingår även behandling och uppföljning av förstadiet penil intraepitelial neoplasia (PIN), med fokus på PIN III (cancer in situ på penis). Förslagsvis kommer PIN III inte att ingå i standardiserat vårdförlopp (SVF), till skillnad från malignt melanom in situ, och detta förslag är nu ute på remiss. Den stora förändringen för oss dermatovenereologer är framför allt att alla patienter med PIN III skall dras på multidisciplinär konferens (MDK). För närvarande ansvarar Urologkliniken, Örebro för dessa veckovisa MDK och patienterna anmäls dit i första hand av urolog. En önskan från urologerna är att en dermatovenereolog från varje region skall

delta i konferensen via länk och dra sina PIN-fall, inklusive fall från sina kollegor i regionen. Naturligtvis är det både lärorikt och av vikt för patienten att vi deltar i MDK, men det kan bli svårt att genomföra praktiskt. Ett alternativ för att kunna öka vår medverkan är att man samlar alla PIN III-fall till 1 gång/månad istället för att ta upp enstaka fall varje vecka. I nuläget är det en underrapportering av PIN III-fall till MDK. Enligt det nationella kvalitetsregistret för peniscancer registreras varje år knappt 100 fall av invasiv peniscancer och drygt 40 fall av PIN III. Frågan om vår representation på MDK kommer även att diskuteras inom SDKO.

PrEP

Förebyggande behandling mot att bli smittad med hiv (PrEP) diskuterades också på Höstmötet. Anders Blaxhult, infektionsläkare från Venhälsan informerade kort om läget. Två studier visar att användandet av hiv-medicinen Truvada som PrEP till utvalda högriskgrupper minskar risken för att bli smittad med hiv. Man har i dessa studier inte kunnat se någon ökning av andra könssjukdomar (STI) när PrEP användes, men detta är en av farhågorna vid introduktionen av PrEP. Den förebyggande behandlingen kan antingen tas dagligen eller "on demand" och används redan i Frankrike och i USA. I Sverige har man inte börjat förskriva Truvada än, men PrEP står med som indikation i FASS under tablett Truvada. Innan PrEP introduceras i Sverige måste man tydligt definiera den högriskgrupp där medicineringen verkligen kan göra nytta. För att inte riskera utveckling av resistens måste man också utesluta pågående hiv och hepatit B (Truvada har även effekt mot hepatit B) innan behandlingsstart. Dessutom måste man följa eventuella biverkningar av Truvada och regelbundet testa för andra STI. En stor fråga är dessutom kostnaden för preparatet. TLV undersöker nu om detta skall ingå i högkostnadsskyddet.

Noterad ökning av gonorré

Som alltid följer vi inom sektionen STI-epidemiologin i landet. På flera av våra STI-mottagningar har man noterat en ökning av antal gonorré-fall. År 2015 anmäldes 1 677 fall av

gonorré och detta motsvarar en ökning med 26% jämfört med 2014. Delvis beror ökningen på ökad provtagning, men vi har även en reell ökning, inte minst inom gruppen män som har sex med män. Resistensproblematiken vid behandling av gonorré, liksom vid Mycoplasma genitalium-infektion, är en viktig fråga som vi också följer. Följande kommentar skrev det amerikanska smittskyddsinstitutet CDC i somras apropå gonorré: "It is critical to continuously monitor antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae and encourage research and development of new treatment regimens". I detta kan vi bara instämma!

Nästa möte – Utbildningsdagen

Sektionens nästa möte är den årligt återkommande Utbildningsdagen på Läkarsällskapet i Stockholm, fredag 27 januari 2017. Fokus för Utbildningsdagen denna gång är HPV, med föreläsningar om HPV och tumörer, uppdatering av HPV-vaccination och en genomgång av behandlingen av kondylom och dysplasi. Sist, men inte minst, ligger en föreläsning om handläggningen av HPV hos barn.

Dagen innan, den 26 januari, har vi vårt sedvanliga Årsmöte på Södersjukhuset med efterföljande middag för medlemmarna.

Sektionen för Venereologi

Malin Cullberg

Specialistläkare
Dermato-
venereologi,
Södersjukhuset
Stockholm



Petra Tunbäck

Överläkare
Hudkliniken,
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,
Göteborg



Bli medlem i sektionen för Venereologi

Den som är intresserad av att bli medlem i Sektionen för Venereologi är välkommen att kontakta Hans Ulrik Stark på hans-ulrik.stark@liv.se. Medlemskapet är gratis och enda kravet är att man också är medlem i SSDV.

Välkommen till Sektionen för Venereologi!

Kan Prontosan® minska risken för postoperativa sårinfektioner vid hudkirurgi?

Postoperativa sårinfektioner utgör den näst vanligaste orsaken till vårdrelaterade infektioner i Sverige och beräknas kosta samhället en miljard kronor årligen. Inom vår specialitet är risken för infektioner generellt låg men vid hudtransplantationskirurgi är den betydligt högre, upp mot 30% enligt tillgängliga studier. Det är ofta sådana transplantationer görs på ansikten och en postoperativ infektion där kan ge patienterna misspyrdande ärrbildningar.

På hudkliniken i Lund avslutade vi nyligen en randomiserad dubbel-blindad kontrollerad studie där 40 patienter planerade för fullhudstransplantationer i ansiktet ingick. På vår klinik fäster man alltid en så kallad "knytkudde" ovanför transplantatet man fäst till sårdefekten. Detta ska utgöra ett mekaniskt skydd, främja läkning, och minska risken för hematombildning. Vi hypotiserade att applicering av medlet Prontosan® till knytkuddar skulle ge en reducerad postoperativ bakteriehalt. I en tidigare studie visade vi att postoperativ bakteriehalt var korrelerad till klinisk utgång. Ju högre bakteriehalt desto större risk för postoperativ komplikation.

Prontosan® är ett antiseptikum som består av polyhexamethylene biguanide (Polyhexanide) som börjat användas på allt fler kliniska indikationer. Man har sett att den har en bred antibakteriell aktivitet, god vävnadstolerabilitet och medför ingen resistensutveckling. Ämnet har dock aldrig testats i detta sammanhang.

Studiepatienterna randomiserades till två grupper, i den ena gruppen skulle knytkuddarna blötläggas i Prontosan®, och i den andra gruppen skulle knytkuddarna blötläggas i vatten. Därefter skulle kvantitativa och kvalitativa bakterieanalyser utföras på samtliga operationssår pre-, intra- och postoperativt. Vi skulle även analysera förekomsten av bakterien *Staphylococcus aureus* nasalt och se vad det hade för klinisk relevans.

Vi hittade inga skillnader mellan grupperna vad gällde postoperativa bakteriehalter upp-



mätta 7 dagar efter kirurgi vilket var lite av en besvikelse.

Det vi däremot fann, vilket kom som en överraskning, var att interventionsgruppen hade en statistiskt högre risk för en postoperativ sårinfektion jämfört med kontrollgruppen.

Vi har nu publicerat resultaten av studien i *Journal of American Academy of Dermatology*. I artikeln så spekulerar vi i huruvida det kan vara så att Prontosan® orsakade en obalans i sårets bakterieflora och att patogena bakterier växte till. I övrigt fann vi likt vår tidigare publicerade studie, att sår som hade blivit infekterat, hade en statistiskt högre bakteriehalt postoperativt. Detta förekom oftare när *S. aureus* isolerades postoperativt, intraoperativt och intranasalt. En icke-signifikant trend vi också observerade var att patienter som hade koagulas-negativa stafylokocker i sina sår postoperativt verkade ha en lägre bakteriehalt. Vi tror förekomsten av dessa stafylokocker kan ha en skyddande effekt, något som dock kräver nya studier.

Sammanfattningsvis gjorde Prontosan® mer skada än nytta i den här studien.

Vi är i behov av att fortsätta titta på mikrobiomet i operationssår för att komma närmare

förståelse av varför postoperativa sårinfektioner utvecklas och hur vi kan förhindra dessa. Än så länge saknar vi effektiva preventiva metoder för att förebygga detta kostsamma problem och mer forskning inom ämnet krävs. Vi hoppas att i framtiden kunna använda effektiva metoder som sänker benägenheten för sår att bli infekterade utan att rubba mikrobiomet i huden.



