

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 11 • 3/2017



www.ssdv.se

**SSDV:s vårmöte i Jönköping • Regionalt ST-möte
Behandlingsrekommendationer psoriasis • ST-enkät
SDKO:s resebidrag • Dermatoskopiquiz**



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:**

Kulturhuset Spira, Jönköping, där vårmötet hölls. Platsen framför Spira har en konstnärlig gestaltning i form av ett interaktivt konstverk, Soundflower av Milo Lavén.

Foto: Eva Nordin

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
Vårmötet i Jönköping 2017:	
President för mötet: Helena Wenger.....	4
Hudstans-visan.....	4
Föreläsningar: Malin Assarsson rapporterar ..	6
Intervju: Åsa Kadowaki.....	10
Föreläsningar: Eva Nordin rapporterar.....	13
Bankett: bildkollage.....	20
SPIRA-stipendiet.....	22
ST-priset.....	23
Pedagogiska priset.....	24
Behandlingsrekommendationer psoriasis.....	27
Behandlingsrum för PDT.....	43
Regionalt ST-möte, Eskilstuna.....	44
Nationell ST-enkät 2016.....	49
Ansök om SDKO:s resebidrag.....	50
Kurs för sjuksköterskor och undersköterskor.....	51
Dermatoskopi Quiz.....	53
Dermatoskopi Quiz - Lösning.....	54
SSDV:s styrelse.....	55
Kalender 2017 - 2019.....	56

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

Friskt vågat, hälften vunnet?

En föreläsare under läkarutbildningen (jag tror han var njurmedicinare) sa att personer som kommer in med akut svampförgiftning är antingen svampexperter eller läkare. Svampexperterna för att de tror att de kan, och läkarna för att de tror att de kan allt. Där och då tänkte jag att det aldrig kommer att bli ett problem för mig eftersom jag inte vare sig plockar eller äter svamp.



Under helgen hade jag lovat att hjälpa till med att montera upp en gardinstång. Jag hade gjort det (en gång) förut och tänkte att det här går väl fort att ordna. På plats saknades det mesta. Borrmaskin, borrar, plugg och skruv införskaffades. Enkelt ritades markeringar på väggen där fästen skulle skruvas fast. Borrmaskinen surrade fint och valde snabbt en något annan riktning än vad var tänkt, men låg ändå inom felmarginalen. Efter knappt en cm in i väggen kom jag inte längre. Det bara lät väldigt högt och skakade i maskinen. Borret visade sig vara rundslipat och förverkat. "Aha, dålig kvalitet på borret!" Jag åkte tillbaka och köpte en dyrare och bättre sort. Ytterligare en cm in i väggen tog det stopp igen. Inte ens halva pluggen fick plats. Något irriterad gjorde jag ytterligare en ansats; hålet blev inte djupare men en stor bit från väggen runt hålet vibrerade loss och landade på golvet tillsammans med allt betongdamm som bildats i oproportionerligt stor mängd. Sneglades på det hänflinande hålet i väggen, och med förargliga känslan av att ha misslyckats med denna "enkla" åtgärd, kom jag åter att tänka på föreläsaren från grundutbildningen. I detta fall utan personskador men ändå en felbedömning och underskattning av uppgiftens svårighetsgrad. Det kanske ligger någonting i det han sagt.

Hemsidan

Under hösten har ett mer omfattande arbete med hemsidan påbörjats och mer eller mindre slutförts. Hemsidans tekniska plattform har uppdaterats vil-

ket löst tidigare problem med felkoder och, som kanske vissa av er noterat, felutskick av mail. Vidare har vi skaffat ett helt nytt medlemsregistret. Det nya registret möjliggör sökning och hantering av medlemmar på ett helt annat sätt än tidigare. Registret integreras även med medlemsansökan så att de uppgifter den nya medlemmen lämnar automatiskt överförs till registret efter godkännande. Vi arbetar även med att hitta en smidig lösning för hur fullvärdiga medlemmar enkelt ska kunna rekommendera en ny medlem, i enlighet med beslutet på årsmötet. Hör gärna av er vid eventuella frågor till info@ssdv.se.

I detta nummer

Höstens, och till sidantalet vårt hittills största nummer, domineras av referat från vårmötet i Jönköping. Alla programpunkter finns fint sammanfattade i två referat från vår kollega Malin Assarsson i Jönköping och Mediahusets journalist Eva Nordin. Flera pristagare och stipendiater presenteras separat (och fler presentationer kommer i nästa nummer). Vi får även ett fint fotokollage från den festliga bankettkvällen. Intressegruppen för psoriasis presenterade sitt arbete med behandlingsrekommendationer för systembehandling av psoriasis och dessa finns att läsa i en separat artikel. För er som missade vårdklinikens bejublade underhållning under onsdagens "Buffé surprise" inleder vi ett återkommande inlägg med Per Anders Mjörnbergs dermatovenereologiska sångtexter. Vi får även referat från regionala ST-träffen i Eskilstuna med tema *Dermatoser i mörk och tropisk hud*. Och som vanligt, och alltid lika spännande Quiz.

God läsning!**Christian Steczko Nilsson**

Chefredaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Annons

SSDV:s vårmöte, en återblick

I maj månad begav sig 249 deltagare och därav 128 kollegor i landet till Jönköping för vårt årliga vårmöte. Det var tidig vår i luften och vyerna över Vätterns vattenspegel var hänförande.

Där fick vi ta del av intressanta presentationer från sektioner och intressegrupper samt från ett flertal inbjudna föredragshållare. Det senaste inom klinik och vetenskap presenterades med ämnen från när och fjärran.

Vårmetet ger stora möjligheter till nätverkskapande från norr till söder. Detta kryddat med ett socialt program, en svårslagen höjdare som sent skall glömmas. Sammantaget vill jag å styrelsens och alla medlemmars vägnar än en gång tacka Hudkliniken Ryhov i Jönköpings län, som var våra värdar under dessa dagar, för ett fantastiskt väl genomfört arrangemang i en mycket trivsamt miljö. Stort tack också till alla övriga som bidragit till programmet.

SSDV har glädjen att meddela att en ny hedersmedlem är utsedd. Professor emerita Inger Rosdahl från Linköping som med engagemang och bredd betytt extra mycket för den dermatovenereologiska specialiteten.

Det pedagogiska priset tilldelades i år professor Magnus Lindberg från Örebro.

Vi har haft nöjet och förmånen att dela ut en rad stipendier. Ett av dessa är nyinstitat för i år och inriktar sig mot venereologi där initiativtagare är sektionen för venereologi.

Jag vill tacka alla samarbetspartners som ger SSDV möjligheten att utse nya stipendiater som i sin tur stimulerar och ger möjlighet till excellens inom fortbildning, forskning, kvalitetsarbete samt det viktiga patientnära utvecklingsarbetet. Sammantaget vill vi gratulera alla 18 pristagare 2017.

Föreningens årsmöte hölls under torsdagen. Här beslutade medlemmarna bland annat om nya regler vid ansökan av medlemskap. I årsmötesprotokollet kan ni ta del av alla detaljerna.

Några blänkare från årsmötet som jag kort vill nämna här. **Behandlingsrekommendationer för systembehandling av psoriasis** har tagits fram av intressegruppen för psoriasis. Dokumentet hittar ni i detta nummer och på hemsidan. Det kommer att uppdateras regelbundet och är en stor tillgång vid översikt av tillgänglig psoriasisbehandlingar.

Medlemmarna har beslutat om att inrätta en **intressegrupp för fortbildning**. Överläkare Kirsten Küssner (kirsten.kussner@vgregion.se) på Hudkliniken Uddevalla kommer vara kontaktperson och sammankallande till gruppen som har fått i uppdrag att se över rekommendationer för fortbildning för våra specialister. Vi har några som redan anmält intresse men **här behövs fler som har intresse av att delta i detta arbete**, och vi efterlyser både nyfärdiga och erfarna specialister samt gärna representanter från akademien. Tveka inte, kontakta Kirsten och **anmäl ert intresse**.

Det beslutades också om att inrätta en **intressegrupp för vårdvalsfrågor**. Initiativtagare är Lena Holm som är verksamhetschef på hudmottagningen, Sophiahemmet i Stockholm. Utformningen av arbetsgruppens uppdrag kommer att upprättas i samråd med styrelsen under hösten.

Så mycket mer avhandlades under kongressdagarna, vilket ni kommer kunna ta del av i ett heltäckande reportage i detta nummer av D&V. God läsning!

Bästa sensommarhälsningar!



Katarina Lundqvist

Ordförande SSDV

katarina.lundqvist@med.lu.se

Deadline till nästa nummer är 30 oktober.



Glöm inte skicka in ditt material i god tid!

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

Skriv i tidningen!



Har du något intressant du vill dela med dig av, eller något du funderar över? Tveka inte - skriv och lämna ditt bidrag till tidningen. Text och eventuella högupplösta bilder skickar du till redaktionen.

Då var årets SSDV:s vårmöte avklarat

Vårmötet 2017 är i mål och det blev en kylig vårvecka i Jönköping. Att samla så många kollegor, uppåt en fjärdedel av kåren från hela landet och från olika verksamheter blev nästan som en stor familjeträff. Ett möte där man åter fick uppleva att vi tillsammans förvaltar det kunnande och förhållningssätt som är vår profession. Att ta del av varandras kunskap och erfarenheter och att se unga kollegor träda in på scenen är ett sant nöje.

Värmötesprogrammet följde till stor del en fastställd schablon. Som värdar valde vi de externa föreläsarna, denna gång med ambition att öppna upp mot världen och fokusera på det globala i vår specialitet. Så fick vi bland annat ta del av prof. Hannah Akuffos internationella erfarenhet med bekämpning av leishmaniasis och irakfödde reumatologöverläkare Ahmed Mohammeds presentation om Behçets sjukdom. Tidigare smittskyddsläkare, bokförfattare och tillika präst i svenska kyrkan Per-Erik Åbom gav en historisk exposé över farsoter och epidemier. Lika inspirerande som att öppna vyer mot omvärlden var psykiater och KBT-terapeut Åsa Kadowakis presentation om gränssättningar i rollen som läkare.

Sällskapets sektioner har uppdaterat oss på sina områden, flera fina vetenskapliga arbeten och förbättringsarbeten har presenterats. Priser har delats ut. Vi vet att mer arbete pågår på arbetsplatserna och hur viktigt det är att fler står upp och inspirerar, för det är i möten som förändringar tar sin början.

Att arrangera ett vårmöte för med sig en del planering, arbete och mot slutet även anspänning. Dagarna efter mötet var sköna, men så var även vägen dit. Tillsammans med kollegorna har vi både lärt en del, skapat nya kontakter och haft roligt. Själv har jag glatt mig åt att vara mötespresident. Nu ser jag förnöjt tillbaka på de fyra dagarna, med förhoppning om att många av deltagarna kunde känna igen sig i och inspireras av den motivation, kunskapssökande, frågeställningar och problemformuleringar som kom fram både under de vetenskapliga sessionerna, mötesförhandlingarna och i Per Anders Mjörnbergs texter framförda av kollegorna under buffé surprise (se sångtext och bild från tillfället här bredvid)!

De som inte hade möjlighet att vara med kan njuta av Malin Assarssons och Eva Nordins referat från det vetenskapliga programmet.



Helena Wenger

President för SSDV:s vårmöte 2017



Hudstans

(Mel. "Husvagn" – Claes Eriksson)

Jag har beskådat nästan allt som finns att titta på
svamp, ohyra, vårtor, kvaddlar – syfilis också
om synintrycket inte riktigt stämmer på nåt sätt
så finns som tur ett fiffigt knep att ändå pricka rätt

Man tar en hudstans – och borrar sig en liten bit
Man tar en hudstans – som läggs i formalin och sprit
Man tar en hudstans – ett litet rör med biten i
Man tar en hudstans – och sen så är man fri

Väntan kan bli lång om preparaten blir beresta
våra går till H. Poursasan, en bit norr om Gnesta
kollegorna på bygget här, går "korta" nästan jämt
"Skär inte ner så mycket mer" - vi säger halvt på skämt

Tar man en hudstans – den önskas snittad tunn och fin
Tar man en hudstans – den färgas blå och gredelin
Tar man en hudstans – så kan man köpa sig viss tid
Tar man en hudstans – så skaffar man sig frid

Man har sin bit och duttar dit en droppe järnklorid
och för sin flit man får respit och grunandet tar vid
slår en lov kring nya Rook och kanske några mejl
sen' har man möjligtvis på själva lösningen fått pej

Man tar en hudstans – nåt lymfocytärt
Man tar en hudstans – vad nu det kan vara värt
Man tar en hudstans – med mera undran än av svar
Man tar en hudstans – med sina frågor kvar

Raska tag, ett nytt förslag och granskning under lupp
vår tvekan är av flyktigt slag, här ger man inte upp,
står oss bara orken bi och nyfikenheten styr
snart sänder vi vår biopsi på nya äventyr

Man tar en hudstans – ett hudfans lust tar aldrig slut
Man tar en hudstans – och plockar fram sitt attribut
Man tar en hudstans – ja gärna flera på en gång
Man tar en hudstans – och stämmer upp en sång

(och alla än en gång....reprise)

Annons

Redovisning av vårmötets föreläsningar

President Helena Wenger invigde vårmötet och hälsade alla välkomna till Jönköping tillsammans med kommunfullmäktiges ordförande Anders Hulusjö.

Venereologi: lichen

Först ut som föreläsare var Elisabet Nylander, professor och överläkare vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå som uppdaterade oss kring genital lichen. Hon inledde med en kort historik. Lichen planus (LP) beskrevs första gången 1869, lichen sclerosus et atrophicus (LSA) 1887 och mucosal lichen först 1983. LP i huden uppskattas drabba 0,14–0,78% av befolkningen, oral LP 1–2% och LSA 0,1–1,4%. Dock är troligtvis samtliga sjukdomarna underdiagnostiserade. De vanligaste symptomen vid LSA är klåda, medan vid LP dominerar oftast smärta och sveda. Kvinnor har oftare symptom än män. Vid LSA sitter lesionerna framförallt i vulva, ej vaginalt och förändringar i övrig hud och munslemhinna är ovanligt. Vid LP kan lesioner finnas i vulva, vagina, munslemhinna, esofagus, konjunktiva, hörselgång och är vanliga i övriga huden. Kliniskt ser man vid LSA ofta vita, atrofiska områden, ibland med hyperkeratos. Subkutana blödningar är vanliga. Vid LP syns ofta blåroda områden med vit kant. Det kan även vara glänsande erytem eller sammetsröda erosioner. Ärr förekommer vid båda tillstånden.

Etiologin till LP är okänd, men man misstänker en autoimmun genes där det diskuteras om det rör sig om en systemsjukdom.

Behandling av genital lichen kan vara svår och komplicerad. Det finns ingen kurativ behandling och få vetenskapliga studier, utan det mesta grundar sig på observationer och personlig erfarenhet. Det är viktigt med ett multidisciplinärt omhändertagande där man ser hela patienten, inklusive den psykiska hälsan. Framför allt mucosal LP är en svår sjukdom, som påverkar hela livet. Den enda behandling som har evidens vid mucosal LP är topikala steroider. Det används också kortison peroralt samt olika immunsupprimerande behandlingar som till exempel metotrexat. Biologiska läkemedel är också testade men än så länge finns enbart fallrapporter. Vid LSA finns evidens för ultrapotent kortison och det är då viktigt att undvika både över- och underbehandling. Vid oral LP är det gynnsamt att ha ett samarbete med tandläkare som är specialist i oral medicin och det är viktigt med regelbunden munhygien för att förhindra tandlossning.

Slutligen bör man vid kvarstående sår eller hyperkeratoser som ej svarar på behandling vara frikostig med biopsier då lichen har en malign potential och det kan då röra sig om snabbväxande förändringar. Risken för skivepitelcancer vid LSA uppskattas till 4% och vid oral LP 0,3–3%.

SSAMD: forskning och expertuppdrag

Nästa talare var Mihály Matura, överläkare och chef vid Enheten för arbets- och miljödermatologi i Stockholm, som representerade Svenska Sällskapet för Arbets- och Miljödermatologi (SSAMD). Han gav oss en intressant sammanfattning av SSAMD:s arbete som fokuserar på forskning och olika expertuppdrag. Bland annat tar man fram basdokument om yrkes- och miljömedicin samt olika verktyg för kunskapsspridning

och underlag för beslut. Man utreder skadlig hudexponering av kemikalier samt besvarar remisser, till exempel angående handläggning av handeksem, bildskärmsorsakade hudbesvär samt kontaktallergi mot metallimplantat vid vanliga ortopediska operationer. Sedan 1951 finns det imponerande 90 svenska avhandlingar som rör hudexponering, eksem och kontaktallergi.

SKDG: kontaktallergi

Därefter följde Svenska kontaktdermatitgruppen (SKDG). Först ut var Maria Lagrelius, specialistläkare vid Enheten arbets- och miljödermatologi, Stockholms Läns Landsting, Solna, som pratade om kontaktallergi hos svenska tonåringar. Hon utgick från "BAMSE"-kohorten som är en uppföljning på 16 år av 4 000 barn födda 1994–1996. I studien lapp-testades 2 285 tonåringar och kontaktallergi påvisades hos 15,3%, där nickel var den vanligaste. Andelen med kontaktallergi var alltså nästan lika hög hos tonåringar som hos vuxna och kontaktallergi var vanligare hos de som tidigare färgat håret eller piercat sig. Man fann också ett samband mellan en ökad risk för kontaktallergi om man uppgav besvär med utslag vid kontakt med metall, hårfärg eller hygienprodukter. Kontaktallergi var vanligare hos flickor än hos pojkar, 17,0% respektive 13,4%.

SKDG: sjukskrivningsprocessen

Henrietta Moliner Passlov, kurator vid Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen i Malmö, uppdaterade oss därefter kring sjukskrivningsprocessen. Sverige har ca 200 000 sjukskrivna individer idag, vilket inte är exceptionellt högt ur ett historiskt perspektiv. Anmärkningsvärt är dock det stigande antalet psykiatriska diagnoser. Viktigt att komma ihåg är den så kallade rehabiliteringskedjan, där patienten de första 90 dagarna bedöms utifrån sin förmåga att utföra sitt vanliga arbete eller annat tillfälligt arbete hos samma arbetsgivare. Efter 90 dagar bedöms patienten utifrån sin förmåga att utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare och efter 180 dagar bedöms patienten utifrån sin förmåga att utföra vilket arbete som helst, som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Med "normalt förekommande" avser försäkringskassan i princip alla existerande arbeten, oavsett hur ovanliga de är, vilket gör det svårt att få sjukskrivningar godkända efter dag 180. Det finns dock ett undantag. Om försäkringskassan bedömer att en patient med stor sannolikhet kommer återgå till sitt arbete före dag 366 behålls bedömningen av arbetsförmågan i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. Det är därför väldigt viktigt att vara tydlig avseende detta i intyget. Arbetslösa bedöms alltid i förhållande till hela arbetsmarknaden och man bör därför vara restriktiv med sjukskrivning hos arbetslösa för att inte riskera att de blir utan ersättning.

Fotodermatologi: fotodermatoser

Efter kaffe och utställningsbesök var det dags för Intressegruppen för Fotodermatologi. Desireé Wiegleb-Edström, docent och överläkare och Maria Siekeri Vandikas, specialistläkare, båda från hudkliniken, Karo-

linska Universitetssjukhuset, samt Birgitta Stymne, överläkare, hudkliniken, Linköpings Universitetssjukhus började med att ge oss en uppdatering kring fotodermatoser. En fotodermatos definieras som utslag som kommer efter solexposition i solexponerade områden. Det finns olika orsaker till fotodermatoser: immunologiska reaktioner, läkemedels- och kemikalieinducerade ljuskänsligheter, olika dermatoser som försämras av ljus samt ärftliga sjukdomar som medför defekter i DNA:s reparations-system. Den vanligaste fotodermatosen är polymorft ljusutslag (PMLE) som orsakas av en fördröjd immunologisk reaktion där antigen bildas i huden efter solexposition. Det viktigaste för att ställa diagnosen PMLE är att ta en noggrann anamnes. Man har oftast mest besvär i början av sommaren till skillnad från kutan lupus, som har besvär hela sommaren eller kronisk aktinisk dermatit, som har besvär året runt men mest på sommaren. PMLE kan se ut på många olika sätt med papler, noduli, vesikler, erytem, plack, lichenifiering, samt ibland purpura. Utseendet brukar dock inte variera hos samma patient. Majoriteten av patienter med PMLE har normal MED för UVA och UVB. Som behandling ska man i första hand undvika sol genom att skydda med kläder samt använda solskyddskräm som skyddar mot både UVA och UVB. Topikal kortison kan användas, helst tidigt i förloppet, direkt när man känner att besvären är på gång. Hydroxyklorokin eller ljushärdning med smalbands-UVB (TL01) tre gånger/vecka i fem till sex veckor är ytterligare ett behandlingsalternativ och i svåra fall kan man ge peroral kortison, ibland i kombination med TL01.

