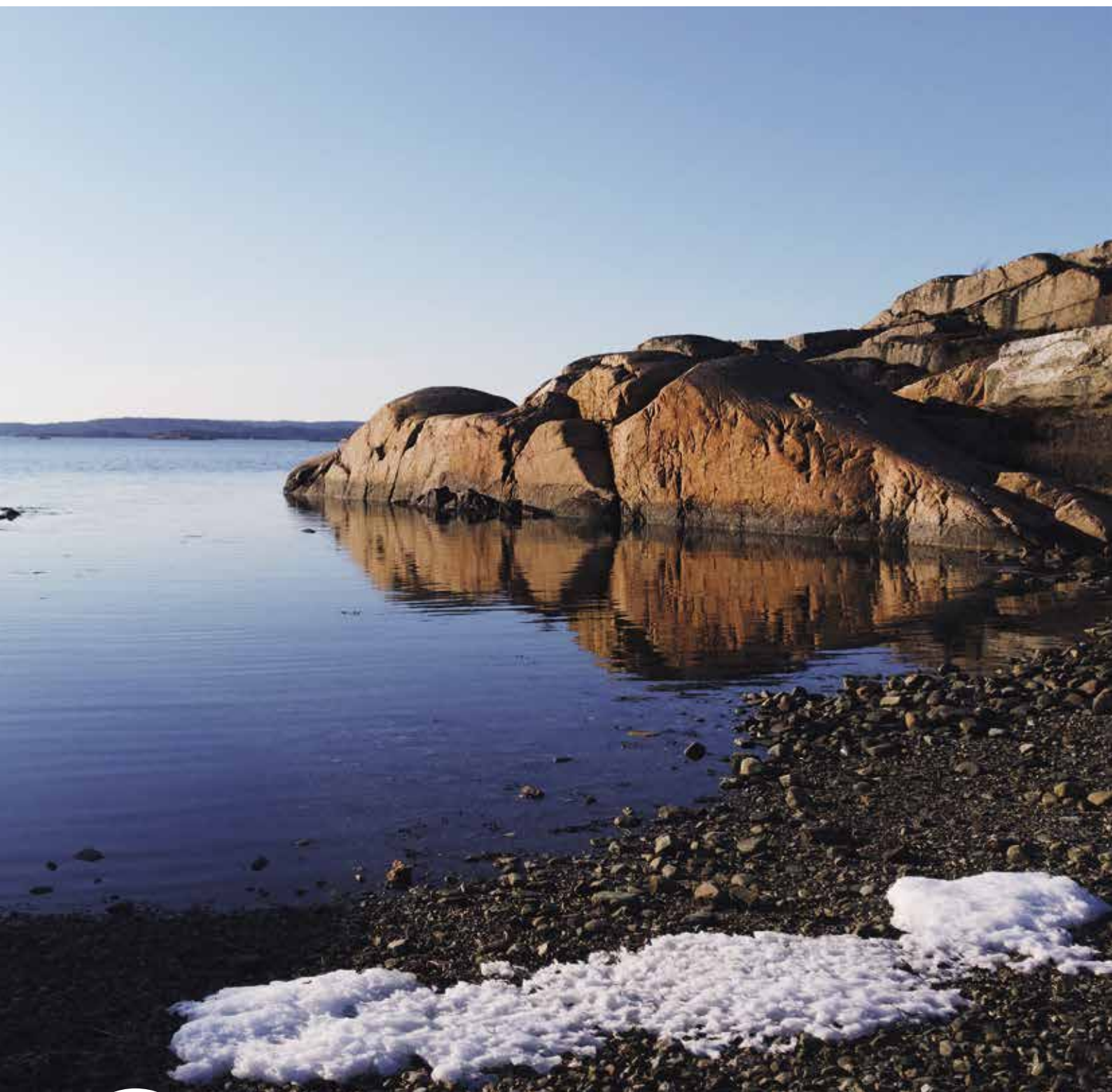


DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 14 • 2/2018



www.ssdv.se

**SSDV:s vårmöte 2018 i Linköping • SPIRA- och DCH-stipendiater
Intervju med PDF:s ordförande • Nya/uppdaterade riktlinjer STI
Venereologisektionens utbildningsdag • Quiz • Specialisttentamen**



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:
Vårsolen smälter bort det sista av vintern från västkustens klippor. **Foto:** Ana Paoli

Distribueras som post- och webbtidning:
ISSN 2022-0767 (Print)
ISSN 2002-0775 (Online)

Innehåll	
SSDV:s Ordförande har ordet.....	1
Redaktören har ordet.....	3
DCH-stipendiet gav resa till AAD	6
SPIRA-stipendium 2017: Psoriasispatienten i centrum.....	8
SPIRA-stipendium 2017: Värmlands psoriasis skola	11
Inför SSDV:s vårmöte i Linköping 2018	15
"En dag fylld av dilemman".....	22
Intervju med PDF:s ordförande	24
Specialisttentamen dermatovenereologi.....	28
Välkomna till FSL 2018.....	29
STI-riktlinjer.....	31
SSDV:S Fortbildningsstipendium 2018	55
Ansök om SDKO:s resebidrag.....	56
Nya behandlingsrekommendationer för kroniska nässelutslag.....	57
Generika för PrEP-behandling.....	57
Vi söker app-testare	57
Save the date: DVSS årsmöte 2018.....	58
Save the date: SSDV:s Höstmöte.....	59
Dermatoskopi Quiz.....	60
Dermatoskopi Quiz - Lösning.....	61
Nordic Congress of Dermatology & Venereology	62
SSDV:s styrelse	63
Kalender 2018 - 2019.....	64

Utgivningsplan 2018:		
	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 13	8 januari	27 februari
Nr. 14	19 mars	11 maj
Nr. 15	20 augusti	9 oktober
Nr. 16	29 oktober	18 december

Medlemmar och styrelsen viktig för vår specialitet

Vinden viner och snön yr utanför fönstret. Jag sitter hemma i köket och går igenom agendan och olika dokument inför styrelsemötet som startar om en timma. Vi samlas på Grand Hotel i Lund. Några ledamöter har tagit flyget hit på morgonen, andra har åkt tåg. En är med via Skype. Väderdramatiken ställer till en del, några blir lite försenade. Stämningen är god som alltid då vi samlas runt ett uppdulat frukostbord. Småprat om vad som hänt sedan vi sågs senast i november. Mötet drar igång, punkt för punkt går igenom. Mycket i aktionslistan kan bockas av och läggs till handlingarna. Viktiga utbildningsfrågor diskuteras, kursutbudet för ST-läkarna ses över för kommande år. Programmet för höstens ST-träff godkänns. Föreningens ekonomi granskas utan invändningar. Nya medlemmar godkänns och hälsas välkomna. Vi stämmer av planeringsläget med värdkliniken inför Värmötet i Linköping. Programmet ser mycket bra ut. Valberedningen avger sitt förslag via länk från Brisbane, ännu saknas några namn på ledamotsposter till styrelsen som tar över i juni.

Sen är det lunch, det bjuds på Biff à la Lindström i stora matsalen.

Eftermiddagen klaras av med stort engagemang, snabbt och effektivt. Nominering av pristagare och stipendiater ses över. Inkomna motioner inför årsmötet noteras. Sista punkten är avklarad strax innan klockan 16 och mötet avslutas. Nästa styrelsemöte blir i maj några dagar innan årsmötet. Mitt sista, efter 2 år som ordförande och totalt 7 år i styrelsen.

Mitt styrelseuppdrag i SSDV snart över

Jag kommer att sakna alla trevliga möten och spännande diskussioner t.ex. vid SLS:s fullmäktigemöte eller när jag som SSDV-representant deltagit vid nationella chefsmöten, eller träffat blivande specialister under ST-träffen. Kontakten med medlemmar, sektioner och intressegrupper där tillfälle givits att ta del av frågor och intressanta diskussioner i olika sammanhang. Vyerna vidgas på många plan, där allt på ett eller annat sätt berör vår specialitet. Det är ett hedersuppdrag att få vara delaktig

i styrelsearbetet och dessutom både intressant och kul. Jag vill tacka er medlemmar för förtroendet som jag fått.

Styrelsens viktiga arbete

Medlemmarnas engagemang är viktigt för att föreningsarbetet skall fungera på bästa sätt. Alla behövs för att bygga fungerande nätverk där viktiga frågor bevakas som berör vår specialitet. SSDV företräder professionen i olika sammanhang och är länken mellan myndigheter och vår specialitet, med fokus på utveckling, kvalitet, vetenskap och utbildning. SSDV behövs för att vidmakthålla en välfungerande specialistutbildning, för att anordna vetenskapliga möten och inte minst för att fokusera på högaktuella fortbildningsfrågor. Arbetet som bedrivs i sektioner och intressegrupper är en förutsättning för att bevaka och uppdatera viktiga specialområden. Allt detta skapar dessutom intressanta nätverk och många trevliga möten bland personer som har en strävan att gemensamt främja vår specialitet. Arbetet har givit mig nya insikter och ett stort personligt och professionellt mervärde. Jag hoppas att valberedningen med lätthet kommer kunna rekrytera nya förmågor som driver styrelsearbetet vidare i framtiden.

Med dessa ord vill jag tacka för mig. Jag önskar er en trevlig lästund och hoppas att vi ses i Linköping!



Katarina Lundqvist
Ordförande SSDV
katarina.lundqvist@med.lu.se

Annons

Karibu sana till denna upplaga av D&V

Under de tre åren jag arbetade på Hospital Universitario Ramón y Cajal i Madrid, Spanien (2011–2014) fick jag bland annat möjligheten att vidareutbildas inom Mohs kirurgi tillsammans med Luis Ríos Buceta, en av Spaniens främsta talanger inom tekniken. Varje vinter sedan många år tillbaka åker Luis tillsammans med andra kollegor från kliniken i Madrid ner till Moshi, Tanzania för att hjälpa läkarna på Regional Dermatology Training Centre (RDTC) vid Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) med att operera patienter med svåra hudcancerfall samt träna upp deras team inom allmän hudkirurgi och Mohs kirurgi. Under mina år i Madrid var mina döttrar små och pendlingen fram och tillbaka mellan Sverige och Spanien gjorde det svårt för mig att följa med på en sådan resa. När man fick höra berättelserna om deras besök där och fick se bilderna på allt de upplevde under vistelserna i Moshi kände man sig oerhört avundsjuk.

När jag var i Madrid hade jag dock turen att lära känna nuvarande klinikchef på RDTC i Moshi, dr. Daudi Mavura. För att bli läkare i Tanzania måste man studera utomlands. De flesta studerar i Ryssland men Daudi hamnade på Kuba där han förstås även lärde sig spanska. Språket förenade honom med Luis och kollegorna i Madrid vilket också ledde till ett års sidoutbildning för honom i Spaniens huvudstad under samma tid som jag var där. Daudi och jag blev goda vänner och har hållit kontakten sedan dess. Vi träffades på nytt i Zürich i november 2016 där han deltog i en kurs inom Mohs kirurgi som jag organiserade tillsammans med European Society for Micrographic Surgery (ESMS). Han berättade då om RDTC:s årliga "International CME Conference" och jag blev tillfrågad om att föreläsa där om Mohs kirurgi. Nu hade jag äntligen chansen att åka till Tanzania och i januari 2018 var det äntligen dags.

"Karibu sana" sade alla trevliga och glada kollegor på RDTC när de på swahili hälsade

mig varmt välkommen till deras 23:e International CME Conference som ägde rum 10–13 januari 2018 i Moshi, Tanzania (bild 1). Vid registreringsbordet hade de prydligt lagt fram solblekta namnskyltar med olika design för de cirka 80–90 deltagarna från ett tjugotal olika afrikanska och europeiska länder. Namnskyltarna sparas nämligen från år till år och man tillverkar bara nya för deltagare som inte har varit med förr då budgeten är ytterst begränsad. De flesta hade varit på konferensen många gånger tidigare och flera var hedersgäster som hade arbetat på RDTC som volontärer tidigare. En av stammissarna var min gode vän Normann Iversen från Örebro (bild 2). På programmet hittades andra välbekanta namn som Maria Bradley som skulle prata om Leishmaniasis samt Federica Dassoni (Italien) som undervisade om skabb. För er som inte känner Federica så har hon föreläst för oss i Sverige tidigare om hennes erfarenheter i Etiopien och Sudan med dermatologiska åkommor i mörk hud.



Bild 1: Dr. Daudi Mavura leder paneldebatten med Beatrice Etemesi som pratade om hidradenitis suppurativa, John Paoli som föreläste om Mohs kirurgi och Rosemarie Moser som pratade om dagsljus PDT på 23rd International CME Conference i Moshi, Tanzania.



Bild 2: Två av de svenska deltagarna på konferensen: John Paoli (Göteborg) med ny namnskylt och Normann Iversen (Örebro) med återvunnen namnskylt då detta inte var hans första besök i Moshi.



Bild 3: Studiebesök på RDTC:s "Care Unit for Patients with Albinism".

Längst fram i salen hängde ett lakan där organisationen hade målat namnet på konferensen för hand med hjälp av schabloner. Normann berättade att detta var en nyhet för i år och att man tidigare helt enkelt hade skrivit texten på svarta tavlan med krita. Så enkelt.



Bild 4: Volontärer med albinism hjälper andra med samma sjukdom att skydda sig mot både UVA och UVB med deras egentillverkade solskyddsmedel "Kilimanjaro Suncare".

I skuggan utanför konferenssalen stod tre kvinnor med albinism och sålde tyger som de själva hade tillverkat i RDTC:s "Care Unit for Persons with Albinism" (bild 3). Albinism är mycket vanligare i Afrika än i andra delar av världen med incidenssiffror som kan vara 10–14 gånger högre än i Nordamerika eller Europa. I Tanzania beräknas 1 på 1 400 ha albinism och 1 på 19 bär på genetiska mutationer som kan leda till sjukdomen. Dessvärre är albinism oerhört stigmatiserande i Afrika och har till och med lett till våld mot de drabbade. Därför kallar man inte patienter med albinism för albinos i Tanzania utan man säger "PWA" eller "person with albinism". Detta just för att påminna befolkningen om att det är människor som är drabbade. RDTC:s center för personer med albinism hjälper över 3 000 barn och vuxna som årligen kontrolleras här. De får förstas vård för eventuella hudtumörer de drabbas av men också utbildning i hur man kan skydda sig från solen, tillgång till skyddande kläder, hattar och solglasögon samt egentillverkat solskyddsmedel som produceras på plats (bild 4).

Sammanfattningsvis var besöket i Moshi en mycket lärorik upplevelse som man verkligen kommer att minnas. Jag hoppas att få återvända framgent och att fler SSDV-medlemmar får chansen att åka dit!

Vad som väntar i denna upplaga av D&V

I detta nummer av D&V presenterar Eva Ljunggren och kollegor programmet för SSDV:s vårmöte i Linköping, ni får läsa mängder av nyheter från Sektionen för venerologi, PDF:s ordförande Agneta Augustsson intervjuas, Karim Saleh berättar om sina upplevelser på AAD tack vare DCH-stipendiet, Åsa Ingvar rapporterar om hur det var att skriva specialtendentamen och SPIRA-stipendierna Balázs Hodosi samt Petra Tunbäck skriver om sina projekt, bland annat. Önskar er trevlig läsning!



John Paoli

Redaktör

john.paoli@vregion.se

Annons



Det finns fyra olika parker i Walt Disney World som ligger i Orlando, Florida. Universal studios är en av dem...



...Epcot, är en annan

DCH-stipendiet gav resa till AAD

Uppskattningsvis 230 miljoner operationer utförs globalt varje år, som resulterar i över 7 miljoner komplikationer. Den vanligaste komplikationen, postoperativa sårinfektioner, utgör den vanligaste vårdrelaterade infektionen i u-länder och den näst vanligaste i i-länder dit Sverige hör. Enligt beräkningar från Socialstyrelsen kostar postoperativa sårinfektioner samhället 500–1 000 MSEK årligen och anses vara den ekonomiskt mest kostsamma av alla vårdrelaterade infektioner. Förutom de ökade vårdkostnader postoperativa sårinfektioner medför orsakar de smärta och lidande för patienter och försämrar sårsläkningen. Optimal sårsläkning bidrar också till att undvika misspdydande ärr vilket tyvärr blir fallet för många patienter och en orsak till psykiskt lidande.

Forskningsgrupp i Lund

I vår forskningsgrupp på hudkliniken i Lund, under ledning av Professor Schmidtchen, försöker vi förstå varför postoperativa sårinfektioner uppstår och utveckla nya metoder som kan förhindra uppkomsten av dessa. Förra året publicerade vi en RCT-studie [1] där ett nytt antiseptiskt medel (polyhexanide biguanide) testades på patienter som opererades med fullhudstransplantationer i ansiktet [1]. Jag tror att internationella samarbeten utvecklar mig i läkarrollen och höjer kvaliteten på forskningen varför jag skickade arbetet till utbildningskommittén för årets AAD kongress samtidigt som jag sökte DCH-stipendiet för att bekosta en eventuell resa till USA. Lyckligtvis tyckte AAD att arbetet var intressant nog för att presenteras muntligt och jag tilldelades DCH-stipendiet.

American Academy of Dermatology

AAD ägde rum i Orlando och det var ett nytt rekord i antalet kongressdeltagare som sträckte sig över 18 000 personer från 111 olika länder innefattande över 1 000 föreläsare. Kongressschemat är så fullspäckat att programboken är mer än 300 sidor lång och konferenslokalerna är så enorma att det kan ta över 15 minuter att gå emellan föreläsningssalarna. När konferensdagen startar så kan mer än 20 föreläsningar pågå parallellt. Har man beslutsångest över vad man helst vill delta på kan det bli jobbigt. Min rekommendation är att studera schemat noggrant och



Bild 1: Karim Saleh provar på modern teknik mot akne.