Karim Saleh

ST-läkare

Hudkliniken,

Skånes universitetssjukhus, Lund

Annons

Kraftig ökning av merkelcellskarcinom i Sverige

De senaste decennierna har vi sett en närmast lavinartad ökning av antalet fall av hudcancer i Sverige. De tre viktigaste formerna av hudcancer – malignt melanom, skivepitelcancer och basalcellscancer – ökar med cirka 5–6 procent per år [1]. Merkelcellskarcinom (MCC) är en mer sällsynt men aggressiv hudcancer av neuroektodermal typ med hög återfallsfrekvens och hög dödlighet. Spridning till lymfkörtlar eller organ är relativt hög trots kirurgi och/eller strålbehandling [2].

Riskfaktorer för MCC inkluderar hög ålder, exponering för ultraviolett (UV) ljus, ljus hudtyp och immunosuppression, samt en klar koppling finns till ett virus som döpts till Merkel Cell Polyomavirus [2, 3].

Vi har nyligen i en retrospektiv kohortstudie undersökt samtliga fall av MCC rapporterade till Socialstyrelsens Cancerregister i Sverige mellan åren 1993–2012. I studien undersöktes populationsbaserade data som ingår i Cancerregistret inklusive demografi, TNM-klassificering, fördelning över olika kroppsdelar och total överlevnad efter diagnos. Syftet var att beskriva svenska MCC-patienter och beräkna den nationella incidensen av MCC.

Under studieperiodens 20 år identifierades totalt 606 fall av MCC hos 594 patienter. Medianåldern var 81 år och en knapp majoritet var kvinnor, men åldersjusterad incidens var något högre hos män. Incidensen (per 100 000 invånare och år) i Sverige 1993–2012 ökade från 0,23 till 0,49, alltså med mer än 100 procent.

UV-strålningens inverkan på MCC-utveckling noterades i hur tumörerna fördelade sig på olika kroppsdelar. Den primära tumören fanns oftast i huvud- och halsområdet, med mer än hälften av alla fall (51,8%). Detta område exponeras mest för UV-strålning och ett liknande mönster ses även bland de vanligare formerna av hudcancer [3].

Den absoluta majoriteten av patienterna (97%) hade ingen känd metastasering i samband med diagnosen av MCC. Det kan bero på att man i Sverige sällan utför portvaktsskörtelkirurgi eller röntgenundersökningar för mer precis stadiindelning i samband med diagnos. Trots detta var 5-årsöverlevnaden endast 41,9%, vilket är avsevärt lägre än den förväntade överlevnaden för köns- och åldersmatchad befolkning under samma period (62,3%).

Zaar O, Gillstedt M, Lindelöf B, Wennberg-Larkö AM, Paoli J. Merkel cell carcinoma incidence is increasing in Sweden. J EADV 2016; 30: 1708-13.

Referenser

1. The Swedish Cancer Registry of the National Board of Health and Welfare. [Cancer incidence in Sweden 2013]. 2014 [cited 2015 June 30]. Available from <http://www.socialstyrelsen.se> (in Swedish).
2. National Comprehensive Cancer Network's Clinical Practice Guidelines in Oncology. Merkel Cell Carcinoma Version 2.2015. 2015 [cited 2015 June 30]. Available from <http://www.nccn.org>.
3. Heath M, Jaimes N, Lemos B, Mostaghimi A, Wang LC, Penas PF, et al. Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features. Journal of the American Academy of Dermatology. 2008; 58: 375-81.



MCC börjar ofta med en plötslig tillväxt av en röd, rosa eller rödviolett samt relativt hård upphöjning på eller under huden. Tumören växer snabbt till en knuta. Ulceration och/eller blödning kan ske i mer avancerade stadier.

Foto: John Paoli

Oscar Zaar
Specialistläkare, doktorand, Hudkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



John Paoli
Överläkare, docent, Hudkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



ST-kurs i Bensår

ST-kursen i bensår hölls vid hudkliniken i Lund 5–7 oktober 2016. Den anordnades av överläkare Katarina Lundqvist, specialistläkare William Troensegaard och ST-läkare Karim Saleh. Flertalet ämnen behandlades. Huvudföreläsare var överläkare Mats Bjellerup vid Helsingborgs hudklinik. Dr. Bjellerup hade väldigt pedagogiska och underhållande föreläsningar om venösa bensår, antiödembehandlingar, ovanligare orsaker till bensår som primär atrophie blanche, Martorells sår, hydrostatiska sår, etc. Även fina fallgenomgångar med bilder togs upp på slutet. Överläkare Magnus Löndahl vid endokrinologiska kliniken talade om utmaningar vid fotsår hos diabetiker och vikten av att remittera dem snabbt till multidisciplinär mottagning. Överläkare Nils Hamnerius vid hudkliniken i Malmö tog också upp ovanligare typer av bensår som pyoderma gangränosum, vaskulitsår, calcifylaxi, necrobiosis lipoidica och antifosfolipidsyndrom. Kursledarna höll i praktiska moment där man fick lära känna omlägningsmaterial bättre och öva på undersökningsteknik. Vissa fick chansen att prova på en terapeutisk pumpstövelbehandling. Professor Artur Schmidtchen vid hudkliniken i Lund höll videoföreläsning från Singapore om sår-läkningsprocessen och faktorer som försämrar sår-läkningen (exempelvis hög proteolys, hög oxidativ stress och bakteriell påverkan). Överläkare Katarina Lundqvist höll i föreläsningen "bensår i praktiken" där man genomgick vilka typer av sår som finns, hur man ska beskriva ett sår i journalen (lokalisering, sårkanter, sårbotten, blottad sena, etc), allmänt om olika typer av förband och behandling av olika sårtyper. Överläkare Anders Lundell, Scandinavian Venous Center, Malmö pratade om venös kirurgi och klargjorde när detta är indicerat. Specialistläkare William Troensegaard talade om smärtbehandling vid bensår och ST-läkare Karim Saleh om pinchgraft, hur det praktiskt går till samt om delhudstransplantat. Den utsökta kursmiddagen ägde rum på den asiatiska restaurangen Toyo. Där fick vi även lyssna på "sjuka sånger" av Henrik Widegren som är öronläkare till vardags och trubadur på fritiden. Kursen var mycket välorganiserad och matnyttig samtidigt som föreläsarna bidrog till att skapa engagemang och intresse för ett utmanande område. Detta avspeglades i kursutvärderingarna som gav högsta betyg till kursen.



Anahita Attaran

ST-läkare

Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

anahita.attaran@skane.se



Överläkare Katarina Lundqvist demonstrerar hur man genomför en venös doppler-undersökning.



Specialistläkare William Troensegaard går igenom olika förbandsmaterial.

Annons

ST-kurs i STI



Höstens ST-kurs i STI var liksom de senaste åren förlagd till Örebro, och bjöd på ett varierat program av föreläsningar och praktiska övningar. Tonvikten var på de vanligaste sexuellt överförbara sjukdomarna med ett tydligt fokus på praktisk handläggning och falldiskussioner. Även bredd och fördjupning hanns med under de fem dagarna, dels i laboratoriediagnostiken av patogenerna men också ett internationellt perspektiv på sjukdomarna.

Örebro tillhör WHO:s referenslaboratorier för STI, och har en hudklinik med intresse för venereologi, så kompetens på området saknades inte. Föreläsarna var överlag av hög klass, både från Sverige och utlandet och förmedlade sina ämnen med entusiasm och försökte få sina adepter att inse skönheten i bland annat syfilisserologins dynamik.

Förutom rena STI-föreläsningar ingick några angränsande ämnen,

som andrologi, vulvasjukdomar, antikonception och HBTQ som också bidrog till bredden i kursen. De mikroskoperingsövningar som ingick var välbehövliga, speciellt som användningen av mikroskop varierar över landet och därmed tillgång till handledning. Exempelvis kan Helsingborg nämnas, där större delen av venereologin sköts via sjuksköterskeledd mottagning och läkare tillkallas i undantagsfall, något som medför att ST-läkare inte drillas i mikroskopi till vardags.

Örebro bjöd på vackert höstväder och kursledningen hade också anordnat två gemensamma middagar på kvällstid, med trevlig underhållning sista kvällen på Örebro slott.

Vi kan varmt rekommendera denna kurs för nästkommande ST-läkare.



Fredrik Johansson

ST-läkare

Hudmottagningen Helsingborg

Alexandra Fisch

ST-läkare

Hudmottagningen Gävle

Fortbildningsstipendiater utsedda

Nu har stipendiaterna för SSDV:s fortbildningsstipendium 2016 utsetts. Vi gratulerar:



Anna Bergström
Uppsala



Mihály Matura
Stockholm



Virginia Zazo
Umeå



ST-kurs Diagnostik och behandling av hudtumörer

Foto: Morgan Carlsson på Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Kursen "Diagnostik och behandling av hudtumörer" ägde rum på Sahlgrenska universitetssjukhuset, SU, i Göteborg 10–14 oktober 2016. Det är en återkommande och mycket givande kurs för ST-läkare inom dermatologi och venerologi. Hudtumörer utgör idag cirka 40% av den dermatologiska verksamheten.