Fotodermatologi: D-vitamin

Därefter följde Amra Osmanovic, överläkare på hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset med en föreläsning om D-vitamin. D-vitamin syntetiseras i epidermis efter UVB-exposition (våglängd 290–315 nm) och har som funktion att vidmakthålla calciumbalansen. Det finns en del data som tyder på att det också kan ha skyddande effekt mot can-

cer, diabetes, hypertoni, hjärtsjukdom samt autoimmuna sjukdomar, men sambandet är inte säkerställt. Symptom på D-vitaminbrist kan vara skelettvärk, muskelsvaghet, gångsvårigheter och benskörhet. Prov bör tas på patienter i riskgrupper, framförallt vid symptom. Vid misstanke om D-vitaminbrist bör man kontrollera 25-OH vitamin D i serum, samt S-kalcium, PTH och kreatinin. Olika expertgrupper är inte helt överens om när en D-vitaminbrist blir behandlingskrävande, men enligt Svenska Osteoporossällskapet ska 25-OH vitamin D <25 nmol/L alltid behandlas. Nivåer på 25–50 nmol/L benämns som insufficiens och bör behandlas vid symptom alternativt vid samtidigt lågt kalcium eller förhöjt PTH eller ALP. Nivåer >50 nmol/L behöver ej behandlas. Som behandling rekommenderas D-vitamin peroralt, men ljusbehandling med UVB har också visats öka D-vitaminnivåerna och kan vara ett alternativ i utvalda fall. Nuvarande rekommendation avseende solning utomhus med hänsyn tagen både till D-vitaminsyntes och risk för hudcancer, är att sola max 15–30 minuter, med försiktighet mitt på dagen.

IPD: propranololbehandling

Under eftermiddagen fick vi höra Emma Johansson, överläkare på hudkliniken, Södersjukhuset och Carl-Fredrik Wahlgren, professor och överläkare, från hudkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset representera Intressegruppen för Pediatrisk Dermatologi med en föreläsning om propranololbehandling av infantila hemangiom hos barn. 1–2% av nyfödda och 5–8% av ettåringar har infantila hemangiom, vilket gör det till den vanligaste godartade hudtumören hos barn. De flesta fall är oproblematiske men i 5–10% av fallen leder det till komplikationer. Infantila hemangiom blir synliga de första veckorna efter födseln, får en initial kraftig tillväxt och därefter en långsam tillbakagång. Initialt kan de vara svåra att skilja från andra kärlmissbildningar och det blir då förloppet som är avgörande för diagnosstämningen.



SDKO diskuterar prevention av hudcancer: Filippa Nyberg, Chris Anderson, Johan Gullriksson, Åsa Ingvar och Kari Nielsen.

Foto: John Paoli

Det finns framför allt tre olika hypoteser gällande patogenesen vid infantila hemangiom. Den första är att det sker en somatisk mutation i endoteliala progenitorceller i kombination med mediatorer som ger endotelitillväxt. Den andra är att en placentaltamcellsemboli överförs till barnet där fostermiljön stimulerar embolins proliferation och differentiering. Den tredje är att det beror på en hypoxiinducerad proliferation.

Tidigare behandlades patienter med Prednisolon peroralt 2–5 mg/kg/dygn med svåra biverkningar som följd. År 2008 kom den första publikationen som beskrev propranololbehandling, som numera har blivit förstahandsbehandlingen. Verkningsmekanismen för propranolol är inte helt känd, men tros vara dels en hämmad vaskulogenes/angiogenes genom modulering av VGF och andra tillväxtfaktorer, samt en ökad apoptos genom flera olika signalvägar. Eventuellt sker också en hämning av RAS.

Indikation för behandling finns när ett infantilt hemangiom hotar vital funktion eller rörlighet, ulcererar, blöder eller är smärtsamt, samt vid risk för läkning med dåligt kosmetiskt resultat. Vid multipla hemangiom (≥ 5) bör man göra ultraljud av lever/buk. Utifrån utbredning och lokalisation kan det också krävas ytterligare utredningar, ibland i samarbete med ögon-, ÖNH- eller barnklinik. Insättning av propranolol kan göras på olika sätt, ibland inläggande och ibland som polikliniskt dagvårdsbesök. Innan insättning kontrolleras blodtryck, puls, EKG, tillväxtkurva, blodsocker, allmänt status samt noggrann anamnes. Dosen är vanligtast 1–2 mg/kg/dygn uppdelat på 2–3 doser, med minst 6 timmar mellan doserna. Kontroll av puls och blodtryck 2 timmar efter första dosen och därefter regelbundet under behandling. Behandlingen tolereras oftast väl, men potentiella biverkningar är sömnstörningar, kalla händer och fötter, agitation samt hypoglykemi. Behandlingslängden är individuell, vanligtast från 3–9 månader, ibland upp mot 12 månader och avslutas när tillväxtfasen förefaller vara slut.

SDKO och SveDEN: hudcancerprevention

På torsdagen presenterade Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi, SDKO och Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket, SveDEN en paneldebatt om hudcancerprevention och hur vi ska få fram budskapet i vardagen. Chris Anderson, professor och överläkare, hudkliniken, Universitetssjukhuset Linköping var moderator. Först ut var Åsa Ingvar från hudkliniken, Skånes universitetssjukhus som presenterade epidemiologiska siffror istället för Magdalena Claeson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset som fått förhinder. I världen är hudcancerincidensen högst i Australien och Nya Zeeland, men Danmark, Norge och Sverige ligger alla topp fem i Europa. I Australien ser man att incidensen planat ut sedan 2005, men det är tyvärr inte en trend som hittills syns i Sverige. Samhällskostnaderna för hudcancer uppskattades 2011 till 102 miljoner euro för direkta kostnader (öppenvårdsbesök, vård dygn och liknande) och 75 miljoner euro för indirekta kostnader (produktionsbortfall som följd av sjukskrivningar och dödsfall). Av de indirekta kostnaderna står malignt melanom för 72 av dessa 75 miljoner euro, men bara 22 av de 102 miljoner euro för direkta kostnader.

Hudcancerprevention – vems ansvarsområde?

Därefter pratade Filippa Nyberg, hudläkare, docent och verksamhetschef vid RCC Uppsala Örebro om det något snåriga området vem som är ansvarig för hudcancerprevention. Regeringen är övergripande ansvarig för befolkningens hälsa och har till hjälp bland annat folkhälsomyndigheten och strålsäkerhetsmyndigheten som arbetar med att skydda befolkningen mot UV-strålning. RCC samverkar för sunda solvanor och även andra aktörer, till exempel Cancerfonden arbetar aktivt med frågorna. Då det är många olika aktörer efterfrågas en bättre samverkan.

Strålskyddsmyndigheten: önskad effekt av strålning

Johan Gullriksson från Strålsäkerhetsmyndigheten berättade om deras arbete med att skydda människor och miljön från oönskade effekter av strålning. De bedömer risker, tar fram verktyg för säkrare solbeteende, ökar kunskap, ger råd, utformar regler, samarbetar med andra aktörer och följer forskningen. De undersöker också allmänhetens solvanor och tillsynsvägleder kommuner med solarieansvar. De har bland annat tagit fram flera filmer och en bok om solen, samt en app som hjälper till att beräkna hur länge man kan vara i solen utan att bränna sig.

SDKO: om framtiden

Efter en kortare paneldebatt avslutade Kari Nielsen, överläkare, hudkliniken Helsingborg, med en titt framåt. SDKO arbetar aktivt för att uppmärksammas av organisationer som arbetar med hudcancerprevention och har bland annat blivit inbjudna till ett rådslag om framtidens cancervård tillsammans med sjukvårdsministern. SDKO arbetar bland annat för ett totalt solarieförbud (undantag medicinska) och lagstiftning om krav på UV-skydd i miljöer där barn vistas samt för riskyrken som till exempel förskolepedagoger, takläggare och vägarbetare. Man verkar också för en förordning/föreskrift om en nationell teledermatologisering, gärna kopplat till SVF samt planerar en kurs för kontaktsjuksköterska i en korttidsvariant av motiverande samtal. Förhoppningen är att Sverige, precis som Australien, ska kunna minska hudcancerincidensen framöver.

Hudsjukdom i munslemhinnan

Fredagens program inleddes med Håkan Enochsson, övertandläkare på käkkirurgiska kliniken i Jönköping. Han inledde med en presentation av lichen på läppar och munslemhinna. Det finns flera olika diagnoser som ger ett liknande kliniskt utseende: oral lichen planus (OLP), lichenoid kontaktreaktion, graft-versus-host (GvHD), lichenoid läkemedelsreaktion samt bakteriellt inducerad lichenoid reaktion. En OLP sitter oftast bilateralt, medan en lichenoid kontaktreaktion enbart finns i anslutning till det aktuella materialet. Lichenoid kontaktreaktion kan finnas på insidan av kinder, på tunga, insida läppar men till exempel aldrig centralt i gommen. Vid GvHD syns ofta en lichenoid reaktion i anslutning till tandköttet. En lichenoid läkemedelsreaktion är svår att skilja både kliniskt och histopatologiskt från en OLP. Verkningsmekanismen är okänd och det finns flera teorier, bland annat att det är en direkt toxisk effekt, alternativt en typ IV-allergi. Vanliga läkemedel som kan ge en lichenoid läkemedelsreaktion i munslemhinnan är simvastatin, betablockare, ACE-hämmare, NSAID och anti-malariamedel. En bakteriellt inducerad lichenoid reaktion beror oftast på mikroporositeter i fyllningar där bakterier får fäste. Bakterierna utsöndrar toxiner som ger reaktionen och byte av fyllningarna leder oftast till en klinisk förbättring.

Behandling ges framför allt till patienter med symptom. I första hand bör man optimera munhygien och vid kontaktallergisk reaktion överväga materialbyte. Kortison används lokalt, men vid svåra fall också systemiskt, ofta i kombination med antitymisk behandling. Vid särskilt svåra fall kan det bli aktuellt med annan immunomodulerande behandling. Har man sår som kvarstår länge och inte läker kan kirurgi vara ett alternativ och det är också viktigt att vara frikostig med biopsier då det finns en malignifieringsrisk, som dock är låg.

Födoämnesallergier kan ge flera olika besvär i munslemhinnan. Vanligtast är stickande känsla på läppar, tunga, i gommen samt en svullnadskänsla. Mindre känt är att det finns födoämnesutlöst aftös stomatit, som ger recidiverande sårbildningar i munnen av aftös karaktär efter kontakt med specifika födoämnen, vanligen olika färgämnen men också ägg, mjölk och sädeslag. Ofta får patienten föra matdagbok under ett par veckor för att kunna utröna vad som är orsaken till besvären.

Föreläsningen avslutades med läkemedelsbiverkningar där många läkemedel såsom ACE-hämmare, NSAID, immunsupprimerande och cytostatika kan ge sår i munslemhinnan. Fenytoin, calciumblockare och ciklosporin kan ge gingival hyperplasi och bisfosfonater kan ge osteonekros.

Håkan Enochsson betonade, precis som Elisabet Nylander, vikten av ett multidisciplinärt omhändertagande och att se till helheten när man träffar sin patient. Vi på hudkliniken i Region Jönköpings län är väldigt tacksamma för vårt goda samarbete med Håkan Enochsson och hans kollegor vid handläggning av patienter med besvär i munnen.

Behçets syndrom

Ahmed Mohammed, överläkare, reumatolog på medicinkliniken i Jönköping fortsatte förmiddagens program med en föreläsning om Behçets syndrom. Syndromet är uppkallat efter den turkiska dermatovenereologen Hulusi Behçet som 1937 publicerade en artikel beskrivande den kliniska triaden av aftösa sår i munslemhinna, genitala sår samt uveit med hypopyon, men sjukdomen har egentligen varit känd och beskrivs redan av Hippokrates. Sjukdomen är vanligast i Turkiet med 300 fall/100 000 invånare och år, jämfört med Västeuropa med <1 fall/100 000 invånare och år. I Sverige har vi ca 5 fall/100 000 invånare och år, de flesta med utländsk härkomst. Längs Sidenvägen är det en dominans av män, som oftast är HLA-B51-positiva, medan man i Västeuropa ser en kvinnlig dominans. Vanligaste symptomet är återkommande aftae oralt (98% av patienterna) och genitalt (85% av patienterna). Ca 50% har genitala ärr efter tidigare lesioner och patergireaktion förekommer i 50–60%. Hälften av patienterna får uveit och 85% papulopustulära lesioner i huden. Andra symptom är tarminflammation, tromboembolitendens, artrit/artralgi och CNS-manifestationer. Den aftösa stomatiten är återkommande och smärtande, och läker oftast på 10–14 dagar utan ärr. Den

histopatologiska bilden är oftast ospecifik och svår att skilja från Morbus Crohn. Genitala sår är hos kvinnor oftast placerade på labia majora och minora och hos män på skrotum och penis. De är ofta djupare, större och mer smärtsamma än sår i munnen och läker på 10–30 dagar, vanligen med ärr. I huden kan det, förutom papulopustulära akneiforma förändringar, också förekomma erythema nodosum, superficiella tromboflebitter samt Sweets syndrom.

Positivt patergitest vid Behçet är inte patognomont för sjukdomen utan kan finnas också vid Sweets syndrom, pyoderma gangraenosum samt KML som behandlas med IFN- γ . Det är ca 50% sensitivt och >95% specifikt för Behçet. Patergitest görs genom att sticka 3–5 nålstick på underarmen med 45 graders vinkel, nålstorlek 20G. Testet avläses efter 24–48 timmar och reaktionen är positiv om man ser en rodnad varfylld blåsa >2mm i diameter vid stickstället.

Neurologiska symtom är ovanliga (ca 5% av patienter) och kommer ofta sent i förloppet. Det finns en lång rad av neurologiska symptom associerade med Behçet såsom spastiska pareser, polyneuropati, hemipares, meningoencefalit, talstörningar, huvudvärk och beteendeförändringar. En viktig differentialdiagnos är MS.

Diagnoskriterier för Behçets syndrom är återkommande orala aftae samt två av följande: återkommande genitala sår, ögoninflammation, positivt patergitest och hudmanifestationer. Det ingår också att utesluta annan sjukdom som orsak till besvären.

Behandling är ofta kortison peroralt i tidigt skede, ibland i kombination med topikal kortison samt topikal smärtstillande till sår. Kolchicin lindrar ofta symtom från hud och leder. Azatioprin och ciklosporin är andra alternativ. Methotrexate används ibland vid artriter och även TNF-alfahämmare är testade, men saknar evidens. Prognosen varierar utifrån symtomen men tidigare debut medför ofta sämre prognos. Sjukdomsaktiviteten avtar ofta efter 40-års ålder. Det är viktigt att aktivt



Eva Ljunggren välkomnar till SSDV:s vårmöte i Linköping 2018.

Foto: John Paoli

behandla allvarliga manifestationer då det finns dödsfall beskrivna i stor-kärlsvaskulit och CNS-engagemang av Behçet.

Fallpresentationer som avslutning

Sista punkten för dagen var fallpresentationer från hudkliniken i Region Jönköpings län. Först ut var Helena Wenger och Christina Karlsson som presenterade två fall av Nethertons syndrom. Därefter följde Anna Löwnertz Petersson med en patient med svåra orala aftae som följd av Crohns sjukdom, Malin Assarsson med en patient med Schnitzlers syndrom och slutligen Pernilla Grinnemo som presenterade ett fall av vas-kulit efter ormbett.

Mötet avslutades med att hudkliniken i Linköping hälsade välkomna till nästa årsmöte 30 maj – 1 juni 2018 med fina bilder och musik.

Malin Assarsson

ST-läkare
Hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov,
Jönköping



Möte och att mötas – vad är den gemensamma punkten?

Åsa Kadowaki är specialist i psykiatri och legitimerad KBT-psykoterapeut som grundat nätverket "Läkare med gränser". På den avslutande dagen av SSDV:s vårmöte i Jönköping, höll hon en föreläsning som lockade till skratt och eftertänksamhet kring ansvar, gränser och den professionella rollen.

Hon är en eftertraktad föreläsare och har inför stor publik och på debattsidor enträget diskuterat "curlingsjukvård", professionellt förhållningssätt och "empowerment"; ett begrepp som bygger på tanken att människor har kapacitet att definiera sina egna problem och utveckla lösningsfokuserade strategier.

Vi har fått ett allt omognare samhälle, menar Åsa Kadowaki, där problem som hör livet till betraktas som onormalt och sjukt. Det är inte längre normalt att må dåligt när livet gör ont. Människor söker sig till sjukvården med berättelser om lidande och påfrestningar.

– Och som läkare är vi tränade på att lyssna och bekräfta det patienten säger. Och det är viktigt. Men det är inte alltid så att det är patienten som vet bäst vad som är medicinskt bra för honom eller henne.

Gränssättning

Vi har fått en utveckling, menar hon, där läkare förväntas lindra och behandla alla möjliga åkommor som inte är medicinska. De läkare som har ett gränssättande förhållningssätt riskerar att bli kallade oempatiska, kyliga och nonchalanta.

– Men gränssättning handlar inte om att avstå insatser, utan att bidra med det som är hjälpsamt. Den professionella utmaningen handlar om att avstå en åtgärd då det inte är medicinskt motiverat, utan att för den sakens skull överge patienten med sitt lidande. Jag menar inte att vi ska avstå från psykologisk hjälp eller smärtlindring i till exempel livets slutskede eller inom akutmedicin. Det jag pratar om handlar om situationer som väcker känslomässigt obehag och lidande som inte beror på medicinska orsaker.

Det kan exempelvis handla om en person som är hårt belastad av sitt arbete, har småbarn, drar ett tungt lass hemma och som kommer till läkaren med en berättelse som handlar om sömnproblem och stressrelaterade symtom. Att då förskriva exempelvis lugnande och antidepressiva

läkemedel och kanske ordinera sjukskrivning, ger en lättnad för stunden, men i ett längre perspektiv har behandlingen ingen effekt på de bakomliggande problemen, menar Åsa Kadowaki.



Åsa Kadowaki, specialist i psykiatri och legitimerad KBT-psykoterapeut som grundat nätverket "Läkare med gränser".

Kidnappade av rädslor

Åsa Kadowaki arbetar som konsulterande psykiater och är knuten till ett flertal vårdcentraler i Linköping. En stor del av hennes uppdrag handlar om att stödja och handleda läkare i sin professionella roll och att hjälpa till med kartläggningar och göra second opinions.

– Läkekonst går att återerövra genom auktoritet och på basen av kunskap, kompetens och att vilja väl. Att kunna använda värme och humor istället för att gå i konflikt i mötet med patienten. Jag är genuint intresserad av mina patienter och att stötta och motivera dem för att de ska uppnå en mer hållbar livssituation och nå sina långsiktiga mål.

En viktig uppgift, menar hon, är att hjälpa människor att förstå sambanden mellan hur de tänker om livet och sig själva och hur de beter sig; att förstå sina försvarsmekanismer och missgynnande beteenden, känslor av obehag och att träna sig på att erövra motståndet till sin egen förändring. Det går inte att undvika motgångar eller känslor av obehag och ångest eller rädslor av att inte duga, att missa något, att bli övergiven, att inte vara tillräcklig eller att inte vara värdefull.

– Det finns så många rädslor som kidnappar oss och som får oss att tro att det är något fel på oss. Trygg blir man först när man klarar av att vara rädd och ändå våga ta ansvar och möta sig själv även om det känns obehagligt och är förenat med ångest.

För att veta vilka beslut som behöver tas krävs dock en noggrannare kartläggning av patienten. Åsa Kadowaki brukar vara öppen med hur man går tillväga och är noga med att förankra arbetet hos sina patienter.

– Det är en första gränssättning att man inte med självklarhet går med på patientens beskrivning, utan att man också behöver göra en medicinsk bedömning.

Sedan handlar det om att förklara varför man har fattat ett visst beslut utifrån den kartläggning man gjort och att man stämmer av med patienten innan man lämnar över bedömningen.

Under alla mina år är det ytterst få patienter som lämnat mottagningsrummet i ilska eller besvikelse, många blir istället tacksamma, även om det kan vara en tuff insikt att det liv man lever är ohållbart och kräver förändring.

Läkare med gränser

Hälsö- och sjukvården, menar Åsa Kadowaki, måste bli bättre på att stödja människor att aktivera nya gynnsamma beteenden så att de bättre kan hantera sin livssituation. En grundförutsättning för ett bra samarbete är en respektfull dialog om vilka tankar och känslor patienter har kring en viss problematik, att vara närvarande i mötet och aktivt lyssna och våga lägga ansvaret där det hör hemma.

Hon träffar många AT- och ST-läkare i handledning. Hon upplever att det hos vissa finns en otydlighet i den professionella rollen och en handfallenhet när det gäller gränssättning; att sätta gränser utan att bli otrevlig och föra tillbaka problem som inte är medicinska hos patienten.