Bild 2: Karim Saleh presenterar sin studie om polyhexanide biguanide för att förhindra postoperativa infektioner efter fullhudstransplantation i ansiktet.

planera. Utöver föreläsningarna pågår olika praktiska workshops som kräver föranmälan och en extra deltagaravgift. Utställarhallen är gigantisk och bara den tar flera dygn att utforska om man är intresserad av att se allt som finns. Skall man ta emot alla krämer och prover som delas ut kommer man att fylla en hel resväska. För min del blev det en visit till ett företag som säljer dermatoskop för halva priset till ST-läkare. Att prova en LED-mask som påstods ha effekt mot akne blev också ett måste, mest för kamerans skull (bild 1).

Lågt deltagarantal från Sverige

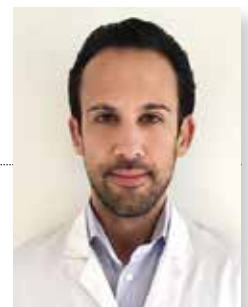
Kvaliteten på föreläsningarna var generellt väldigt hög. Här samlades de största internationella namnen inom dermatologin. Det jag fokuserade på var Mohs kirurgi, dermatoskopi, laser och komplikationer vid kirurgi. Tyvärr var den svenska representationen svag. Uppskattningsvis fanns <10 svenska läkare på plats. Representationen från exempelvis England som har ungefär lika många dermatologer som Sverige gick ej att jämföra med. England fanns med på topp-5-listan i antalet besökare per land och hade många föreläsare på plats. Även Danmark hade en betydligt större närvaro än Sverige. Till stor del beror nog detta på överenskommelsen mellan industrin och offentlig sjukvård som började gälla januari 2014. Före 2014 kunde industrin sponsra kongressresor upp till 50% av den totala kostnaden, men numer är det klinikerna som skall stå för den totala

kostnaden vilket jag tror återspeglas i det ytterst svaga deltagandet på internationella kongresser. Jag talade med engelska kollegor och där kan industrin sponsra hela kongressavgiften. Jag vet inte hur detta skall lösas i framtiden men faktum är att nuvarande modell inte fungerar. Det är viktigt att det här ämnet tas upp och diskuteras eftersom kongresser innebär fortbildning, utveckling och skapar möjligheter till samarbeten och forskning.

Dags för min presentation

Presentationen av vår studie blev lyckad (bild 2) och jag fick möjligheten att lära känna kollegor från andra länder. De kontakterna visade sig vara värdefulla och jag fick nyligen hjälp med att distribuera en elektronisk enkätstudie beträffande den visuella bedömningen av postoperativa sårinfektioner. Förhoppningen är att vi snart kan få den studien publicerad. Jag hoppas också på framtida forskningssamarbeten med kollegor jag träffade på kongressen.

Jag vill rikta ett stort tack till Diagnostiskt Centrum Hud för deras stipendium som möjliggjorde denna minnesvärda kongressresa! Jag vill även tacka SSDV som möjliggör olika stipendier för vidareutveckling av oss som läkare och dermatologer.



Karim Saleh

ST-läkare, doktorand
Hudkliniken,
Skånes Universitetssjukhus Lund

Referenser

1. Saleh K, Sonesson A, Persson K, Riesbeck K, Schmidtchen A. Can dressings soaked with polyhexanide reduce bacterial loads in full-thickness skin grafting? A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2016;75:1221-8.e4.

Nästa AAD äger rum 1-5 mars 2019 i Washington, D.C.

Psoriasispatienten i centrum!

År 2016 fick dr. Amra Osmancevic i psoriasis-teamet på Hud- och könssjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SPIRA-stipendiet för att arbeta fram en bättre och mer strukturerad kontakt med psoriasispatienter. År 2017 fick vi på Sahlgrenska återigen SPIRA-stipendiet för ett kunna fortsätta detta arbete, och nu med fokus på psoriasis och samsjuklighet.

På kliniken har vi senaste året kartlagt samsjukligheten då patienter med psoriasis har ökad risk att drabbas av andra sjukdomar som t.ex. hjärtkärlsjukdomar, ögonsjukdomar och inflammatoriska tarmsjukdomar. Kartläggningen skedde genom enkätutskick till klinikkens alla psoriasispatienter som står på systembehandling. Vi fann bland annat att psoriasisartrit, diabetes typ 2 och depression var vanligt förekommande och att BMI var signifikant högre i gruppen med systembehandling jämfört med de psoriasispatienter som får ljusbehandling.

Vi har under året även arbetat med att förbättra samarbetet med primärvård, reumatologi och övriga specialiteter som tar hand om samsjuklighet relaterad till psoriasis. Ett utförligt standardbrev som går med som remissvar till primärvården har tagits fram, med information om samsjuklighet och vikten av att patienterna inte röker, håller normal vikt och följer upp t.ex. blodtryck, blodfetter och blodsocker. Genom detta arbete vill vi både medvetandegöra andra specialister om samsjuklighet vid psoriasis, samt förbättra kontakten med andra specialiteter.

En annan viktig del har varit att höja kunskapen bland patienter avseende samsjuklighet. Detta sker dels genom besök hos sköterskan, men även genom skriftlig information, där vi lagt in länkar till informativa hemsidor och genom patientens möjlighet att delta i psoria-



Foto: Adobe Stock

sisskolan. För att se till att vi alla följer riktlinjer för behandling av psoriasis, ger jämlik vård och strävar efter att uppnå definierade behandlingsmål har vi utarbetat checklistor för läkare och sjuksköterskor. Vi utvecklar också en individuell vårdplan för patienten, och både checklistor och vårdplan skall snart börja användas i det dagliga mottagningsarbetet.

Att ovanstående förbättringar kunnat implementeras i vardagen beror till stor del på det tvärprofessionella psoriasisteam som vi har utvecklat. I vårt psoriasisteam ingår sjuksköterskor, undersköterskor, sekreterare, kurator, läkare och verksamhetsutvecklare. Vi har bland annat utbildat psoriasissjuksköterskor som håller nära kontakt med patienten vid behov, och som även har egna återbesök för uppföljning. För personalen har vi även, tack vare stipendiet, kunnat genomföra utbildningsdagar med fokus på psoriasis och samsjuklighet.

Parallellt med arbetet ovan fokuserar vi självklart även på att lägga in alla systembehandlade psoriasispatienter i kvalitetsregistret PsoReg. Detta möjliggör en systematisk och långsiktig uppföljning av dessa patienter och täckningsgraden i PsoReg på vår klinik har nu ökat till cirka 80%.

Detta arbete har gått hand i hand med Sahlgrenska Universitetssjukhusets arbete med värdebaserad vård. Här kopplar man ihop medicinsk kunskap och vårdvetenskap med det värde man skapar för patienten. En angelägen del i värdebaserad vård är att göra patienten mer delaktig i vården och att använda patientens insikter för att förbättra vården. Med arbetet ovan har vi nått en bit på vägen!



För psoriasisteamet

Petra Tunbäck

Docent, Överläkare

Verksamheten för Hud- och könssjukvård,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Annons

Annons



En fysisk aktivitet under utbildningen.

Uppföljning och utvärdering av Värmlands psoriasissskola

Sedan 2012 har Hudmottagningen vid Karlstad Centralsjukhus tillsammans med Psoriasisförbundet i Värmland och hälsovetare Anja Näslund drivit en återkommande utbildning – psoriasissskola – för patienter med hud- och ledpsoriasis. Psoriasissskolans syfte är att ge deltagarna god kunskap om sjukdomen, dess behandling och sambanden mellan psoriasis och andra sjukdomar samt hur livsstilsfaktorer som kost, motion, rökning och sömn påverkar sjukdomen positivt och negativt. Totalt har tre utbildningstillfällen genomförts, 2012, 2013 och 2014, med knappt 90 deltagare totalt. Hösten 2017 genomfördes en återträff, möjliggjord av SPIRA-stipendiet.

Psoriasissskolan

Under psoriasissskolans fem dagar träffar patienterna flera olika föreläsare: reumatolog, hudsjuksköterska, hudläkare, dietist, kurator och sist men inte minst hälsovetare. I uppläggget ingår både teoretiska och praktiska moment. Diskussioner med andra kursdeltagare berikar kursen ytterligare och patienterna har varit mycket delaktiga och generöst bidragit med sina erfarenheter. Målet för kurserna var att öka patienternas kunskaper och förståelse för sjukdomen samt ge dem verktyg och motivation att påverka sin livsstil.

Tanken med ansökan till SPIRA-stipendiet för återträffen var att samla ihop så

många som möjligt av patienterna som deltagit i psoriasissskolorna sedan 2012. Vi ville utvärdera vilken nytta deltagarna haft av att gå utbildningen, hur de kunnat hantera sin psoriasis och hur psoriasis har påverkat deras liv efter psoriasissskolan. Vi kunde vid litteratursökning inte finna relevanta vetenskapliga studier angående patientutbildning och psoriasis. Litteratursökningen var inriktad på systematiska översikter, randomiserade kontrollerade studier, prospektiva observationsstudier och där det var lämpligt, diagnostiska studier. Ej heller fann vi relevanta pågående studier om effekten av psoriasissskola för vuxna eller barn.



Anja Näslund, hälsovetare, en av utbildarna i psoriasissskolan.

De 90 patienter som gått psoriasissskolorna erbjöds att komma, och en fin solig dag i november 2017 träffade vi – på Värmlands museum i Karlstad – de 30 patienter (30% av de tillfrågade) som valde att komma på återträffen.

Hälsovetare, hudsjuksköterska och hudläkare föreläste för att färska upp och fylla på kunskap om psoriasisssjukdomen och samsjukligheten, kost och hälsosamt levnadssätt. Patienterna fick prova på fysiska aktiviteter och meditation. De fick även besvara frågeformulär för utvärdering av effekten av tidigare utbildningar med frågor kring psoriasis, livsstil, samsjuklighet, vårdkontakter, mående före och efter psoriasissskolan.

Frågeformulär

Trettio patienter av alla 90 som gått psoriasissskolorna tidigare kom till återträffen och besvarade frågeformulären: en blygsam svarsfrekvens, absolut, men några intressanta data kom ändå fram:

- Före deltagande i psoriasissskolan var 90% av patienterna ovetande om samsjuklighet vid psoriasis.
- Patienterna sökte vård med samma frekvens före och efter utbildningen, men mönstret blev annorlunda: Före utbildningen sökte endast 10% på vårdcentral för regelbundna allmänna hälsokontroller, efter utbildningen ökade andelen till 60%.
- Vid utbildningstillfällena 2012–2014 stod endast 20% av patienterna på systembehandling mot psoriasis och ingen patient hade biologiskt läkemedel. Vid återträffen 2017 stod 40% av patienterna på systembehandling och 10% hade biologisk behandling.
- Före psoriasissskolorna upplevde 80% av patienterna att de inte hade någon påverkan av behandlingsval. Alternativt uttryckt: endast 20% av patienterna upplevde att de varit med och påverkat behandlingsval. Nu, några år efter genomgången psoriasissskola, var det 60% som ansåg att de hade en aktiv roll i processen att välja behandling, en trefaldig ökning.
- Efter utbildningen uppgav 25% av patienterna att de har börjat äta hälsosammare kost.
- Det noterades även en 10% ökning av regelbunden fysisk aktivitet i gruppen.
- Vid första utbildningstillfället uppgav 20% av deltagarna rökning, vid återträffen var bara 6% aktiva rökare, en glädjande minskning.
- 65% av patienterna tyckte att deras liv trots sjukdomen blivit lättare att hantera efter utbildningen.
- 95% av patienterna tyckte att alla som kommer i kontakt med psoriasisvården borde få möjlighet att genomgå patientutbildning.

Det går inte att dra säkra slutsatser från dessa data. Osäkerheter ligger bland annat i att de som frivilligt söker sig till psoriasissskolan sannolikt redan är mer intresserade av sin hälsa än den (långt större grupp) som inte sökte till psoriasissskolan. Och ur den grupp om 90 individer som gick skolan 2012, 2013 och 2014 var det en subgrupp om 30 individer som valde att komma på återträffen. Dessa 30 kan ha varit mer intresserade och framgångsrika i sin behandling och livsstilsförändring än de 60 som valde att avstå från mötet. Samtidigt

kan ingen ta ifrån våra patienter de glädjande förändringar som noterats ovan och som kan ge oss vägledning för planering av framtida utbildningstillfällen.

Utvärdering

Återträffen pekar på positiva effekter – även om den ej utgör strikta bevis:

- 2/3 av patienterna som var rökare slutade efter utbildningen.
- Patienterna blev varse samsjuklighet och mer än hälften går nu på eget initiativ på hälsokontroller på vårdcentral för att hålla koll på hälsan i stort, vilket de inte gjort förut. Det har skett omfattande förändringar i vår patientgrupp vad gäller livstil och hälsomedvetande.
- Andel av patienter som fick systembehandling fördubblades efter psoriasisskolorna. Detta kan dels bero på ändrade behandlingsrutiner i Värmland och dels på att andelen patienter som aktivt tog del i processen att välja sin behandling ökade från 20% till 60%. Den som är utbildad och vet vad som finns att välja på påverkar också sin behandling mer.
- De flesta patienter upplevde det lättare att hantera sin sjukdom efter utbildningen. Utan att veta säkert funderar vi på om "coping"-mekanismer spelat roll här:
 - att patienter får träffa andra med samma problematik
 - att få dela erfarenheter, svårigheter, glädjeämnen,
 - att under trevliga former få diskutera i grupp och på raster individuellt kring sjukdomen och dess konsekvenser,



Balázs Hodosi, överläkare, Sara Rosengren, sjuksköterska och Robert Holik, överläkare – alla på Hudkliniken Centralsjukhuset i Karlstad – som medverkat i och utvärderat Psoriasisskolan i Värmland.

– samt inte minst att få hälsovetarens råd kring stress, sömn, motion och kost.

Allt detta kan ha gjort det lättare att leva med psoriasis och att acceptera sjukdomen.

Psoriasisskolan – här för att stanna

Som vi tolkar resultatet av återträffen, gör psoriasisskolorna nytta. Vi fortsätter väva in utbildning i dagliga individuella patientmöten på kliniken, samt även framöver erbjuda psoriasisskola i större grupper.

Vi tackar för all hjälp och stöd som vi har fått från SSDV, AbbVie och Psoriasisförbundet Värmland.

Balázs Hodosi

Överläkare
Hudkliniken,
Centralsjukhuset i Karlstad



34th Nordic Congress of Dermatology & Venereology

May 8–10 2019

www.nordicderm2019.com

Important dates

2018 September Call for abstracts September Registration opens December 20 Deadline abstract submission	2019 February 6 Deadline abstract notification (oral/poster) February 13 Deadline early bird registration May 8–10 Congress dates
---	---



NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION



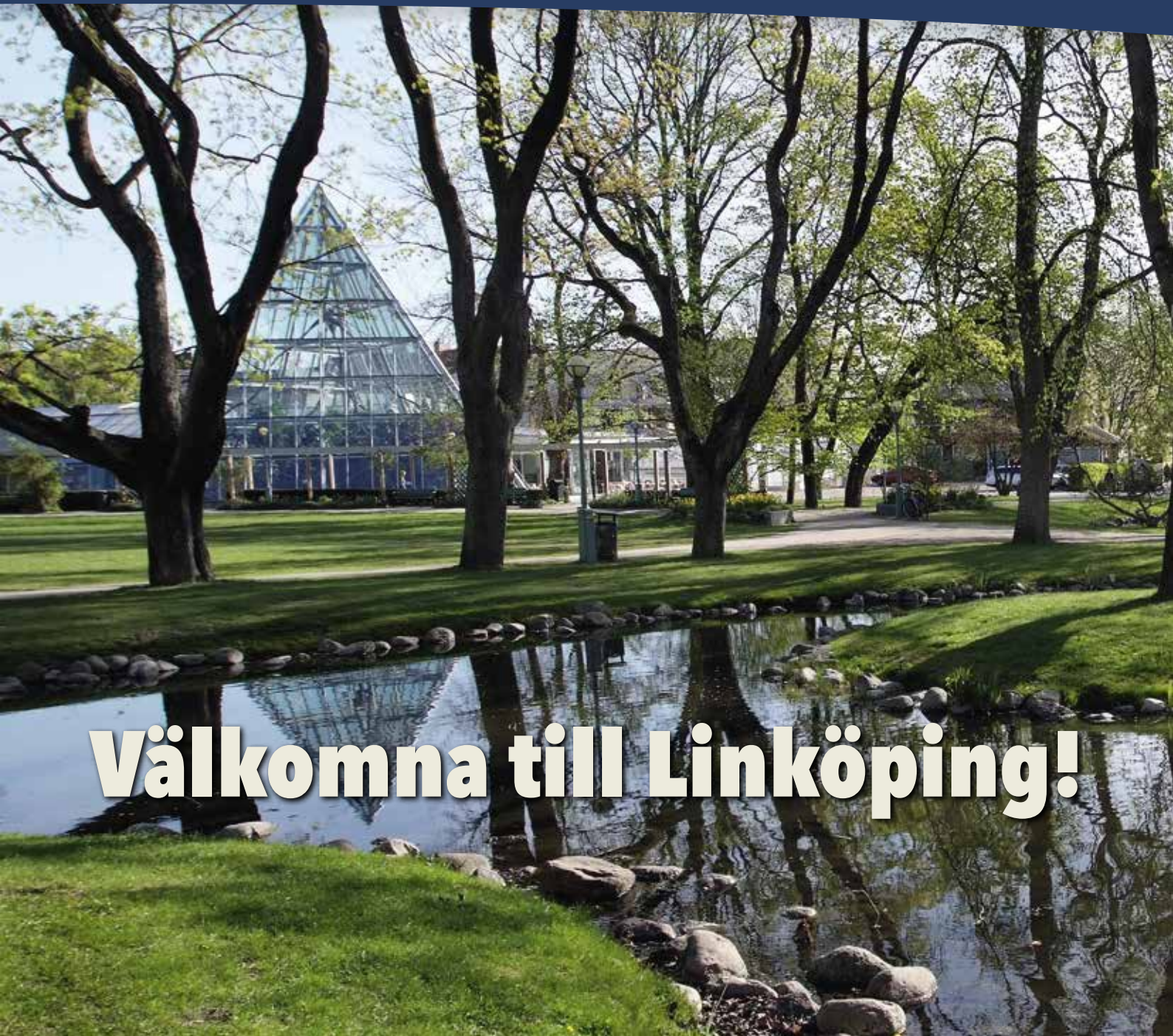








Annons



Tropikhuset i Linköpings Trädgårdsförenings Park.