Stora förväntningar fanns inför kursstart. Tack vare arrangörerna dr. Eva Johansson Backman samt dr. John Paoli fick vi ST-läkare möjlighet att berika vår kunskap och dela våra professionella erfarenheter. Varje dag inleddes med tid för reflektion och möjlighet att ställa frågor runt gårdagens föreläsningar.

Veckan innehöll många intressanta föreläsningar. Patolog dr. Åse Silverdal berättade om patologisk analys avseende hudtumörer. En viktig lärdom som diskuterades handlade om dysplastiskt nevus, vilket bör betraktas som enbart en histologisk diagnos och inte en klinisk diagnos som man tidigare trott. Efter dermatolog dr. Magdalena Claesons föreläsning om prevention och egenundersökning kommer det förhoppningsvis bli lättare att förmedla viktig och korrekt information till patienterna. Onkolog dr. Max Levin berättade om vilken revolution behandlingen av spridd melanom-sjukdom genomgått under senare år i och med möjligheten till immunterapi. Samtal och omhändertagande av patienter med hudcancer som melanom kan vara en svår del av vårt yrke. ST-läkarna fick hjälp och stöd i detta efter en lärarrik föreläsning i palliativ vård av geriatri-

ker dr. Gunnar Eckerdal. Dermatolog dr. Olle Larkö och dr. Oscar Zaar lyfte fram konsten att kryobehandla olika typer av hudtumörer.

Några av ST-läkarna fick själva presentera intressanta kliniska fall. Ett av dem handlade om ett etiskt dilemma runt familjärt melanom (FM). Dermatolog dr. Frida Appelqvist hade tidigare föreläst i ämnet och vi fick lära oss kriterierna för FM:

1. MM hos ≥ 2 1:a gradssläktingar (varav ≥ 1 insjuknat < 50 år)
2. Familj eller individ med ≥ 3 MM i samma släktgren
3. Familj eller individ med ≥ 3 diagnoser av MM/pancreascancer i samma släktgren

Dermatolog dr. Amra Osmancevic lärde oss om kutana lymfom, bland annat om mycosis fungoides, vilket är en intressant och samtidigt svår sjukdom. Här finns mycket kvar att göra för drabbade patienter. Med hjälp av flera specialister från hudkliniken SU fick vi själva

pröva på praktiska övningar och hudkirurgiska tekniker. Dr. Paoli lyfte fram behovet av Mohs kirurgi då det varje år anmäls ca 1100 fall av högaggressiva morfeiforma basaliom i huvud-hals-regionen där metoden bör vara förstahandsbehandling. Idag utförs ca 165 fall/år, varav ca 100 opereras på SU.

I slutet av varje dag väntade ett Quiz om dagens föreläsningar där man som vinnare fick ett fint pris i form av en bok inom dermatoskopi. Detta var ett mycket välkommet pedagogiskt inslag för att hålla uppe humör och intresse under långa välfyllda dagar.

En av kvällarna avslutades med god middag i trevligt sällskap där vi ST-läkare från hela Sverige fick tillfälle att lära känna varandra bättre. Sammanfattningsvis tycker vi att kursen gett en bra grund, både för adekvat diagnostisering och handläggning av hudtumörer. Vi kommer att ha stor nytta av kunskaperna framför allt kliniskt men även i eventuell framtida forskning.

Karolina Wojewoda
ST-läkare, SU,
Göteborg



Maja Modin
ST-läkare, SU,
Göteborg



Referat från ST-kurs i hudpatologi

Kursen ägde rum på patologkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset den 28–30 november. Drygt två veckor före kursen fick alla deltagande ST-läkare två lådor med glas som man skulle gå igenom själv och försöka diagnossätta. En låda var för olika dermatoser och den andra för hudtumörer. Glasen var numrerade enligt en lista med kort anamnes och en eller flera frågeställningar. Tanken var att alla ST-läkare själv skulle försöka skilja mellan olika diagnoser histopatologiskt. Om man hade möjlighet kunde man även be en dermatopatolog på hemkliniken att hjälpa till. Diagnosförslagen skulle sedan skickas in via mail till kursanordnaren innan kursstarten.

Antalet deltagande var cirka 20 ST-läkare och man skulle vara i mitten eller i slutet av ST-tiden för att kunna delta i kursen. Detta för att man som ST skulle ha hunnit bedöma olika PAD-svar och bättre kunna förstå de olika termer som används i ett PAD-svar.

Kursen började på eftermiddagen första dagen och avslutades också på eftermiddagen tredje dagen.

Vi delades upp i två grupper med 9–10 ST-läkare i varje grupp. Varje dag började vi med gemensam föreläsning och sedan hade vi praktiskt moment. Varje grupp fick sitta med en erfaren dermatopatolog och gå genom glasen från lådorna. Varje ST skulle själv försöka titta i mikroskopet och ge förslag till diagnos.

Kursen var uppdelad i två huvudblock, inflammatoriska hudsjukdomar och hudtumörer. Britta Krynitz, dermatopatolog vid Karolinska universitetssjukhuset inledde med en praktiskt värdefull föreläsning om hur man tar bra och representativa biopsier. Därefter föreläste Åse Silverdal, dermatopatolog vid Sahlgrenska



Foto: www.fotolia.se

sjukhuset om basal terminologi och begrepp inom patologi. Sedan var det Britta Krynitz tur igen och berättade om perivaskulära dermatiter, med eller utan epidermalt engagemang. Lena Mölne, dermatopatolog vid Sahlgrenska sjukhuset avslutade första dagen med en intressant föreläsning om vaskuliter och presenterade bl a ett antal fall med tillhörande histologiska bilder.

Andra dagen inleddes med Lena Mölne som pratade om blåsdermatoser, även här presenterades ett antal fall illustrerade med såväl kliniska som histologiska bilder. Britta Krynitz av-

slutade därefter blocket med inflammatoriska hudsjukdomar med en lärorik föreläsning om granulomatösa sjukdomar.

Blocket med hudtumörer inleddes av Jan Siarov, ST-läkare på patologen på Sahlgrenska, som berättade om handläggning av hudprover, utskärningsprinciper och snittning. Det visades även en informativ film om hudprovets väg från biopsrad eller exciderad förändring till färdigt histologiskt preparat. Sedan tog Åse Silverdal över och berättade om skivepiteltumörer och basalcellscancer. Därefter var andra kursdagen slut.

Sista dagen var mycket intressant och givande då Iva Johansson, dermatopatolog vid Skånes universitetssjukhus i Malmö, berättade om melanocyära tumörer, från benigna pigmentlesioner till dysplastiska nevi och maligna melanom. Kursen avslutades med en kort föreläsning om det viktiga samarbetet mellan hudläkare och patolog.

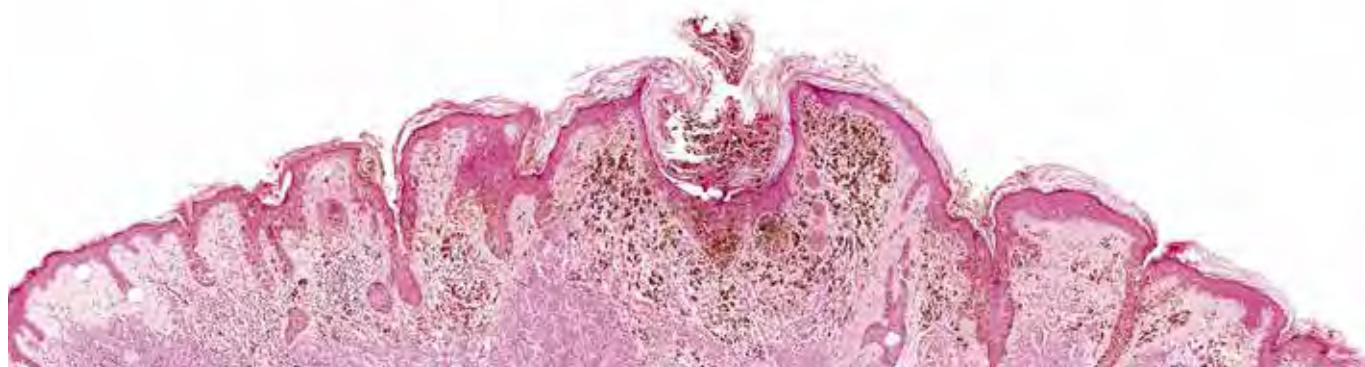
För att få godkänd kurs skulle man närvara alla dagar och lämna tillbaka lådorna med glasen. Sammantaget var detta en givande kurs med mycket matnyttig kunskap och information. Det som efterfrågades av flera var en föreläsning av adnextumörer, och många hade nog gärna sett att kursen var någon dag längre för att hinna förkovra sig ytterligare.