Åsa Kadowaki är initiativtagare till nätverket "Läkare med gränser" som hon startade för cirka åtta år sedan. Nätverket har skapat en hemsida (viktigpariktigt.nu) dit vårdpersonal och individer kan vända sig för att hämta kunskap samt stöd i frågor som rör gränssättning och prioriteringar. Här finns även guider, boktips, appar och länktips som kan bidra till att främja individers hälsa och utveckling.

Länktips:

• www.lakaremedgranser.org

• www.viktigpariktigt.nu



Här finns exempelvis ett boktips som handlar om ACT (Acceptance Commitment Therapy), en terapiform som ingår i den tredje vågens beteendeterapi. Budskapet handlar kortfattat om att stödja människor i att träna sig på att acceptera att livet består av smärta och lidande, och att sluta kämpa mot det som inte går att kontrollera. Fokus ligger i stället på att aktivera beteenden som kan ge ett värdefullare liv.

– Min upplevelse hos de som skaffar sig kunskap och går en fortutbildning i till exempel KBT, motiverande samtal eller ACT, är att de blir tydligare i sin professionella roll och bättre på att hjälpa sina patienter.

Åsa Kadowaki riktade under sin föreläsning hård kritik mot styrsystemet New Public Management, NPM, en spretig samling idéer om ekonomiska metoder som gradvis introducerats i offentlig sektor med syftet att göra vården mer kostnadseffektiv och marknadsanpassad.

– Vi utvärderas i procentsatser, pinnar och kundnöjdhet. Och patienten tror att vården är en beställningsenhet som ska tillfredsställa behov och begär och att man har rätt att få det man känner att man behöver. Kundperspektivet ger problem när man associerar ordet med rätten att beställa. Offentligt finansierad vård behöver kopplas samman med tillit till professionen och att prioriteringar och fördelningar görs utifrån medicinska behov.

Eva Nordin
Journalist

Litteraturtips:



Kärlekens ACT
av Russ Harris



Motiverande samtal för hälso- och sjukvården
av Rollnick, Miller



Omsorgens logik
av Annemarie Mol

Annons



Vårmetet i Jönköping

Farsoter och epidemier, leishmaniasis, guldallergi och kontaktallergi mot hårfärger samt nya rön vad gäller systemisk behandling av psoriasis och bensår.

Det är ett axplock av programpunkterna på det omfattande vetenskapliga programmet vid SSDV:s vårmöte i Jönköping i mitten av maj.

Konferensen hölls på det prisbelönade Kulturhuset Spira i Jönköping, ritat av Wingårdh Arkitektkontor. Nära 130 läkare deltog tillsammans med 122 representanter från 32 utställande företag/sponsorer från industrin.

Psoriasis – systemisk behandling

En av de många programpunkterna handlade om de nya rekommendationerna för systemisk behandling av psoriasis. Toomas Talme, docent och överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset, presenterade nya kommande riktlinjer, lyfte fram nyheter samt diskuterade betydelsen av en jämlik vård och behandling över landet.

– Vi har nya spännande läkemedel på väg in de kommande åren. Hur ser vi till att införandet och tillgången till nya läkemedel blir lika i landet?



Toomas Talme, docent och överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Han lyfte även fram Norge där biosimilarer till TNF-alfahämmaren infliximab funnits längre än i Sverige. För drygt två år sedan gjorde Norge en statlig läkemedelsupphandling som pressade priset för biosimilaren till infliximab. Priset hamnade på cirka 70 procent under det för infliximab originalet.

– I Sverige har vi 21 landsting och regioner som gör detta svårt, både vad gäller prissättning och införande, säger Toomas Talme.

Han företräder även intressegruppen för Psoriasis inom SSDV som arbetar för att utveckla nationella behandlingsrekommendationer för psoriasis, för tidig upptäckt av samsjuklighet vid svår psoriasis samt uppföljning av patienter med psoriasis i samarbete med primärvården.

PsoReg

Ewa Wallin, sjuksköterska vid hudmottagningen på Skånes universitetssjukhus i Malmö samt ledamot av styrgruppen för PsoReg, berättade om kvalitetsregistret och nyheter vad gäller mallar och användbarhet.

– Vi har gjort en översköldig instruktionsvideo på vimeo.com/psoreg där vi förklarar

hur man använder registret på bästa sätt. Under hösten planerar vi även att lansera en ny hemsida och i framtiden vill vi se till att uttag av data förenklas och att online-registrering av patienter blir möjligt.

Amra Osmancevic, docent och överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, berättade om Pso-teamet och arbetet med att nå en högre kvalitet när det gäller omhändertagandet av patienter med psoriasis under systembehandling.

– Vi har jobbat hårt och har en bra verksamhetsutveckling. Vi ser nu de goda resultaten med patienter som mår bättre och upplever bättre vård. Kontinuitet, tillgänglighet, helhetssyn, information och kompetens är några av nycklarna.

Rapporteringen till kvalitetsregistret PsoReg har markant ökat, menar Amra Osmancevic och täckningsgraden för alla nyinsatta behandlingar är nu över 80 procent.

– Nu är vi bland de bästa i landet.

Några viktiga övergripande mål för att nå en högre kvalitet, handlar om att följa riktlinjer och se till att skapa och använda vårdplaner för samtliga psoriasispatienter.

– Vi har även insett vikten av att mäta effekten av behandling. Vid första besöket tas alltid PASI innan ljusbehandling sätts in. När systembehandling planeras ska också patienten registreras i PsoReg. Vi ser också betydelsen av att skapa en kontaktsjuksköterskefunktion och att se till att vi har en enhetlig vård på kliniken, säger Amra Osmancevic.

Bensår – en utmaning

Alexandra Forssgren, dermatolog, överläkare och processchef vid Sårcentrum på Skaraborgs sjukhus berättade om ett tvärprofessionellt och strukturerat omhändertagande av sårsmärta, skattning och behandling tillsammans med Hanna Wickström, distriktsläkare, Sårcentrum Blekinge, doktorand vid Lunds universitet. Bägge är styrgruppsmedlemmar i RiksSår.

De lyfte de bakomliggande orsakerna till bensår, hur utredning och behandling av sårsmärta går till.

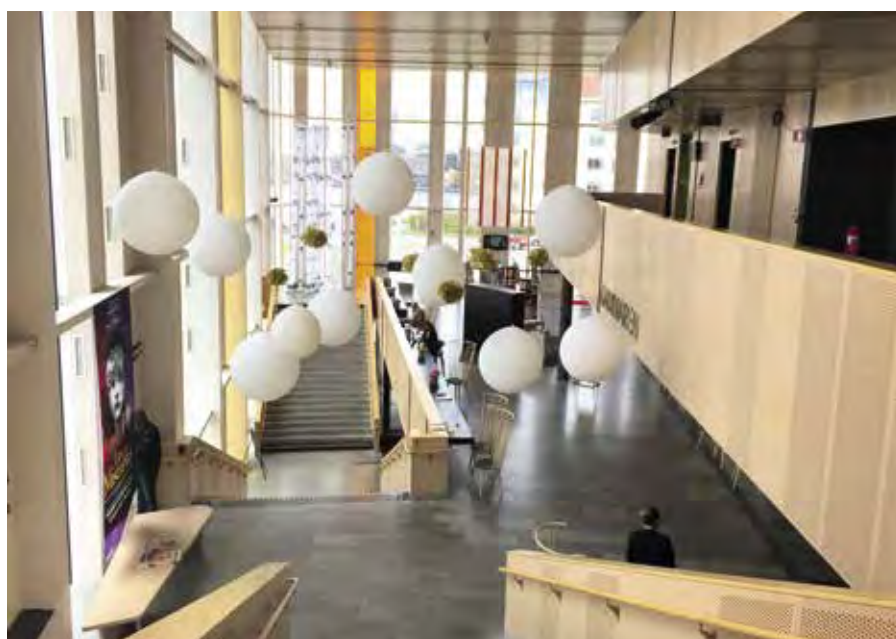
– Diagnostik och behandling av smärta är en stor multidisciplinär utmaning. Många aktörer över klinik- och professionsgränser är inblandade och det krävs ett strukturerat arbetssätt som lyfter vikten av utredning, diagnostik och behandling av bakomliggande orsaker. Samarbetar man så är det möjligt att bota större delen av patienter med bensår, säger Alexandra Forssgren.

Omkring 70 procent av alla bensår är venösa, i huvudsak orsakade av primära åderbräck.

– Det är viktigt att utreda alla bensårspatienter för en korrekt diagnos och behandling. En



Ewa Wallin, sjuksköterska vid hudmottagningen på Skånes universitetssjukhus i Malmö och Amra Osmancevic, docent och överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.



Kulturhuset Spira i Jönköping

tidig utredning ökar chanserna för en snabb läkning. Vi har idag Sårwebben och RiksSår som ett bra stöd för att ställa diagnos. Och till vår hjälp har vi även venös handdoppler som är ett effektivt och enkelt verktyg att använda. Vi har också ett gott samarbete mellan dermatolog, kärlkirurg och allmänläkare.

Tät samverkan och ett strukturerat arbetssätt och omhändertagande har lett till att de venösa bensåren i Skaraborg har minskat från 54 till 24 procent mellan 1988 till 2014.

Sårsmärta

Hanna Wickström berättade om definitionen och olika kategorier av smärta: nociceptiv, neuropatisk, psykogen samt idiopatisk smärta.

– De vanligaste är nociceptiv smärta samt neuropatisk smärta. Det vanligaste vid sårsmärta är den nociceptiva samt neuropatiska smärtan. Den nociceptiva smärtan karakteriseras av en dovt, molande och dunkande smärta. Den neuropatiska upplevs mer som intensivt ilande eller som t ex intermittenta elstötter.

En vedertagen definition av smärta är den som ges av IASP (Internationel Association for the Study of Pain):

”Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada.”

Sårsmärta, störd nattsömn samt inaktivitet är några av faktorer som verkar hämmande för sårsläkning. Vid stresspåslag drar kapillärerna ihop sig och syret till vävnaderna minskar, vilket ökar risken för infektion och försämrar läkningen. Störd nattsömn leder till att den proteinsparande fasen störs och trötthet leder i regel till minskad aktivitet och aptit.

Hanna Wikström redogjorde också för en RiksSår-studie som omfattar 431 patienter med venösa bensår. Vid inkludering i studien angav 57 procent att de haft sårsmärta i mer än tre månader.

– Många upplevde kraftig smärta, men endast 14 procent fick smärtlindring. Sårsmärta är så mycket mer än det fysiska svaret på vävnadsskada. Våga fråga om smärta om du möter patienter med sår, när började det, var är smärtan, hur känns den och vad lindrar? Vi har flera effektiva instrument för att skatta smärta till vårt förfogande, använd dem, säger Hanna Wikström.

I RiksSår, det nationella kvalitetsregistret för svårsläktade sår, menar hon, finns värdefull kunskap och praktiska verktyg som kan säkra kvaliteten och omhändertagandet av patienter med sår.

Sårcentrum i Blekinge, där forskning och behandling av patienter med svårsläktade sår möts, är av Dagens Medicin utsedd till årets förnyare och vinnare av Guldkalpen 2017.



Hanna Wickström, distriktsläkare, Sårcentrum Blekinge och Alexandra Forssgren, dermatolog, överläkare och processchef vid Sårcentrum på Skaraborgs sjukhus.

Kontaktallergi av hårfärger och guld

Annarita Antelmi är hudläkare och specialist i arbets- och miljömedicin vid yrkes- och miljödermatologiska avdelningen på Skånes universitetssjukhus. I mars i år disputerade hon vid Lunds universitet på en avhandling om permanenta hårfärger: exponering, diagnostik och prevention av kontaktallergi.

– Redan på egyptiernas tid användes henna för att färga håret. Även romarna använde sig av växtbaserat extrakt vid hårfärgning. Idag är marknaden av hårfärger enormt stor och vi har sex olika kategorier av hårfärger. Kontaktallergi mot hårfärger är ett problem både bland dem som färgar hår och hos dem som låter färga håret.

Avhandlingen som innehåller fyra delstudier har fokuserat på hårfärgsallergi, vad människor exponeras för, hur diagnostiska tester för allergi kan utformas och hur exempelvis frisörer bäst kan skydda sig.

Permanent hårfärger innehåller starka allergener. De vanligaste är parafenylendiamin (PPD) och 2,5-toluendiamin (2,5-TDA).

Forskargruppen har studerat koncentrationen av 2,5-TDA samt PPD i 52 hårfärgsprodukter som säljs i 11 länder i och utanför Europa.

– Produkterna analyserades kemiskt för att kontrollera om innehållsdeklarationen stämde med innehållet.

Resultaten visar att testning avseende hårfärgsallergi kan förbättras. Hårfärger köpta utanför Europa eller på nätet kan innehålla högre koncentrationer av allergiframkallande hårfärgsubstanter än vad som rekommenderas.

När det gäller diagnostik visar avhandlingen att PPD 1,0 procent har visat sig vara ett bättre spårämne än 2,5-TDA.

– De fria formerna av PPD och 2,5-TDA verkar diagnostisera mer kontaktallergi än respektive salt.

Resultaten möjliggör även bättre råd till frisörer med tanke på sekundärprevention.

– Vid in vivo-tester har nitrithandskar visat sig ge bästa skydd och bör rekommenderas till frisörer vid hårfärgning, säger Annarita Antelmi.

Ann-Kristin Björk, sjuksköterska, på yrkes- och miljödermatologiska avdelningen på Skånes



Ann-Kristin Björk, sjuksköterska och Annarita Antelmi, hudläkare, båda på Skånes universitetssjukhus..

universitetssjukhus, disputerade vid Lunds universitet i januari i år på avhandlingen "Patch testing with metals with focus on gold".

Ann-Kristin Björk har undersökt vissa basala begrepp som är viktiga vid epikutantestning. Hon har även velat finna vetenskapliga bevis för dessa samt få mer kunskap om kontaktallergenets guld.

– Metallallergi tillhör våra vanligaste kontaktallergier. Allra vanligast är nickelallergi. I Malmö där vi testar guld i basserien är guldallergi den vanligaste kontaktallergin för metaller.

Kontaktallergifrekvensen för guld brukar ligga på cirka 10–15 procent bland eksempatienter. I Sverige testas dock inte guld rutinmässigt i basserien, trots att det är ett så vanligt allergen, menar Ann-Kristin Björk. Ett viktigt skäl är att det är svårt att finna säker klinisk relevans för allergenet. Individerna får vanligen inte eksem av sin guldallergi i vardagen.

För vissa patientgrupper kan en kontaktallergi mot guld vara särskilt viktigt att känna till. Guldallergi är vanligare bland kvinnor än bland män och vanligare med stigande ålder.

– Intressant är också att man har funnit en relation mellan lichenoida reaktioner i munslimhinnan och kontaktallergi mot guld. Guldallergi, liksom nickelallergi, är också känt för att kunna ge systemiska reaktioner, det vill säga reaktioner på lokaler som inte primärt är i kontakt med allergenet och där distributionen sker via hud, slimhinna eller blod. Mer kunskap behövs dock för att förbättra vår förmåga att avgöra när vi ska rekommendera att epikutantesta med guld då denna allergi kan ge så skiftande och diffusa symtom, säger Ann-Kristin Björk.

Leishmaniasis – globalt perspektiv

Hanna Akuffo är professor i parasitologi vid Karolinska Institutet och har en ledande position på Sidans enhet för internationellt samarbete kring forskning om tropiska sjukdomar.

Hon har bott över 30 år i Sverige. I mitten av 80-talet forskade hon om sjukdomen lepra i Etiopien där hon träffade sin svenske man och flyttade till Sverige 1986.

Förra sommaren var Hannah Akuffo värd i P1 då hon i sitt radioprogram berättade om sin

livsresa från Ghana via London till Sverige.

Hannah Akuffo kallar sig för "leishmaniac" på grund av sitt stora intresse för forskning om leishmaniasis, infektionssjukdomar som sprids av sandmyggor och orsakas av minst ett tjugotal olika protozoer av släktet leishmania.

I många tropiska och subtropiska länder orsakar infektionerna en omfattande sjukdoms- och dödsbörda. Efter malaria är leishmaniasis den parasitsjukdom som skördar flest liv i världen.

Sjukdomen förekommer inte i Sverige, men har diagnostiserats hos personer som vistats i Medelhavsområdet liksom i tropiska och subtropiska områden.

Leishmaniasis kan orsaka svårläkta sår, hudförändringar, förstörelse av slimhinnor och även leda till döden i sin svåraste form.

Inkubationstiden varierar från någon vecka till flera år.

Det är en så kallad vektorburen zoonos som kan överföras mellan djur och människa och är ett stort gissel för framförallt världens fattigaste befolkning. Såväl diagnostik som behandling är ofta komplicerad.

Något vaccin finns inte varför enda förebyg-



Hanna Akuffo är professor i parasitologi vid Karolinska Institutet och Jesper Svefors, överläkare på Infektionskliniken vid Länssjukhuset Ryhov.

gande åtgärd är att man skyddar sig mot insektsbett när man vistas i endemiskt område.

Hannah Akuffos föreläsning handlade om olika typer av leishmaniasis; från den självläkande formen kutan leishmaniasis (CL) till den allvarigare formen visceral leishmaniasis (VL) som kan leda till döden, även kallad kala-azar. Den visceral formen är också associerad med ett utbrett engagemang av huden kallat "post-kala-azar dermal leishmaniasis" (PKDL), ett tillstånd som kan uppkomma efter utläkt sjukdom.

Under föreläsningen tog Hannah Akuffo även upp parasitsjukdomens livscykel, patogenes, epidemiologi samt klinisk bild.

Fallbeskrivningar

Jesper Svefors, överläkare på Infektionskliniken vid Länssjukhuset Ryhov, redogjorde för hanteringen av två fall av kutan leishmaniasis tillsammans med kollegan Per Anders Mjörnberg, överläkare vid hudkliniken.

Ett av fallen var en flicka från Syrien.

– Hon remitterades till vår infektionsmottagning från vårdcentralen 2013. Hon hade

impetigo-liknande förändringar som var mer än fem centimeter stora på kinden och vi hade en stark misstanke om att det rörde sig om kutan leishmaniasis.

Flickans pappa var apotekare och hade själv behandlat flickan med intralesionell megluminantimonat med viss framgång, men läkemedlet tog slut och i Sverige blev flickan sämre.

– Även om infektionen i regel läker ut av sig själv tar det lång tid och kvarlämnar ofta fula ärr. Så vi ville ge henne behandling, och även hennes bror som också var drabbad, säger Jesper Svefors.

I samarbete med kollegor på hudkliniken diskuterades diagnostik och behandlingsmöjligheter. Kontakter togs även med Hedvid Glans på Kärnsjukhuset i Skövde samt Leif Dorevall på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Även tropiklabbet vid Länssjukhuset anlätades.

Diagnostiken genomfördes med direktmikroskopi, odling samt PCR i RPMI medium.

– Man fann rikligt med amastigoter i direktmikroskopi och labbet lyckades odla fram promastigoter inom ett par dygn. Efter typning från Smittskyddsinstitutet fick vi svaret

att det handlade om leishmaniasis tropica. Rekommenderad behandling blev intravenöst pentostam i minst tio dagar, säger Jesper Svefors.

Sammanfattningsvis konstaterade Jesper Svefors och Per Anders Mjörnberg att provtagning är förhållandevis odramatisk och tekniskt enkel. Slutresultatet blev påfallande gott, trots ärrinslag.

Det finns stora fördelar med en tät samverkan mellan hudläkare, infektionsläkare, tropik-BMA samt barnläkare.

– Det gäller att ha tålamod, hudläkning tar tid. Det är också viktigt med en tät uppföljning en, tre, sex och tolv månader efter insatt behandling. Vi arbetar även för att uppföljande återbesök ska ske med både hud- och infektionsläkare närvarande tillsammans, säger Jesper Svefors.

Farsoter och epidemier

Per-Erik Åbom är sedan sju år pensionerad infektions- och smittskyddsläkare samt präst i Svenska kyrkan. Han behöver inte längre stressa till jobbet, utan kan till sin glädje ägna tiden

åt sina stora intressen: att på veckorna hålla föredrag om sjukdomar i Gamla testamentet samt hoppa in som präst på söndagar.

För drygt två år sedan utkom hans senaste bok: "Farsoter och epidemier: en historisk odysse från pest till ebola".

I den beskriver Per-Erik Åbom både gångna och nutida farsoter.

Smittsamma sjukdomar i form av epidemier eller pandemier har varit mänsklighetens följeslagare från bibliska tider in i våra dagar. På vårmötet i Jönköping höll han en uppskattad och underhållande föreläsning: "En historisk odysse från pest till zikavirus".

– Jag har länge varit intresserad av smittskydd och vad som står i bibeln. Sent i livet utbildade jag mig till teolog vid Lunds universitet och blev prästvigd år 2000 i Växjö domkyrka.

Per-Erik Åbom inledde sin föreläsning med att berätta om Moses och kopparormen som skildras i Fjärde Moseboken. Moses ledde det judiska folkets uttåg ur Egypten och den 40-åriga ökenvandringen mot det utlovade landet Kanaan. Under vandringen stötte israeliterna på en rad besvärligheter och umbäranden som de bittert klagade över. Gud ilsknade då till och sände som straff en mängd giftormar som ringlade sig in i lägret, många blev bitna och dog. Moses bad för sitt folk och Gud svarade: "Gör dig en orm och sätt upp den på en påle. Den som har blivit ormbiten och ser på den ska leva".