Foto: Göran Billeson, Visit Linköping

Hudkliniken i Östergötland har fått förtroendet att anordna SSDV:s vårmöte i Linköping 2018. Det har varit en ära att få sätta samman programmet för att ge er som medlemmar en möjlighet att inspireras av kunskap, forskning och utvecklingsarbete inom vår spännande specialitet.

Vi bjuder på ett program med framstående internationella och nationella föreläsare. Tillsammans med intresseföreningarnas presentationer och illustrativa fallpresentationer har vi skapat ett pro-

gram som vi tror är angeläget och framåtblickande för dermato-venereologins vidareutveckling.

Vårmötet förgylls med kvällarnas sociala arrangemang där ni får uppleva goda möten till en tusch av Tage Danielssons toner.

Varmt välkomna till SSDV:s vårmöte 2018!

Eva Ljunggren med kollegor
Hudkliniken i Östergötland





Bergs slussar i Linköping.
Foto: David Einar. Visit Linköping

Program

Tisdag 29 maj

- 10.00** Arbetsplatsbesök
Sterisol i Vadstena
- 19.00** Mingelmiddag på Ståns Magasin

Onsdag 30 maj

- 08.30-09.00** Registrering, kaffe & smörgås, utställningsbesök
- 09.00-09.15** Invigning - välkommen
Eva Ljunggren, verksamhetschef och president för mötet
- 09.15-10.00** Sektionen för Venereologi
Icke-gonorröisk uretrit - vilka agens bör vi tänka på?
Docent Lars Falk, Universitetssjukhuset i Linköping
- 10.00-10.45** Svenska Sällskapet för Arbets- och Miljödermatologi, SSAMD
och Svenska KontaktDermatitGruppen, SKDG
Nyheter inom kontaktdermatitområdet
1. Epireg
2. Studier inom SKDG
3. Specifik stuide
Mihály Matura, överläkare och chef för Enheten för arbets- och miljödermatologi, Stockholms Läns Landsting, Solna och Magnus Bruze, professor emeritus, Lunds Universitet
- 10.45-11.15** Kaffe & utställningsbesök
- 11.15-12.00** Hudkliniken Östergötland
Vad en dermatolog borde känna till om den immunologiska orkestern som spelar till den atopiska marschen
Maria Jenmalm, professor i experimentell allergologi, IKE Linköpings Universitet

- 12.00-12.30** Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket, SveDEN
Atopiskt eksem register
Maria Bradley, lektor i dermatologi och venerologi, KI
- 12.30-12.40** Hudkliniken Östergötland
Den som inte tvivlar blir inte klok. Vem var Tage Danielsson?
Sofia Franzén, ST-läkare, Vrinnevisjukhuset i Norrköping
- 12.40-13.00** Intresseföreningen för fortbildningsfrågor
Fortbildningsfrågor
Olle Larkö, professor, Göteborgs universitet
- 13.00-14.00** Lunch & utställningsbesök
- 14.00-14.45** Intressegruppen för Bensår
Behandlingsriktlinjer och E-hälsa för patienter med svårläkta sår
Lill-Marie Persson Dermato-venereolog, fd överläkare, Hudkliniken och Sårcentrum Skaraborgs sjukhus och Hanna Wickström specialist i allmänmedicin, Sårcentrum Blekinge, båda styrelseledamöter i RikSår
- 14.45-15.30** Intressegruppen för Pediatrisk Dermatologi
Mastocytos hos barn
Överläkare, Med dr., Maria Karlsson, Hudkliniken, Karolinska US
- 15.30-16.00** Kaffe & utställningsbesök
- 16.00-16.45** Autoreferat
- 16.45-17.00** Sammanfattning och information
Eva Ljunggren
- 19.00** Buffé och underhållning av Dennis Östryd
på Scandic Linköping City

Torsdag 31 maj

- 08.00-10.00 Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket, SveDEN och Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och onkologi, SDKO**
- 08.00-08.50 The skin cancer problem and opportunities and challenges for prevention - I: BCC and SCC**
Professor Adèle Green, QIMR Berghofer Medical Research Institute, Australia & CRUK Manchester Institute, University of Manchester
- 08.50-09.10 Aktuellt inom hudcancerprevention i Sverige**
Kari Nielsen, docent, Lund Universitet
- 09.10-10.00 The skin cancer problem and opportunities and challenges for prevention - II: Melanoma**
Professor Adèle Green, QIMR Berghofer Medical Research Institute, Australia & CRUK Manchester Institute, University of Manchester
- 10.00-10.30 Kaffe & utställningsbesök**
- 10.30-12.45 SSDV:s årsmötesförhandlingar**
- 12.45-13.00 Presentation av Spira-stipendiet**
- 13.00-14.00 Lunch & utställningsbesök**
- 14.00-15.15 Intressegruppen för psoriasis**
- 14.00-14.30 SBU:s rapport om ljus- och systembehandling av psoriasis**
Docent Oliver Seifert, IKE Linköpings Universitet och Anna Christensson, projektledare, SBU
- 14.30-14.40 Nyheter i SSDV:s behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis**
Docent Toomas Talme, Karolinska Universitetssjukhuset
- 14.40-14.55 Utvärdering av klimatvård**
Birgitta Stymne, överläkare Hudkliniken i Östergötland
- 14.55-15.15 PsoReg som verksamhetsstöd**
PsoReg Styrgruppen
- 15.15-15.45 Kaffe & utställningsbesök**

- 15.45-16.30 Hudkliniken Östergötland**
Update on Epidermolysis Bullosa
Överläkare Carolina Gouveia Faisca, ansvarig för Barndermatologi Kliniken och Epidermolysis Bullosa multidisciplinär konsultation, Universitetskliniken för dermatologi, Bern Schweiz
- 16.30-16.45 Sammanfattning och information**
Eva Ljunggren
- 19.00 Bankett på Scandic Frimurarehotellet**
Lokal Vintergatan

Fredag 1 juni

- 08.30-09.30 Hudkliniken i Östergötland**
Dysmorfofobi – en relativt vanlig sjukdom men de drabbade lider i det fördolda
Doktor Sabine Brohede, IKE, Linköpings Universitet
- 09.30-10.15 Intressegruppen för estetisk dermatologi**
Vad är Estetisk Dermatologi? Hjälp eller stjälp för våra patienter?
Doktor Helén Wulf, specialistläkare i dermato-venereologi, klinikchef SKIN
- 10.15-10.45 Kaffe**
- 10.45-11.30 Hudkliniken i Östergötland**
Forskningen vid Ingrid Asp Psoriasis Research Center
Professor Charlotta Enerbäck, IKE, Linköpings Universitet
- 11.30-12.00 ST-Pris**
- 12.00-12.45 Fallpresentationer**
- 12.45-13.00 Göteborg hälsar välkommen till 34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology 2019**
- 13.00 Avslutning**
Eva Ljunggren
- Lunch on the go**



Uteservering på Stora Torget i Linköping.

Foto: David Einar. Visit Linköping



Riddarspel på Ekenäs Slott.

Foto: Göran Billeson. Visit Linköping



Gränd i Gamla Linköping.

Foto: Göran Billeson, Visit Linköping

Möte och samvaro i Linköping

Ordförande

I månadsskiftet maj-juni ser vi fram emot att styra kosan mot Östergötlands residensstad, "Lejonstaden" Linköping, på Östgötaslätten, strax söder om Stångåns utlopp i sjön Roxen. Där bjuds vi in till SSDV:s vårmöte av Hudkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping med verksamhetschefen och president för mötet, Eva Ljunggren i spetsen. Mötet kommer att äga rum på Linköpings Konsert & Kongress som är beläget centralt i Linköping, ett stenkast från Linköpings domkyrka och slott. Ett spännande program för Sveriges alla dermatologi- och venerologi-intresserade har förberetts.

Redan på tisdagen kommer SSAMD att organisera sina årligt återkommande och mycket populära arbetsplatsbesök. Varmötet invigs officiellt på onsdagen. Därefter presenterar flertalet av SSDV:s sektioner och intressegrupper aktuell information från sina respektive bevakningsområden. Dagen avslutas med autoreferat från våra nydisputerade kollegor. På torsdag och fredag kan vi se fram emot spännande vetenskapliga föredrag som ger oss en uppdatering inom både bredd och spets. SSDV:s medlemmar är varmt välkomna att delta vid torsdagens årsmötesförhandlingar där vi har glädjen att få berätta vad styrelsen har bevakat och arbetat med under det gångna året. Därtill, tillsammans med er diskutera angelägna frågor som berör vår specialitet. På kvällarna får vi tid för mingel och samvaro och inbjuds att njuta av god mat och dryck i trivsamt miljö.

SSDV:s vårmöte är en unik möjlighet för fortbildning inom vår specialitet, med möjlighet att ta del av nya forskningsrön och att inspireras av förbättringsprojekt från landets alla hörn samt gemensamt diskutera vidareutveckling av svensk dermatovenerologi in i framtiden. Vi ser fram emot att umgås i Linköping under dessa fyra dagar och vill härmed på förhand tacka våra värdar för denna fantastiska möjlighet.

Väl mött önskar SSDV:s styrelse!



Katarina Lundqvist
Ordförande SSDV

Annons

Annons

Konferensfakta

Plats: Linköping Konsert & Kongress

Datum: (29) 30 maj –1 juni 2018

Avgift: 5 200 kr för medlem
6 200 kr för icke-medlem
2 600 kr för pensionär
I avgiften som är exklusive moms ingår samtliga måltider enligt programmet.

Anmälan: <http://www.trippus.net/RegistreringvarmoteSSDV2018>
Anmälan är bindande, men kan överlåtas på annan person.

Bekräftelse: En bekräftelse mailas från Trippus direkt när du anmält dig.
Det är därför viktigt att rätt e-postadress anges i anmälningsformuläret.

Avbokningsregler: Anmälan är bindande, gäller även logibokningen. Vid avbokning utgår full konferensavgift och eventuell hotellkostnad. Ersättare får skickas.

Betalning: Eventool AB fakturerar såväl deltagaravgift som logikostnad.

Logi: Logi är förbokat på följande hotell som samtliga ligger centralt i Linköping. Gå gärna in på respektive hemsida och titta innan du bestämmer dig. Du bokar logi på samma formulär som deltagandet. Priserna är angivna exklusive moms och inklusive frukost. Efter 25 mars kan logi inte garanteras.

Scandic Frimurarehotellet

www.scandichotels.se
Enkelrum 1 357 kr
Dubbelrum 768 kr/person

Elite Stora Hotellet Linköping

www.elite.se
Enkelrum 1 562 kr
Dubbelrum 826 kr/person

Information: Frågor som rör anmälan, ekonomi och logi besvaras av Sofia Lassesson, Eventool AB, telefon 070-655 92 18 eller e-post sofia@eventool.se

Frågor avseende utställningen besvaras av Mia Forslöf, Eventool AB, telefon 070-822 96 40 eller e-post mia@eventool.se

Information om programinnehåll lämnas av Eva Ljunggren, tel 010-103 12 42, e-post eva.ljunggren@regionostergotland.se



"En dag fylld av dilemman"

- Venereologsektionens utbildningsmöte 2018-01-26

Det är den 4:e fredagen i januari och Läkaresällskapets stora sal är till stora delar fylld av förväntansfulla åhörare. Det har blivit sektionens "lilla julafton" – denna gång på temat "What's new". Nya trender bland idel kända åkommor (och lite till).

De som efter moderator Arne Wikströms inledning förtjänstfullt berikade vårt vetande var Finn Filén, infektionsläkare och venereolog vid Venhälsan (Stockholm), Carina Bjartling, gynekolog (Malmö), Magnus Unemo, ledande mikrobiolog kring Gc (Örebro), Jörgen Skov Jensen, Mg-inriktad mikrobiolog och hedersmedlem i SSDV (Köpenhamn), Stephan Stenmark, STRAMA-engagerad smittskyddsläkare (Umeå) och Anna Chuchu Schindele, beteendevetare, FoHM (Stockholm).

PrEP – ett nytt prevent(h)ivmedel

Få terapier har fått så stor betydelse som den antiretrovirala terapin mot HIV. En tidigare närmast obligat dödlig smitta, kan nu bemästras förutsatt en konsekvent och kontinuerlig medicinering med minst tre substanser, förpackat i en tablett. Avsteg från detta och risken för resistensutveckling blir betydande. Vid ofrivillig exposition för smittan finns förebyggande PEP – normaldos med 1 tablett dagligen i 4 veckor.

Mot denna bakgrund har man i två stora studier, PROUD (England) och IPERGAY (Frankrike) undersökt möjligheten till PrEP med en 2-substanskombination, Truvada. Den HIV-preventiva effekten hos en högriskgrupp MSM var drygt 80% i båda studierna. I den

engelska studien med 1 tablett dagligen som kontinuerlig behandling medan den franska var av "on demand"-karaktär, med 2 tabletter 2–24 timmar före planerat sex, följt av 1 tablett dagligen i upp till 2 dagar efter exposition.

För svensk del har RAV gett klartecken för det förstnämnda konceptet i en högriskgrupp MSM med upprepade STI (minst 2 Ct- eller Gc-infektioner analt/rektalt och/eller LGV de senaste 2 åren eller aktiv syfilis under de senaste 5 åren) och fortsatt risksatsatthet. I Sverige skulle det kunna röra sig om upp mot 500 individer.

Ett krav för rabatterad förskrivning är återkommande STI-uppföljning och kontroll av njurfunktion och bentäthet samt negativ HIV- och HBV-serologi.

Fördelen med att minska risken för hivinfektion är uppenbar, nackdelarna likaså – risk för bortvald kondom användning och ökning av bakteriella STI:er, höga läkemedels- och vårdkostnader och oro för successiv resistensutveckling med läkemedelssvikt. Upprepade informationsinsatser, kuratorskontakter och uppmaning till konsekvent kondom användning blir legio.

PrEP har påbörjats i liten skala i Göteborg, Uppsala och Örebro medan Stockholm (med landets två största hiv-mottagningar på KS Huddinge och Venhälsan) hittills motsatt sig ett införande av kostnadsskäl.

Risken för patientflöden till "frikostiga" landsting är dock uppenbar. Annars finns ju "nätet" och som föreläsaren uttryckte det – "den som har burken gör ändå som den vill..." Synpunkter någon?

PID – dags att forma en annan idé?

PID är ofta subklinisk, dyrköpt och kostsam och uppenbaras ofta efter lång tid (10–15 år) från skadetillfället i form av tubarfaktorinfertilitet, extrauterina graviditeter, kroniska buksmärter och risk för nya infektioner. Laparoskopisk diagnostik är numera sällanvara.

Utlösande agens är framför allt STI (Gc värre än Ct värre än Mg), bakterier associerade till bakteriell vaginos, men även luftvägs- (!) och tarmbakterier är tänkbara. Orsaken förblir ofta okänd och behandlingen empirisk.

Frekvensen symtomgivande infektioner har sjunkit redan innan Ct försiktigt börjat mins-

En liten ordlista:

Ct = *Chlamydia trachomatis*

Mg = *Mycoplasma genitalium*

Gc = *Neisseria gonorrhoeae*

LGV = Lymfogranuloma venereum

MSM = Män som har sex med män

PID = Pelvic Inflammatory Disease

PEP = Post-Expositions Profylax

PrEP = Pre-Expositions Profylax

RAV = Referensgruppen för AntiViral terapi

STRAMA = Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens

FoHM = Folkhälsomyndigheten

UngKAB = Unga - Kunskaper, Attityder och Beteenden

ka, vilket skulle kunna tala för Mg som orsak, särskilt som den sannolikt är minst lika vanlig som Ct på STI-mottagningar. Skulle det därvid vara motiverat att införa ett screeningförfarande för Ct/Mg i ett PID-förebyggande syfte? Svaret är inte uppenbart, se följande Mg-referat och "Slutsummering".

Framtiden får utvisa.

Gonorré – en gammal smitta på G!

Med 78 miljoner fall globalt (2012) varav 50% i Stillahavsregionen och 5 miljoner fall i Europa (60% i UK), är denna infektion fortfarande en "stor spelare". Noterbart är att flest fall noteras i länder med adekvat testning, varför mörkertalet rimligen är stort.

I Sverige har det varit en 43%-ig ökning 2016–2017, därav 57% av fallen i Stockholm – totalt i riket 2 550 fall 2017. MSM står för hälften men man kan också notera en förskjutning i patientgrupperna mot en ökad frekvens unga heterosexuella kvinnor. Vi har till stor del slupit "värstingvarianten" G1407. Nya testmetoder i form av snabba (<20 minuter) och dyra "Point-of-care"/POC, ligger i pipeline (liksom även för andra agens) vilket kommer att minska behovet av empirisk behandling. Gc och Mg kommer dock att kräva parallell resistensbestämning.