Usra Behjet

ST-läkare, Hudkliniken,
Universitetssjukhuset Örebro

Agneta Åsén Engström

ST-läkare, Hudkliniken,
Östersunds sjukhus



Histopatologi av ett malignt melanom.

Foto: www.fotolia.se

Annons

Dermoscopy Fellowship – Dermatology Unit – Second University of Naples – Italy

The Role of Dermoscopy in the Diagnosis of Everything – the Third Eye

Hudcancerincidensen ökar ständigt i Sverige vilket ställer höga krav på korrekt prioritering och diagnostik av hudtumörer. För att möta de ökade kraven krävs nya innovativa arbetssätt och vi närmar oss ett införande av teledermatoskopi och teledermatologi i rutinsjukvård vilket befäster dermatoskopins roll ytterligare.

Parallellt med en 1-årig dermatoskopiutbildning via Medicinska fakulteten i Graz, Österrike (SDKO-stipendiet) har jag genom tilldelandet av DCH-stipendiet fått förmånen att genomföra ett dermoscopy fellowship på Dermatology Unit vid Second University of Naples i Italien under ledning av professor Giuseppe Argenziano – en ovärderlig möjlighet

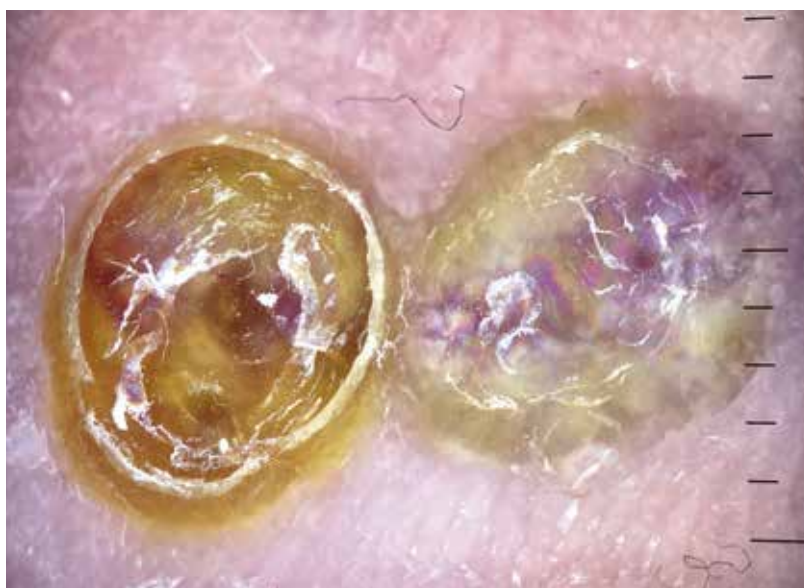
till kompetensutveckling inom dermatoskopi och diagnostik av hudtumörer samt en unik inblick i det land och den sjukvård som producerar flest artiklar i världen inom just detta ämnesområde. Dermatology Unit vid Second University of Naples tar på kontinuerlig basis emot 4 internationella dermoscopy fellows per månad. Mitt dermoscopy fellowship ägde rum under våren 2016.

“In America people live to work, in Europe people work to live”

Den kliniska vardagen i Italien är på flera sätt både lik och olik den västsvenska. När jag jämför klinisk praxis länder emellan har jag svårt

att låta bli att tänka på New York City, USA, där jag år 2010 under två månaders tid aukulerade vid the Department of Dermatology och Department of Plastic and Reconstructive Surgery vid the New York Presbyterian Hospital, Columbia University. Kontrasterna mellan Italien och USA är stora och på en skala mellan länderna ligger Sverige någonstans i mitten. Det ligger en hel del sanning i talessättet ”In America people live to work, in Europe people work to live”!

Precis som på västkusten och i Sverige är det mycket vanligt med hudtumörer i Italien. Dagsprogrammet består av mottagningsverksamhet vilket i praktiken innebär dermatoskopibedömningar av hudtumörer från kl. 9–14.



Classic Kaposi Sarcoma (CKS) hos en äldre manlig patient från Medelhavsområdet – inte sällan förekommande på tumörmottagningen i södra Italien. I bilden ovan till höger ser vi dermatoskopiskt i polariserat ljus den färgrika palett lesionen utgör, s.k. "rainbow pattern".

Foto: M. Danielsson

För hudbedömning krävs inga remisser – patienter som önskar bedömning sluter upp tidig morgon och köar i klinikkorridoren utanför mottagningsrummen och läkarexpeditionerna. En av läkarstudenterna på mottagningen, alternativt junior ST-läkare, journalför på datorn samtidigt som en mer senior ST-läkare alternativt specialist tar emot och bedömer patienterna tillsammans med dermoscopy fellows. Av varje suspekt lesion tas det en översiktsbild, makroskopisk närbild och dermatoskopibild. Bilderna läggs sedan in direkt av journal-skrivande läkare så att de hamnar i löpande journaltext. Prof. Argenziano cirkulerar med helikopterperspektiv över alla mottagningar – ständigt undervisande och entusiastisk. Oklara lesioner undersöks vid behov direkt med konfokalmikroskopi, vilket italienarna är världsledande på, för att komma närmare diagnos (exempelvis i differentialdiagnostiken lentigo solaris vs lentigo maligna). Team work är grundpelaren i mottagningsarbetet. Först när alla patienter är avklarade samlas man för gemensam lunch. Vid lugnare tempo på mottagningen finns möjlighet att delta på operation

där alla åtgärder såsom kryokirurgi och excisioner med primärsuturering utförs. Rekonstruktioner med fullhuds- samt delhudstransplantat utförs av plastikkirurgerna. Konsultverksamhet är även en del i arbetet där hud som ambulande enhet bedömer immobiliserade patienter på andra kliniker. Som besökande läkare är det en stor fördel att ha studerat italienska och åtminstone känna sig nästintill flytande, åtminstone i det vardagliga språket, då majoriteten av patienterna talar italienska. De flesta av läkarna talar engelska, men tempot och flödet på kliniken fortlöper dock mycket smidigare om man snabbt kommer in i det italienska språket så att tidsödande översättningar till engelska undviks. Gestikulerande, som ju är en mycket välkänd del i det italienska språket, och temperament kommer man långt med men det är ändå bra att vid behov snabbt verbalt kunna komplettera sitt gestikulerande.

Atmosfären på kliniken är varm, mycket tillåtande och kollegial. "Learning by doing" är bästa strategi. Kreativitet, initiativrikedom och ambitioner premieras i form av eget ansvar och egna patienter samt tid och plats vid

operationsbordet. Det är mer än välkommet att diskutera differentialdiagnoser, intressanta artikelpublikationer, föreslå diagnoser och behandlingsalternativ. Utbildningsmomentet är integrerat i mottagningsarbetet vilket är otroligt roligt och stimulerande. Tillsammans arbetar ST-läkare, specialister och professorer tills korridoren på hudkliniken är tom. Hierarkin är inte lika uttalad som i New York men ändå mer uttalad än i Sverige. På kliniken tilltalar vi mer erfarna kollegor med doktor + efternamn även om prof. Argenziano alltid säger; "please Markus, call me Geppi, please..." (vilket är hans smeknamn för Giuseppe).

Eftermiddagarna ägnas åt genomgång av patientfall, dermatoskopiövningar, forskningsprojekt, artikeldiskussioner och inte minst gedigna presentationer av prof. Argenziano som inspirerar samtidigt som någon av ST-läkarna serverar rykande het espresso ur Bialettin – mocka espresso-bryggaren – som går på högvarv i köket. Det är högt i tak, flexibelt arbetssätt och man välkomnas snabbt in i teamet. Det är en produktiv klinik akademiskt. Klinikens utrustning och lokaler må vara åldrade men alla gör



Detaljer från taket på universitetet i Napoli.

Foto: www.fotolia.se

ändå sitt bästa vilket är typisk kultur för södra Italien. Dr. Vincenzo Piccolo, senior ST-läkare och fantastisk kliniker, har under sin ST närmare 70 artikelpublikationer och funderar nu på att doktorandanmäla sig – en minst sagt ödmjuk och hårt arbetande hjälte vilket visar att man kan vara bäst med ringa medel! Under min tid i Italien fick jag även förmånen att föreläsa om hudcancer och behandlingsrutiner ur ett svenskt perspektiv samt om teledermatoskopi, var processen befinner sig i Sverige och den kliniska vardagen för hudläkare i Sverige. Även om Du som besökare inte direkt förväntas presentera något, så uppskattas det.