– Moses virade då en orm runt en lång stång och lyckades förhindra fler dödsfall ute i öknen. Man kan säga att redan på 1200-talet före Kristus visade Moses hur man hanterar Dracontiasis, även känt som guineamaskinfektion. Så gör man än idag.

Infektionen sker vid intag av vatten som innehåller vattenloppor som bär på guineamasklarver. Efter ungefär ett år utvecklar den smittade en smärtsam brännande känsla med blåsor på huden, oftast på den nedre extremiteten. Masken tar sig sedan ut genom huden över en period av ett antal veckor.

Parasitsjukdomen är på god väg att utrotas; från cirka 3,5 miljoner fall 1986 till 25 fall 2016.

Per-Erik Åbom tog även upp pestsjukdomarna och historiska epidemier; den Justianska pesten som bröt ut i Kina och som på 540-talet nådde det Bysantinska riket och spreds över Europa; digerdöden, även kallad svarta döden, som kom till Europa i mitten på 1300-talet och härjade i omgångar fram till 1700-talet; samt Oceanernas pest som spreds med ångfartygen till hamnstäder över hela världen från slutet av 1800-talet till mitten av 1900-talet.

– Albert Camus har mästerligt skildrat ett pestutbrott i Nordafrika i romanen Pesten.

Även Giovanni Boccaccio har skildrat hur



Moses och kopparormen.



Per-Erik Åbom, pensionerad infektions- och smittskyddsläkare samt präst i Svenska kyrkan.

staden Florens drabbades av pesten. Skildringen är en bakgrund till berättelserna i Decamerone som skrevs i mitten av 1300-talet.

Per-Erik Åbom berättade även om kolerans framfart i historien och hur Sverige drabbades till följd av den kraftiga urbaniseringen.

Koleran riskerar fortfarande att blossa upp i krigszoner och vid naturkatastrofer.

Den avslutande delen av föreläsningen handlade om influensapandemierna och om beredskapen inför nästa stora pandemi.

– Frågan är inte om utan när den kommer. Min gissning är runt 2025, men då kan jag och många över 60 år känna sig relativt trygga eftersom vi redan har ett skydd efter asiaten.

Influensapandemin räknas som en av tre pandemier under 1900-talet och bröt ut 1957. Den spred sig över världen och orsakades av en virustyp som även orsakade spanska sjukan.

Text och foto: Eva Nordin
Journalist

Annons

Vårmötets

BANKETT

Foto: Albert Duvetorp



Per Anders Mjörnberg samtalar med Eva Ljunggren.



Casper Tarras-Wahlberg håller tal.



Chris Anderson, Åke Svensson och Kirsten Küssner.



Petra Kjellman, Anne Wetter, Anders Nygren och Åsa Ingvar.



Helena Stålhammar, Helena Wenger och Marie Felke.



Klas Agerberg, Christian Steczko Nilsson och Arne Wikström.



Albert Duvetorp, Malin Assarsson och Pernilla Grinnemo.



Magnus Bruze håller tal.



Lena Wanger, Ylva Enström och Filippa Nyberg.



Markus ES Danielsson tar emot avtackningsgåva från SSDV:s ordförande.



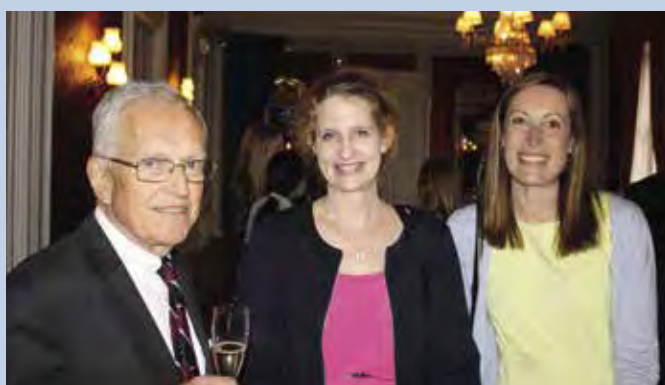
Margaretha Modén och Toomas Talme.



Eva Ljunggren, Katarina Lundqvist och Mari Berglind.



Karim Saleh, Markus ES Danielsson (numera även Darlington i efternamn) och John Paoli.



Casper Tarras-Wahlberg, Pernilla Grinnemo och Malin Assarsson.



Katarina Lundqvist och Sinja Kristiansen.

SPIRA-stipendiet

– för bättre omhändertagande av patienter med svåra hudsjukdomar

SPIRA-stipendiet instiftades 2014 av biopharmaföretaget AbbVie tillsammans med specialistläkarföreningen Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi. Stipendiesumman är 150 000 kr och tillfaller i år fyra stipendiater.

Syftet är att främja och belöna insatser som förbättrar omhändertagandet av personer som lever med hudsjukdomarna psoriasis och hidradenitis suppurativa (HS).

– Vi vill lyfta fram och sprida nya sätt att arbeta där man prioriterar insatser som direkt kan göra nytta för personer med psoriasis och HS. Samtidigt som vi utvecklar vården för att skapa en jämlik vård vill vi också ge en patientcenterad vård genom att i större utsträckning involvera patienten vid sjukdomar som kräver ett holistiskt synsätt på grund av ökad risk för samsjuklighet, säger Katarina Lundqvist, ordförande i SSDV.

Två av de fyra pristagarna var med på SSDV:s vårmöte i Jönköping: Balázs Hodosi vid hudkliniken på Centralsjukhuset i Karlstad samt Petra Tunbäck vid hudkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.

Patientnära insatser

SPIRA-stipendiet är helt inriktat på patientnära insatser och Psoriasisförbundet deltar i arbetet med att utse stipendiaterna. Stipendiaterna tilldelas SPIRA-stipendiet med följande motiveringar:

Balázs Hodosi: **”Uppföljning av Värmlands psoriasisskola”**: För ett unikt projekt som ger insikt i nyttan av patientutbildning från flera års omfattande arbete. Genom tvärfunktionellt deltagande i utbildningen finns även potentialen att arbetet leder till ett utökat teamarbete i enlighet med patientens behov.

Petra Tunbäck: **”Undersökning av riskfaktorer och samsjuklighet vid psoriasis – ett strukturerat förbättringsarbete”**: För ett visionärt och strukturerat arbetssätt i utvecklingen av psoriasisvården och teamet. Genom kartläggning av samsjuklighet görs riktade insatser som bland annat kan leda till ett utökat samarbete med primärvården.



Balázs Hodosi och Petra Tunbäck var på vårmötet och tog emot SPIRA-stipendiet.

Foto: Eva Nordin

Karin Berggård och Meirav Holmdahl vid hudkliniken på Skånes universitetssjukhus i Lund (var inte med på vårmötet i Jönköping): **”Vårdutvecklande insatser för psoriasis/HS-klinik”**: För en vidareutveckling av en psoriasis/HS-klinik där sköterskemottagning, utbildning och regionala riktlinjer ingår. Klinikens insatser skapar goda möjligheter att hitta inspirerande lösningar att sprida på nationell nivå.

Om SPIRA-stipendiet

Stipendiet har instiftats av AbbVie och SSDV, Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi, för vårdutvecklande insatser inom psoriasis och hidradenitis suppurativa. Syftet med stipendiet är att främja och belöna insatser som förbättrar vården för personer som lever med dessa sjukdomar. SPIRA-stipendiet går till specialister, ST-läkare och sjuksköterskor inom dermatologi. Stipendiesumman är 150 000 kr och stipendiet delas ut vid SSDV:s Vårmöte. Stipendiaterna utses av en kommitté som består av Katarina Lundqvist, ordförande SSDV; Veronika Lindberg, Psoriasisförbundet; Tore Särnhult, Hallandskustens Hudmottagning, Kungsbacka; Amra Osmancevic, Hudkliniken SU/Sahlgrenska, Göteborg och Soile Kangasniemi, Hudmottagningen NU-sjukvården, Uddevalla.



Albert Duvetorp, Anders Nygren, Julia Fougelberg och Wasim Jamil.

Foto: Eva Nordin

Fyra stycken tilldelades ST-priset under vårmötet 2017

I samband med SSDV:s vårmöte i Jönköping uppmärksammades och prisbelönades fyra ST-läkare för sina förbättrings- och vetenskapliga arbeten.

Albert Duvetorp

hudkliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping:
"PSOSAM – psoriasis och sam-sjuklighet".

Anders Nygren

hudkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset:
"Swedish children with hereditary angioedema report good overall health and quality of life despite symptoms".

Julia Fougelberg

hudkliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset:
"Stressig jourverksamhet blev stimulerande utbildningsmiljö".

Wasim Jamil

hudkliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro:
"Effects of time and recall of patch test results on quality of life (QoL) after testing. Cross-sectional study analyzing QoL in hand eczema patients 1, 5 and 10 years after patch testing".

Årets mottagare av SSDV:s pedagogiska pris

Professor Magnus Lindberg, verksam som lärare på läkarutbildningen vid Örebro universitet samt överläkare på hudkliniken, vid Universitetssjukhuset i Örebro, tilldelades SSDV:s pedagogiska pris efter nomineringar från kollegor.

Magnus Lindberg prisbelönades med motiveringen:

"Han har under hela sitt yrkesverksamma liv brunnit för forskning och utbildning. Med sitt lugn, sin pondus, sin breda kunskap och sitt varma sätt inger han förtroende och skapar trivsel. Magnus Lindberg är involverad i all forskning och utveckling inom dermato-venereologin i Örebro. Han har varit starkt drivande i utformningen av innehållet i läkarutbildningen i Örebro, vilket medfört att det dermato-venereologiska området fått stor plats.

Han uppskattas stort för sina många och återkommande föreläsningar för studenter, kollegor och annan vårdpersonal. På kliniken är Magnus Lindberg en stor inspirationskälla genom att alltid se möjligheterna i små som stora projekt. Han har en positiv nyfikenhet och ett genuint människointresse och lyfter ständigt fram vikten av utrymme för forskning och utveckling, en bra motvikt mot dagens produktionskrav. Magnus Lindberg har alltid tid att svara på frågor och att dela med sig av sin erfarenhet. Magnus Lindberg har varit handledare i en rad skilda projekt, alltifrån områden som molekylärbiologi, epidemiologi till livskvalitet vid hudsjukdomar.

Med anledning av sin stora bredd inom forskning och utbildning och mångåriga insats för dermatologins utveckling både lokalt och nationellt är Magnus Lindberg en värdig mottagare av SSDV:s pedagogiska pris 2017".

Fler pristagare / utmärkelser presenteras i nästa nummer av tidningen Dermatologi & Venereologi.



Magnus Lindberg, stolt mottagare av det pedagogiska priset som delades ut under vårmötet.

Foto: Eva Nordin

Annons

Annons

SSDV:s behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis

Giltig till maj 2019

Intressegruppen för Psoriasis har på uppdrag av SSDV arbetat med framtagandet av nya behandlingsrekommendationer för systembehandling av psoriasis. Dessa presenterades i samband med Vår-mötet 2017 och publiceras här i sin helhet.

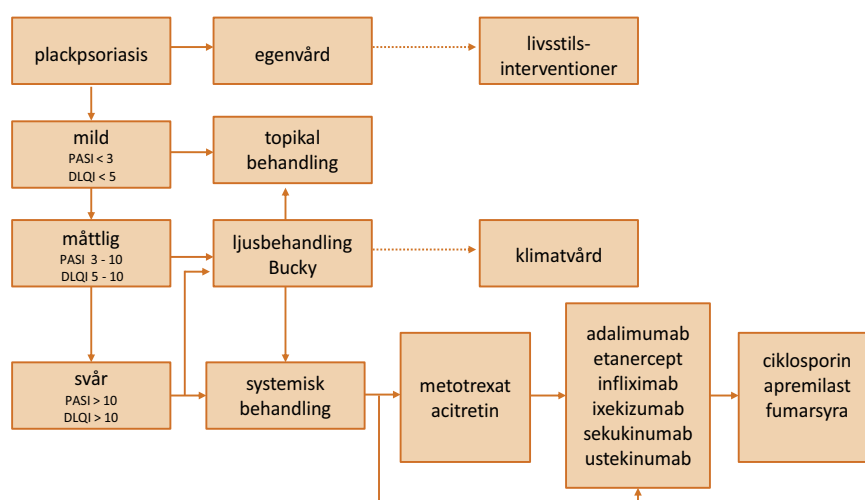
Introduktion

På uppdrag av SSDV har det bildats en intressegrupp för psoriasis i syfte att utarbeta och regelbundet se över rekommendationerna för behandling av psoriasis. Vi har i första hand valt att fokusera på systemisk behandling av psoriasis där det skett de största förändringarna. Vad gäller topikal behandling och ljusbehandling (UVB, PUVA) så hänvisar vi till Läkemedelsverkets riktlinjer från 2011 [1]. Våra rekommendationer är baserade på de studier som ligger till grund för registrering av läkemedlen hos EMA, europeiska S3 guidelines [2] samt brittiska guidelines [3,4] och är ett resultat av en strukturerad konsensusprocess. Rekommendationerna är delvis skrivna i tabellform för att vara lätthanterliga och användbara som beslutsstöd i den kliniska vardagen. Rekommendationerna kan ses som en motsvarighet till andra nationella guidelines och är tänkta som ett komplement till kommande nationella riktlinjer för psoriasis. Vad gäller biverkningar så har vi valt att ta upp ett urval av dessa och vi hänvisar till FASS för en fullständig information om respektive läkemedel.

Det finns ett stort behov av rekommendationer från professionen för att underlätta valet av systembehandling eftersom antalet behandlingsalternativ för psoriasis ständigt ökar och då det tillkommit biosimilarer som alternativ till etablerade behandlingar. Rekommendationerna försöker också möta behovet av ett stadigt ökande och förändrat kunskapsläge om psoriasis, handläggande av samsjuklighet, implementering av WHO-resolutionen och samarbete med patientföreningar.

Flera epidemiologiska studier har visat att utöver somatiska och psykologiska aspekter är framför allt livskvaliteten påverkad hos patienter med psoriasis. Många patienter är inte nöjda med sin behandling trots regelbunden kontakt

Behandlingsschema



Figur 1: Översikt över möjliga behandlingar vid kronisk plackpsoriasis.

Basterapi i form av mjukgörande och egenvård ingår i all behandling av psoriasis. Till patienter med mild psoriasis rekommenderas i första hand topikal behandling. Psoriasis lokaliserad till ansikte, genitalia, hårbotten, händer eller fötter minskar i särskild grad patientens livskvalité. Konventionell systembehandling kan därför redan övervägas för patienter med måttlig psoriasis där topikal behandling och/eller ljusbehandling gett otillräcklig effekt eller vid återkommande snabba recidiv. Hos patienter med måttlig-svår psoriasis kan man överväga att sätta in biologiska läkemedel om annan behandling har visat sig vara otillräcklig. För sekukinumab och ixekizumab är den kliniska erfarenheten och observationstiden kort vilket är anledningen till att de i nuvarande läge inte rekommenderas som förstahandsval trots övertygande effektdata. Ciklosporin kan användas för att kuera psoriasisiskov men är mindre lämplig för behandling under längre tid p.g.a. risk för njurpåverkan. Fumarisyr eller apremilast kan ges till patienter som inte svarat på metotrexat, acitretin eller ciklosporin och där behandling med biologiska läkemedel inte är aktuell.

med en dermatolog [5-8]. Det understryker vikten av att finna en effektiv behandling som även fungerar på lång sikt.

Historiskt sett har behandlingen av psoriasis oftast följt en trappstegsmodell där första steget innebär utvärtes behandling. Vid otillräcklig effekt trappades behandlingen upp via ljusbehandling och konventionell systembehandling till biologiska läkemedel. Denna behandlingsstrategi medförde att det ofta tog lång tid att uppnå effektiv behandling framförallt för patienter med svår psoriasis och är en orsak till att många patienter varit underbehandlade [8]. Vi rekommenderar nu ett nytt behandlingsschema som utgår ifrån svårighetsgraden av patientens psoriasis mätt

med PASI (Psoriasis Area and Severity Index) och påverkan på livskvaliteten bedömd med DLQI (Dermatology Life Quality Index) (Figur 1). Val av behandlingsnivå bör vara direkt relaterad till svårighetsgraden av psoriasis. Mild psoriasis, som är den vanligaste formen, svarar i de flesta fall effektivt på utvärtes behandling. Det är dock viktigt att ta hänsyn till att även en icke så utbredd psoriasis kan vara behandlingsresistent mot utvärtes behandling och väsentligen minska patientens livskvalité. Ett exempel på detta är psoriasis lokaliserad till ansikte, genitalia, hårbotten, händer och fötter. I dessa fall bör en annan behandling övervägas. Endast utvärtes behandling är inte adekvat för patienter med svår utbredd kronisk psoriasis

och konventionell systemisk behandling och/eller ljusbehandling ska övervägas tidigt i behandlingsförloppet.

Trots sina begränsningar är PASI fortfarande det mest etablerade verktyget för bedömning av svårighetsgraden vid psoriasis. PASI 75, vilket innebär en förbättring på 75% av PASI jämfört med behandlingens start används oftast som ett primärt effektmått [9]. DLQI är det mest använda instrumentet för att uppskatta livskvaliteten hos patienter med psoriasis [10]. DLQI omfattar en skala på 0-30 där värden över 10 motsvarar stor och mycket negativ effekt på livskvaliteten [11]. Det finns inget samband mellan absoluta PASI- och DLQI-värden men behandling som minskar PASI med > 75% leder oftast också till en tydlig förbättring av DLQI [12].

Att uppnå PASI 75 kan dock vara otillräckligt för patienter med mycket utbredd psoriasis. För att förhindra en underbehandling rekommenderar vi istället att man ska ta hänsyn till absoluta PASI värden och för att behandlingen av psoriasis ska uppfattas som framgångsrik bör PASI vara < 3 och DLQI < 5. (Figur 2). Komorbiditeter ska också vägas in i sjukdomsbilden vid val av behandling och man bör i sådana fall även överväga samråd med annan specialist och primärvården.

För att kunna utvärdera långtidseffekter av systemisk behandling ska alla patienter som får systemisk behandling insatt och gett sitt samtycke registreras i det nationella kvalitetsregistret för psoriasis (PsoReg). Vi har valt att presentera de olika läkemedlen i tabellform och syftet har varit att göra det överskådligt och lätthanterligt. Dokumentet ska revideras vartannat år.

Vårdnivå

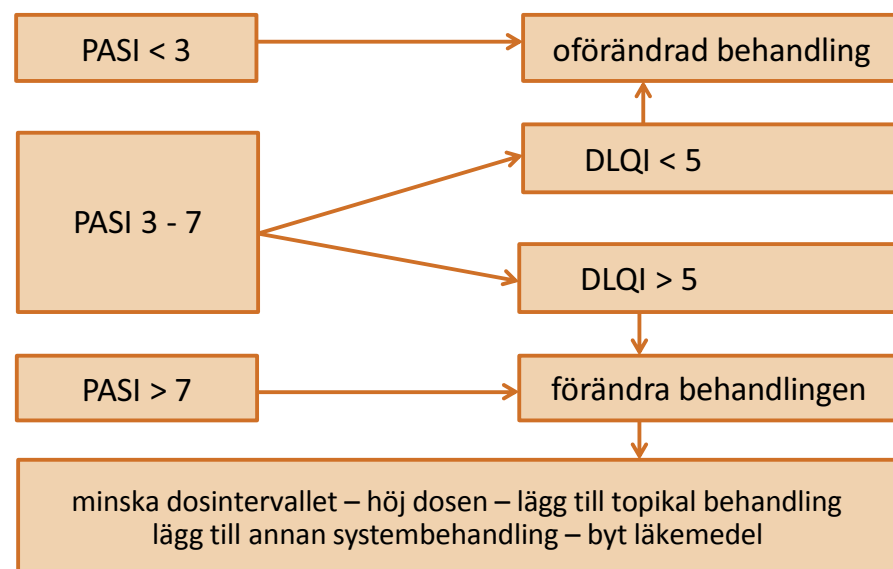
Riktlinjer för remittering till hudspecialist:

- Erythrodermi och generaliserad pustulös psoriasis remitteras akut.
- Alla barn och ungdomar med psoriasis.
- Mer än 10% av kroppsytan är drabbad av psoriasis.
- Psoriasis som inte svarar tillfredställande på

given behandling.

- Svår hand- och fotpsoriasis eller svår invers psoriasis.
- Önskvärt vid nydebuterad psoriasis för information om sjukdomen och ställningstagande till lämplig behandling. Vid mild psoriasis återremitteras patienten till vårdcentralen för fortsatt uppföljning.

Utvärdering och behandlingsmål



Figur 2: Definition av behandlingsmål vid behandling av plackpsoriasis.