Ceftriaxon 500 mg i.m. som singelbehandling är fortsatt adekvat i Sverige förutsatt att behandlingskontroller sker och cefalosporin-resistensen inte ökar. Kombinationen med Azitromycin 2 g p.o. (intas med lätt föda t.ex. kex), är ytterligare effektivt vid svalg-Gc och vid samtidig Ct/Mg-infektion. Potentiella nya antibiotika är på gång bland annat zoliflodacin samtidigt som en viss försiktig återhämtning i resistensbilden kan skönjas, men bäst är förstås prevention och god epidemiologisk kontroll.

Mg – "när det bästa riskerar att bli det godas fiende"

Vi står inför ett genombrott med snabba och känsliga analysystem med möjlighet till resistensbestämning (Aptima Mg Assay / SpeDx Resistance Plus). Den hittills mest använda PCR-metoden har visat sig jämförelsevis trubbig, med en sensitivitet runt 75%, vilket innebär bortfall av 25% vid låg bakterieförekomst och delvis kan förklara den noterade diskordansen mellan partners i en del fasta relationer.

Mg är sannolikt vanligt förekommande såväl i STI-klientel som vanlig befolkning och är till skillnad mot Ct inte en obligat patogen. Ett utökat "pakettestande" med Mg/Ct/Gc, kommer att leda till en kraftig ökning av Mg-fynd och en påföljande okritisk antibiotikabehandling till snabb resistensutveckling. Den första icke-behandlingsbara bakteriella STI:n kan komma att bli Mg!

Att testa måttligt (ej screening), behandla rätt individer (symtombärare + fast partner) och smart (som doxycyklin för minskad bakteriemängd inför azitromycin- alt. moxifloxacin-terapi, i sin tur baserat på resistensbild; doxy + azitro?; doxy + spectinomycin?; licenspreparaten pristinamycin - minocyclin – sitafloxacin?) kommer att bli ett måste! Bäva mände vi för egentester, högt söktryck och behandlingskrav, eller ännu värre – okontrollerad egenterapi via "nätet"!

Antibiotikaresistens – ett hot mot vår existens

"Merparten av kroppens bakterier uppfattar inte att det är en STI som vi behandlar" – ungefär så inledde Stephan sin insiktsfulla och



milt humoristiska men allvarsamma föreläsning om en framtida ödesfråga.

Det totala antibiotikatrycket är av betydelse på såväl populations- som miljönivå. Bakterier växer där de trivs – hos människor och djur och i vår natur.

Turistimport, utlandssjukvård, upprepade antibiotikakurer och långa, eventuellt upprepade, sjukhusvistelser på hemmaplan är fyra tydliga riskmoment liksom "egenvård" med okritisk testning och egenförskaffad antibiotikaterapi. Immunsupprimerade cancerpatienter och neonatalvårdade är de mest riskutsatta.

Varje patient har rätt till den bästa infektionsbehandling som motverkar antibiotikaresistens! Folkhälsa är räddningen – att låta vaccinera sig, inte röka, äta bra och röra sig.

Låt dig inspireras av:

www.antibiotikasmart.se
www.skyddaantibiotikan.se
 appen "infektionsverktyget"
 och för nördarna www.strama.se

Hur gör dom nu för tiden...?

Kanske är det inte så annorlunda jämfört med förr. Sålunda har sexuell debutålder legat oförändrad, runt 16 års ålder, de senaste 50 åren!

FoHM skickade 2015 ut en sexualvaneenkät – UngKAB – till 30 000 personer 16–29 år och fick in 7 755 svar, (26%), ett i sammanhanget förväntat utfall.

- 90% upplevde att de hade sex på önskat sätt, men hela 40% hade erfarenhet av sexuella

handlingar mot sin vilja, främst tafsande.

- 5% av killarna hade gett ersättning mot sex, 3% av tjejerna hade tagit emot detsamma – unga kvinnor på institution 33%!
- 7% av killarna hade utsatts för fysiskt våld (framför allt på allmän plats), 5% av tjejerna (i hemmet eller av släkting) – boende på institution 50%!
- 14% uppfattar sig som annat än heterosexuella.
- 88% tycker att kondom är bra, men endast 24% använder det under hela samlaget.
- 19% hade använt alkohol vid senaste sextillfället.
- Användbar kunskap hade 70% fått via internet, 60% av kompisar/vänner, 55% i skolan och cirka 45% från UMO / 1177.
- 49% tycker sig ha fått tillräckliga kunskaper, med övervikt för killarna.
- Tjejer söker målmedvetet – killar surfar.
- Tydliga skyddsfaktorer är nära relationer, socialt stöd, bra utbildning, jämlikhet och frihet under eget ansvar.
- Omvänt är ensamhet, låg utbildningsnivå, långvarig arbetslöshet, alkohol-tobak-droger betydelsefulla riskfaktorer.

Hur kan vi göra skolan mer delaktig, killarna mer preventivt medvetna och kondomfrågan mer seriös?!

Läs gärna mer eller beställ enkäten på:
www.folkhalsomyndigheten.se.

Slutsummering

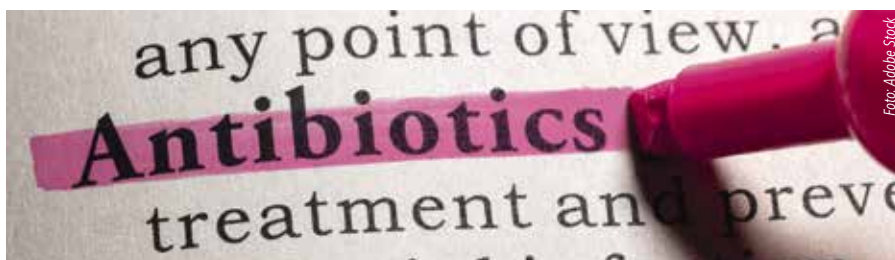
Vad avgör och vem bestämmer över framtidens STI? Nog finns där dilemman! Kan vanlig hosta leda till PID? Kanske 16Sr-RNA-metoden analyserad på sparad buksköljvatska kan ge oss ett svar på gåtan?

I så fall en tänkbar punkt även vid nästa års utbildningsmöte 25 januari 2019, då bland annat aktuella aspekter på syfilis kommer att belysas och diskuteras.

Väl mött då!



Vid idel öra och penna
Per Anders Mjörnberg
 Överläkare, Länssjukhuset Ryhov



"Estetisk dermatologi bör bedrivas av hudläkare"

I mer än 40 år har Agneta Augustsson arbetat i svensk sjukvård. Sedan 1992 har hon arbetat i privat regi och driver sedan 16 år den egna mottagningen Grimmereds hudläkargrupp i Västra Frölunda. Hit kommer patienter med såväl hudsjukdomar som hudtumörer, men också för att genomgå estetiska behandlingar.

I december fyller hon 65 år och planerar som bäst på nästa steg i livet.

Egentligen var det distriktsläkare hon tänkte bli. Under några år arbetade hon som allmänläkare och lockades av tanken att på sikt slå sig ned på landet med make, barn och många djur och jobba som TV-seriens Doctor Finlay.

– I min fantasi verkade det vara en dröm, men jag insåg ju ganska snabbt att min allergi mot katter, hö och pollen skulle ställa till det.

Vi träffas på Grimmereds hudläkargrupp ett stenkast från Frölunda torg. Här har Agneta Augustsson arbetat i drygt 16 år.

Det är en gråkulen dag och vintern vägrar släppa greppet. I köket har hon dukat ett bord med saftigt matbröd, pålägg och en kanna med färskbryggt kaffe.

– De senaste åren har jag arbetat mer än någonsin. Jag verkligen älskar mitt jobb och att

vara min egen, att kunna ta hand om mina patienter på det bästa medicinska sättet och utifrån de regler och riktlinjer som finns. Men, att driva en egen verksamhet är också ett hårt arbete med stort ansvar, säger Agneta.

Disputerade på melanom

Vi backar bandet. Det var ingen självklarhet att Agneta skulle välja läkaryrket. Hon är uppvuxen i en familj utan akademisk bakgrund; hennes morfar var stenhuggare i Bohuslän och föräldrarna arbetade i tjänsteyrken.

– Jag blev inspirerad av en klasskamrat på högskolan som skulle läsa medicin och jag tyckte att det verkade spännande. Så det var nog mer en slump än ett noga medvetet val att jag bestämde mig för att söka in på läkarutbildningen i Göteborg.

Hon blev klar specialist i dermatologi 1987 vid hudkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. För att kunna arbeta kvar var det nödvändigt att forska och Agneta fick ett lockande erbjudande att starta ett projekt om malignt melanom. Handledare var Inger Rosdahl, numera professor emerita i Linköping.

– Insjuknandet i malignt melanom hade börjat öka och särskilt drabbade var personer

på västkusten. Vid den här tiden var sambandet mellan solexponering, melanom och antalet pigmentnevi ingen självklarhet, så det fanns vissa kunskapsluckor.

Fram till disputationen 1991 hann Agneta föda två barn och varvade kliniskt arbete med forskning. Även om det var en spännande tid, fanns det också utmaningar; att vara kvinna i en traditionell manlig akademisk miljö innebar vissa prövningar. I mitten av 1990-talet visade Agnes Wold och Christine Wennerås, i dag professorer vid Sahlgrenska akademien samt hedersdoktorer på Chalmers, i en uppmärksamstudie i Nature, att kvinnliga sökanden till forskningstjänster var tvungna att prestera 2,6 gånger fler artiklar för att uppfattas som lika produktiva som sina manliga kollegor. Wennerås och Wold såg också att de som inte personligen kände någon av de som bedömer tjänstetillsättningar, var tvungna att prestera 2,4 gånger så bra som sina medsökande för att uppfattas som lika kompetenta.

– Det var ganska stressigt, både att hinna med familjen och att skriva på en avhandling i en tuff, stridbar akademisk miljö. Så här i efterhand känner jag mig glad över att jag klarade det och jag är väldigt stolt över min avhandling.

Sökte sig till privat vård

Efter disputationen hade Agneta en statlig amanuens tjänst på Göteborgs universitet. Men bara ett kort tag. Redan ett år senare blåste nya politiska vindar och antalet statliga tjänster drogs ned.

– Det kändes hårt. På Sahlgrenska var det ont om tjänster, och när det väl dök upp ett tillfälle så insåg jag att det inte skulle fungera. Tjänsten hade en tydlig venereologisk inriktning med huvudansvar för HIV-teamet. Men jag hade inte den spetskompetensen och jag ville ju fortsätta med tumördiagnostik som hudinriktning, så jag valde att tacka nej.

Arbetsmarknaden var kärv och en utväg var att flytta. Men familjen var rotad och med små barn var det svårt att pendla och arbeta långa dagar. Så plötsligt ringde telefonen. Agneta blev erbjuden att arbeta som anställd på en etablering i en privat verksamhet, men med en egen budget.



Agneta Augustsson



– Det var helt rätt i tiden och jag hade verkligen längtat efter att driva något eget. Efter drygt två år öppnades en ny möjlighet då det under den borgerliga regeringen i början på 1990-talet infördes fri etablering för husläkare och senare även för samtliga läkarspecialiteter.

Frågan om etableringsfrihet för läkare var länge omtvistad. Politiska partier från bägge blocken var oeniga och kritiken har bland annat handlat om svårigheter att styra läkartillgången och risken för skenande kostnader. I ett riksdagsbeslut i november 1994 upphörde dock fri etablering. Men innan det beslutet togs, hade Agneta sagt upp sig och tagit över en etablering och under ett antal år arbetade hon tillsammans med några kollegor på en grupp-läkarmottagning.

– Vi hade många olika specialiteter under samma tak och det var spännande år, men också krävande. Det blev mycket administration och en tung arbetsbörda. Efter knappt tio år flyttade jag vidare och startade den mottagning som jag nu driver.

Tätt samarbete med patolog

Sedan 2002 har Agneta drivit Grimmereds hudläkargrupp som erbjuder medicinsk och estetisk hudvård.

I många år bestod mottagningen av flera medarbetare: två allmänläkare, sjuksköterska, undersköterska, medicinska sekreterare och behandlingsterapeut. Just nu är det stopp för nya patienter; över 10 000 finns listade på mottagningen. Många söker sig dit av oro för hudför-

ändringar och misstänkta pigmentfläckar. Dit kommer också många tumörpatienter.

– Jag har ett nära samarbete med en skicklig patolog och kan snabbt operera om det skulle krävas. Jag är mån om att mina patienter får en tid så snart det är möjligt när de ringer och är oroliga. För mig är det viktigt att kunna bedriva en vård med en bra kontinuitet, god tillgänglighet och hög kvalitet. Och det kan jag göra, tack vare att jag kan styra min verksamhet så att det blir bra för patienterna.



För drygt 12 år sedan utökade Agneta verksamheten med estetisk dermatologi och olika slags behandlingar med bland annat laser och IPL (intensivt pulsat ljus).

– Estetisk dermatologi har väl inte alltid setts med så blida ögon i Sverige. Men de senaste åren har jag märkt en förändring i attityd och fler och fler inser vikten av att hudläkare arbetar inom det här fältet för att höja kvaliteten och minska risken för felbehandlingar.

Det är en härlig känsla, menar Agneta, att kunna hjälpa personer som kommer till mottagningen med acneärr, kärlbristningar, missprydzande blodkärl på benen, bruna pigmentfläckar, ytliga blodkärl i ansiktet och röda näsor.

– Det är ett utmärkt komplement att även jobba med estetisk dermatologi. Det är inte bara kvinnor som söker sig hit. Vi tar emot en hel del män som lider till exempel av röda näsor. Vissa känner skam eftersom det i samhället finns en föreställning om att röda näsor är förknippade med att man dricker för mycket alkohol. Men en röd näsa kan man få även om man inte druckit en droppe och den går att behandla med kärlaser eller IPL. För mig ger det en stor tillfredsställelse att med enkla medel kunna göra skillnad och hjälpa både män och kvinnor att må bättre.

Oreglerat område

Förutom estetiska vinster, finns det även medicinska vinster, menar Agneta. Personer som genomgår estetisk dermatologi vistas i regel



Foto: Adobe Stock

mindre i solen och därmed minskar också risken för hudtumörer.

Sedan 2014 finns en intressegrupp för estetisk dermatologi inom Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi, SSDV.

– Vi vill öka kunskapen om estetiska åtgärder och förebygga felbehandlingar, men också vara en samtalspart i diskussioner med politiker, inte minst när det gäller införandet av olika regelsystem. Vi vill också slå vakt om att det bedrivs seriösa kliniska studier inom området.

Till skillnad från många andra länder har det i Sverige inte ställts några större krav (varken utbildning eller legitimation) på den som utför kroppsbehandlingar med bland annat laser, injektioner och djupgående aktiva lokalbehandlingar.

För tre år sedan lade regeringen fram ett lagförslag med åtgärder för att stärka konsumentskyddet ("Skönhetsutredningen"). Förslaget fick dock hård kritik av flera remissinstanser, inte minst av SSDV, och lagförslaget lades i malpåse. I stället gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om estetiska behandlingar som kräver medicinsk kompetens och som kan innebära betydande hälsorisker, ska omfattas av samma skydd för den enskilde som gäller enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen och hur detta i så fall ska regleras. Senast den 30 september 2018 ska Socialstyrelsen redovisa sitt uppdrag.



Foto: Adobe Stock

Engagerad i PDF

Vid sidan av intresset för estetisk dermatologi är Agneta även ordförande för Privatpraktiserande Dermatologers Förening, (PDF), en sektion inom SSDV som organiserar cirka 120 dermatologer i Sverige.

Det är en väldigt platt förening där alla stötar varandra och vågar göra sina röster hörda. Det är inte alltid enkelt att vara privatpraktiserande. I föreningen finns en öppenhet och tolerans och enormt mycket stöd och hjälp att få i olika frågor. Vi är också måna om ett bra samarbete med offentligt anställda hudläkare, vi har ju samma mål, att driva en så bra hudsjukvård som möjligt med högsta kvalitet.

De senaste sex åren har Agneta drivit mottagningen på egen hand. Krångliga regelverk och olika politiska beslut har påverkat verksamheten och det har blivit allt svårare att rekrytera långsiktigt.

– Mottagningen är egentligen anpassad för att flera specialistläkare arbetar tillsammans. Men av olika skäl har det varit svårt att långsiktigt planera för framtiden.

Sedan något år tillbaka har Agneta en samarbetspartner som hjälpt henne med administration och utveckling av telefoni och hemsida.

– Han är ekonom och har gedigen erfarenhet av hälso- och sjukvård. Han betyder jättemycket för mig och verksamheten. Sedan ett halvår tillbaka har jag även ett samarbete med en hudkollega som arbetar på mottagningen och det är väldigt roligt.

I december fyller hon 65 år och med tiden vill Agneta sälja sin etablering, dra ned på tempot och ägna lite mer tid åt familjen och att påta i trädgården på Orust.

– Jag vill kunna fortsätta arbeta som hudläkare och med estetik, fast i mindre skala. Det är ju det här jag brinner för. Inte minst att träffa patienter och kunna erbjuda en god hudsjukvård och hudvård med hög kvalitet.

Eva Nordin
Journalist



Mer om Agneta Augustsson

Ålder: 64 år

Bor: Johanneberg i Göteborg

Familj: Anders och två utflugna barn, 32 respektive 27 år.

Arbetar: Lite för mycket för närvarande.

Drivs av: Möjligheten att förbättra.

Mina främsta egenskaper: Noggrann, engagerad, ärlig.

Mest stolt över: Mina två barn.

Skulle vilja: Hinna med lite mer utanför jobbet.