"When the Moon hits Your Eye like a Big Pizza Pie That's Amore..."

Italien som land är fantastiskt enkelt att beskriva – det är fantastiskt! Det är inte utan anledning som Dean Martin sjunger om staden Napoli i "That's Amore"! Utöver upplevelsen av fantastisk klinisk vardag med fokus på dermatoskopi och inblick i italiensk sjukhusmiljö sveps man med i en angenäm kultur och livsstil. Napolis omgivningarna såsom Rom, Capri, Pompeii, Vesuvius med historiens vingslag och Amalfikusten lite längre söderut är fullkomliga; kulturen med dess konstskatter, maten, kaffet, vinerna, klimatet, musiken och inte minst människorna. Fritiden bjuder in till oändliga möjligheter. Napolitanerna är stolta, otroligt gästvänliga och varma. De små torgen – piazzorna – sjuder av liv varje kväll. Jag glömmer aldrig min gamla kära granne Flora som varje morgon stod i fönstret, vattnade blommorna och ropade "Buongiorno Markus" när jag gick till kliniken... Inte heller de patienter som efter lång väntan i klinikkorridoren generöst hade med sig olivolja, fantastiska viner och biscotti med ett leende på läpparna trots att de väntat flera timmar...

Napoli som stad är säkert så länge du vet var du är, sköter ditt och låter andra sköta sitt.

Sunt förnuft, respekt och att ta seden dit du kommer är nyckelord. Det gäller ju naturligtvis överallt och i alla sammanhang. Den världsberömda trafiken är ett underbart kaos! De säger att har du överlevt trafiken i Napoli, överlever du överallt. Det var i rusningstrafiken här som jag lärde mig den sanna definitionen av en sekund: du sitter i bilköen och innan rödljuset hunnit slå om till gult har bakomvarande tutat och vevat med armen tre gånger för att du är långsam! Underbart!

Tiden hos prof. Argenziano – en fantastisk månad full av dermatoskopi och inspiration – var utvecklande såväl på det professionella planet som på det privata och resulterade även i flera än idag levande kontakter med italienska och andra internationella hudläkarkollegor. Tillsammans har vi firat prof. Argenzianos 50-års dag, inkluderande surprise party på kliniken med efterföljande festligheter. Jag antar även att det var min forskningschef och tillika kollega dr. John Paoli som tipsade prof. Argenziano om mitt musicerande vilket ledde till en otroligt berikande jam session en sen lördagkväll på en nattklubb i centrala Napoli (prof. Argenziano är utöver en av de mest välslipade dermatoskopisterna för övrigt även professionell trummis). När jag åkte hem till Sverige efter mitt dermoscopy fellowship följde, som spontant initiativ, italienska kollegor med mig och besökte Göteborg och min hemmaklinik på Sahlgrenska för studiebesök. Vänskap som under året vuxit. Jag trodde bland annat aldrig att jag under hösten skulle sitta och spela orgel i kyrkan på ett fantastiskt fint traditionellt napolitanskt bröllop på italienska västkusten och underhålla med musik på den efterföljande bröllopfesten. Kombinationen nytta och nöje är enligt min mening det absolut bästa! Tillsammans med prof. Argenziano och det italienska teamet har vi författat case reports från mitt dermoscopy fellowship som bland annat accepterats för publikation i JAAD – fantastiskt roligt och stimulerande!

"The Importance of Sharing"

Sist men inte minst vill jag försöka vidarebefordra den fantastiska glädje och iver de italienska kollegorna kände över att dela med sig av sina kunskaper genom att involvera och engagera varandra i klinik och forskning – just för att få nya perspektiv och jämföra olika sätt att tänka på. De visade stor generositet mot varandra såväl på arbetet som privat. De delade mer än gärna med sig av spännande patientfall, gladdes åt varje och varandras framsteg och stimulerade varandra till att ha roligt tillsammans!

Jag vill slutligen tacka Diagnostiskt Centrum Hud och SSDV för tilldelandet av DCH-stipendiet, kunskaper och minnen för livet! Jag vill även passa på att slå ett slag för medlemskap i International Dermoscopy Society (IDS) och prof. Argenzianos app "Youdermoscopy training" för interaktiv dermatoskopiträning för att hålla kunskapen levande!



Markus E.S. Danielsson

Hudkliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
ST-representant
Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

Funderar Du på att skriva den europeiska specialisttentan?

För andra året i rad utlyser SSDV bidrag för att skriva EU-tentamen. Denna organiseras av UEMS-EBDV Board of examination (www.uems-ebdv.org/web/) i Frankfurt under två dagar i augusti varje år. Avgiften är €400. SSDV:s styrelse vill härmed uppman till ett ökat deltagande från Sverige och kommer till nästa år att bereda möjligheten för två SSDV-medlemmar att söka bidrag till anmälningsavgiften för 2017.

Ny ansökan om att få anmälningsavgiften betald från SSDV kommer att utlysas i mars 2017.



EBDV
European Board of Dermato-Venereology



Annons

SSDV:s regionmöte 20 oktober 2016

Uppsala-Örebroregionen

För tredje gången sedan nystarten 2012 stod Hudkliniken på Universitetssjukhuset i Örebro värd för SSDV:s regionmöte Uppsala-Örebroregionen. Värdskapet delas varannan gång mellan universitetssjukhusen Uppsala och Örebro. Med högt deltagande från regionens kliniker och mottagningsar fick vi ta del av ett intressant och givande program.

Stafylokocken

– whom to search and destroy?!

Professor Bo Söderquist (Mikrobiologen, USÖ) gav en tankvärd, berikande och underhållande stafylokockpresentation med fokus på *S. aureus* – den framgångsrika gula druvklasebakterien med bred virulensarsenal likt en välutrustad Victorinox-fickkniv.

Stafylokocken ingår i hudens normala bakteriefloa och går att finna överallt på hela hudkostymen. Det finns flera hundra olika arter och mängden av respektive art varierar beroende på lokal och värd. Detta – hudens mikrobiom – uppvisar stora individuella samt interindividuella skillnader. Föränderligheten i hudens mikrobiom är stor, inte minst på sjukhus, där den gärna plockar upp mer virulenta sjukhusbakterier.

S. aureus är en mycket vanlig kolonisator i hud, näsa och slemhinnor och kan orsaka ett brett spektrum av infektioner. Allt från beskedliga ytliga infektioner (follikuliter, abscesser) till mycket allvarliga invasiva infektioner (sepsis, myokardit). *S. aureus* har även förmågan att bilda toxiner och superantigen som kan resultera i ovanliga sjukdomstillstånd som SSSS (staphylococcus scaled skin syndrome), bullös impetigo och TSS (toxic shock syndrome).

Det flesta människor är någon gång i livet näsbärare av *S. aureus*. Särskilt vanligt är detta hos hudsjuka personer eller personer med nedsatt hudbarriär såsom atopiker och psoriatiker. Kroniskt näsbärarskap ökar risken för postoperativ komplikation vid kirurgi.

MRSA (meticillinresistent *S. aureus*) är en typ av stafylokokker som är resistent mot betalaktamantibiotika (penicilliner, cefalosporiner, karbapenemer). Smitta med MRSA är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen. Smittspridning av MRSA, såväl inhemsk som



Staphylococcus aureus cells (MRSA).

Foto: www.fotolia.se

utländsk smitta, sker ofta på sjukhus men samhällsspridningen ökar. Ökad förekomst av MRSA ses t.ex. vid trångboddhet, kontaktsporter och bland MSM (män som har sex med män). Viktigt att identifiera smitta och förebygga spridning genom att odla frikostigt på sår, bölder och plitor samt att följa basala hygienrutiner vid kontakt med och mellan alla patienter.

I Sverige råder än så länge ett gynnsamt läge vad gäller antibiotikaresistens mot *S. aureus*. Förstahandspreparat är flukloxacillin (Heracilin) med fortsatt cirka 400 känsliga stammar. En stor andel av *S. aureus* är även betalaktamasnegativa och känsliga för fenoximetylpenicillin (Kåvepenin). Fusidinsensitiviteten är låg och kan även utgöra ett lämpligt behandlingsalternativ

vid topiskt bruk. Antibiotikaanvändning ska dock alltid användas rationellt, restriktivt och empiriskt – helst efter odling.