Vid insättande av systembehandling ska effekten utvärderas efter 3 månader då man bör se en påtaglig förbättring. Ibland kan det dock ta ända upp till 6 månader innan full effekt uppnås. Vi rekommenderar att anpassa behandlingsmålen till absoluta PASI värden då PASI 75 kan vara otillräckligt för patienter med mycket utbredd psoriasis. För att behandlingen av psoriasis ska uppfattas som framgångsrik bör man som slutgiltigt behandlingsmål sträva efter att uppnå PASI < 3 och DLQI < 5. Vid PASI 3-7 och DLQI < 5 kan man i samråd med patienten fortsätta med samma behandling. Vid PASI 3-7 och DLQI > 5 eller vid PASI > 7 bör man ändra behandlingen.

Konventionell systembehandling

Acitretin

Godkänd för behandling av psoriasis sedan 1992 [13-16].

Läkemedelsform	Kapslar á 10mg, 25 mg.
Verkningsmekanism	Acitretin är ett syntetiskt A-vitaminderivat som påverkar celldifferentieringen med antiproliferativ och immunmodulerande effekt.
Dosering	• Börja med 10 mg och öka 10 mg varannan vecka till en lämplig dygnsdos (ofta 20-30 mg). Maximal dygnsdos hos vuxna är 75 mg. • Individanpassad dos beroende på behandlingseffekt och tolerabilitet.
Indikation	Kronisk plackpsoriasis samt vid erythrodermisk, pustulär och palmoplantar psoriasis.
Barn	0.5-1 mg/kg/dag. Maximal dygnsdos 35 mg.
Klinisk effekt	PASI 75 uppnås av 20-30% av patienter vid behandling med 30-40mg/dag.
Kontraindikationer	• Graviditet, amning • Kraftigt nedsatt lever- eller njurfunktion • Uttalad hyperlipidemi • Hypervitaminosis A
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Teratogent med lång eliminationstid (upp till 3 år) • Mukokutan torrhet, håravfall och nagelförändringar • Hyperlipidemi, förhöjda levervärden • Artralgi och myalgi • Huvudvärk <i>Mindre vanliga:</i> • Svåra leverskador förekommer i sällsynta fall.
Interaktioner	Metotrexat, tetracykliner, fenytoin, minipiller, alkohol.

Kombinationsbehandl.	Kan kombineras med UVB, PUVA och biologiska läkemedel.
Övrigt	Bloddonation kan ges tidigast 3 år efter avslutad behandling. Ingen effekt på psoriasisartrit.

Monitorering

Prover	Tid (veckor)			
	Start	4	12	var 6:e månad
Hb, LPK, TPK, B-celler (diff)	x	x	x	x
ALAT, ALP	x	x	x	x
S-kreatinin	x			
Triglycerider, Kolesterol	x	x	x	x
P-glukos	x	x	x	x
Graviditetstest	x	x	x	x

Ciklosporin*Godkänd för behandling av psoriasis 1990 [17-19].*

Läkemedelsform	Kapslar 25, 50, 100 mg, oral lösning 100 mg/ml.
Verkningsmekanism	Immunsuppressiv effekt genom att hämma calcineurin.
Dosering	• Startdos: 2,5-5 mg/kg kroppsvikt och dygn fördelat på två dagliga doser. • Individanpassad underhållsdos beroende på behandlingseffekten och tolerabilitet, lägsta effektiva dos eftersträvas. Högsta dos 5 mg/ kg.
Indikation	Svår psoriasis där annan systemisk behandling ej fungerar eller är olämplig.
Barn	Rekommenderas inte.
Klinisk effekt	PASI 75 ca 70%
Kontraindikationer	• Oreglerad hypertoni • Kraftigt nedsatt njurfunktion • Pågående infektion • Malignitet (spec. hematologiska)
Relativa kontraindik.	• Leverfunktionsnedsättning • Pågående ljusbehandling (UVB, PUVA) • Tidigare hudmaligniteter
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Muskelkramper, myalgi • Huvudvärk, tremor, parestesier • Illamående • Hirsutism • Gingivahyperplasi • Hypertoni • Nedsatt njurfunktion • Hyperglykemi, hyperurikemi, hyperkalemi, hypomagnesemi • Leverpåverkan • Leukopeni <i>Mindre vanliga:</i> • Encefalopati, konfusion • Uremiskt syndrom • Anemi, trombocytopeni
Interaktioner	• Grapefrukt, johannisört. • Alla läkemedel som inducerar eller hämmar CYP3A4 och/eller P- glykoprotein förväntas påverka ciklosporinnivån, se FASS.
Kombinationsbehandl.	Kan inte rekommenderas utifrån tillgängliga data.
Övrigt	Risk för permanent njurfunktionsnedsättning vid lång tids behandling. Ökad risk för hudmaligniteter hos patienter som fått extensiv ljusbehandling och hos de med solskadad hud.

Monitorering

Prover	Tid (veckor)							
	Start	2	4	6	8	12	16	Varannan månad
Hb, LPK, TPK, B-celler (diff)	x	x	x	x	x	x	x	x
Bilirubin, ASAT, ALAT, ALP, GT	x	x	x	x	x	x	x	x
S-kreatinin, eGFR	x	x	x	x	x	x	x	x
Triglycerider, Kolesterol	x		x		x	x		x
Urat	x		x		x	x		x
Natrium, kalium	x	x	x	x	x	x	x	x
Magnesium	x		x		x	x		x
Graviditetstest	x							
Blodtryck	x	x	x	x	x	x	x	x

Metotrexat

Använts som behandling av psoriasis sedan 1958 [20-23].

Läkemedelsform	Tabletter á 2,5 mg, förfylld spruta och injektionspenna.
Verkningsmekanism	Folsyraantagonist med antiproliferativ, antiinflammatorisk och immunsuppressiv effekt.
Dosering	• Startdos: 7,5 -15 mg per vecka vanligtvis. • Underhållsdosering: mellan 10-25 mg/v beroende på behandlingseffekten och tolerabilitet [24].
Indikation	Plackpsoriasis, psoriasisartrit.
Barn (fr.o.m. 0 år)	0,2-0,4 mg/kg/vecka. Kontrollera serologi för varicella-IgG innan insatt behandling.
Klinisk effekt	PASI75 40-50% av patienter efter v16.
Kontraindikationer	• Graviditet, amning • Kraftigt nedsatt lever- eller njurfunktion • Svår benmärgspåverkan • Kraftigt nedsatt lungfunktion • Magsår • Svåra infektioner
Relativa kontraindik.	• Alkoholproblem • Obehandlad malignitet • Nedsatt njurfunktion
Biverkningar	Vanliga: • Gastrointestinala • Trötthet • Huvudvärk Mindre vanliga: • Benmärgssuppression • Leverfibros/cirros • Pneumonit • Håravfall
Interaktioner	• Penicillin, acetylsalicylsyra, sulfonamider, probenecid. • Lågdosbehandling med acetylsalicylsyra utgör inga problem. • NSAID och lågdos-metotrexat orsakar oftast inga problem, men NSAID bör undvikas MTX-dagen.
Kombinationsbehandl.	Kan kombineras med UVB och biologiska läkemedel.
Övrigt	• Ökad risk för leverfibros vid grav övervikt och vid diabetes. • Leverelastografi var 2:a-3:e år och även före behandlingsstart vid misstänkt leverskada.

Monitorering

Prover	Tid (veckor)					
	Start	1	3	5	7	sedan varannan till var 3:e månad
Hb, LPK, TPK, B-celler (diff)	x	x	x	x	x	x
ALAT, ALP	x		x	x	x	x
S-kreatinin	x		x	x	x	x
S-albumin	x					
U-sticka	x					x
HIV, hepatit screening	x					
Graviditetstest	x					
Prokollagen III N- peptid	x	2 gånger/år				

Fumarsyra

Licenspreparat. Godkänd med indikation psoriasis i Tyskland sedan 1995 [25-27].

Läkemedelsform	Tablett Fumaderm® och Fumaderm initial®. Fumaderm initial® har lägre koncentration av den aktiva substansen dimetylfumarat.
Verkningsmekanism	Fumaderm® är en blandning av dimetylfumarat (DMF) och tre andra salter av ethylhydrogenfumarat. Anti-inflammatorisk effekt uppstår genom inhibering av nukleär faktor kappa B (NFkB), minskat uttryck av inflammatoriska cytokiner som TNF-α samt IL-8 och minskad aktivering av dendritiska celler.
Dosering (startdos, underhållsdosering)	• Dosökning successivt, se schema nedan • Effektiv dos varierar mellan 1-4 tabletter/dag, maximal dos 6 tabletter/dag. • Efter att ha uppnått full effekt successiv minskning till lägsta effektiva underhållsdos. • Fumaderm® kan användas för långtidsbehandling.
Indikation	Kronisk plackpsoriasis.
Barn	Erfarenhet saknas.
Klinisk effekt	Ca 50% av patienter uppnår PASI75 efter 16 veckors behandling.
Kontraindikationer	• Graviditet och amning • Kroniska gastrointestinala sjukdomar (ulcus, blödning) • Svåra njursjukdomar • Svåra leversjukdomar • Immunosupprimerade patienter • Leukopeni

Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Diarré • Abdominella kramper • Flush • Leukopeni, lymfopeni • Övergående eosinofili <i>Mindre vanliga:</i> • Illamående • Proteinuri • Huvudvärk • Förhöjda transaminaser och s-kreatinin • Allergiska reaktioner • Osteomalaci (benvärk i kombination med förhöjt ALP och lågt s-fosfat).
Interaktioner	Inga kända men försiktighet vid kombination med nefrotoxiska läkemedel.
Kombinationsbehandl.	Rekommenderas inte : ljusbehandling, metotrexat, ciklosporin, biologiska läkemedel, acitretin.
Övrigt	Upp till 60% av alla patienter får i början av behandlingen mag-tarm biverkningar, flush och värmevallningar. Minska då doseringen tills besvären har gått över. Intag tillsammans med mjölk mildrar symtomen. Eosinofili vanligt mellan vecka 4 och 10 och är övergående. Proteinuri normaliseras vid dosminskning eller utsättning av behandlingen. 10 fall av progressiv multifokal leukoencefalopati (PML) finns rapporterade. Dessa patienter hade uttalad långvarig lymfopeni (< 0,5). Därför bör man avsluta behandlingen med Fumaderm® vid långvarig lymfopeni (< 0,5) som varat mer än 6 månader. Vid osteomalaci avslutas behandlingen och vitamin D3 substitution 2 - 4 000 i.u./dag ges i 6 veckor.

Doseringsschema

Vecka	Fumaderm initial	Fumaderm	Vecka	Fumaderm initial	Fumaderm
Vecka 1	1-0-0		Vecka 6		1-1-1
Vecka 2	1-0-1		Vecka 7		2-1-1
Vecka 3	1-1-1		Vecka 8		2-1-2
Vecka 4		1-0-0	Vecka 9		2-2-2
Vecka 5		1-0-0			

Monitorering

Prover	Tid (veckor)	
	Start	Var 4:e vecka i 4 månader, sedan var 8:e vecka
Hb, LPK, TPK, B-celler (diff)	x	x
ALAT, ASAT, ALP	x	x
Bilirubin	x	
S-kreatinin	x	x
Urinstatus	x	x
Graviditetstest	x	

Rekommendationer för byte från konventionell systembehandling till biologiska läkemedel [28]**Acitretin → biologiska läkemedel**

- övergång från acitretin till TNF-hämmare kan ske omgående eller med överlappning.
- övergång från acitretin till ustekinumab kan ske omgående eller med överlappning.
- övergång från acitretin till sekukinumab kan ske omgående eller med överlappning.
- kvinnor i fertil ålder ska fortsätta med preventivmedel i 3 år efter utsättande av acitretin.

Ciklosporin → biologiska läkemedel

- övergång från ciklosporin till TNF-hämmare eller ustekinumab kan ske utan washout period.
- en kort överlappande behandling (2-8 veckor) av ciklosporin och TNF-hämmare eller ustekinumab kan ske för att minska recidivrisken, överlappande tiden ska vara kort och ciklosporin ska sättas ut så snabbt som möjligt.

Metotrexat → biologiska läkemedel

- övergång från metotrexat till TNF-hämmare eller ustekinumab kan ske omgående eller med överlappning.
- metotrexat kan användas samtidigt med TNF-hämmare eller ustekinumab.

Biologiska läkemedel

Indikation för behandling med biologiska läkemedel

Måttlig till svår plackpsoriasis hos vuxna som inte svarat på, som har kontraindikationer för, eller som är intoleranta mot de systembehandlingar som tidigare redovisats. Patienten bör ha provat minst ett, om möjligt flera, konventionella systemläkemedel innan man överväger att sätta in ett biologiskt läkemedel vid psoriasis.

Patienten ska innan biologisk behandling insatts ha ett dokumenterat värde avseende PASI ≥ 10 och DLQI ≥ 10 . Undantag från svårighetskriterierna kan föreligga vid lokaliserad svår psoriasis.

När man planerar att starta behandling med ett biologiskt läkemedel så är en TNF-hämmare ett naturligt val med tanke på god effekt på både psoriasis och psoriasisartrit. Då TNF-hämmarna använts på mycket stort antal patienter sedan millennieskiftet finns också säkerhetsdata från patienter som behandlats med de här läkemedlen under lång tid. I de fall behandling med TNF-hämmare är mindre lämplig eller om patienten inte svarar på den behandlingen så är ustekinumab ett bra alternativ med en god effekt på psoriasis i huden, bra "drug survival" men med inte lika god effekt på psoriasisartrit. De nya IL-17 hämmarna har visat goda resultat i kliniska prövningar på både psoriasis och psoriasisartrit men eftersom IL-17 hämmarna funnits så kort tid på marknaden är det ännu för tidigt att rekommendera dessa som förstahands biologiska läkemedel.

Övergång till biologiska läkemedel

Byte av behandling från konventionell systembehandling till behandling med biologiska läkemedel kan ske omgående utan behandlingsfri period om patienten behandlas med metotrexat, ciklosporin, acitretin, fumarsyra eller PUVA. I de fall bieffekter noteras för den konventionella systembehandlingen kan dock ett behandlingsuppehåll rekommenderas.

Behandlingsmål - biologiska läkemedel

För att kunna utvärdera långtidseffekterna ska alla patienter där man planerar att ge ett systemiskt läkemedel registreras vid behandlingens start i det nationella kvalitetsregistret för psoriasis (PsoReg), såvida patienten inte avböjer.

Första utvärderingen ska ske efter 3 månaders behandling. Som slutgiltigt behandlingsmål bör man eftersträva PASI < 3 och DLQI < 5 (Figur 2). Om behandlingen är framgångsrik vad gäller huden men patienten likväl har ledsymtom ska remiss utfärdas till reumatolog. Långsiktigt ska uppföljning av behandlingen ske 1-2 gånger årligen.

Behandlingens längd

Kontinuerlig behandling rekommenderas i de flesta fall. Utsättande av terapi riskerar att vid återinsättande ge en försämrade effekt i 20% av fallen.

Byte mellan biologiska preparat

Vid primär behandlingssvikt rekommenderas byte till preparat med annan verkningsmekanism (tabell 1). Om patienten behandlas med adalimumab respektive etanercept kan byte ske vid nästa inplanerade behandling och eventuell uppträdelse sker på sedvanligt sätt. Om behandling sker med ustekinumab respektive infliximab kan preparatbyte ske redan 1 månad efter senaste dos.

Kombinationsbehandling

Vid sekundär behandlingssvikt med TNF-alfahämmare rekommenderas kombination med metotrexat eller acitretin. Epidemiologiska studier indikerar att patienter behandlade med TNF-hämmare har en ökad risk för att utveck-

la hudcancer av icke melanomtyp och vi avråder därför från kombinationsbehandling med UV-ljus.

För ustekinumab är dokumentationen för kombinationsbehandling mindre känd, men man kan vid behov pröva lägga till metotrexat eller acitretin.

Dosökning eller förkortade behandlingsintervall kan övervägas vid avtagande effekt av TNF-hämmarna eller ustekinumab. Vid tecken på sekundär svikt med adalimumab eller infliximab erbjuder flera laboratorier möjligheten att mäta serumkoncentrationen (tas lämpligen som ett dalvärde före nästa dosering) och uppkomst av ev. antikroppar mot läkemedlet ifråga. Byte till annat biologiskt preparat med annan verkningsmekanism, kan övervägas speciellt i fall med hög kvarvarande serumkoncentration i frånvaro av antikroppar.

För sekukinumab och ixekizumab är dokumentationen för kombinationsbehandling ännu bristfällig, men man kan vid behov pröva tillägg av metotrexat eller acitretin.

Monitorering av biologiska läkemedel

Prover	Tid		
	Start	12 veckor	1-2 ggr / år
Hb, LPK, TPK, B-celler (diff)	x	x	x
ALAT	x	x	x
Hepatit B/C HIV	x		
Tbc screening	x		
Graviditetstest	x		



Annons

Adalimumab

Godkänd för behandling av psoriasis sedan 2007 [22, 29, 30].

Läkemedelsform	Injektionspenna, förfylld spruta och injektionsvätska lösning innehållande 40 mg.
Verkningsmekanism	Human IgG1 monoklonal antikropp mot lösligt och membranbunden TNF- α .
Dosering (startdos, underhållsdosering)	• 80 mg (2 x 40 mg) subkutant vecka 0. • 40 mg vecka 1. • 40 mg subkutant varannan vecka fr. o m. vecka 3.
Indikation	Plackpsoriasis, psoriasisartrit.
Barn	Psoriasis hos barn över 4 år i dosering 0,8 mg/kg kroppsvikt.
Klinisk effekt	Ca 70% uppnår PASI 75 efter v 16.
Absolut kontraindikation	• Infektioner inklusive obehandlad latent tuberkulos. • Hjärtsvikt NYHA III-IV.
Relativ kontraindikation	• Maligniteter • Hjärtsvikt NYHA I-II • Hepatit B • Demyeliniserande sjukdomar • Graviditet och amning
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Reaktion vid injektionsstället • Luftvägsinfektioner • Huvudvärk <i>Mindre vanliga:</i> • Paradoxal psoriasis • Trombocytopeni, anemi, leukopeni • Urtikaria • Opportunistiska infektioner • Lupusliknande syndrom • Svåra allergiska reaktioner • Leverpåverkan • Demyeliniserande sjukdom
Interaktioner	Anakinra, abatacept
Kombinationsbehandling	• Kan rekommenderas: metotrexat, acitretin • Rekommenderas inte : ljusbehandling, ciklosporin, biologiska läkemedel.
Biosimilarer	Inga.

Etanercept

Godkänd för behandling av psoriasis sedan 2004 [31-34].

Läkemedelsform	Injektionspenna 50 mg, förfylld spruta 25 och 50 mg och pulver till injektionsvätska 10 och 25 mg.
Verkningsmekanism	Human TNF-receptor-Fc fusionsprotein som konkurrerar med TNF- bindningen till cellytans TNF-receptorer och neutraliserar effekten av fritt TNF- α .
Dosering (startdos, underhållsdosering)	• <i>Startdos:</i> 1-2 x 50 mg subkutant 1-2 gånger/vecka i upp till 12 veckor. • <i>Underhållsdos:</i> 1 x 50 mg/vecka
Indikation	Plackpsoriasis, psoriasisartrit
Barn	Från 6 års ålder 0,8 mg/kg upp till högst 50 mg per dos en gång per vecka.
Klinisk effekt	• 25 mg x 2/vecka eller 50mg x 1/vecka, PASI 75 vid vecka 12 ca 30 - 40%. • 50 mg x 2/vecka PASI 75 vid vecka 12 ca 50-60%.
Absolut kontraindikationer	• Infektioner inklusive obehandlad latent tuberkulos • Hjärtsvikt NYHA III-IV.
Relativ kontraindikation	• Maligniteter • Hjärtsvikt NYHA I-II • Hepatit B • Demyeliniserande sjukdomar • Graviditet och amning
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Reaktion vid injektionsstället • Luftvägsinfektioner • Huvudvärk <i>Mindre vanliga:</i> • Paradoxal psoriasis • Trombocytopeni, anemi, leukopeni • Urtikaria • Opportunistiska infektioner Lupusliknande syndrom • Svåra allergiska reaktioner • Leverpåverkan • Demyeliniserande sjukdom
Interaktioner	Anakinra, abatacept
Kombinationsbehandling	• Kan rekommenderas: metotrexat eller acitretin. • Rekommenderas inte : ljusbehandling, ciklosporin, andra biologiska läkemedel.
Biosimilarer	Finns (ej med barnindikation).

Infliximab

Godkänd för behandling av psoriasis sedan 2005 [35-37].

Läkemedelsform	Injektionsflaska 100 mg.
Verkningsmekanism	Chimär human-mus antikropp mot lösligt och membranbunden TNF- α .
Dosering (startdos, underhållsdosering)	5 mg/kg kroppsvikt som infusion vecka 0, 2, 6 och därefter som underhållsdos var 8:e vecka.