Oroas av: Miljöförstöring

Gläder mig åt: Naturen, min trädgård och Tindra, vår spanska vattenhund.

Ett vetenskapligt genombrott jag gärna skulle vilja se: Något som minskar antibiotikaresistensen.

Om jag var sjukvårdsminister skulle jag: Avskaffa landstingen och förstatliga åtminstone sjukhusvården.

Prioriterad fråga i valrörelsen: Äldreomsorgen. Sverige är ett rikt land och ändå förmår vi inte att ta hand om våra äldre på ett värdigt sätt.

Önskar mest av allt: Fred i världen förstås.

Annons

UEMS-EBDV eller MRCPUK eller båda?

I Sverige krävs det inte att man klarar ett teoretiskt kunskapsprov mot slutet av sin specialisttjänstgöring i dermatovenerologi. Det finns inte heller någon svensk specialisttentamen som man kan anmäla sig till. Men kanske finns det läkare under specialisttjänstgöring eller nyblivna specialister som, liksom jag, ändå önskar skriva en specialisttentamen? I denna artikel tänkte jag beskriva min erfarenhet från att skriva två olika europeiska tentamina, den officiella europeiska tentamen "The European Board of Dermatovenerology Board Examination" (UEMS-EBDV) och den brittiska "Membership of the Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom (MRCPUK) Specialty Certificate Examination in Dermatology". Jag vill också passa på att varmt tacka SSDV för det ekonomiska bidrag jag blev tilldelad för att skriva den europeiska tentamen.



Du hittar mycket information på hemsidan:
<https://www.mrcpuk.org/mrcpuk-examinations>

Varför ska man skriva en specialisttentamen?

Man kan förstås ha många olika anledningar till att vilja (eller inte vilja) skriva en specialisttentamen. Personligen hade jag flera olika drivkrafter men den huvudsakliga var att jag vill arbeta utomlands någon gång under min karriär. Jag resonerade att jag genom att klara en specialisttentamen enkelt kan visa upp att jag har den kunskap som krävs av en specialist i der-

matovenerologi när jag söker jobb utomlands. Därtill har jag länge tänkt att jag systematiskt ska gå igenom textböcker och guidelines för att känna mig trygg i att jag besitter den kunskap som man förväntas ha när man är klar med sin specialisttjänstgöring. Det har dock visat sig att jag har haft svårt att förmå mig till att göra det utan en hägrande tentamen.

Hur förbereder man sig inför en specialistexamen?

På de olika hemsidorna för specialisttentamina finns curriculum och råd om hur man ska förbereda sig. I rutan till höger ses ett utdrag ur instruktionerna från UEMS-EBDV:s hemsida om rekommenderade förberedelser. På MRCPUK:s hemsida finns också testfrågor.

Grunden är förstas att läsa någon av dermatologiböckerna, dermatopatologiböckerna och "guidelines". Det finns också många hemsidor som erbjuder studiehjälpmedel för att plugga till den amerikanska "board exam", t.ex. Derm101 och Derm In-Review, och många olika böcker som är designade för instudering inför en specialisttentamen. Hur man lägger upp instuderingen är nog ganska individuellt. Själv började jag långt i förväg (eftersom jag har småbarn hemma som inte tillåter långa sammanhängande instuderingsstunder) och utgick från en instuderingsbok (*Dermatology – Illustrated study guide and comprehensive board review*, Jain 2017) som gav en mycket bra överblick. Efter ett kapitel i instuderingsboken gick jag igenom motsvarande kapitel i *Braun-Falco's Dermatology* (3rd edition, Burgdorf et al.) för att få lite mer detaljkunskaper. När jag var klar med denna genomgång gick jag översiktligt igenom alla riktlinjer som finns publicerade på EDF:s hemsida. Därefter gjorde jag cirka 3 000 instuderingsfrågor som jag hittade på Derm In-Reviews hemsida och kände mig därefter väl förberedd.



For your final preparation for the examination we recommend the following references:

1. Textbooks: Braun-Falco, Rook-Wilkinson, Fitzpatrick et al, Bologna et al.
2. Guidelines: EDF (European Dermatology Forum) guidelines. IUSTI (International Union against Sexually Transmitted Infections) guidelines.
3. CME articles in the JAAD, Arch Dermatol, Dermatology Acta Derm Ven, JEADV, JDDG (English online version).
4. Major review articles in all international dermatological and venereological journals.

Vilken specialisttentamen ska man välja?

Det finns flera olika specialisttentamina i världen vilket också speglar att det i många länder är ett krav att bli godkänd på ett teoretiskt kunskapsprov för att kunna bli en certifierad dermatovenerolog. Det är dock inte alltid tillåtet för utländska läkare att skriva ett lands specialisttentamen. I Europa finns det sedan 2007 en europeisk specialisttentamen som organiseras av UEMS, European Board of Dermatovenerology (UEMS-EBDV) varje år i början av augusti i Frankfurt. Det är dessutom tillåtet som utländsk läkare att skriva den brittiska "specialty certificate examination in dermatology". Den anordnas varje år i oktober och kan skrivas på Pearson VUE test center som finns i många städer i Europa.

Den officiella europeiska tentamen (UEMS-EBDV) innehåller både dermatologi och venereologi. I Storbritannien ingår inte venereologi i dermatologi-specialiteten, även om dermatologerna ändå hanterar vissa delar av venereologin såsom syfilispatienter. Därför är venereologi inte väl representerat på den brittiska tentamen. Av olika skäl valde jag att skriva både den europeiska och den brittiska

Tips om hemsidor:<http://www.uems-ebdv.org/><https://www.mrcpuk.org/mrcpuk-examinations><https://www.derm101.com/><http://dermatologyinreview.com/><http://www.euroderm.org/edf/index.php/edf-guidelines><https://www.mrcpuk.org/mrcpuk-examinations/specialty-certificate-examinations/specialties/dermatology>

tentamen och har haft följande erfarenhet. Den europeiska tentamen var frustrerande att skriva för frågorna var ofta krångligt skrivna och ibland med dålig engelska. Ofta var frågorna konstruerade så att det bildades dubbelnegationer så att man i slutänden skulle svara "true" på det som var fel och "false" på det som var rätt. Dessa tankenötter var gan-

ska tids- och energikrävande under tentamen. Den brittiska tentamen har nackdelen av att inte ha ett "europeiskt" status och att de venerologiska kunskaperna inte testas. Den var å andra sidan mycket professionellt skriven i "fall"-form där det hela tiden var tydligt vad som efterfrågades. Både den brittiska och den tyska tentamen hade många svåra frågor och jag upplevde att bägge ibland testade "onödig kunskap", d.v.s. den typen av kunskap man aldrig använder sig av i sin kliniska vardag utan som bara testar hur många detaljer man har lyckats memorera genom sina studier. Denna "onödiga kunskap" var lite mer skiftad åt klinisk kunskap på den brittiska tentamen (t.ex. vilken diagnos har en patient som utsöndrar ett porfyrin i urin som har xx absorptionsspektra?) medan den var mer skiftad till en molekylär kunskap på den europeiska tentamen (t.ex. vad händer med eosinofilen om xx binder till yy-receptorn?). Bägge tentamina var i "multiple choice"-format och för att klara den europeiska krävdes 55% korrekta svar och på den brittiska krävdes 68% rätta svar. Således har båda tentorna sina för- och nackdelar, men om jag skulle bli tvingad att välja att rekommendera en så är det den brittiska.

Skulle jag rekommendera ST-läkare att skriva en specialisttentamen?

Det var verkligen ansträngande att förbereda sig inför en specialisttentamen men jag är väldigt glad för att jag gjorde det. Jag har lärt mig enormt mycket och känner mig stolt över den kunskapsnivå jag har uppnått och över att jag har klarat teoretiska kunskapsprov. Jag måste därför starkt rekommendera er som funderar på att skriva en specialisttentamen att göra det.

Lycka till!**Åsa Ingvar**

Specialistläkare,

Skånes Universitetssjukhus, Lund

Välkommen till FSL 2018

4-7 september 2018 på Malmö Arena

Nu är det dags att planera Ditt deltagande i Framtidens Specialistläkare 2018 (FSL) – Sveriges största kongress med ST i fokus!

Kongressen riktar sig till ST-läkare, blivande ST-läkare, handledare, studierektorer, specialister, verksamhetschefer och sjukvårdshuvudmän.

Ett av kongressens viktigaste syfte är att kunna erbjuda utbildning till alla Sveriges alla läkare, oavsett specialitet. Programmet utformas därför i linje med de specialitetsövergripande ST-målen, såväl för utbildning enligt 2008 som 2015 års ST, som finns i Socialstyrelsens målbeskrivningar. Detta uppnås genom ett urval av föreläsningar, interaktiva moment och kurser. Utöver programpunkterna riktade till ST-läkare arrangeras även föredrag, temadagar och kurser ämnade för specialister, handledare, studierektorer och chefer. Alla kan välkomnas till en arena med en riktigt bra lärmiljö i fokus!

För anmälan och priser: <http://framtidenslakare.se/anmalan-fsl/>

Ola Björgell, Karin Andersson, Axel Holmbom Larsen
& organisationskommittén i FSL Framtidens Specialistläkare



**FRAMTIDENS
SPECIALISTLÄKARE**

Annons



SSDV:s rekommendationer för behandling av sexuellt överförbara infektioner (STI)

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) gav hösten 2007 Sektionen för venereologi i uppdrag att utarbeta rekommendationer för behandling av sexuellt överförbara infektioner (STI). Arbetsgruppen bestående av venereologer med specialintresse för och goda kunskaper om respektive infektion har åter uppdaterat riktlinjerna. **En 4:e uppdaterad version är nu klar (september 2017).** Rekommendationerna är i första hand utarbetade för STI-mottagningar. Spridning och ev. anpassning av materialet till övriga mottagningar görs av ansvarig venereolog i respektive region. Det är viktigt att höja

medvetenheten om STI och bidra till att omhändertagandet av patienter med misstänkt eller säkerställd STI får hög och jämn kvalitet. Vi börjar också se en skrämmande antibiotikaresistens, gonorré och *Mycoplasma genitalium* är numera ofta svårbehandlade infektioner. Vi vill därför betona vikten av att ha en specifik diagnos vid behandling för att undvika onödig antibiotikaanvändning. Andra användbara länkar är amerikanska CDC (www.cdc.gov/std/treatment) samt de europeiska riktlinjerna (www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm). I enstaka fall skiljer sig dock de svenska riktlinjerna från dessa.

För SSDV, Sektionen för venereologi och riktlinjesgruppen

Stockholm i september 2017

Arne Wikström
Ordförande, Sekt. för venereologi



Genital klamydiainfektion inklusive lymfogranuloma venereum

Bakgrund och klinik

Chlamydiafamiljen består av elva bakteriearter varav tre kan ge sjukdom hos människa. En av dessa arter är *Chlamydia trachomatis* som kan indelas i *ompA*-genotyper. En grupp av dessa (genotyp A-C) är orsaken till trakom. En annan grupp (genotyp Ba och D-K) orsakar den sexuellt överförda infektion som allmänt kallas klamydia och en sista grupp (L₁–L₃) är orsaken till den sexuellt överförda, men ovanliga sjukdomen lymfogranuloma venereum (LGV). LGV berörs i slutet av detta dokument.

Klamydia är den dominerande orsaken till uretrit samt cervicit och salpingit. Även tysta salpingiter kan ge tubarfaktorinfertilitet och klamydia anses vara den vanligaste orsaken till denna. Infertilitet hos män förekommer sannolikt. Klamydia är den vanligaste sexuellt överförda bakteriella infektionen i de flesta länder. Sedan 2010 ligger antalet rapporterade fall i Sverige på en platå med drygt 35 000 fall per år. Av de infekterade är 90% mellan 15 och 30 år gamla med en medianålder på 24 år för män och 22 år för kvinnor. Könsfördelningen är (genomgående sedan 1995) cirka 57% kvinnor och 43% män. Smittsamheten vid klamydia är sannolikt stor, men är avhängig av mängden bakterier (bacterial load) som är mycket varierande. Några säkra data finns inte och smittrisen vid ett enstaka vaginalt/analt samlag varierar sannolikt från enstaka procent till mycket hög. Spontan utläkning av infektionen förekommer.

Minst hälften av smittade män och kvinnor upplever inga besvär alls. Uretritbesvären hos män yttrar sig som en oftast genomskinnlig flytning från urinröret och en måttlig ibland periodiskt återkommande sveda vid miktation. Män kan få epididymit som yttrar sig som ensidig bitestikelsvullnad med lokal ömhet. Hos kvinnor är de vanligaste symtomen förändrad flytning (som regel orsakad av den i nästan i hälften av klamydiafallen samtidiga bakteriella vaginosen), mellan- eller samlagsblödningar och miktationssveda. Vid endometrit och salpingit finns nedre buksmärter som dock kan vara mycket måttliga.

Konjunktivit p.g.a. passiv överföring till ögon från genitalia börjar oftast ensidigt. Påvisad klamydia i svalg är ovanlig och dess relevans är oklar. Klamydiainfektion i ändtarm är vanligt förekommande framför allt hos kvinnor och hos män som har sex med män (MSM). Den är oftast asymtomatisk, men kan ge proktitsymtom. Det finns indikatio-

ner på att klamydia analt inte alltid behöver föregås av analsex. Studier utförda på kvinnor som har sökt på STD/STI-mottagningar har visat att 5–19% av kvinnor med klamydia som uppgivit att de inte har haft analsex kan ha klamydia enbart rektalt. Autoinokulation är en tänkbar orsak, men förklarar inte alla fall. Hypotetiskt med stöd från djurstudier har framförts att klamydia i svalg kan förflyttas gastrointestinallyt till tjocktarm och ändtarm. Reaktiv artrit förekommer i sällsynta fall och en klamydia kan vara en utlösande faktor för kroniska besvär hos genetiskt predisponerade individer (oftast HLA B27-positiva).

Diagnostik

Indikation för testning

Frikostig testning bör ske av alla som haft oskyddade samlag med ny partner det senaste året och av dem med symtom beskrivna ovan. På STD/STI-mottagningar, bland abortsökande, förstagsgravida och gravida med ny partner under det senaste året erbjuds alla provtagning. På ungdomsmottagningar erbjuds provtagning frikostigt. Alla som önskar provtagning bör få detta.

Provtagning

Män

Urinprov (första portionen på max 10 ml med blåsinkubationstid på helst en timme). Hos MSM när fellatio förekommit kan svalgprov tas* (provtagningsspinnen förs mot bakre svalgväggen och tonsilloger helst upprepat) och beroende på sexualpraktik även prov rektalt. Vid rektala symtom eller annan klinisk indikation bör detta prov tas via proktoskop.

Kvinnor

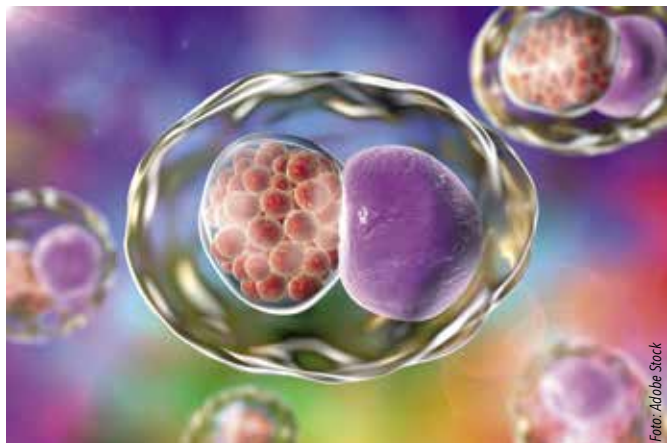
Cervixprov (endocervix) gärna med prov även från slidvägg. Slidprov (taget av patienten själv) har likvärdig säkerhet (sensitivitet) (>95%) och bör göras vid screening. Urinprov har otillräckligt hög sensitivitet och kombinationen slidprov och urinprov är inte mer sensitiv än slidprov ensamt. Kvinnor med symtom bör alltid undersökas gynekologiskt och prov tas för mikroskopi. Hos kvinnor där enbart oskyddad fellatio förekommit kan svalgprov övervägas*. Senare studier har visat att det är rimligt och försvarbart att vara frikostig med provtagning rektalt även där inte oskyddat analsex förekommit.

I praktiken kan man förvänta sig ett positivt prov tidigast en vecka efter smittotillfälle.

Laboratoriediagnostik

Som kliniskt verksam bör man ha god kännedom om vilken specifik teknik som används på laboratoriet. Odling på levande celler används inte längre rutinemässigt. Nukleinsyreförstärknings-metoder (NAAT) är nu helt förhärskande. Testsystemen har inbyggd inhibitionskontroll och är starkt automatiserade. Specificiteten är i det närmaste 100%. En mutation i en *C. trachomatis*-stam som sannolikt inträffade cirka 2001 i Sverige påvisade brister i detektionsmetoder och minst 15 000 ouppräknade fall kunde senare konstateras ha denna muterade klamydiabakterie. Nuvarande metoder använder därför minst två målfragment för att säkerställa diagnosen.

Vid misstänkta sexuella övergrepp bör den som drabbats och miss-



* De studier som har gjorts har visat på låg förekomst av svalgklamydia och i de flesta fall har dessa personer även haft anogenital klamydia. Betydelsen av klamydia i svalget annat än som möjlig smittkälla anogenitalt är oklar. (Carré *et al* Acta Derm Venereol 2008;88:187-8, Kent *et al* Clin Infect Dis 2005;41:67-74)



tänkt gärningsman testas. Genotypning är möjlig. Om negativt provresultat vid första undersökningen bör nytt prov tas efter cirka 2 veckor. Vid positivt resultat vid endera tillfället hos förövaren och målsägare bör bakteriestammarna jämföras. För provtagning är det viktigt med en sammanhållen utredning av en medicinskt ansvarig vårdgivare. Vid utredning bör Mikrobiologiska laboriet, Akademiska sjukhuset i Uppsala, tel. 018-611 39 16 kontaktas.