Biofilm, dvs kolonisering av bakterier på ytor och främmande kroppar, utgör ett mekaniskt hinder för immunförsvaret och motverkar sårhäkning och antibiotikapenetrering. Nekrotiska sårytor och vävnader ska därför alltid rengöras, debrideras, excideras, etc för att öka nyttan av insatt antibiotikum.

PORFYRIER

Harris Lempessi, överläkare på medicinkliniken USÖ, uppdaterade oss inom området porfyrier. Porfyrier är en grupp ärftliga sjukdomar orsakade av enzymdefekter i hemsynteskedjan, vilket medför att intermediära metaboliter an-



Region Örebro län
Universitetssjukhuset Örebro

samlas och utsöndras. Symptomen beror på dessa toxiska ämnens effekt på nervsystemet eller huden, eller brist på hem. Laboratorieutredning krävs för att fastställa diagnosen. Man kan dela in porfyrier i hepatiska eller erytropoidea, beroende på vilket organsystem som är drabbat.

Akuta porfyrier ger symtom från nervsystemet. Akuta porfyrier är t.ex. akut intermittent porfyri, porfyria variegata och hereditär kopro-porfyri. De två senare kan också ge hudsymtom. Till hudporfyrier räknas porfyria cutanea tarda (hepatisk), erytropoetisk protoporfyri (erytroid) och kongenital erytropoetisk protoporfyri (erytroid).

Akuta porfyrier ger symtom i form av buksmärter, huvudvärk, vegetativa störningar, psykiatriska symtom, neuropatier eller muskelsvaghet. Attacker inleds ofta av illamående och kräkningar och utlösande faktorer kan vara alkohol, stress, läkemedel eller infektioner. Patienterna följs årligen med blodprover och ultraljud lever.

Hudporfyrier är känsliga för UV-ljus. Porfyria cutanea tarda (PCT) ger skör hud och blåsor, ofta på handryggarna. Erytropoetisk protoporfyri (EPP) debuterar i barndagen och ger inga synliga hudförändringar oftast, men en stickande brännande känsla i huden. Hudsymtomen vid porfyria variegata och hereditär kopro-porfyri kan inte skiljas kliniskt från PCT. Behandling vid PCT innebär upprepad blodtappning eller mediciner med klorokin. Symtomen vid EPP är framför allt ljuskänslighet, men även symtom som gallstenar, D-vitaminbrist, anemi och leverskada kan uppstå.

Anna Josefson, överläkare på hudkliniken USÖ, pratade sedan ytterligare om EPP genom ett patientfall och ytterligare om behandling. Behandling av EPP innebär i första hand information och att förebygga hudsymptom genom att undvika solexponering (heltäckande kläder, ljusfilter på bilrutor). Betakaroten har använts med varierande effekt. Hög dos krävs, 180 mg/dygn hos vuxna. Skydda levern genom alkoholrestriktivitet och hepatitvaccin. Brist på D-vitamin uppstår. Ljusbehandling (hårdning) har tveksam effekt. Studier gällande Afamelatonid finns. Det är en syntetisk α -melanocytstimulerande hormonanalog godkänd i EU för att förebygga fototoxicitet hos vuxna patienter med EPP. Afamelatonid är ett subkutant implantat och sammanfattningsvis är det ett användbart komplement till annan behandling.

Anna pratade också om pseudoporfyri som liknar PCT kliniskt men har normala porfyri-prover. Orsaker till pseudoporfyri är fotosensibiliserande läkemedel, vanligen NSAID, tetracycliner, furosemid, isotretinoin och dapson finns också rapporterat. Obs: symtom kan kvarstå

månader efter seponering. En annan riskgrupp är njursufficienta patienter med hemodialys.

Professionalism och läkarrollen

Kerstin Nilsson, professor, gynekolog och fd ordförande i Svenska Läkaresällskapet talade inspirerande under rubriken "Är tiden ute för professionalism?"

En profession definieras som ett yrke vars auktoritet och status bygger på hög formell utbildning (traditionellt medicin, juridik och teologi). Profession är vidare en beteckning på en yrkesgrupp med vissa gemensamma drag såsom stängning mot andra yrkesgrupper, institutionaliserad kunskap, anspråk på diskretion i arbetslivet. Kännetecknas också av egen kultur, egen etisk kod och ansvar för yrkets utveckling.

Då man har kartlagt svenska professioner har man funnit att läkare har hög trovärdighet men mycket låg autonomi (endast lärare har lägre autonomi). 75% av läkarna anger att den ökande byråkratiska styrningen har negativa konsekvenser för deras kärnverksamhet medan endast 2% anser att den ökande styrningen är positiv.

En professionell organisation och dess medlemmar bör ta ett vidare ansvar inom vårt kompetensområde och bidra till att identifiera de förhållanden i samhället som påverkar människors hälsa. Vår profession bör också samverka med omvärlden, ingen människa är en ö och det kan inte heller en verksamhet vara idag.

Kerstin avslutade med: "Förlora inte modet – utveckla professionalismen!"

Blå tår – är det vaskulit?

Ingela Flytström, med. dr. och överläkare, på hudkliniken USÖ, gav en heltäckande föreläsning om olika orsaker till blå tår och dessutom en fin översikt över aktuell indelning av vaskuliter.

Andra orsaker än vaskulit

Arteriella embolier kan uppstå efter t.ex. kärlinterventionella ingrepp och vid infektös endokardit. Arteriella trombosor kan vara del av antifosfolipidsyndrom (APS). Antifosfolipid-antikroppar ses hos 2% av normalbefolkningen och hos 30% av personer med systemisk lupus erythematosus (SLE). Cirka hälften har hudsymtom. Vid APS förekommer hudmanifestationer som livedo retikularis (vanligast), bensår utan andra riskfaktorer för bensår, Raynauds fenomen, perifera gangrän, purpura och ekkymoser, subunguala blödningar och hudnekroser. Hudsymtomen förklaras i dessa fall framför allt av kärlocklusion. Annan orsak till arteriella trombosor kan vara bakomliggande malignitet (paraneoplastic acral vascular syndrome). Venösa trombosor kan uppstå vid extensiv oklusion av vener i extremitet. Ofta predispo-

nerade faktorer som immobilitet, koagulationsrubbnings, graviditet, trauma eller malignitet. Unilateral smärta, ödem och cyanos som börjar i tårna. Gangrän hos 40–60%. Calcifylaxi ger ischemi p.g.a. kalkinlagring i små kärl i huden med fibros av intima och kärlocklusion. Ses framförallt vid slutstadiet av njursjukdom. Minskat arteriellt flöde och oklusion kan även uppstå vid lokal infektion p.g.a. kompression av kärl (varbildning) och/eller vaskulit. Vaskokonstriktion ger symtom vid akrocyanos, perniosis (chilblains) och chilblain lupus erythematosus. Akrocyanos saknar enhetlig definition, men ger symmetrisk, symtomlös, övergående eller kvarstående missfärgning av fingrar och/eller tår p.g.a. vaskokonstriktion av små kutana artärer och arterioler. Man har en ökad cyanos vid kyla. PAD är ospecifik utan påtagliga förändringar. Idiopatisk form är benign och går oftast över spontant. Sekundär akrocyanos kan ses vid anorexia nervosa och SLE. Akrocyanos är skilt från Raynauds fenomen och är ej bifasiskt. Perniosis (chilblains) är köldutlösta, blåroda makulæ, papler och plaque på tår, fingrar och öron, vanligtvis bilateralt. Akut form med klåda, brännande känsla (speciellt efter uppvärmning), blåsor, erosioner och sår. Låker efter 1–3 veckor. Kronisk form med återkommande cyanotiska papler, makulæ, plack eller noduli på tår och fingrar efter upprepad kontakt med kyla. Ibland ses bara cyanotiska tår. Perniosis (chilblains) drabbar framför allt kvinnor 20–40 år, orsaken är idiopatisk och det försvinner vid varmt väder. PAD visar ödem i dermis, keratinocytnekroser, djupt dermalt lymfocytinfiltrat framför allt runt kärl och ekkrina körtlar och ibland trombosor. Vid chilblains lupus erythematosus är kliniken likartad men histopatologin skiljer. Både PAD och direkt IF är typisk för lupus erythematosus. Ofta har patienten även Raynauds fenomen, fjärlsexantem, fotosensibilitet och diskoid LE. Ofta är det första tecknet på SLE och positiv ANA ses hos 50–60%.