Indikation	Plackpsoriasis och psoriasisartrit.
Barn	Indikation saknas för psoriasis.
Absolut kontraindikationer	• Pågående infektioner inklusive obehandlad latent tuberkulos • Hjärtsvikt NYHA III-IV.
Relativ kontraindikation	• Maligniteter eller lymfoproliferativa sjukdomar • Hjärtsvikt NYHA I-II • Hepatit B • Demyeliniserande sjukdomar • Graviditet och amning
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Infusionsreaktioner • Andnöd • Luftvägsinfektioner • Huvudvärk <i>Mindre vanliga:</i> • Paradoxal psoriasis • Trombocytopeni, anemi, leukopeni • Urtikaria • Opportunistiska infektioner • Lupusliknande syndrom • Svåra allergiska reaktioner • Leverpåverkan • Demyeliniserande sjukdom
Interaktioner	Anakinra, abatacept
Kombinationsbehandling	• Kan rekommenderas: metotrexat eller acitretin. • Rekommenderas inte : ljusbehandling, ciklosporin, andra biologiska läkemedel.
Biosimilarer	Finns.
Övrigt	Fallrapporter har visat god effekt vid generaliserad pustulös psoriasis och erythroderm psoriasis.

Ustekinumab*Godkänt för behandling av psoriasis sedan 2009 och psoriasisartrit sedan 2013 hos vuxna [38-40].*

Läkemedelsform	Förfylld spruta 45 och 90 mg.
Verkningsmekanism	Human rekombinant monoklonal antikropp utformad för att bindas till p40-subenheten vilken är gemensam för cytokinerna IL-12 och inhiberar både Th1- och Th17- medierad inflammation.
Dosering (startdos, underhållsdosering)	• 45 mg vid vecka 0, 4 och därefter var 12:e vecka därefter till patienter som väger mindre än 100 kg. • Till patienter som väger mer än 100 kg rekommenderas 90 mg vid vecka 0, 4 och därefter var 12:e vecka.
Indikation	Plackpsoriasis och psoriasisartrit.
Barn	Plackpsoriasis från 12 år och äldre vikt ≤ 60 kg ges 0,75 mg/ kg kroppsvikt - vikt > 60 kg dosering som för vuxen.
Klinisk effekt	Efter 12 veckors behandling uppnår ca 70% av patienterna PASI 75.
Kontraindikationer	• Infektion inklusive obehandlad latent tuberkulos.
Relativ kontraindikation	• Maligniteter • Graviditet och amning • Latexallergi
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Reaktion vid injektionsställe • Luftvägsinfektioner • Orofaryngeal smärta • Myalgi <i>Mindre vanliga:</i> • Pustulös psoriasis • Opportunistiska infektioner • Urtikaria, depression • Facialispares • Exfoliativ dermatit
Interaktioner	Inga kända interaktioner.
Kombinationsbehandling	Kan rekommenderas: metotrexat eller acitretin. Rekommenderas inte : ljusbehandling, ciklosporin, andra biologiska läkemedel.
Övrigt	Vid otillräckligt svar vecka 28 hos patienter som väger mindre än 100 kg kan man öka dosen från 45 till 90 mg var 12:e vecka. Hos vissa finns ett behov av förkortat dosintervall av ustekinumab 90 mg ned till var 8-10:e vecka.

Sekukinumab*Godkänd för behandling av psoriasis sedan 2015 [41-43].*

Läkemedelsform	Förfylld spruta och injektionspenna 150 mg.
Verkningsmekanism	Human IgG1/κ monoklonal antikropp, som binder till det proinflammatoriska cytokinet IL-17A.
Dosering (startdos, underhållsdos.)	Induktionsdos 300 mg (2 subkutana injektioner om 150 mg) vecka 0, 1, 2, 3 och 4, följt av en underhållsdos om 300 mg varje månad.
Indikation	Plackpsoriasis och psoriasisartrit.
Barn	Ingen barnindikation.
Klinisk effekt	Efter 12 veckor behandling uppnår ca 80% PASI 75.

Kontraindikationer	• Pågående infektion inklusive obehandlad latent tuberkulos • Graviditet, amning
Relativ kontraindikation	• Inflammatorisk tarmsjukdom • Maligniteter
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Övre luftvägsinfektion • Oral herpes simplex • Diarré <i>Mindre vanliga:</i> • Oral candidos • Neutropeni • Urtikaria • Tinea pedis • Extern otit • Reaktion vid injektionsstället • Anafylaktisk reaktion
Interaktioner	Hos patienter som behandlas med warfarin bör koncentrationsbestämning övervägas när behandling med sekukinumab påbörjas.
Kombinationsbehandling	• Kan övervägas: metotrexat eller acitretin • Rekommenderas inte : ljusbehandling, ciklosporin, biologiska läkemedel.
Övrigt	Skov av Crohn's sjukdom finns rapporterat.

Ixekizumab

Godkänd för behandling av psoriasis 2016 [44-46].

Läkemedelsform	Injektionspenna, förfylld spruta 80 mg.
Verkningsmekanism	Humaniserad IgG4 monoklonal antikropp, som binder till det proinflammatoriska cytokinet IL-17A.
Dosering (startdos, underhållsdosering)	Två injektioner om 80 mg vecka 0, en injektion vecka 2, 4, 6, 8, 10, och 12 följt av en underhållsdos om 80 mg var 4:e vecka fr.o.m. vecka 16.
Indikation	Plackpsoriasis.
Barn	Ingen barnindikation.
Klinisk effekt	Efter 12 veckor behandling uppnår ca 80% PASI 75.
Kontraindikationer	• Infektion inklusive obehandlad latent tuberkulos • Graviditet och amning
Relativ kontraindikation	• Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) • Maligniteter
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Reaktion vid injektionsställe • Luftvägsinfektion • Tinea • Orofaryngeal smärta • Illamående • Oral herpes <i>Mindre vanliga:</i> • Oral candidos • Neutropeni • Trombocytopeni • Urtikaria • Cellulit
Interaktioner	Antiinflammatoriska behandlingar kan leda till normaliserade CYP450-nivåer. Därför kan en kliniskt relevant effekt på CYP450-substrat med snävt terapeutiskt index, där dosen ställs in individuellt (t.ex. warfarin), inte uteslutas och kontroller av behandlingen övervägas.
Kombinationsbehandling	• Kan övervägas: metotrexat eller acitretin • Rekommenderas inte : ljusbehandling, ciklosporin, biologiska läkemedel.
Övrigt	Insjuknande och aktivering av IBD finns rapporterat.

Småmolekyl inhibitorer

Apremilast

Registrerad för behandling av psoriasis 2015 [47, 48].

Läkemedelsform	Tablett 10, 20 och 30 mg.
Verkningsmekanism	Hämmar fosfodiesteras 4 (PDE4) vilket ökar de intracellulära cAMP-nivåerna, som i sin tur nedreglerar det inflammatoriska svaret genom att modulera uttrycket av olika inflammatoriska cytokiner.
Dosering (startdos, underhållsdosering)	• Upptitrering av dosen de första fem dagarna och därefter 30 mg två gånger dagligen. • Dosen reduceras till 30 mg en gång dagligen hos patienter med gravt nedsatt njurfunktion (eGFR <30ml/min).
Indikation	Kronisk plackpsoriasis, psoriasisartrit
Barn	Ingen indikation.
Klinisk effekt	Efter 16 veckor behandling uppnår ca 30% PASI 75.
Kontraindikationer	• Graviditet och amning
Relativa kontraindikationer	• Grav njurinsufficiens • Kakexi • Suicidala tankar
Biverkningar	<i>Vanliga:</i> • Magsmärtor • Diarré • Illamående • Kräkningar • Huvudvärk • Trötthet • Luftvägsinfektion <i>Mindre vanliga:</i> • Viktminskning • Magtarmblödning • Depression

Interaktioner	Starka inducerare av P450(CYP3A4) - enzym t.ex. rifampicin, fenobarbital, karbamazepin, fenytoin och johannesört kan leda till förlust av effekt för apremilast
Kombinationsbehandling	Kan kombineras med metotrexat
Övrigt	Fall av suicid rapporterade

Monitorering

Graviditet ska uteslutas innan behandling påbörjas. Inga andra provtagningar är obligatoriska enligt tillverkaren. Underviktiga < 60 kg ska få sin vikt kontrollerad regelbundet när behandlingen påbörjas.

Kombination av konventionella systembehandlingar och biologiska läkemedel

Effekt och säkerhet

- det finns ingen godkänd indikation för kombination av konventionella systembehandlingar och biologiska läkemedel
- kombination av metotrexat och TNF-hämmare är säkert och ger sannolikt bättre effekt samt minskar risken för antikroppsutveckling
- kombination av metotrexat och ustekinumab eller med IL-17 hämmare är sannolikt säker men mindre beprövat
- acitretin går sannolikt att kombinera med biologiska läkemedel men är mindre beprövat
- kombination av TNF-hämmare, ustekinumab och sekukinumab med ciklosporin bör undvikas

Tuberkulosscreening

Ett fungerande cellmedierat immunsvar är avgörande för att kontrollera en latent infektion med *Mycobacterium tuberculosis* (LTBI). Vid behandling med biologiska läkemedel rubbas balansen mellan immunförsvar och patogen med en ökad risk för reaktivering av en LTBI. På grund av denna ökade risk rekommenderas därför screening både för aktiv tuberkulos (tbc) och LTBI innan behandling med biologiska läkemedel påbörjas. Det finns dock för närvarande ingen referensmetod för diagnostik av LTBI. I diagnostiken ingår därför en sammanvägd bedömning av en strukturerad anamnes avseende ökad risk för tbc-exponering eller tidigare genomgången och i så fall adekvat behandlad latent eller aktiv tbc, tidigare BCG-vaccination, symtomscreening, kliniskt status, röntgen av lungor samt resultat av testning avseende immunreaktivitet mot tbc-antigen.

Tillgängliga immunologiska tester består av det intrakutana tuberkulintestet (TST även kallad PPD) samt modernare in vitro-tester, de så kallade Interferon Gamma Release Assays (IGRA). Fördelar med IGRA är mer specifik reaktivitet för LTBI då endast *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) komplex- specifika antigen ingår i dessa tester medan det i TST också ingår antigen som förekommer i samtliga BCG-vaccinstammar och ett flertal miljömykobakterier. IGRA är helblodsbaserade in vitro-tester där för närvarande två kommersiella tester finns tillgängliga i Sverige, Quantiferon-TB Gold In-tube (QFT) (Cellestis Ltd., Carnegie, Aus-

tralien) och T.SPOT TB (Oxford Immunotec, Storbritannien). Om klar anamnestisk uppgift på tidigare genomgången aktiv eller latent tbc föreligger finns ingen indikation för immunologisk testning. I övriga fall rekommenderas provtagning med TST initialt och IGRA vid negativt TST för att optimera känslighet. IGRA måste dock tas senast vid avläsning av TST för att undvika boostering av IGRA med risk för ett falskt positivt test. TST och IGRA kan om det bedöms mer praktiskt utföras simultant. TST-positivitet anges till 6 mm eller mer. TST 6–9 mm kan vara svårbedömt. Om inga andra faktorer indikerar LTBI kan kompletterade IGRA utföras.

Hos person som BCG-vaccinerats efter sitt första levnadsår eller som BCG-vaccinerats upprepat kan TST vara svårtolkat varför IGRA kan användas som initialt test för bättre specificitet. Det är dock viktigt att beakta att varken negativt TST eller negativt IGRA utesluter LTBI utan testresultat måste alltid bedömas tillsammans med anamnestiska och kliniska data. Screening och behandling av LTBI kan utföras av behandlande läkare/enhet med vana vid detta eller av tbc-specialist. Remiss till tbc-specialist bör dock alltid utfärdas vid misstanke på aktiv tbc, vid TST 6–9 mm och negativt IGRA utan annan tbc-riskfaktor, vid svårbedömd epidemiologi samt anamnestiskt genomgången aktiv tbc eller LTBI.

På grund av den höga risken för tuberkulosaktivering i samband med behandling med biologiska läkemedel bör man ha en frikostig

inställning till behandling av LTBI där konsekvenserna av tbc-aktivering i normalfallet överskrider risken för biverkningar. Första handsval för behandling av LTBI är isoniazid (INH) i nio månader med samtidig vitamin B6 (pyridoxin) substitution och då bör tas hjälp av infektionsklinik eller motsvarande. Behandling med biologiska läkemedel kan påbörjas en månad efter initiering av förebyggande behandling mot tbc.

Vaccination av vuxna patienter som medicinerar med systemläkemedel

Den exakta riskökningen för infektioner är inte helt klarlagd hos patienter som behandlas med olika systemläkemedel. Detta på grund av att många av dessa patienter har grundsjukdomar som i sig innebär en ökad infektionskänslighet som t.ex. diabetes och kronisk lungsjukdom. Även rökning och hög ålder spelar in. Inte sällan behandlas dessa patienter dessutom med andra läkemedel som påverkar immunförsvaret. Det är därför viktigt att dessa patienter uppmanas att vaccinera sig.

Relevant anamnestisk vaccinationsstatus bör ingå vid första kontakten med patienten avseende influensa, pneumokocker, HPV, hepatit A och B. Det är bra om patienten kan vaccineras innan behandling sätts in, för att erhålla optimalt vaccinations svar, men även för att undvika reaktivering av kronisk infektion som följd av insatt behandling mot exempelvis hepatit B. Vaccin till patienter med systembehandling kan dock även ges under pågående behandling.

Tillgängliga vaccin

Levande vaccin	Inaktiverade vaccin
Mässling- påssjuka- röda hund	Difteri-tetanus-kikhosta
Varicella	Parenteral/per oral polio
Herpes zoster	Haemofilus influenae
Intranasal influensa	Säsongsinfluensa
Oral tyfoidfeber	Pneumokocker
Gula febern	Hepatit A
Smittkoppor	Hepatit B
BCG	Meningokocker
Rotavirus	HPV
	Rabies
	Parenteral tyfoid
	Antrax
	Japansk encefalit

Patienter med systemläkemedel bör uppmuntras att vaccinera sig årligen mot influensa. Riskgrupper rekommenderas att vart 5:e år utföra pneumokockvaccination. Om det finns behov för vaccinering med levande virus så görs uppehåll med all systembehandling under 3 månader före vaccinering. Systembehandling kan återupptas tidigast en månad efter vaccination med levande virus.

Biosimilarer

Biologiska läkemedel är preparat vars aktiva substans har producerats i eller renats fram ur material av biologiskt ursprung (levande celler eller vävnad). Molekylstrukturen hos biologiska läkemedel är känslig för förändringar i tillverkningsmetoden. Små strukturskillnader kan vara svåra att detektera, och därför är en beskrivning av processen och processkontroller en viktig del för att säkerställa produktens kvalitet. En biosimilar (eng. "Biosimilar Biological Medicinal Product") är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel (det biologiska originalläkemedlet) men som inte är identiskt.

Till skillnad från generikalläkemedel, som är exakta kemiska kopior av sina originals substanser och därför helt utbytbara, så gör storleken och komplexiteten på biologiska läkemedel att det kan finnas smärre skillnader i framförallt ytstrukturen mellan biosimilarer och de biologiska originalpreparaten. Biosimilarer kan således aldrig vara identiska kopior av originalen, men inte heller preparat från två batcher av samma biologiska läkemedel är identiska.

Sedan juli 2012, då den nya farmakovigilanslagen kom finns ett myndighetskrav från EMA att inte bara läkemedelsnamnet utan även batchnumret ska registreras i patienternas journaler för alla biologiska läkemedel. Biosimilarer behöver inte genomgå kliniska studier i samma utsträckning som originalpreparatet. Det räcker med att biosimilaren har visats vara lika effektiv och ha samma biverkningar som originalläkemedlet vid en eller två indikationer för att den ska bli godkänd på samtliga av originalpreparatets indikationer.

Den första biosimilaren inom dermatologin blev tillgänglig i Sverige under första kvartalet 2015. CT-P13 är en biosimilar till Remicade® (infliximab) men saluförs under två olika namn, Inflectra® och Remsima®. Kliniska studier för CT-P13 har utförts på reumatoid artrit och ankyloserande spondylit. Under våren 2016 registrerades den första biosimilaren SB4 för Enbrel® (etanercept) under namnet Benepali®. Kliniska studier med SB4 har utförts på reumatoid artrit inklusive en nyligen publicerad switch-studie. Ytterligare biosimilarer för etanercept och infliximab lär vara tillgängliga under 2017 och 2018 beräknas patentet på adalimumab gå ut. Kliniska prövningar på psoriasis med biosimilarer för etanercept har publicerats [9] och pågår med adalimumab.

Precis som med generiska läkemedelskopior är det främsta argumentet för att använda biosimilarer priset. Av det som framkommit hitintills så finns det inga data som talar för att biosimilarer är ett sämre alternativ än originalläkemedlen och i övriga nordiska länder har

man i stor skala bytt från originalläkemedlet infliximab till biosimilaren CT-P13 (s.k. switch).

SSDV och intressegruppen för psoriasis ser generellt positivt på utvecklingen av biosimilarer då en minskad kostnad gör det möjligt för fler patienter med svår psoriasis att få tillgång till biologiska läkemedel. En prisreduktion bör också innebära att de patienter med svår psoriasis som ej svarar på konventionell behandling eller TNF-hämmare inklusive biosimilarer ges möjlighet till behandling med något av de originalläkemedel med nya verkningsmekanismer som tillkommit under senaste åren.

SSDV anser därför att följande förutsättningar ska vara uppfyllda vid nyinsättande eller switch till en biosimilar:

- 1) **Strukturerad uppföljning.** Eftersom kraven på klinisk dokumentation är lägre för biosimilarer än för originalprodukten är det naturligtvis oerhört viktigt att uppföljningen är god. Både ur patientsäkerhets- och ur erfarenhetssynpunkt är det därför utan undantag nödvändigt att kunna följa upp alla patienter som får biologisk behandling och alla patienter som behandlas med ett biologiskt läkemedel ska registreras i relevant register inklusive PsReg. De enheter som inte har möjlighet till registrering ska inte heller behandla patienter med biologiska läkemedel.
- 2) **Spårbarhet.** Läkemedlets batchnummer ska registreras i journal och/eller i befintliga register när de administreras av sjukvården.
- 3) **Ej utbyte på apotek.** Biosimilarer och originalpreparat ska inte kunna bytas fritt på apotek. Förskrivare måste ta ställning till och vara informerad om exakt vilket biologiskt läkemedel patienten står på. Förskrivaren ska ge direkt information till patienten vid switch.
- 4) **Evidensläget är att betrakta som specifikt för varje enskild biosimilar,** och varje indikation, snarare än för alla biosimilarer som en grupp. Okontrollerade byten mellan flera olika biosimilarer tillhörande samma originalpreparat rekommenderas således ej.
- 5) **Medicinsk indikation ska väga tyngst.** Behandlande läkare ska ha möjlighet att välja det läkemedel som medicinskt har störst sannolikhet att fungera effektivt och säkert för varje individ.
- 6) **Nyinsättning.** Vid nyinsättning av biologiskt läkemedel kan både original och biosimilar användas.
- 7) **Switch.** Vid byte (switch) från originalpreparat till en biosimilar tillhörande samma originalpreparat rekommenderas att patienten som behandlats är stabilt lågaktiv i sin sjukdom eller i stabil remission, och är välinformerad om att byte sker.

- 8) **Avbruten behandling.** Om tidigare behandlingsförsök med originalsubstans fått avbrytas p.g.a. biverkan eller bristande effekt tillråds inte ett behandlingsförsök med en biosimilar till samma originalpreparat.
- 9) **Serumkoncentrationsbestämning.** Vid klinisk misstanke om antikropps bildning mot läkemedlet eller vid terapivikt kan det vara av värde att mäta s-koncentrationen samt förekomsten av antikroppar av aktuellt läkemedel.

Samsjuklighet vid psoriasis

Psoriasisartrit

Den vanligaste samsjukligheten vid psoriasis är psoriasisartrit [50]. Enligt varierande studier har 5–40% någon form av ledengagemang [51]. Psoriasisartrit (PsA) klassificeras som en spondylartrit och karakteriseras av synovit, entesit, daktylit och spondylit oftast tillsammans med hud- eller nagelpsoriasis [52,53]. Psoriasisartrit är lika vanlig hos kvinnor som hos män. Debuten sker vanligen mellan 30 och 55 års ålder. Hudengagemanget vid PsA kan variera och det finns ingen samvariation mellan hud- och ledsjukdom. Vanligtvis debuterar psoriasis i huden före ledsjukdomen (70–80%). Förekomst av PsA hos barn är ovanlig. Utförlig information om psoriasisartrit kan hämtas från Svensk Reumatologisk Förening: Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit (april 2016).