Behandling

Indikation för behandling

Antibiotikaresistensutveckling av klamydia förekommer i praktiken inte. Aktuella sexualpartner där flera oskyddade sexuella kontakter skett med klamydiainficerad person bör alltid behandlas efter provtagning utan inväntande av provsvar. Avvakts med behandling av partner finns stor risk för nedsatt följsamhet. Ett negativt provsvar utesluter inte heller klamydiainfektion. Övriga partner behandlas beroende på klinisk bild och provresultat.

Vid okomplicerad infektion

Tablett doxycyklin 100 mg 2 x 1 första dagen och 100 mg x 1 dagligen i ytterligare 8 dagar alternativt doxycyklin 100 mg x 2 i en vecka*.

Vid stark UV-exposition kan lymecyklin 300 mg x 2 i 10 dagar ges. Azitromycin i dos 500 mg första dagen och 250 mg i ytterligare 4 dagar har likvärdig effekt som tetracyklinpreparat mot urogenital klamydia men sämre effekt vid rektal klamydia. Azitromycin (och i synnerhet givet som 1 g i engångsdos) bör undvikas p.g.a. risk för antibiotika(makrolid)-resistensutveckling mot den vanligt förekommande *Mycoplasma genitalium*-infektionen.

* I övriga Europa och i Nordamerika rekommenderas i guidelines doxycyklin 100 mg x 2 i en vecka. Flera svenska studier har dock visat att 10-tablettsbehandlingen är effektiv. (Ripa *et al* Acta Derm Venereol 1978;58:175-9, Jeskanen *et al* Scand J Infect Dis Suppl 1989;60:62-5 och Falk *et al* Sex Transm Dis 2003;30:205-10)

Vid konjunktivit

Nyfödda

Erytromycin 50 mg/kg/dag peroralt 1 x 4 i 14 dagar

Vuxna

Doxycyklin 100 mg x 2 i en vecka.

Där inte *M. genitalium* kan uteslutas kan förlängd kur med azitromycin 500 mg första dagen och 250 mg följande 4 dagar övervägas.

Vid graviditet

Doxycyklin enligt ovan t.o.m. graviditetsvecka 14 och azitromycin 1,5 g över 5 dagar enligt ovan efter graviditetsvecka 12. Alternativt kan amoxicillin 500 mg tre gånger dagligen i en vecka ges. Vid graviditet bör alltid behandlingskontroll göras.

Vid komplicerad infektion

Salpingiti/Pelvic inflammatory disease

Doxycyklin 100 mg x 2 i två veckor. Samtidig behandling med metronidazol 400 mg x 2 i 10 dagar bör övervägas. Vid misstanke om gonorré ges också ceftriaxon 500 mg i engångsdos intramuskulärt

Man bör beakta möjligheten av annan samtidig bakteriell infektion som *M. genitalium* (nedsatt antibiotikakänslighet vanlig och då är azitromycin förstahandsval).

Epididymit

Doxycyklin 100 mg x 2 i två veckor. Vid misstanke om gonorré ges ceftriaxon 500 mg i engångsdos intramuskulärt.

Man bör också beakta möjligheten av en samtidig *M. genitalium* infektion där azitromycin är förstahandsval.

Aktuella partner utan symtom där flera sexuella kontakter förekommit med klamydiainficerad person behandlas, efter provtagning, enligt okomplicerad infektion ovan.

Uppföljning

Vid okomplicerade infektioner behövs ingen uppföljning göras med undantag för gravida kvinnor.

Det är viktigt att betona för den smittade att man kan vara smittsam i mer än en vecka efter påbörjad antibiotikakur och att man enligt smittskyddslagen inte får utsätta någon för smittrisk. Därför bör den smittade inte ha sexuellt umgänge överhuvudtaget, ens med kondom, under 10 dagar efter påbörjad antibiotikabehandling. Detta gäller förstås både patient och aktuell partner. Se nedan. Dessa förhållningsregler bör även ges skriftligt. (SmL 2004:168 och SOSFS 2005:23)

Vid sexuell övergreppsmisstanke bör förnyad provtagning göras efter 2–3 veckor om negativt primärt provresultat initialt och om inte antibiotikabehandling getts.

Komplicerade infektioner inklusive LGV (se nedan) bör följas upp med förnyad undersökning och provtagning cirka 5 veckor efter insatt behandling.

Anmälan och smittspårning

Klamydia är sedan 1988 införlivad i smittskyddslagen (SmL 2004:168) och smittspårning bör initieras redan vid misstänkt infektion. Se även Socialstyrelsens Råd och anvisningar (SOSFS 2005:23) och Socialstyrelsens kunskapsunderlag "Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner" (2008).



LYMFOGRANULOMA VENEREUM

Klinik

LGV, ger vid genital infektion besvär i form av solitärt sår och svullna ibland variga lymfkörtlar med risk för fistelbildning. Inkubationstiden för att få sår eller papel varierar från 3 dagar till 6 veckor och inom 2 månader fås ofta svullnad av lymfkörtlar och abscessbildning. I västvärlden är den nästan bara förekommande bland högrisktagande män som har sex med män (MSM) och symtombilden har bland dessa inte varit lika typisk och för nästan alla fall enbart rektalt. De flesta har uttalade proktitsymtom. Det är inte ovanligt att diagnosen missas och leder till omfattande utredningar innan diagnosen har fastställts. I Sverige har sedan 2006 LGV-förekomsten ökat från enstaka importfall de första åren till 28 fall 2016.

Diagnostik

Provtagning

Prov tas med pinne på samma sätt som för "klamydia" d.v.s. fast tryck så att celler fås med. Finns sår tas prov därifrån annars från relevant lokal exempelvis urinrör och rektalslemhinna.

Laboratoriediagnostik

NAAT, men för diagnos krävs specifikt test (genotypning). Vid misstanke om LGV kontaktas Mikrobiologiska laboratoriet, Akademiska sjukhuset i Uppsala tel. 018 - 611 39 16. Av både epidemiologiska och kliniska skäl, bl. a. behandling är det viktigt att få specifikt diagnos och inte enbart "klamydia". Vid rektalprov för klamydia hos MSM bör man överväga möjlig LGV. Vid skäligen misstanke och om analysen vid rutin-testet på det lokala laboratoriet var positivt för klamydia tas två pinnprov varav det ena skickas till Uppsala för specifikt LGV test. Från vissa sjukhuslaboratorier skickas med automatik positiva rektala prover hos män till Uppsala för genotypning.

Behandling

Dessa fall ska handläggas i samråd med venereolog!
Doxycyklin 100 mg x 2 i tre veckor.

Uppföljning

Komplicerade infektioner inklusive LGV bör följas upp med förnyad undersökning och provtagning cirka 5 veckor efter insatt behandling.

Anmälan och smittspårning

Som klamydia. Se ovan.

SSDV, Sektionen för venereologi
Lars Falk



GONORRÉ

Bakgrund

Gonorré orsakas av bakterien *Neisseria gonorrhoeae*, en gramnegativ diplokok.

Sedan mitten av 1990-talet har antalet rapporterade gonorréfall i Sverige ökat från 211 fall 1996 till 1 778 fall 2016. Mellan 2009 och 2015 var ökningen i genomsnitt 15 procent per år. Under 2016 ökade rapporterade fall av gonorré med 4,5 procent jämfört med 2015. Majoriteten var smittad i Sverige. Ungefär 70% av fallen utgjordes av män, varav knappt två tredjedelar gällde män som har sex med män. 2016 var medianåldern för kvinnor 25 år och för män 30 år. Gonorré var vanligast i åldrarna 20–34 år bland kvinnor och i åldrarna 20–44 år bland män.

Klinik

Inkubationstiden vid urogenital gonorré är vanligen 2–10 dagar. En mindre del av männen och cirka hälften av kvinnorna får en asymtomatisk urogenital infektion.

Gonorré kan överföras via vaginala och anala samlag, oralsex, till ögon via infekterat genitalsekret samt från infekterad moder till barn vid förlossningen. Smittsamheten är hög vid oskyddade samlag med infekterad partner.

Den okomplicerade infektionen hos mannen är en uretrit med symptom som flytning, ofta purulent, och miktionsvär. Trängningar till miktionsvär och klåda i urinröret kan även förekomma.

Den okomplicerade infektionen hos kvinnan är en cervicit och/eller uretrit med symptom som flytning, oftast purulent och ibland blodtillblandad. Lågt sittande buksmärter kan förekomma. Vid uretrit även miktionsvär.

Bartolinis körtlar kan infekteras och då leda till en Bartolinit med en oftast ensidig labial svullnad.

Proktit vanligen asymtomatisk kan utvecklas på grund av smitta via anala samlag. Kvinnor kan få proktit även som resultat av direkt spridning från uretra eller cervix.

Faryngit, vanligen asymtomatisk, sprids till svalget via oro-genital kontakt.

Konjunktivit vid gonorré är ofta ett allvarligt tillstånd, som obehandlat kan resultera i angrepp på och perforation av kornea med ärrbildning som följd. Konjunktivit beror på att infekterat genitalsekret spridits till ögat. Konjunktivit kan också ses hos nyfödda barn, som smittats av en infekterad moder i samband med förlossningen.

En uppåttstigande infektion hos mannen kan resultera i en epididymit, vanligen endast lokaliserad till ena testikeln, med smärta, svullnad och ibland feber. Även prostatit kan ses i sällsynta fall.

En uppåttstigande infektion hos kvinnan kan leda till endometrit, salpingit/pelvic inflammatory disease (PID) med ibland även perihepatit och periappendicit. En mindre del av kvinnor med okomplicerad gonorré utvecklar en PID ofta med symptom som buksmärter av varierande intensitet, feber och påverkat allmäntillstånd men infektionen kan också gå med få symptom. Som resttillstånd efter en PID kan infertilitet, extrauterin graviditet och kroniska buksmärter ses.

Disseminerad gonokock-infektion (DGI) orsakas av hematogen spridning men är sällsynt. Kvinnor drabbas i högre utsträckning än män. De vanligaste symptomen är feber, dock inte speciellt hög, septisk artrit, som framför allt drabbar någon av de stora lederna såsom knäled, handled, fotled och hudlesjoner i form av pustler vanligen distalt på extremiteterna.

Immunologiska komplikationer efter gonorré kan förekomma, då

Annons

framför allt i form av reaktiv artrit enbart eller ibland också tillsammans med reaktiv uretrit och konjunktivit.

Diagnostik

Indikation för testning

Epidemiologisk misstanke, klinisk misstanke, sexuella utlandskontakter, män som har sex med män, person som köper eller säljer sex.

Molekylärbiologiska tester

Test med genetisk amplifieringsteknik s.k. NAATs är speciellt lämpliga att använda vid screening av asymtomatiska individer. De flesta laboratorier utför nu kombinationstest för gonorré och klamydia på samma prov. Vid symtom tydande på gonorré eller epidemiologisk misstanke ska testet kombineras med gonorréodling och helts också med mikroskopi. NAATs har signifikant högre känslighet än odling för att påvisa *N. gonorrhoeae*, framför allt från svalg och rektum. Testen är inte licensierade för prov från dessa lokaler. Korsreaktion med andra neisseriaarter förekommer särskilt i svalget. Falskt positiva prover kan också ses i grupper med låg prevalens av gonorré. För att säkerställa diagnosen krävs därför att ett konfirmerande NAAT med annan målgen hos *N. gonorrhoeae* utförs på samma prov, vilket laboratoriet gör rutinmässigt innan provet svaras ut. En nackdel med NAATs är att resistensbestämning inte kan göras.

Vid provtagning för NAATs rekommenderas en blåsinkubationstid på 1–2 timmar (se lokala provtagningsanvisningar).

Män: första portionen urin (10–30 ml).

Kvinnor: självtaget prov från slidan (vaginalsekret) i transportmedium eller i första portionen urin (10–30 ml). Vid gynekologisk undersökning tas prov från cervix/portio, vaginalvägg och vaginalmyrning i transportmedium eller i första portionen urin.

Prov från svalg tas med pinne, som stryks mot bakre svalgväggen och båda tonsillerna. Viktigt att med provpinnen komma ned i kryptorna för ökad sensitivitet. Prov från rektum tas 3–4 cm upp i analkanalen. Vid symtomatisk infektion tas prov helst via proktoskop.

Vid provtagning från konjunktiva stryks pinnen mot insidan av undre ögonlocket.

Vid positivt NAAT bör tid ges på STI-mottagning så snart som möjligt för direktmikroskopi, gonorréodling och behandling.

Mikroskopi

Patienten bör helst inte ha kissat en till två timmar före provtagningen. Pågående antibiotikabehandling i samband med provtagning kan påverka testresultat negativt. Direktprov för metylenblåfärgning tas från uretra med rännslev eller plastögla, från avtorkad cervix med bomullspinne eller plastögla. Sekretet stryks ut tunt på objektglas och färgas med

metylenblått. Direktprovet är så gott som alltid positivt för män med symtom, men endast för 30–50% av kvinnor. För diagnos krävs gonokocker liggande intracellulärt i granulocyter två och två (diplokokker) med långsidan mot varandra. Specificiteten är hög när undersökningen utförs av erfaren bedömare (>99%).

Odling

Odling är referensmetod. Resistensbestämning görs då alltid. Odlingsprov tas med avsedd pinne, som sedan stoppas i speciellt transportmedium. Provet ska förvaras i kylskåp fram till transport till laboratoriet och nå laboratoriet så snart som möjligt och inte senare än 24 timmar efter provtagningen. Efter denna tid minskar gonokockens viabilitet signifikant vilket kan resultera i ett falskt negativt resultat.

Prov från uretra tas på både kvinnor och män. Inget krav på stort provtagningsdjup, men vänta några sekunder innan pinnen dras ut så att sekret hinner sugas upp. Roterar inte.

Prov från cervix tas cirka 1 cm upp i cervixkanalen efter att portio torkats av. Om prov endast tas från cervix och inte från uretra missas enstaka fall. Anamnes och klinik får i övrigt vägleda om ytterligare prov från andra lokaler (svalg, rektum) är aktuellt. Vid prov för odling bör glidmedel undvikas då det kan vara toxiskt för gonokockerna. Endast vatten används på spekulum. Vattenbaserat sterilt glidmedel fritt från baktericida och bakteriestatiska tillsatser tycks dock inte påverka odling eller NAATs för *N. gonorrhoeae*.

Prov från svalg tas med pinne, som stryks mot bakre svalgväggen och båda tonsillerna. Viktigt att med provpinnen komma ned i kryptorna för ökad sensitivitet. Prov från rektum tas 3–4 cm upp i analkanalen. Vid symtomatisk infektion tas prov helst via proktoskop. Odlingsprov från svalg och rektum har en sensitivitet på <60%.

Vid misstanke på ögoninfektion tas odlingsprov från insidan av nedre ögonlocket.

Om septisk artrit misstänks tas odlingsprov på ledvätska.

Vid misstanke på DGI tas blododling samt odlingsprov och DNA-prov för gonorré på ledvätska, anogenitalt, från svalg och på sexualpartner.

Resistensproblematik

N. gonorrhoeae har uppvisat nedsatt känslighet eller resistens mot använda antibiotika även om vi under de senaste åren sett en minskning. Resistensen mot ceftriaxon och cefixim har minskat de senaste tre åren, vilket också observerats i många andra länder. Fortsatt övervakning är nödvändig för att följa utvecklingen för att se om trenden håller i sig.

På grund av resistensproblematiken och därmed vikten av att rätt behandling ges och att kontroll efter behandling görs bör patienter med gonorré handläggas av eller i samråd med venereolog.

	2008 (n=447)	2009 (n=384)	2010 (n=618)	2011 (n=805)	2012 (n=877)	2013 (n=967)	2014 (n=384)	2015 (n=462)	2016 (n=601)
Cefixim	1	5	6	8	10	4	2	2	1
Ceftriaxon	<1	0	2	2	1	<1 (0.3)	<1 (0.3)	0	0
Azitromycin	13	6	12	11	10	13	9	10	3
Ciprofloxacin	63	75	56	55	62	53	60	53	53
Spektinomycin	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Referens SWEDRES/SWAM 2016

Tabell 1: Sammanställning av antibiotikaresistens angivet som procent resistent isolat *N. gonorrhoeae* isolerade i Sverige 2008–2016 enligt Nationella referenslaboratoriet för patogena *Neisseria*, Laboratoriemedicinska länskliniken/mikrobiologi, Universitetssjukhuset, Örebro.



Foto: Adobe Stock

Behandling

Behandling av gonorré bör ske av venereolog eller i samråd med sådan med hänsyn till resistensproblematik, smittspårning och uppföljning.

Gonorréodling ska alltid utföras innan behandling ges. Regelbundna sexualpartners behandlas efter provtagning vanligen utan att invänta provsvar. Vid asymtomatisk infektion eller lindriga symtom kan man eventuellt vänta till resistensbestämningen finns tillgänglig om denna kommer att finnas tillgänglig inom de närmaste dagarna. Övriga sexualpartners behandlas beroende på klinisk bild och provtagningsresultat.

Okomplicerad anogenital infektion

Behandling på klinisk eller epidemiologisk misstanke eller vid positivt direktprov då resistensbestämning inte är klar: Ceftriaxon (Rocephalin) 500 mg intramuskulärt, engångsdos.

Andrahandsalternativ: Cefixim (T Suprax) 400 mg peroralt, engångsdos (licenspreparat). Svikt kan ses vid svalgonorré även vid "känslig stam". Rekommenderas endast om ceftriaxon inte finns tillgängligt.