Andra störningar i mikrocirkulationen kan ses vid myeloproliferativa sjukdomar (t.ex. polycytemia vera och essentiell trombocytemi) och kryofibrinogenemi (kryoprotein som bildar precipitat i plasma) med köldintolerans, Raynauds fenomen, purpura, livedo reticularis, akrala sår och gangrän. Kan vara essentiell eller sekundär till malignitet, infektion, kollagenos. Störd mikrocirkulation ses även vid köldagglutinin, en sorts antikroppar som fäster på erythrocyter som klumpas samman. Kan uppstå vid infektioner (t.ex. mycoplasma, EBV), malignitet och kollagenos.

Vaskuliter

Storkärlovaskuliter

Jättecellsartrit/termoporalisartrit är en granulö-

matös vaskulit som huvudsakligen involverar kärl i huvud-halsregionen. Drabbar personer i 50-årsåldern eller äldre. Ofta associerat med polymyalgia reumatika. Purpura, blåsor och nekros liksom hårfall kan efter tid uppträda i området. *Takayasu arterit* innebär granulomatös vaskulit i aorta och dess närmaste förgreningar. Denna drabbar unga och medelålders. Relativt få hudsymtom. Ibland ulcerationer och nekros i ansikte och skalp, men sällsynt. Samtidigt är Raynauds fenomen relativt vanligt. Erythema nodosumliknande lesioner och papler på fingrar kan förekomma.

Vaskuliter i medelstora kärl

Polyarteritis nodosa (PAN) är en nekrotiserande vaskulit i t.ex. artärer som försörjer njurar, lever, hjärta, hjärna, tarm. Cirka 1/3 av patienterna har manifestationer i hud och kärl. Vanligast är livedo retikularis, ofta med ulceration. Andra hudsymtom är urticarialiknande nodulära förändringar, pannikulit, purpura eller ekkymoser. Ofta kan en djup hudbiopsi hjälpa till i diagnosen (om en nodulär förändring tas med). *Kutan PAN* är begränsad till huden.

Kawasakis sjukdom innebär blodkärlsinflammation som kan drabba artärer av i stort sett alla storlekar, inklusive aorta, och koronarartärer är ofta involverade. Associerat med mukokutana symtom och debuterar under barneåren, ofta < 5 års ålder.

Småkärlsvaskuliter

Småkärlsvaskuliterna kan vara isolerade hudvaskuliter eller ingå som delfenomen i en autoimmun systemsjukdom, läkemedelsreaktion, infektion eller malignitet. De är ofta av leukocytoklastisk typ. Vaskulit begränsad till huden har bättre prognos än de med leukocytoklastisk hudvaskulit kopplad till ANCA-associerad småkärlvaskulit, IgA-vaskulit eller kryoglobulinemisk vaskulit.

De *ANCA-associerade vaskuliterna* delas in i granulomatös polyangiit (GPA), mikroskopisk polyangiit (MPA) och eosinofil granulomatös polyangiit (EGPA). Granulomatös polyangiit (GPA) innebär granulomatös inflammation i medelstora och mindre artärer liksom kapillärer och venoler, företrädesvis i övre och nedre luftvägar samt i njurar. I huden ses ibland purpura, vaskulit, subkutana noduli och pannikulit. Vidare orala ulcerationer, speciellt i hårda gommen och gingival hyperplasi. Hudbiopsi visar sällan granulomatös vaskulit, utan ofta nekrotiserande vaskulit med neutrofiler. MPA och EGPA diskuterades inte mer ingående.

Immunkomplexmedierade småkärlsvaskuliter:

IgA vaskulit engagerar framför allt kapillärer, venoler och arterioler i hud, tarm, leder och njurar. Kännetecknas av lokala IgA-depositioner (IF). *Kryoglobulinemisk vaskulit* engagerar framför allt kapillärer, venoler och arterio-

kryoglobulinemi är associerad med reumatiska sjukdomar. *Hypokomplementemisk urtikariell vaskulit* (anti-C1q vaskulit) är oftast begränsad till hudkostymen men kan även drabba lungparenkym och njurar. Kan uppvisa tecken på komplementkonsumtion som ofta kombineras med inre organengagemang.

Utredning av småkärlsvaskuliter

Ofta en typisk klinisk bild (symmetrisk palpabel purpura, blåsbildning, nekros). Hudbiopsi är av stort värde för verifikation av diagnos och vid oklar klinisk bild. Dessutom kan biopsi vara till hjälp för att differentiera mellan olika vaskuliter. Immunfluorescensundersökning av hudbiopsi från färsk hudförändring (<24 h) kan påvisa immunglobuliner och komplement i kärlväggar. Positivt fynd talar för att immunkomplex medierar vaskulitsjukdomen. IgA-deposition styrker diagnosen IgA-vaskulit.

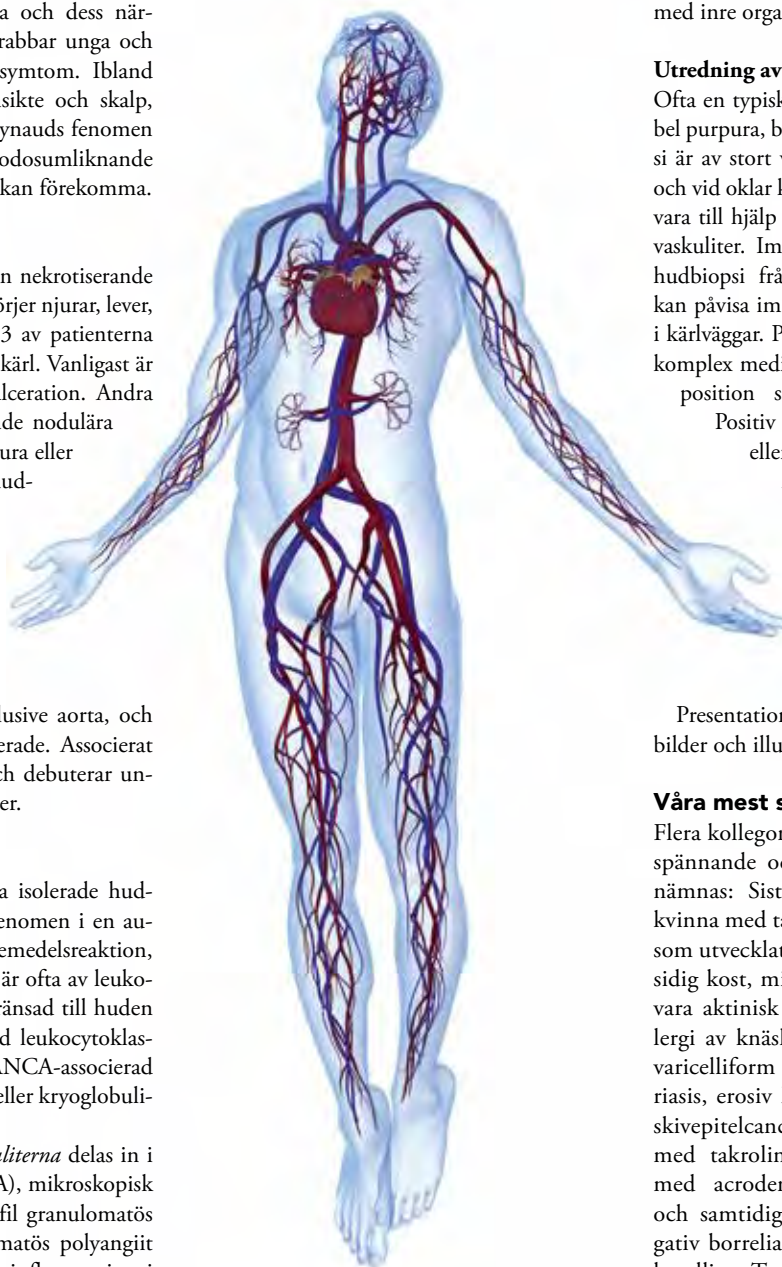
Positiv ANCA kan tala för GPA, MPA eller EGPA medan positiv ANA kan ses vid SLE-vaskulit. PAD vid småkärlsvaskulit visar engagemang av småkärlen i papillära dermis, fibrinoid degeneration, nekros av kärlvägg och neutrofila infiltrat med leukocytoklasi = kärnsplitter.

Presentationen kompletterades med kliniska bilder och illustrerande fall.