Metabola syndromet och hjärt-kärlsjukdomar

Metabola syndromet definieras som obesitas, typ II-diabetes, hypertoni och hyperlipidemi. Det metabola syndromet är vanligt förekommande hos psoriasispatienter och detta gäller även för barn med psoriasis [54-59]). Obesitas kan medföra svårare psoriasis och patienterna kan svara sämre på sin behandling [60,61]. Psoriasis kan även vara en oberoende riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom och stroke [62,63]. De kardiovaskulära riskfaktorerna är ofta underdiagnostiserade och även underbehandlade vid psoriasis och regelbundna kontroller av blodtryck, vikt och midjemått samt provtagning för glukos och lipider rekommenderas [64]. Det finns också studier som talar för att systemisk antiinflammatorisk systembehandling kan minska risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom [65,66].

Lever- och tarmsjukdomar

NAFLD (nonalcoholic fatty liver disease) har ett spektrum från relativt godartad fettlever till NASH (nonalcoholic steatohepatitis) vilket kan leda till fibros, cirrhos och carcinom. NAFLD är vanligaste orsaken till förhöjda leverprover

	Prevalens hos patienter med psoriasis (%)	Prevalens hos normalbefolkningen (%)
NAFLD	48-59	20-30
Mb Crohn	0,5	0,004-0,04
Ulcerös kolit	0,5	0,05-0,07
Celiaki	0,2-4,3	1

Tabell 1: Prevalensen av fettlever av icke alkoholtyp (NAFLD), Crohn's sjukdom, ulcerös kolit och celiaki hos patienter med psoriasis jämfört med normalbefolkningen i Europa och Nordamerika [73].

hos normalbefolkningen och kan vara kopplat till ökad risk för hjärt- kärlsjukdom oberoende av övriga riskfaktorer. Studier visar att förekomsten av NAFLD är märkbart högre hos psoriasispatienter än hos kontroller, även när man justerat för andra riskfaktorer. Vissa studier har även visat att patienter med psoriasis har en allvarligare grad av NAFLD, och att psoriasispatienter med NAFLD har svårare psoriasis än de utan NAFLD [67]. Psoriasispatienter med NAFLD har en ökad risk att utveckla levercirrhos vid behandling med metotrexat.

Det finns en ökad förekomst av tarmsjukdomar som Mb Crohn och ulcerös kolit vid psoriasis. Associationen med psoriasis förefaller högre för Mb Crohn än för ulcerös kolit [68-70]. Det finns rapporter om möjligt samband mellan celiaki och psoriasis [71] men även rapporter där man inte funnit något stöd för detta [72].

Malignitet

Psoriasis kan vara associerad med en ökad risk för malignitet, framför allt lymfoproliferativa sjukdomar och hudcancer av icke melanomtyp [74].

Ögonsjukdomar

Ögonkomplikationer vid psoriasis är vanliga men exakt hur vanligt det är vet man inte. Flera ögonmanifestationer hos samma patient kan förekomma. Ögonproblem är vanligast hos män. Ögonsymtom är ofta underskattade. Ble-

farit, konjunktivit, keratit, uveit (främre uveit, association med psoriasisartrit) och episclerit kan förekomma [75].

Psykiatriska sjukdomar

Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt och många patienter lider av ångest och depression. Psykiatrisk sjukdom går ofta oupptäckt och obehandlad. Den psykiatriska och psykosociala sjukligheten är inte proportionell till utbredningen av psoriasis. Prevalensen av depression och självmordstankar är signifikant högre hos psoriasispatienter än vid andra hudsjukdomar [76,77].

Rökning och alkohol

Överkonsumtion av rökning samt alkohol är vanligt [78,79]. Rökning och alkohol är potentiella triggerfaktorer för psoriasis, och patienterna måste informeras om sambandet. Rökning >20 cigaretter/dag medför fördubblad risk för att utveckla svår psoriasis. Stöd för att kunna sluta röka eller dricka ska erbjudas.

Systembehandling perioperativt

Baserat på de studier som finns så kan man fortsätta med systembehandling vid kirurgiska ingrepp som innebär en låg komplikationsrisk. Vid kirurgiska ingrepp med intermediär och hög risk får man ta ställning till fortsatt behandling från fall till fall baserat på patientens individuella riskfaktorer och komorbiditeter [80].



En kort jämförelse av för- och nackdelar med olika systemläkemedel

Läkemedel	Fördel	Nackdel
Metotrexat	Mycket lång erfarenhet.	Teratogent.
	Billigt.	Levertoxicitet – smygande fibros kan utvecklas speciellt i riskgrupper (høgt BMI, diabetes, alkoholism).
	Går bra att kombinera med biologiska läkemedel.	Mindre effektivt än biologiska läkemedel både vad gäller hud och leder.
Acitretin	Kombineras gärna med UVB eller PUVA.	Teratogent med lång eliminationstid (upp till 3 år).
	God effekt vid pustulös psoriasis.	Ofta otillräckligt som singelterapi vid plackpsoriasis.
	Kan kombineras med biologiska läkemedel.	Ej effekt på psoriasisartrit.
Ciklosporin	Snabbt insättande effekt.	Ej lämplig för långtidsbehandling p.g.a. njurtoxicitet. Försiktighet till patienter som fått UVB och/eller PUVA under lång tid och till de som uppvisar tecken på solskadad hud.
	"Rescue drug" där annat ej hjälper.	Kombinationsbehandling med biologiska läkemedel bör undvikas p.g.a. ökad immunsuppression.
	Kan användas under graviditet.	Sämrre effekt på psoriasisartrit.
Fumarsyra	Lång klinisk erfarenhet.	Licensläkemedel.
	Alternativ till metotrexat som singelterapi.	Magbiverkningar mycket vanliga.
	Inga interaktioner med andra läkemedel.	Liten erfarenhet i Sverige.
Apremilast	Ny tablettbehandling mot både psoriasis och psoriasisartrit.	Knappt 30% svarar med PASI 75.
	Ingen tbc-screening.	Frekventa magtarmbiverkningar.
	Få kontrollprover.	Långsamt verkande.

Biologiska läkemedel	Fördel	Nackdel
Adalimumab	Mycket god effekt på både hud och leder.	Ökad infektionsrisk.
	Relativt snabbt insättande effekt.	Risk för antikroppsutveckling och terapivikt.
	Lång erfarenhet inkl. säkerhetsdata.	Saknar biosimilar och därför dyrt.
Etanercept	God effekt på både hud och leder. Biosimilarer finns.	Långsammare insättande effekt och färre svarar med PASI 75 jämfört med övriga TNF-hämmare.
	Lång erfarenhet inkl. säkerhetsdata.	Ökad infektionsrisk.
	Kan ges intermittent.	Ej ovanligt med terapivikt efter en tids behandling.
Infliximab	Mycket god effekt på både hud och leder.	Risk för infusionsreaktioner, speciellt vid avbrott av behandlingen.
	Mycket snabbt insättande effekt.	Ökad infektionsrisk.
	Lång erfarenhet inkl. säkerhetsdata. Biosimilarer finns.	Risk för antikroppsutveckling och ej ovanligt med terapivikt efter en tids behandling.
Ixekizumab	Snabbt insättande effekt.	Kort tids erfarenhet.
	Mycket god effekt på både hud (och sannolikt även på leder där indikation ännu saknas).	Mucocutan candidiasis. Neutropeni.
	Bra alternativ när TNF-hämmare ej fungerar eller är mindre lämplig.	Ska ej ges vid samtidig IBD p.g.a. risk för uppblossning.

Sekukinumab	Snabbt insättande effekt.	Kort tids erfarenhet.
	Mycket god effekt på både hud och leder.	Mucocutan candidiasis. Neutropeni.
	Bra alternativ när TNF-hämmare ej fungerar eller är mindre lämplig.	Ska ej ges vid samtidig IBD p.g.a. risk för uppblåsning.
Ustekinumab	Mycket god effekt på huden.	Sämre effekt på lederna än TNF- hämmarna.
	Glest mellan injektionerna och kan lätt ges av annan än patienten v.b.	Vanligt med ÖLI.
	Lång drug survival.	Många behöver underhållsdos tätare än de av tillverkaren rekommenderade 12 veckorna.

Behandlingsrekommendationerna har framtagits av (i bokstavsordning):

Med dr, överläkare Ingela Flytström
Hudkliniken US Örebro, 701 16 Örebro

Docent, överläkare Oliver Seifert
Hudkliniken Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping

Överläkare Tore Särnhult
Hallandskustens Hudmottagning
Borgmästaregatan 5E, 434 32 Kungälv

Docent, överläkare Amra Osmancevic
Hudkliniken, Sahlgrenska US,
413 45 Göteborg

Docent, överläkare Åke Svensson
Hudkliniken, Skånes US, 205 02 Malmö

Docent, överläkare Toomas Talme
Hudkliniken, Karolinska US
171 76 Stockholm

Jäv

Framtagandet av detta material är inte arvoderat eller sponsrat.

Ingela Flytström har deltagit i kliniska prövningar för Novartis, LEO Pharma, Wyeth, Abbott, Serono och Janssen-Cilag samt advisory board för Serono.

Amra Osmancevic har deltagit i advisory boards och/eller föreläst för AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Novartis, Pfizer, Meda och LEO Pharma samt deltagit i kliniska prövningar för Novartis och Boehringer Ingelheim.

Oliver Seifert har deltagit i advisory boards och/eller föreläst för AbbVie, Celgene, Pfizer, och LEO Pharma.

Åke Svensson har deltagit i kliniska prövningar för Pfizer, Novartis, Roche, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Galenica, Abbott/AbbVie, LEO och Celgene samt administrerat utbildningar för Pfizer, Novartis, AbbVie, Janssen-Cilag, LEO och Celgene. Alla åtaganden har varit i tjänsten och ersättning har gått till arbetsgivaren.

Tore Särnhult har deltagit i advisory boards och/eller föreläst för AbbVie, Pfizer, Novartis, Celgene, Lilly, LEO Pharma, Galderma, Meda, Desitin och Janssen-Cilag.

Toomas Talme har deltagit i advisory boards och/eller föreläst för AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Janssen-Cilag, MSD, Novartis, Pfizer, Serono och UCB samt deltagit i kliniska prövningar för AbbVie, Janssen-Cilag, LEO Pharma, MSD, Novartis och Pfizer.

Behandlingsrekommendationerna har granskats av:

Professor Mona Ståhle
Hudkliniken
Karolinska Institutet och Karolinska US
171 76 Stockholm

Professor Berndt Stenberg
Hud- och STD-kliniken Norrlands US
901 85 Umeå

Överläkare Birgitta Wilson Claréus
Psoriasisföreningens mottagningar i Stockholm
och Stockholm Hud Odenplan
Odengatan 69
113 22 Stockholm

Underlaget som är publicerat i denna tidning är hämtat från:

http://ssdv.se/images/SSDVs_behandlingsrekommendationer_for_systemisk_behandling_av_psoriasis.pdf

I denna fil finns även hela referenslistan, som vi valt att inte publicera i tidningen.

Annons

Simulerat dagsljus för nästintill smärtfri PDT oberoende av väder



Figur 1: Behandlingsrum för PDT med simulerat dagsljus på Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Vi kan nu meddela att Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillsammans med Göteborgs universitet är först ut i Sverige med ett behandlingsrum för fotodynamisk terapi (PDT) med simulerat dagsljus (figur 1). I höst kommer rummet ha full beläggning. I samband med detta inleds en omfattande prospektiv, randomiserad och kontrollerad studie för att jämföra effekten av PDT med simulerat dagsljus jämfört med den konventionella ljuskällan samt patientens smärtupplevelse med de olika metoderna.

För två år sedan åkte en grupp från Hud- och könssjukvården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset till Bonn, Tyskland på studiebesök för att lära sig mer om denna nya metod för PDT som företaget SwissRed AG har utvecklat. Lite senare det året, besökte vår grupp även dr. Jurgen Funks hudmottagning i Moss, Norge där man också låtit installera systemet. Hos dr. Funk fick vi även träffa patienter som behandlades i rummet och även de som kom för återbesök och kontroll efter behandlingen.

I både Bonn och Moss har man byggt samma typ av behandlingsrum med särskilda lampor i taket som motsvarar dagsljuset mitt på dagen en solig sommardag i Sverige. I taket monteras åtta stycken särskilda LED-lampor i ett innertak som genererar ett ljusspektrum på mellan 570–630 nm. Detta ljus innehåller inga skadliga UV-strålar samtidigt som den energi som alstras aktiverar protoporfyrin IX kontinuerligt och i små doser.

Precis som vid dagsljus PDT orsakar PDT med simulerat dagsljus nästintill obefintlig smärta under behandlingen. Fördelen med simulerat dagsljus är dock att belysningen kan standardiseras i högre grad och man är inte beroende av väder och temperatur utomhus. En annan fördel med behandlingen är att lamporna sitter långt ifrån patienten och att behandlingen går att genomföra med patienten sittandes eller liggandes i en fätölj där denne obehindrat kan läsa, använda läsplatta, fika och vila under de cirka två timmar som behandlingen beräknas ta (figur 2). Eftersom lamporna sitter i ett innertak kan rummet dessutom användas till andra ändamål när PDT-behandlingar inte pågår.

Metoden uppges ha samma eller likvärdig behandlingseffekt som kon-



Figur 2: Två patienter med field cancerization i skalp och ansikte läser och vilar i lugn och ro medan de får sin behandling med simulerat dagsljus PDT.

ventionell PDT. Dagsljus PDT är väl studerat och en etablerad metod, men eftersom det vetenskapliga underlaget för simulerat dagsljus PDT är begränsat startar vi verksamheten som ett FoU-projekt.



Alexandra Sjöholm Hylén

Forskningssjuksköterska



John Paoli

Överläkare, docent

Hud- och könssjukvård
Sahlgrenska universitetssjukhuset

Regionalt ST-möte

Uppsala-Örebro 1-2 juni 2017

Årligen samlas ST-läkarna och studierektorerna i region Uppsala-Örebro, även kallad "sjuklövern" då regionen består av de sju klinikerna i Västerås, Karlstad, Falun, Gävle, Eskilstuna, Uppsala och Örebro, för att delta på regionalt ST-möte; ett möte som sträcker sig över två dagar med föreläsning på valt tema och möjlighet att umgås under mer sociala former. I år var det Hud- och könskliniken i Sörmlands tur att hålla i värdskapet. ST-mötet ägde rum i Eskilstuna på Clarion Collection Hotel Bolinder Munkteall. Det är fint beläget vid Eskilstunaån, i en miljö präglad av stadens industrihistoria då hotellet huserar i en del av Munktealls mekaniska verkstad AB:s gamla lokaler, det företag vars bolag tillverkade Sveriges första ånglok år 1853.

Årets tema var *Dermatoser i mörk och tropisk hud*. Ett uppskattat tema som tycks vara högst efterfrågat och välbehövligt. Ett högaktuellt ämne i och med den migration som Sverige mött de senaste åren, vilket inneburit en förändring i vilka patienter vi möter, nästintill dagligen, på många av våra mottagningar. Patienter med ett annat sjukdomspanorama och där vanliga dermatoser presenterar sig på annorlunda sätt, vilket utmanar vårt kliniska öga och vår bedömning. Det var två dagar med ett fullspäckt program som bjöd på fantastiska, inspirerande och matnyttiga presentationer med en hel del handfasta handläggningstips.

Dermatoser i den mörka huden, leprabonus och smakprov från "Addis"

Mötet rivstartade med docent Maria Bradley från Karolinska Universitetssjukhuset. Hon har en lång erfarenhet av patienter med mörk hud då hon tidigare bott och arbetat i Addis Abeba i Etiopien och årligen anordnar kursen i Global dermatologi. Det var en fantastisk tankeväckande, berikande och förkovrande föreläsning. På ett ytterst pedagogiskt och fängslande sätt gick hon igenom hur "den mörka huden" skiljer sig fysiologiskt från den "ljusa huden", varför det är viktigt att känna till hur de vanligaste dermatoserna (psoriasis, eksem, dermatofytinfektioner) manifesterar och skiljer sig samt kan vara svåra att kliniskt diagnostisera. Sjukdomspanoramat kan även skilja sig



Leishmaniasis.

Foto: Mari-Anne Hedblad (med tillåtelse av www.pdf.nu)

och andra diagnoser bör inkluderas i differentialdiagnostiken. I denna ytterst innehållsrika presentation vävde docent Maria Bradley in personliga erfarenheter och fall som berikade det hela än mer.

Här följer några exempel som utmärker den "mörka huden". Fibroblastaktiviteten är högre vilket medför större risk för hypertrofiska ärr och keloidbildning. Detta är viktigt att tänka på vid t.ex. akne då detta i större utsträckning kan ge ärrbildning och bör tas i beaktning vid handläggning och behandling. Melanonychi är mycket vanligt förekommande som normalvariant. Ökad melanocyttreaktivitet ger ökad

frekvens av pigmentsjukdomar, ökad risk för dyskromi efter ingrepp och postinflammatorisk hypo- och hyperpigmentering. Vinkeln på hårfolliklarna är sneda och inte helt vinkelräta mot huden vilket leder till ökad förekomst av follikulära sjukdomar, som till exempel pseudofolliculitis barbae.

Lichen nitidus är vanligt i denna patientgrupp, likaså dermatofytinfektioner. Man bör ha i åtanke att det inte är allt för ovanligt med hudblekningsprodukter hos denna patientgrupp, vilket både kan orsaka kontaktallergier och irritativa besvär.

Docent Maria Bradley hann även med en

kortare genomgång av lepra. Bland annat var man helst ska ta prov ifrån för att finna *Mycobacterium leprae* och därmed bekräfta diagnosen: örat! Hon avslutade med ett quiz där hon faktiskt var imponerad över ST-läkarnas prestation!

Leishmaniasis och andra infektiösa tropiska sjukdomar

Efter en lite längre fikapaus med mingel och frottering bland läkemedelsrepresentanter (från LEO Pharma, AbbVie, Celgene och Novartis) var det dags för nästa föreläsare. Infektionsspecialist Hedvig Glans från Karolinska Universitetssjukhuset, med det så passande specialintresset tropiska infektionssjukdomar i huden och framförallt leishmaniasis, gav en föreläsning med betoning på just leishmaniasis. Hennes presentation innehöll en hel del handfasta praktiska råd och information om handläggning av leishmaniasis; från diagnostik till behandling. Hon fokuserade på kutan och mukokutan leishmaniasis, de olika subtyperna med deras olika epidemiologi, manifestationer, prognos och behandling. Majoriteten av kutan leishmaniasis förekommer i Mellanöstern (men även Nordafrika och Sydamerika) medan majoriteten av mukokutan leishmaniasis förekommer i Sydamerika. Mukokutan leishmaniasis kan vara mycket destruerande varför det är viktigt med öron-näsa-halsbedömning. Hon lyckades bringa en hel del klarhet i den diagnostiska repertoaren, vad som är "gold standard" och hur prover ska tas. Ytterst uppskattat då leishmaniasis har blivit en inte helt ovanlig diagnos runtom på hudkliniker. Man kan snabbt och relativt lätt ta ett hudskrapstryk (kanten av såret!), giemsafärga och finna amastigoter. Men för diagnos och subtypning ska biopsi skickas för PCR och odling, helst i RPMI-medium. Om man ej har tillgång till det kan steril fysiologisk 0,9% koksaltlösning förvarat i rumstemperatur fungera. Detta är en diagnos som många gånger bör handläggas gemensamt av dermatologer och infektionsspecialister, då det kan bli aktuellt med kombinerad systembehandling och lokal kryobehandling. Dessutom delade hon med sig av egna erfarenheter av leishmaniasis på Karolinska Universitetssjukhuset. Hon avslutade med en exposé över en hel rad tropiska infektiösa sjukdomar i huden.

"Klackarna i taket"

På kvällen bar det iväg till restaurang Trädgård i centrala Eskilstuna där vi bjöds på en tre-rätters middag. Menyn bestod av räk- och kräftskagen på kavring med citron och rödlök, chevreost-quiche med spenat och gräslök samt sallad på blandade betor och rostade valnötter. Till hu-



Lepra.

Foto: Mari-Anne Hedblad (med tillåtelse av www.pdf.nu)



Tinea violaceum.

Foto: Universitetssjukhuset Örebro (med tillåtelse av www.pdf.nu)



Tinea profunda.

Foto: Anders Johannesson (med tillåtelse av www.pdf.nu)

vudrätt kunde man välja på helstekt oxfilé med tryffel och rostad lökemulsion, friterad sparris-potatis, rödvinssås och krispig svartrot, och till dem som föredrog fisk bjöds på halstrad gös med smörstekt spetskål, äppelcidersås och potatispuré. Slutligen tryfflar och hallonsmulpaj med rostad mandel och vanilj- och honungs-yogurt. Det var en trevlig och uppsluppen stämning när man fick chans att umgås utanför jobbet. Kvällen fortsatte in på småtimmarna med bubbel och allmänt samkväm.