Spektinomycin (Trobicin) 2 g intramuskulärt, engångsdos (licenspreparat). Spektinomycin är en aminocyklitol och bildar en helt egen antibiotikagrupp. Enda indikationen är gonorré. Spektinomycin kan ges vid penicillinallergi. Preparatet har tidvis varit svårt att få tag på.

Tidigare var ciprofloxacin förstahandsmedel vid gonorrébehandling, men en snabb resistensutveckling framför allt gällande stammar från Asien, har gjort att detta läkemedel nu endast används då resistensbestämning visar känslighet för ciprofloxacin. Om ciprofloxacin-känslig stam: Ciprofloxacin 500 mg, peroralt, engångsdos.

En snabb resistensutveckling mot azitromycin har tidigare setts. 13% av stammarna var resistenta år 2013, men endast 3% 2016. Observera att även i de fall stammen in vitro är känslig för azitromycin kan behandlingssvikt ses vid engångsdos på 1 g. Azitromycin ska därför aldrig ges i denna dos utan i dosen 2 g som engångsdos. Denna högre dos kan ge gastrointestinala biverkningar, vilka vanligen undviks om azitromycin intas med föda.

Behandling av gravida med okomplicerad anogenital infektion

Ceftriaxon 500 mg intramuskulärt, engångsdos alt. spektinomycin (Trobicin) 2 g intramuskulärt, engångsdos. Preparatet kan ges vid beta-laktamallergi.

Svalgonorré

Flera antibiotika har sämre effekt vid behandling av svalgonorré än vid behandling av anogenital gonorré. För att fördröja fortsatt resistensutveckling för bredspektrumcefalosporiner rekommenderas kombinationsbehandling med två preparat vid behandling av gonorré i svalget. Kombinationsbehandling ges då med ceftriaxon 500 mg intramuskulärt

som engångsdos plus azitromycin 2 g peroralt som engångsdos. Om behandling initialt getts med ceftriaxon 500 mg intramuskulärt för anogenital gonorré och det senare visar sig när provsvar inkommer att patienten även har gonorré i svalget rekommenderas inte kompletterade behandling med azitromycin. Kombinationsbehandling med azitromycin har ifrågasatts då det inte finns någon evidens för denna behandling. Kombinationsbehandlingens vara eller inte vara kommer att behandlas vid uppdateringen av de europeiska riktlinjerna för gonorré som görs av IUSTI, International Union against Sexually Transmitted Infections.

Är bakteriestammen känslig för ciprofloxacin kan behandling ges som monoterapi med ciprofloxacin 500 mg peroralt i engångsdos. Vid fastställd cefalosporinallergi eller penicillinanafylaxi och resistens mot ciprofloxacin ges spektinomycin 2 g intramuskulärt, som engångsdos, tillsammans med azitromycin 2 g peroralt som engångsdos. Spektinomycin som monoterapi rekommenderas inte vid svalgonorré, vilket också gäller för cefixim, på grund av risk för behandlingssvikt.

Gonorré-konjunktivit

Ceftriaxon 500 mg intramuskulärt dagligen under 3 dagar. Den längre behandlingen motiveras av att kornean är dåligt vaskulariserad. Patienten handläggs i samråd med ögonläkare.

Epididymit

Oftast oklar etiologi då behandling insätts. Ceftriaxon 500 mg intramuskulärt, engångsdos + doxycyklin 100 mg x 2 i 10 dagar. Behandling ofta i samråd med urolog. Observera att denna behandling inte täcker upp för *Mycoplasma genitalium*.

PID

Oftast oklar etiologi då behandling insätts. Ceftriaxon 500 mg intramuskulärt, engångsdos + doxycyklin 100 mg x 2 och metronidazol 400 mg x 2 i 2 veckor. Observera att denna behandling inte täcker upp för *Mycoplasma genitalium*. Behandling i samråd med gynekolog.

Disseminerad gonokockinfektion

Ceftriaxon 1 g intramuskulärt eller intravenöst en gång/dygn. Andrahandsalternativ är spektinomycin (Trobicin) 2 g intramuskulärt två gånger/dygn. Parenteral behandling upp till 2 dygn efter klinisk förbättring sedan cefixim (Suprax) 400 mg x 2 peroralt i 7–10 dagar.

Anmälan, smittspårning och övrig handläggning

Gonorréinfektionen är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen och smittspårning skall göras. Fast partner till patient med gonorré skall behandlas efter provtagning utan att man inväntar provsvar. Patienten rekommenderas avhållsamhet tills uppföljning efter behandling genomförs. Patient, som ändå har samlag under denna period, är skyldig att minimera risk för smitta och informera partnern om aktuell infektion.

Kontroll efter behandling

Kontrollprov tas alltid efter behandling. Vid kvarvarande symtom rekommenderas odling för att identifiera eventuellt kvarstående infektion och för resistensbestämning. Odling kan utföras 3–7 dagar efter avslutad behandling helst kompletterad en vecka senare med NAAT för ökad sensitivitet om odlingen är negativ. Kontrollprov hos asymtomatisk patient kan göras med NAAT två veckor efter avslutad behandling med upprepad provtagning efter ytterligare en vecka om positivt NAAT i kontrollprovet. Klar evidens för optimal tidpunkt för kontrollprov med NAAT saknas.

SSDV, Sektionen för venereologi
Tomas Richnér



MYCOPLASMA GENITALIUM

Bakgrund och klinik

Mycoplasma genitalium (*M. genitalium*) är en sexuellt överförbar bakterie.

Den är en av de minsta bakterierna som sekvenserats. Den replikerar sig långsamt och är mycket svårödlad men kan diagnosticeras med nukleinsyra-amplifieringstest (NAAT). Det är inte känt hur lång inkubationstiden är. Då *M. genitalium* växer extremt långsamt kan inkubationstiden bedömas vara längre än vid klamydia.

Bakterien saknar cellvägg och kan därför inte behandlas med β -laktamantibiotika. Resistensutveckling mot de makrolider och kinoloner som används vid behandling är ett ökande problem världen över.

På prevalensstudier har gjorts. På svenska STI-mottagningar är *M. genitalium* ungefär lika vanlig som klamydia men nationell statistik saknas. Studier världen över visar varierande prevalens beroende på vilken population som undersöks. I yngre allmänpopulation har *M. genitalium* påvisats i 2–3%, cirka hälften av motsvarande klamydiaprevalens (studier i England och Australien). I högriskpopulation, till exempel kvinnor som söker för symtom på kvinnoklinik, tycks *M. genitalium* vara vanligare än klamydia. Flera studier visar en ökande prevalens.

Infektion med *M. genitalium* kan vara helt symtomfri men ger ibland uttalade symtom. Den liknar i många avseenden infektion med *Chlamydia trachomatis*. Uppåttigande infektioner förekommer men risken för komplicerade infektioner är troligen lägre än vid klamydiainfektion. I det rådande kunskapsläget är det oklart hur hög risken är att infektion med *M. genitalium* leder till infertilitet.

Symtom och fynd beror huvudsakligen på uretrit och cervicit samt tänkbara komplikationer.

Kvinnor: varig flytning, mucopurulent cervicit, sveda och klåda i urinröret, mellan- och kontaktblödning, tecken på uppåttigande infektion och långdragen buksmärta.

Män: flytning från urinröret (ofta varig), sveda och klåda i urinröret, tecken på epididymit och prostatit, balanit.

Kvinnor och män: konjunktivit, mono- och oligoartrit, proktit.

Komplicationer: *M. genitalium* kan orsaka endometrit och salpingit men sannolikt i lägre frekvens än klamydia. Flera studier har påvisat ett samband mellan tubarfaktor-infertilitet och *M. genitalium*-antikroppar.

Sporadiskt har *M. genitalium* rapporterats kliniskt vid epididymit och konjunktivit.

Differentialdiagnoser: klamydia, gonorré, ospecifik uretrit/cervicit och urinvägsinfektioner.

Diagnostik

Indikation för testning av *M. genitalium*

Enligt Läkemedelsverkets "Behandlingsrekommendation för Sexuellt Överförbara Bakteriella Infektioner" från 2015 är nuvarande kunskaper om komplikationer och prevalens inte tillräckliga för att motivera den frikostiga provtagning som rekommenderas för klamydia.

Vår rekommendation är att patienter med symtom som sveda och flytning om möjligt provtas för klamydia, gonorré och *M. genitalium*. Om patienten inte har uttalade symtom kan i regel provsvar inväntas och korrekt antibiotikabehandling ges. Vi tror att detta kan bidra till att minska onödig/felaktig antibiotikabehandling och bidra till att antibiotikaresistensen minskar.

Provtagning rekommenderas:

- vid symtom och kliniska tecken på uretrit/cervicit.

- vid kvarstående symtom efter klamydiabehandling om prov för *M. genitalium* inte tagits primärt.
- vid bakteriell vaginos samt vid mellan- och kontaktblödning.
- vid utredning av PID och epididymit.
- inför invasiva ingrepp som legal abort och spiralinsättning samt
- av partner till patient med *M. genitalium*-infektion eller uretrit/cervicit.

Frikostig provtagning rekommenderas vid långdragen buksmärta samt vid upprepad "UVI", speciellt om urinodling är negativ, vid konjunktivit, mono- och oligoartrit.

Provtagning

Prov tas om möjligt först 10–14 dagar efter misstänkt smittotillfälle på grund av den sannolikt långa inkubationstiden. Blåsinkubationstid 1–2 timmar rekommenderas (säkra data saknas). Det är viktigt med noggrann provtagning då bakterieantalet vid *M. genitalium*-infektion kan vara lågt.

Provtagning görs som vid klamydia. Se lokala provtagningsanvisningar!

Män: första portionen urin (≤ 10 ml).

Kvinnor: självtaget prov från slidan (vaginalsekret) i transportmedium eller i första portionen urin (≤ 10 ml). Vid gynekologisk undersökning tas prov från cervix/portio, vaginalvägg och vaginalmykning i transportmedium eller i första portionen urin.

Sekretprover kan också tas från konjunktiva och rektalslemhinna.

Laboratoriediagnostik

Diagnostik utförs med NAAT som har hög sensitivitet och specificitet. För närvarande används "in-house" metoder för att påvisa *M. genitalium* och makrolidresistens (finns bara på några laboratorier i Sverige). Kommersiella test där makrolidresistens-undersökning ingår primärt finns nu att tillgå men är ännu inte införda. Dessa tester är snabba vilket är väsentligt för att minska onödig antibiotikaförskrivning.

I nuläget rekommenderas inte resistensbestämning rutinmässigt men bör utföras vid behandlingssvikt om upprepade azitromycin-kurer givits på grund av misstänkt reinfektion eller vid behandlingssvikt efter både azitromycin- och moxifloxacinbehandling. Resistensbestämning före behandling rekommenderas om patienten behandlas med läkemedel som kan interagera med azitromycin/moxifloxacin (QT-förlängning).

Resistensdiagnostik: test för diagnostik av makrolidresistens finns tillgänglig på Karolinska Universitetslaboratoriet Huddinge och vid Laboratoriemedicin Region Skåne, Klinisk mikrobiologi, Lund samt vid Mikrobiologen, Universitetssjukhuset Örebro. I Örebro införs ett kommersiellt test under hösten 2017 där alla positiva prover testas för



Foto: Adobe Stock

makrolidresistens primärt. Resistens mot moxifloxacin är ännu låg i Sverige men vid behov kan prover skickas till Statens Serum Institut i Köpenhamn (Dr JS Jensen) för resistensdiagnostik.

Mikroskopi

Mikroskopi av wet smear och av färgat utstryk från uretra och cervix visar ofta ökat antal PML (polymorfkärniga leukocyter).

Behandling och resistens

Makroliden azitromycin är det antibiotikum som hittills visat bäst behandlingsresultat kliniskt och i studier. Makrolidresistent *M. genitalium* (MRM) begränsar nu användandet. I Sverige finns några studier som visat en makrolid-resistens under 20%, betydligt högre siffror ses i studier från andra europeiska länder och från Japan och Australien. Tetracykliner i klamydiados, med cirka 30% utläkning, är inte effektivt som behandling av *M. genitalium*.

Resistens

Risken att utveckla resistens är hög vid behandling med azitromycin 1 g som engångsdos (10%) men även vid den förlängda behandlingen har resistens rapporterats.

Azitromycin 1 g som engångsdos skall undvikas som behandling av misstänkt STI.

Vid behandlingssvikt med azitromycin kan moxifloxacin ges.

Behandling

Okomplicerad infektion

Behandlingen är inte kostnadsfri då *M. genitalium* inte lyder under smittskyddslagen.

Rekommenderad behandling är azitromycin per os:

- azitromycin 500 mg x 1 dag 1 följt av 250 mg x 1 dag 2–5, s.k. förlängd behandling.

Patienter med behandlingssvikt efter azitromycin bör remitteras till mottagning för sexuellt överförbara sjukdomar/venereologisk mottagning.

Om behandling behöver ges innan provsvar med resistensbestämning finns – ge i första hand tetracykliner som minskar "bacterial load".

Vid makrolidresistens:

- moxifloxacin per os 400 mg x 1 i 7 dagar.

Observera att resistensutveckling rapporterats även vid behandling med moxifloxacin men den är ännu låg i Sverige.

Vid samtidig resistens mot azitromycin och moxifloxacin kan licenspreparatet pristinamycin förskrivas:

- T. Pyostacine® 500 mg, 1 g x 4 i 10–14 dagar.

Behandling vid samtidig klamydiainfektion

Om klamydiabehandling inte har givits primärt rekommenderas azitromycin 500 mg x 1 dag 1 följt av 250 mg x 1 i 4 dagar.

Behandling under graviditet

Skall om möjligt undvikas under första trimestern, därefter kan azitromycin ges. (www.lakemedelsverket.se, 3:2006). Pristinamycin kan användas vid makrolidresistens.

Behandling vid amning

Avvakta om möjligt.

Erytromycin i hög dos, 500 mg x 4 i 10 dagar kan eventuellt provas om test för makrolidresistens är negativt.

Behandling vid komplikationer

Kunskaper om komplikationer och behandling av dessa är otillräckliga. Förlängd behandling med azitromycin i 10–14 dagar kan rekommenderas om makrolidresistens utesluts.

Vid stark misstanke på salpingit och ej klarlagd makrolidresistens kan moxifloxacin 400 mg x 1 i 14 dagar ges primärt.

Observera att azitromycin och moxifloxacin kan ge förlängt QT-intervall med risk för hjärtarytmier. Detta gäller även andra makrolider och kinoloner. Preparaten skall användas med försiktighet om patienten även behandlas med andra läkemedel som kan förlänga QT-intervall – exempelvis en del antidepressiva (citalopram, escitalopram m.fl.) och antipsykotika (haloperidol, levomepromazin, quetiapin, m.fl.) samt fluconazol (se www.crediblemeds.org). Enligt kontakt med kardiolog föreslås EKG-undersökning före behandlingen. Patienter med kongenitalt QT-syndrom skall inte behandlas med dessa läkemedel.

Uppföljning

Kontrollprov 4 veckor efter påbörjad behandling rekommenderas. Vid positivt test diagnostik av MRM. Hög kostnad kan vara begränsande.

Anmälan och smittspårning

M. genitalium omfattas inte av smittskyddslagen.

Aktuell(a) partner i en pågående relation provtas och behandlas, övriga partner beroende på provresultat.

SSDV, Sektionen för Venereologi
Eva Björnelius



Annons



OSPECIFIK URETRIT OCH OSPECIFIK CERVICIT

I dessa riktlinjer definieras begreppet ospecifik uretrit/cervicit där behandling är indicerad om det föreligger en symtomgivande infektion där prov för gonorré, klamydia och *M. genitalium* är negativa och nedan angivna kliniska kriterier är uppfyllda. På svenska STD/STI-mottagningar brukar dessa fall omfatta knappt en tredjedel av alla med uretrit.

Bakgrund och klinik

Uretrit, urinrörskatarr d.v.s. inflammation av uretra har flera orsaker, men i de flesta fall är orsaken en sexuellt överförd infektion. Hos mannen ger uretrit upphov till sveda vid miktions (dysuri), klåda i urinröret och ibland en diffus obehagskänsla i penis och åtföljs oftast av en mer eller mindre påtaglig flytning från urinröret. Hos kvinnan är symtomen miktionsveda, men mer sällan uretral flytning. I ett färgat utstryk av sekret från uretra ses vid mikroskopi en ökning av polymorfnukleära neutrofila leukocyter (PMNL). Subjektiva besvär kan saknas, vara diskreta eller ibland intermittenta. Graden av flytning varierar och genom att den ofta är färglös uppfattas den inte alltid som en flytning. Hos kvinnor är bilden ofta mer komplex, men en isolerad uretrit kan handläggas såsom hos män.

Cervicit, livmoderhalsinflammation, kan förorsaka dova smärtor nedåt i buken och ökad vaginal flytning samt ibland mellanblödningar och blödningar efter samlag. Vid undersökning kan ses en varig flytning från yttre modermunnen (YMM) på livmodertappen (Brunhams definition), som också kan ömma vid palpation (oftast ett endometrittecken). YMM kan också vara lättblödande (Lindners definition) vilket inte är ovanligt vid icke-gonorrhöisk cervicit. Vid mikroskopi av färgat utstryk från endocervix kan ses en ökning av vita blodkroppar liksom i våtutstryk från vaginalsekret. Enbart fynd av ökat antal vita är ospecifikt då mängden kan variera med menscykeln eller bero på andra faktorer (till exempel spiraltrådar). Det finns tyvärr ingen konsensus globalt hur cervicit ska definieras eller verifieras. Detta är också orsaken att det saknas internationella riktlinjer för handläggning av cervicit.