Våra mest spännande fall

Flera kollegor från olika kliniker bidrog med spännande och ovanliga fall. Av dessa kan nämnas: Sister Mary Joseph's nodule hos kvinna med tarmcancer, en i övrigt frisk man som utvecklat fulminant skörbjugg p.g.a. ensidig kost, misstänkt vaskulit som visade sig vara aktinisk purpura, systemisk kontaktallergi av knäskydd (diethylthiourea), Kaposi varicelliform eruption av höstblåsor vid psoriasis, erosiv lichen på läpp med övergång i skivepitelcancer under eller av behandling med takrolimus, och slutligen en kvinna med acrodermatitis chronica atrophicans och samtidigt erythema migrans, med negativ borreliaserologi men god effekt av behandling. Tack till alla för era bidrag!

ler i hud, njurar och blodkärl i extremiteter. Redan vid måttligt sänkt temperatur (t.ex. rumstemperatur) uppstår lokala immunglobulindepositioner och kryoglobuliner fälls ut i serum. Monoklonal kryoglobulinemi ses vid lymfoproliferativ sjukdom. Essentiell blandad kryoglobulinemi (polyklonal och monoklonal) är ofta associerad med virusinfektioner, framför allt hepatit C. Blandad polyklonal



Sammanfattat av
Jenny Aldén, ST-läkare
Anna Josefson, överläkare
My Falk, överläkare
Christian Steczkó-Nilsson, överläkare
vid Hudkliniken,
Universitetssjukhuset Örebro

Dermatoskopi Quiz

Då var det dags för ett nytt dermatoskopifall. Skicka gärna era diagnosförslag via mail till: john.paoli@vgregion.se. Facit får ni i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som klarar denna quiz.

Maila in ditt svar till: john.paoli@vgregion.se

senast 16 januari 2017

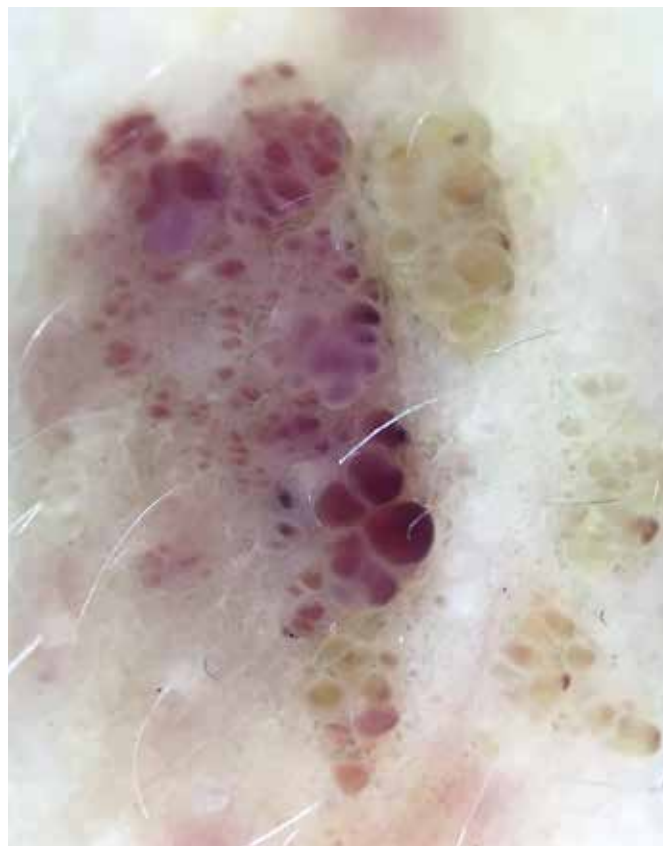
Fall:

Denna 17-åriga kille sökte för en exofytiskt växande lesion som funnits i några år men som nu har ändrat färg de senaste veckorna. Patientens föräldrar vill utesluta malignitet.

Vad är er diagnos?

John Paoli

Överläkare, docent
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Deadline till nästa nummer är 9 januari.

Glöm inte skicka in ditt material i god tid!

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se eller john.paoli@vgregion.se

Annons

Dermatoskopi Quiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 7-2016



Fall:

I förra numret av Dermatologi & Venereologi presenterades detta fall som gällde en 57-årig kvinna som sökte för en växande lesion som funnits i minst ett par månader. Durationen var dock något oklar då den var lokaliserad på baksidan av vänster lår. Patienten sökte främst på grund av besvär med ständiga blödningar från denna exofytiskt växande lesion.

Denna gång vill jag gratulera två kollegor som hade korrekt svar på fallet:

Emil Giertz, ST-läkare, Blekingesjukhuset, Karlskrona

Despoina Kantere, specialistläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ett omnämnande förtjänar även **Klas Agerberg**, ST-läkare, Västmanlands sjukhus Västerås som hade irriterad seborrhoisk keratos som differentialdiagnos.

Stort tack till alla som skickade mig deras diagnosförslag!

Facit:

Med dermatoskopi kunde man inte visualisera några klassiska fynd som talade för en melanocytär lesion. I den icke-ulcererade delen av lesionen sågs ett relativt strukturlöst mönster med multipla punktata kärl omgivna av en vitaktig halo, s k "centered vessels". Detta fynd ses i papillomatösa lesioner såsom seborrhoiska keratoser, kondylom, dermala/kongenitala nevi samt vissa melanom t ex. Lite mer utspritt i denna del av lesionen ses multipla gulbruna comedoliknande öppningar som är vanligast i seborrhoiska keratoser men som även kan ses i vissa melanocytära lesioner med verrukös yta. Ju mer man närmar sig den ulcererade/irriterade ytan kl 8-10, desto mer atyiska blir kärlen. Många är s k "looped" eller "hairpin vessels" som, med denna typ av oorganiserad distribution, pekar mot **irriterad seborrhoisk keratos** vilket också blev den PAD-verifierade diagnosen.

John Paoli

Överläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Svenska
Läkaresällskapet

Bli medlem i Svenska Läkaresällskapet!

**Läs mer på
www.sls.se**

Bli medlem!
För 60 kr/mån är
du med och bidrar
till en förbättrad
vård och hälsa!

Stärk professionens röst i samhället!



SSDV:s styrelse 2016


Ordförande

Katarina Lundqvist
(Lund)


Utbildningsansvarig

Elisabet Nylander
(Umeå)


ST-representant

Markus E.S. Danielsson
(Göteborg)


Vice ordförande

Vakant


**Utbildningsansvarig,
suppleant**

Desiree Wiegler Edström
(Stockholm)


**ST-representant,
suppleant**

Karim Saleh
(Lund)


Sekreterare

William Troensegaard
(Lund)


PDF-representant

Hélène Wolff
(Göteborg)


**Venereologi-
representant**

Arne Wikström
(Stockholm)


Skattmästare

Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)


**PDF-representant,
suppleant**

Lena Holm
(Stockholm)


**Venereologi-
representant, suppl.**

Petra Tunbäck
(Göteborg)


**Redaktör,
hemsidesansvarig**

Christian Steczko Nilsson
(Örebro)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli

Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer

Mats Berg (Stockholm)
Kristofer Thorslund (Stockholm)

Revisorssuppleanter

Margareta Frohm-Nilsson (Stockholm)
Emma Belfrage (Lund)

Representant
Svenska Läkaresällskapet

Katarina Lundqvist (Lund)
Vakant *Suppleant*

Representanter
Praktikerkonsult AB

Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)

Valberedning

Virginia Zazo (Umeå)

Sammankallande

Karin Berggård (Lund)

Oscar Zaar (Göteborg)

SSDV:s kalender 2017

ST-kurs Pediatrisk dermatologi

2017-01-16 - 2017-01-18

Stockholm, Sverige

Hidradenitis suppurativa (HS)

Akademi Utbildning för dermatologer inom hidradenitis suppurativa

2017-01-17

Stockholm, Sverige

**Karolinska Dermatology Symposium -
The Microbiome in barrier health and disease**

2017-01-20

Stockholm, Sverige

**SSDV: Utbildningsdagen,
Sektionen för Venereologi**

2017-01-27

Stockholm, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2017-03-22

Lund, Sverige

ST-kurs: Yrkesdermatologi

2017-03-27 - 2017-03-31

Malmö, Sverige

2nd Nordic Dermoscopy Course

2017-04-06 - 2017-04-07

Göteborg, Sverige

SSDV:s Sydsvenska möte

2017-05-03

Malmö, Sverige

13th Congress of the EADO

2017-05-03 - 2017-05-06

Aten, Grekland

**World congress of
Cosmetic Dermatology**

2017-05-04 - 2017-05-06

Bangladore, Indien

SSDV:s Vårmöte

2017-05-10 - 2017-05-12

Jönköping, Sverige

SFOG-kurs i vulvovaginala sjukdomar

2017-05-15 - 2017-05-17

Knivsta, Sverige

ST-kurs: Psoriasis och Eksem

Lokal-, ljus och systembehandling

2017-09-11 - 2017-09-15

För aktuell kalender, gå in på

www.ssdv.se/kalender