Leishmaniasis – erfarenheter från Aleppo

Dag två inleddes av Sana Marroush, specialist i dermatologi från Syrien, som under sin ST-utbildning i dermatologi i Syrien arbetade på en leishmaniasisklinik i Aleppo, något som ingår i ST-utbildningen i Syrien. Dr. Sana Marroush delade med sig av sin personliga resa, sin medicinska erfarenhet, hur sjukvården och utbredningen av leishmaniasis har drastiskt förändrats och försämrats under krigsåren i Syrien. Hon tvingades med sin familj fly Syrien p.g.a. kriget och kom till Sverige 2014 via USA. Nu arbetar hon på Hud- och könkliniken i Sörmland. Det var en högst gripande och fascinerande föreläsning. Då hon har släktingar kvar i Syrien har

hon kunnat följa utvecklingen i landet. Många sjukhus har förstörts, det råder stor brist på läkemedel och andra sjukvårdsresurser vilket gör att stora delar av befolkningen inte har tillgång till sjukvård. Leishmaniasis har spridit sig som en löpeld i landet, från att tidigare varit begränsad till vissa delar av landet – en konsekvens av stor inhemsk migration och allt sämre sanitära förhållanden. Hon gav också en inblick i hur den kliniska verksamheten på den leishmaniasisklinik hon arbetade på gick till, vilket visar på den otroliga erfarenhet hon besitter inom detta område, med tanke på den ruljans av patienter hon behandlat. Dessutom bjöd hon på ett handfast tips när det kommer till kryobehandling av leishmaniasissår: frys tills 2 mm halo, 10 sekunders tötid, upprepas 3 gånger.

Våra mest spännande fall

Varje klinik bjöd på sina mest spännande fall på temat. Bland fallen fanns tre stycken leishmaniasis men med olika vinklar vad gäller klinisk presentation och behandling. Dessutom bjöds det på ett fall med tinea barbae som under många år diagnostiserats som terapistresistent pseudofolliculitis barbae som till slut visade sig vara dermatofytinfektion och då behandlats framgångsrikt med per oralt terbi-

nafin. Från Karlstad ett fall med terapistresistent eksem i ansiktet som visade sig vara sekundärt till hudblekningsmedlet hydrokinon. Vidare en ung kvinna med Majocccis granulom genitalt, dvs en djup follikulit orsakad av dermatofytinfektion. Slutligen ett fall med en kvinna med mycetom, även kallat "Madura foot", en subkutan infektion orsakad av antingen svamp eller bakterier och som oftast drabbar fötter.

Nästa år

Mötet avslutades med att studierektorerna informerade om tankar kring eventuella samarbeten inom regionen vad gäller ST-utbildning. Och sist lämnades stafettspinnen över till Universitetssjukhuset Örebro som får stå för värdskapet 2018. Det kom en hel del förslag på tänkbara teman: immunologi och läkemedel, naglar, hår för att nämna några. Blir spännande att se vad Örebro bjuder på.



Åsa Krantz,

ST-läkare

Hud- och könkliniken, Sörmland



Caroline Hesser

Leg läkare Hudkliniken, Danderyds sjukhus
fd. ST-läkare Hud- och könkliniken
Sörmland

Universitetssjukhuset Örebro står för värdskapet för nästa års regionala ST-möte!

Annons

Annons

Den nationella ST-enkäten år 2016

Inför 2016 års ST-träff sammanställdes den nationella ST-enkäten. Totalt 69 ST-läkare svarade på enkäten. Resultaten presenteras nedan.

Enkäten sammanställd av:

Markus E.S. Danielsson Darlington, MD, Hudkliniken, Sahlgrenska US

Jag har ST-tjänst	68/69	99%
Jag har vikariat	1/69	1%

Universitetssjukhus	35/69	51%
Region/länssjukhus	34/69	49%

Har skriftligt ST-kontrakt:	58/69	84%
Har inte skriftligt ST-kontrakt:	11/69	16%

Personlig handledare: ja	69/69	100%
Personlig handledare: nej	0/69	0%

Handledning 1-2 ggr/termin	14/69	20%
1 gång/månad	23/69	33%
Varannan vecka	20/69	29%
1 gång/vecka	12/69	17%

Tid avsatt för självstudier: ja	56/69	81%
Tid avsatt för självstudier: nej	13/69	19%

Tid avsatt för projektarbete: ja	41/69	59%
Tid avsatt för projektarbete: nej	28/69	41%

Är din klinik SPUR-inspekterad under de senast 5 åren: ja	49/69	71%
Är din klinik SPUR-inspekterad under de senast 5 åren: nej	20/69	29%

Anser Du att det finns tillräckliga resurser på Din klinik med goda möjligheter för Dig att uppnå måluppfyllelse enligt nya målbeskrivningen?		
Ja	61/69	88%
Nej	8/69	12%

Kurser	Har gått		Vill gå	
Tumörer	29/69	42%	39/69	57%
Bensår	16/69	23%	53/69	77%
Gränsområdesdermatologi	11/69	16%	44/69	64%
Dermatopatologi	13/69	19%	52/69	75%
Yrkesdermatologi	33/69	46%	35/69	51%
STD	32/69	48%	37/69	54%
Psoriasis	49/69	71%	22/69	32%
Annan	21/69	30%	22/69	32%
Ingen kurs	3/69	4%	-	-

Planering	Översiktsplan		Periodplan	
Du själv	64/69	93%	60/67	90%
Handledaren	44/69	64%	32/67	48%
Studierektor	29/69	42%	20/67	30%
Verksamhetschef	18/69	26%	16/67	24%
Schemaläggare	6/69	9%	10/67	15%
Annan (ange på nästa fråga)	2/69	3%	3/67	4%

Är forskarregistrerad: ja	11/69	16%
Är forskarregistrerad: nej	59/69	84%

Tillg. till handledare med forskarutbildning: ja	53/69	77%
Tillg. till handledare med forskarutbildning: nej	16/69	23%

Inplanerad ledarskapsutbildning: ja	43/69	62%
Inplanerad ledarskapsutbildning: nej	26/69	38%

Inpl. tjänstg. inom dermatologisk slutenvård: ja	54/69	78%
Inpl. tjänstg. inom dermatologisk slutenvård: nej	15/69	22%

Ansök om resebidrag



Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO) utlyser ett resebidrag för sina medlemmar.

Syfte:

Resebidraget ska användas för besök på en vårdenhet, i Sverige eller utomlands, där bidragsmottagaren kan inhämta kunskaper och erfarenheter som kan komma till nytta på den egna vårdenheten. I förlängningen är syftet med resebidraget att öka kompetensen i svensk sjukvård om utredning och behandling av olika typer av hudtumörer och vaskulära anomalier.

Resebidragets storlek:

4 000 SEK. Maximalt 4 stycken resebidrag utdelas varje år. Varje SDKO-medlem kan endast ansöka en gång per år. Resebidraget ska användas till att täcka hela eller delar av kostnaderna för resa och boende under besöket.

Behöriga att söka:

Medlemmar i SDKO som är kliniskt verksamma vid kliniker där patienter med hudtumörer och vaskulära anomalier behandlas.

Ansökningstid:

Ansökningar tas emot fortlöpande under året.

Ansökan ska innehålla:

- Uppgift om namn, personnummer, hemadress, mobiltelefonnummer, arbetsplats och klinik, tjänstgöringsgrad och yrke/tjänstetitel
- Inbjudningsbrev från mottagande vårdenhet
- Max 1 A4-sida (Times New Roman, 12) som innehåller följande:
 - En kort beskrivning av mottagande vårdenhet
 - En kort motivering till besöket på den mottagande vårdenheten
 - En kort plan som beskriver hur den ansökande tänker sprida de inhämtade kunskaperna på sin egen vårdenhet
- Ett intyg från verksamhetschef eller motsvarande om att den ansökande beviljas ledighet under besöket
- Budget som specificerar förväntade kostnader för resa och boende

Inlämning av ansökan:

Ansökan skickas elektroniskt till SDKO:s sekreterare: ingela.ahnide@skane.se

Handläggning av ansökan:

Ansökan bedöms löpande av medlemmar av styrelsen för SDKO. Bifall av en majoritet av styrelsens medlemmar krävs för att bevilja resebidraget. Svar kommer att ges den sökande inom sex veckor efter att ansökan har inkommit. Besöket vid mottagande vårdenhet får inte påbörjas innan ansökan har behandlats.

Uppföljning:

Resebidraget ska användas inom 6 månader från att det utdelats. Efter avslutat besök på vårdenheten förväntas bidragsmottagaren sprida kunskaperna på sin egen vårdenhet. Dessutom ska bidragsmottagaren informera om resan för SDKO:s medlemmar i form av en kortare reseberättelse (Max 1 A4-sida, Times New Roman, 12). Denna ska skickas in elektroniskt till SDKO:s sekreterare senast fyra veckor efter avslutad resa. Reseberättelsen bör behandla ett specifikt ämne, t ex nyvunna kunskaper om en diagnostisk metod, en kirurgisk teknik eller liknande.

Reseberättelsen kan komma att publiceras på SDKO:s hemsida samt i SSDV:s medlemstidskrift Dermatologi & Venereologi.

2017-08-18
Styrelsen i SDKO





Skin & Teaching

Inbjudan till kurs för sjuksköterskor och undersköterskor

Dermatologiska och venerologiska sjukdomar och omvårdnad för sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar på offentlig eller privat hudklinik/mottagning.

Kursansvariga har tidigare haft motsvarande kurs för sjuksköterskor i Karolinska institutets regi i form av högskoleutbildning 15 Hp. På grund av efterfrågan startar vi nu en motsvarande kurs, som inte berättigar till högskolepoäng, men där både sjuksköterskor och undersköterskor med erfarenheter av arbete med hud- och venerologiska patienter inbjudes att delta.

Kursen ges av Skin & Teaching som drivs av dermatolog, docent Åsa Boström och leg.sjuksköterska, docent Agneta Gånemo som båda har många års erfarenhet av såväl dermatologisk sjukvård som utbildning och fortbildning inom detta område.

Kursen omfattar nio heldagar uppdelat på 3 gånger 3 dagar under 2018 (23-25 januari, 13-15 mars och 17-19 april).

Kursort: Malmö, lokal meddelas efter anmälan

Kursinnehåll och mål: se kursplan nedan

Kursavgift: 16 500 SEK exkl moms, (förmiddags-, eftermiddagskaffe och åhörarkopior ingår i avgiften).

Kursplan för Dermatologiska och venerologiska sjukdomar och omvårdnad

Målgrupp: Sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar på offentlig eller privat hudklinik/mottagning. 9 kursdagar fördelade på tre kurstillfällen (3 x 3 dagar - se datum ovan)

Kursort: Malmö

Kursanordnare: Skin & Teaching Org nr 934009-5489

Kursledare: Docent, leg ssk Agneta Gånemo
Docent, Dermatovenereolog Åsa Boström

Föreläsare: Dermatovenereologer och sjuksköterskor med bred erfarenhet av ämnet.

Kursmål

Kursens övergripande mål är att deltagarna ska uppnå kompetens

för att utföra det som är vanligt och viktigt i klinisk verksamhet samt omvårdnad, inom dermatovenereologi. Dessutom skall kursdeltagarna få kunskap om olika dermatovenereologiska sjukdomars symtom och bakomliggande orsaker till dessa sjukdomar. Kursen ska även ge kursdeltagarna verktyg för att kritiskt granska och värdera information inom ämnet och förstå patientens reaktioner och livskvalité vid dermatologiska och venerologiska sjukdomstillstånd.

Kursinnehåll

- Hudens uppbyggnad, funktion och efflorescenser
- Att skriva en journalanteckning innehållande anamnes, status mm
- Symtom, utredning, bedömning, behandling och omvårdnad vid inflammatoriska hudsjukdomar, blåssjukdomar, hudtumörer, kroniska sår, hudinfektioner, gendermatoser, hår- och nagelsjukdomar samt hud och psyke etc.
- Yrkes- och miljödermatologi
- Att leva med svår hudsjukdom/livskvalitet
- Huden ur ett genusperspektiv och kulturellt perspektiv
- Det svåra samtalet
- Symtom, utredning, bedömning, behandling och omvårdnad vid sexuellt överförda sjukdomar och genitala dermatoser
- Vad är en vetenskaplig artikel?

Arbetsformer

Kursen innehåller föreläsningar och gruppdiskussioner. Till detta kommer självstudier, inlämnande av ett patientfall och ett grupparbete med kritisk granskning av en vetenskaplig artikel. Obligatoriska delar i kursen är samtliga teoridagar. Kursansvarig bedömer hur ev frånvaro från dessa dagar kan tas igen. Kursintyg utfärdas efter fullgjord kurs.

Litteraturlista utdelas i samband med utskick av schema.

Anmälan skickas senast den 1 november 2017 till:

skinandteaching@ganemo.se

I anmälan skall framgå namn, arbetsplats, telefonnummer, mailadress och fakturaadress. Anmälan är bindande men kursdeltagare kan ersättas av annan på kliniken. Kursdeltagare antas efter anmälningsdatum (först till kvarn).

Om kursen ställs in vid för få deltagare återbetalas avgiften.

Agneta Gånemo tel 070-725 67 88
Åsa Boström tel 070-634 84 26

Annons

Dermatoskopi Quiz

I detta nummer av D&V får ni två dermatoskopifall. Första fallet kommer från våra kollegor Emanuela Micu och Napoleon Kentarchos från Vrinnevisjukhuset i Norrköping (stort tack för ert bidrag!) och andra fallet får ni från undertecknad.

Fall 1:

En 75-årig man som tidigare har haft en del solrelaterade tumörer söker nu för denna lesion på höger flank som har uppstått relativt nyligen. Vad är diagnosen?

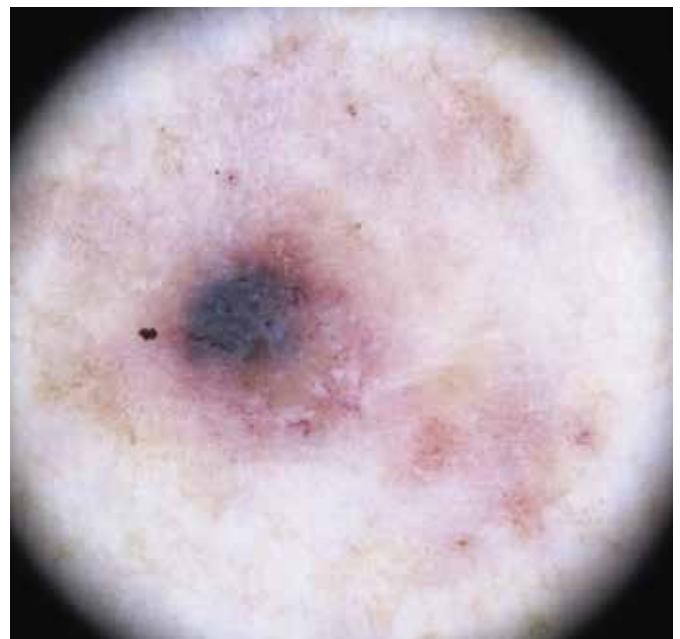


Maila in ditt svar till: john.paoli@vgregion.se
senast 30 oktober 2017

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.

Fall 2:

En 54-årig rullstolsbunden kvinna med multipla aktiniska keratoser och basaliom tidigare som uppvisar denna lesion med oklar anamnes på vänster underben. Vad är diagnosen?

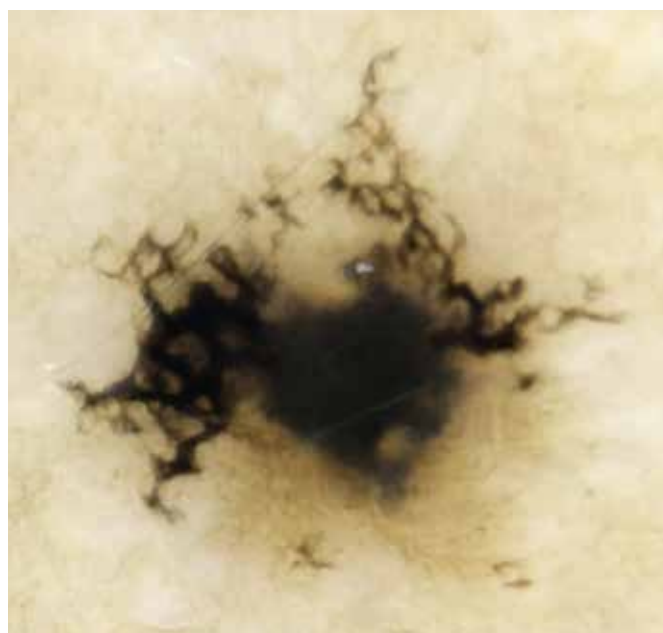


John Paoli

Överläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Dermatoskopi Quiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 10 • 2/2017



Fall:

I Dermatologi & Venereologi nummer 10 presenterades detta fall som gällde en 22-årig kvinna som sökte för en svart fläck på axeln som hade ändrat karaktär under de senaste 6–8 månaderna.

Denna gång var det ingen som hade rätt svar men flera gissade rätt på halva diagnosen (ink spot lentigo). Hedersnämmanden går därför till:

Jevgenija Smirnova, ST-läkare, Centralsjukhuset Karlstad

Britta Krynitz, överläkare, Karolinska Universitetslaboratoriet, Klinisk patologi/cytologi

Wasim Jamil, ST-läkare, Universitetssjukhuset Örebro

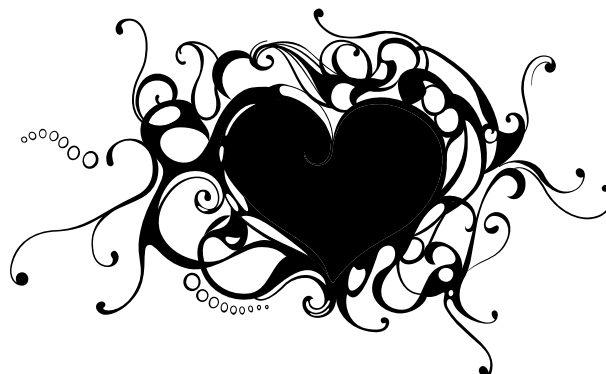
Emil Giertz, ST-läkare, Hudkliniken Karlskrona

Maria Nilsson, ST-läkare, Länssjukhuset i Kalmar

Stort tack till alla som skickade mig deras diagnosförslag!

Facit:

Dermatoskopibilden visar multipla svarta bisarra retikulära linjer som utgår från en central nästan hjärtformad homogen blågrå pigmentering. De svarta retikulära linjerna är typiska för ”ink spot lentigo” medan den homogena blågrå pigmenteringen är det som förväntas av ett blått nevus. PAD visade mycket riktigt en **kollision av ink spot lentigo och blått nevus**.



”Life imitates Art far more than Art imitates Life” – Oscar Wilde

John Paoli

Överläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

SSDV:s styrelse 2017


Ordförande

Katarina Lundqvist
(Lund)


Utbildningsansvarig

Josefin Lysell
(Stockholm)


ST-representant

Karim Saleh
(Lund)


Vice ordförande

Ada Girnita
(Stockholm)


**Utbildningsansvarig,
suppleant**

Desiree Wiegler Edström
(Stockholm)


**ST-representant,
suppleant**

Nirina Andersson
(Umeå)


Sekreterare

Lisa Alenmyr
(Malmö)


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)
Ada Girnita (Stockholm), *Suppleant*

Representanter
Praktikerkonsult AB

Ragnar Jonell (Göteborg)
Leif Nordin (Göteborg)

Valberedning

Virginia Zazo (Umeå)

Sammankallande

Anna Bergström (Uppsala)
Anna Josefson (Örebro)

SSDV:s kalender 2017 - 2019

Galderma Nordics dermatologisymposium

2017-10-20
Stockholm, Sverige

ST-träff 2017 i Ystad

2017-11-13 - 2017-11-14
Ystad, Sverige

5th Nordic Course on Skin Surgery

2017-11-16 - 2017-11-17
Köpenhamn, Danmark

Skin on the Move - Dermatological Diseases and Global Health

2017-11-20 - 2017-11-25
Addis Ababa, Etiopien

Årsmöte för Venereologisektionen

2018-01-25
Stockholm, Sverige

Utbildningsdag Venereologisektionen

2018-01-26
Stockholm, Sverige

ST-kurs STI

2018-01-29 - 2018-02-02
Örebro, Sverige

3rd Nordic Dermoscopy Course

2018-04-05 - 2018-04-06
Göteborg, Sverige

ST-kurs: Diagnostisk och behandling och ben- och fotsår

2018-04-11 - 2018-04-13

Nationellt handeksemsymposium

2018-04-11
Örebro, Sverige

15th EADV Spring Symposium

2018-05-03 - 2018-05-06
Budva, Montenegro

SSDV:s Vårmöte

2018-05-30 - 2018-06-01
Linköping, Sverige

5th World Congress of Dermoscopy

2018-06-14 - 2018-06-16
Thessaloniki, Grekland

17th World Congress on Cancers of the Skin 2018

2018-08-15 - 2018-08-18
Sidney, Australien

1st World Congress of Confocal Microscopy

2018-10-18 - 2018-10-20
Rom, Italien

34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology

2019-05-08 - 2019-05-10
Göteborg, Sverige

World Congress of Dermatology

2019-06-10 - 2019-06-15
Milano, Italien

För aktuell kalender, gå in på
www.ssdv.se/kalender