Kända orsaker till uretrit/cervicit som infektion med *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* och *Mycoplasma genitalium* beskrivs under respektive kapitel. *Trichomonas vaginalis* infektion är numera mycket sällan förekommande i Sverige och i övriga Europa och därför nästan ald-

rig ett alternativ som orsak (differentialdiagnos). Herpes simplex virus (HSV) infektion kan ibland hos män yttra sig som enbart uretrit (utan blåsor och sår) och typiskt är då en mycket kraftig dysuri distalt i uretra. I det färgade utstryket kan ofta även ett inslag av mononukleära celler ses. Vid primärinfektion med HSV med blåsor och sår finns det ofta en mikroskopisk uretrit som kan vara symtomatisk. Adenovirus samt andra luftvägspatogener såsom *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* och *Moraxella catarrhalis* kan i sällsynta fall förklara en uretrit. Infektion med *Ureaplasma urealyticum* kan ge symtom särskilt vid "hög bacterial load" medan *Ureaplasma parvum* anses vara apatogen. Uretrit kan ses vid samtidig förekomst av kondylom eller balanit. Strikturer i uretra eller främmande kropp ger också upphov till uretrit.

HSV kan också förorsaka cervicit. Sannolikt finns okända mikroorganismer som kan förorsaka uretrit och eller cervicit även om man hittills, trots förfinad diagnostik med nucleic acid amplification test (NAAT) inte säkert har kunnat påvisa detta. Några av de anaeroba bakterier som hos kvinnor ger bakteriell vaginos och som är vanligt förekommande också hos män har föreslagits som orsak till uretrit och cervicit. Flera studier har gjorts och görs. Evidens saknas för att fastställa samband mellan förekomst av anaeroba bakterier och uretrit hos män. Bakteriell vaginos är vanligare förekommande hos kvinnor infekterade med klamydia, gonorré och *M. genitalium* varför sådan orsak ska misstänkas i första hand vid kliniska tecken på cervicit och samtidig bakteriell vaginos. Bakteriell vaginos i sig bör behandlas.

Diagnostik

För diagnostik krävs mikroskopivana, välinställt mikroskop (fasmikroskopi 400 gångers förstoring och planmikroskopi 100 och 1 000 gångers förstoring) och färgning av utstryk med metylenblått (Löfflers lösning). För kvinnor tas också vaginalsekret till våtutstryk (wet smear (mount)).

Uretrit

Subjektiva symtom såsom dysuri (miktionsveda), flytning, uretral klåda och hos män diffusa obehag i penis. Samtidig pollakisuri, urgency, värk infraumbilicalt och utstrålade värk mot testiklarna är ett tecken på prostatit. Objektivt fynd av flytning från uretra, kan vara klar, mukös eller purulent (sistnämnda förekommer dock nästan enbart vid gonorré).

Färgat utstryk utan förekomst av gonokocker med >4 PMNL/synfält (1 000 gångers förstoring = high power field (hpf)) i minst 5 hpf där antalet PMNL är högst. Det används olika typer av instrument

vid provtagningen såsom plastögla, metallspatula eller bomullspinne. Instrumentet ska föras in cirka 1 cm i uretra. Spatula och rännsond ger bäst utbyte. Uretra är mycket känslig och det är därför viktigt att provet tas med rätt teknik och utan att förorsaka annat än ett lätt obehag hos patienten. Ett representativt prov bör innehålla epitelceller. Miktionsfritt intervall på minst 1 timme förbättrar förutsättningarna till ett bra utbyte. "Mjölknings" av uretra kan bidra till ett representativt utstryk.

För diagnos krävs ett positivt direktprov. Enbart subjektiva besvär kan kräva en ny bedömning vid senare tillfälle och utgör inte indikation för antibakteriell behandling. Inte minst vid oro för sexuellt överförd infektion beskriver ofta män besvär. Enbart mikroskopisk uretrit utan symtom är inte indikation för behandling och förekommer till exempel hos män som tidigare har haft klamydia, *M. genitalium* eller gonorré och denna kan kvarstå under lång tid.

Cervicit

Strikta och objektiva kriterier saknas och olika definitioner används. Internationellt används oftast den mikroskopiska definitionen av färgat endocervikalt prov som arbiträrt satts till fler än 30 PMNL/hpf. Dock har i studier använts olika subdefinitioner (fritt liggande utanför mukos, minst 2 hpf som inte ligger intill varandra etc). Fler PMNL än epitelceller i vaginalt våtutstryk (slidsekret i fysiologisk koksalt och fasmikroskopi i 400 gångers förstoring) föreslagna av Lars Weström används ofta i Sverige. Lättblödande eller varig YMM är andra definitioner. Jämförande studier (dock få) har gjorts och Weströms definition tycks vara den något bättre. Det färgade utstryket är essentiellt för gonorrédiagnostik. Nedre buksmärter, postcoitala blödningar eller mellanblödningar liksom ökad eller förändrad vaginal flytning är symtom som ibland förekommer vid bakteriell vaginos utan annan påvisad orsak. Därför bör man initialt före resultat av NAAT, om inte cervicitsymtomen är uttalade, endast behandla den bakteriella vaginosen.

Vid symptomatisk uretrit eller cervicit ska alltid NAAT för klamydia, gonorré och *M. genitalium* tas.

Behandling

Motiv för behandling

- Lindra/bota symtom och minska risken för smittspridning.
- Förhindra komplikationer såsom reaktiv artrit eller epididymit och hos kvinnor övre genital infektion, till exempel salpingit som hittills oidentifierade agens eventuellt kan ge upphov till.
- Minska risken för hiv-transmission som ökar vid samtidig inflammation i uretra/cervix.
- Trots negativt test för klamydia eller *M. genitalium* kan dessa infektioner inte uteslutas till helt p.g.a. att testets sensitivitet inte är 100%.



Foto: Adobe Stock

- Vid epidemiologisk misstanke på klamydia eller *M. genitalium* infektion innan provsvar kommit.

Avsaknad av subjektiva besvär och flytning trots mikroskopisk uretrit eller kliniska tecken mikroskopiskt och kliniskt på cervicit är inte motiv för omedelbar antibiotikabehandling enligt nedan. Dock kan rekommendation att aktuell partner kontrollerar sig göras.

Vid okomplicerad infektion

Tablett doxycyklin 200 mg första dagen, därefter 100 mg i ytterligare 8 dagar alternativt 100 mg 2 gånger dagligen i en vecka.

Vid överkänslighet eller allergi mot doxycyklin kan tablett azitromycin 500 mg första dagen följt av 250 mg dagligen i ytterligare 4 dagar förskrivas. 1 g azitromycin som engångsdos bör endast förskrivas i undantagsfall. Vid vistelse i område med hög UV-strålning kan azitromycin enligt ovan alternativt lymecyklin 300 mg i 10 dagar förskrivas.

Avstå från samlag även med kondom under behandlingstiden och tills eventuell aktuell partner också har fullföljt sin behandling.

Vid graviditet

Se riktlinjer för klamydia.

Partner

Erbjuda aktuell sexualpartner där flera oskyddade sexuella kontakter förekommit undersökning och epidemiologisk behandling, helst med samma typ av läkemedel.

Uppföljning

Rutinmässigt behövs ingen kontroll göras.

Kvarvarande symtom efter 3 veckor

Verifiera att uretrit/cervicit föreligger enligt ovan. Kontrollera följsamhet till behandling. Uteslut reinfektion.

Ny partner – ny infektion? Överväg ny provtagning för gonorré, klamydia och *M. genitalium*.

Icke infektiös orsak möjlig?

Behandling av persisterande eller

återkommande ospecifik uretrit/cervicit

Tablett azitromycin 500 mg dag 1, 250 mg dag 2–5 om detta inte gavs initialt. Förlängd kur med doxycyklin 100 mg 2 gånger dagligen upp till 3 veckor, särskilt om patienten rapporterat tillfällig förbättring med detta medel tidigare. Om patienten initialt behandlades med makrolidpreparat förskrivas tablett doxycyklin 200 mg första dagen följt av 100 mg dagligen i ytterligare 8 dagar.

Kombinationsbehandling med tablett metronidazol 400 (500) mg x 2 i en vecka rekommenderas endast inom områden där *Trichomonas vaginalis* är vanligt förekommande. Det är som ovan nämnt oklart om anaerob bakteriell infektion kan förorsaka en uretrit.

Vid förekomst av positivt prov för *Ureaplasma urealyticum* (NAAT) eller vid uretrit med påtagliga besvär och där patienten inte svarat på behandling med doxycyklin kan tablett klaritromycin 250 mg x 2 dagligen i 10 dagar provas.

Om en manlig patient trots förnyad behandling har kvar uretrit kan remiss till urolog för uretroskopi övervägas och vid negativt fynd en individuell handläggning – i första hand lugnande besked. Det anses inte nödvändigt att åter behandla partner. Vid kvarvarande cervicit kan remiss till gynekolog för bedömning övervägas.

SSDV Sektionen för venerologi
Lars Falk

TRICHOMONAS VAGINALIS

Bakgrund och klinik

Trichomonas vaginalis (TV) anses vara den vanligaste icke-virala STI internationellt, men är sällsynt i Sverige.

TV, candidavulvovaginit och bakteriell vaginos är globalt sett tre vanliga orsaker till genitala symtom hos fertila kvinnor. Internationellt är TV vanligare än klamydia, gonorré och syfilis tillsammans.

TV tillhör undergruppen flagellater av protozoerna (encellig mikroorganism), som framför allt infekterar skivepitelet i vagina, uretra och parauretrala körtlar. Inkubationstiden är ofullständigt känd, men förefaller vara 4–28 dagar.

Smitta sker exklusivt via sexuell kontakt. Ungefär 70% av manliga partner till infekterade kvinnor är smittade. TV är ungefär 10 gånger vanligare hos kvinnor.

Kvinnor: Infektion av kvinnliga genitalia ger varierande symtom från symtomlöshet till akut, uttalad inflammation.

Majoriteten av infekterade kvinnor (50–85%) är symtomfria, men symtomen kan öka med tiden (hos 1/3 av kvinnorna inom 6 månader). Symtomen kan vara sveda, klåda, flytningar, dysuri, dyspareuni, låg buksmärta, men varierar. Hos obehandlade kan symtomen förvärras och orsaka uretrit eller cystit.

Viktigt att veta är att infektionen hos kvinnor även engagerar uretra och parauretrala körtlar.

Infektion under graviditet kan orsaka prematur förlossning eller överföras till barnet i samband med förlossningen.

Vid undersökning ses erytem i vulva och vagina. Den typiska flytningen är gulgrön och riklig (förekommer hos 10–30%). Punktata blödningar kan ses i vagina och på cervix (strawberry cervix/colpitis macularis). De flesta kvinnor med trichomonaskolpitis fyller kriterierna för bakteriell vaginos.

Män: Infektioner hos män är asymtomatiska i 50–75%. Symtomen är flytning och dysuri men mild uretrit, epididymit och prostatit kan förekomma. Symtomen är ofta övergående. De specifika symtomen räcker inte för diagnostik.

Det finns evidens för att TV är associerad med mer allvarliga tillstånd som ökad känslighet för hiv och malignitet (prostata och cervix).

Diagnostik

Mikroskopi av wet smear ger diagnosen om man ser TV simma runt i preparatet. Mikroskopi har en känslighet på ungefär 70%.

Hos män är TV svårt att påvisa, men mikroskopisk uretrit förekommer ofta.

Provtagning

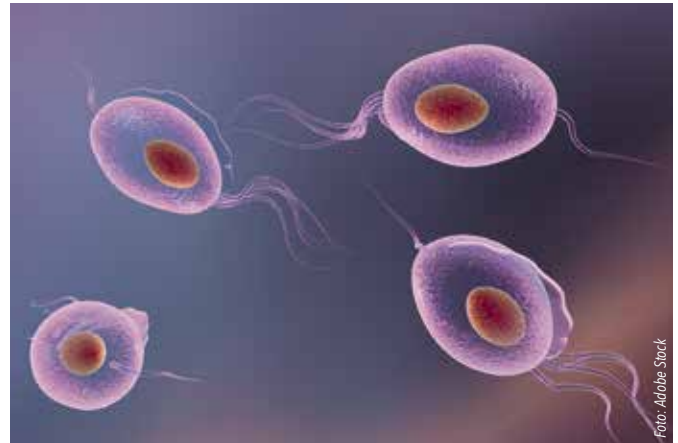
Vaginalprov för mikroskopi tas i fornix/längs laterala vaginalväggen (med undvikande av cervixsekret) och rörs ut i rumsvarm koksalt. (Kylskåpskyla gör att trichomonaderna tappar sin rörlighet.)

Laboratoriediagnostik: PCR på vaginalprov och urinprov (män). PCR finns kommersiellt tillgänglig.

Behandling

All påträffad TV behandlas systemiskt. Partnerbehandling ska ges efter STI-provtagning.

Även gravida och ammande kvinnor behandlas med metronidazol (erfarenheten av tinidazol mindre).



Okomplicerad infektion:

- Metronidazol i engångsdos 2 g.
- Tinidazol engångsdos 2 g, tolereras sannolikt ngt bättre, men dyrare.
- Om patienten uppfyller kriterierna för bakteriell vaginos ges metronidazol 500 mg x2 x7 eller motsvarande.

Patient bör undvika alkohol under behandlingen och ytterligare minst 48 h (metronidazol)/72 h (tinidazol) p.g.a. risken för Antabusliknande reaktion.

Något fullgott alternativ vid överkänslighet finns inte, utan sensibilisering kan övervägas.

Vid recidiverande symtom beakta:

- följsamhet till behandlingen
- möjligheten av reinfektion
- resistens

Patient med recidiv kan svara på ny standardbehandling.

Vid fortsatt behandlingssvikt behandla med högre dos under längre tid, metronidazol 500 mg x 2 i 7 dagar och om detta inte hjälper 2 g tinidazol dagligen i 7 dagar.

Vid graviditet:

Metronidazol tillhör kategori B:2 och tinidazol kategori B:3. Internationell konsensus är dock att metronidazol kan ges under hela graviditeten. Metronidazol utsöndras i bröstmjolk men terapeutisk dos torde inte påverka barnet. Uppehåll i amningen under 12–24 tim finns rekommenderat. Tinidazol bör inte ges under vare sig graviditet eller amning p.g.a. mindre erfarenhet.

Rapporter finns om effekt av clotrimazol vilket kan ges under såväl graviditet som amning. Spontanläkning förekommer. Infektion i sen graviditet bör behandlas p.g.a. risk för graviditetskomplikation.

Uppföljning

Ingen rutinmässig kontroll.

Anmälan och smittspårning

Partner behandlas efter sedvanlig komplett undersökning.

TV tillhör inte Smittskyddslagen.

SSDV, Sektionen för venerologi
Elisabet Nylander



GENITAL PAPILLOMVIRUS INFEKTION

Bakgrund och klinik

Humant papillomvirus (HPV) är ett epidermotropt virus som kan orsaka varierande grader av epidermal hyperplasi och/eller dysplasi. Cirka 200 HPV-typer har påvisats av vilka ett 30-tal har tropism för genitalt epitel. HPV 6 och 11 är de vanligaste benigna "låg risk"-HPV-typerna. Dessa finns i genitales och anales vårtor. HPV 16 och 18 är de mest förekommande onkogen "hög risk"-typerna och finns i lesioner som histopatologiskt uppvisar dysplasi ("intraepitelial neoplasia"). De benigna HPV-typerna kan dock också ibland ge upphov till lätt dysplasi.

Genital HPV-infektion är i huvudsak en sexuellt överförd sjukdom. Man har även diskuterat möjligheten av andra smittvägar såsom fingrar, handdukar och underkläder. Om sådan transmission förekommer är osäkert då viruset är oerhört känsligt för uttorkning. Autoinokulation med fingrar kan ske från kondylom till andra genitales hudtytor. HPV kan överföras vid alla typer av intima kontakter.

Få studier finns som belyser inkubationstiden. Den är oftast lång - i typiska fall av synliga vårtor upp till 2–6 månader, men kan även vara betydligt längre. Synliga kondylom ses hos cirka 0,5–1% av den vuxna befolkningen. Subkliniska lesioner är säkerligen betydligt vanligare. Asymptomatisk infektion (bärarskap av HPV-DNA) förekommer hos 20–30% av sexuellt aktiva vid 20–30 års ålder, d.v.s. genital HPV-infektion är i denna ålder lika vanlig som genital herpes.

Kondylom kan morfologiskt indelas i akuminata ("spetsvårtor"), papulösa och platta. Färgen på vårtorna kan variera beroende på lokalisering och ålder. En ovanlig typ av lesioner orsakade av högrisk-HPV är Bowenoid papulos. Numera kallas dessa lesioner för penil intraepitelial neoplasia (PIN) II-III respektive vulva intraepitelial neoplasia (VIN) II-III. Denna åkomma drabbar oftast yngre individer. Lesionerna är multipla, ofta rödbruna och papulösa, men kan även vara platta. De har god prognos trots dysplastisk histologisk bild.

HPV kräver (liksom herpes simplex) en ingångsport och vårtorna uppkommer ofta på lokaler utsatta för trauma vid samlag. Rakning av pubisregionen ger också en bra ingångsport för viruset, och pubiskondylom är numera hos både män och kvinnor mycket ofta förekommande. Andra vanliga lokaler hos mannen är preputiets insida, frenulum och glans. Kondylom kan även sitta på penisskafet (vanlig lokal hos omskurna män). Hos kvinnan är mediala delen av vulva, bakre kommis-

suren, kring klitoris och introitus vanliga lokaler för kondylom. Vårtor kan även finnas i vagina och på portio - denna lokal är predilektionsställe för cervikal intraepitelial neoplasia (CIN) och cancer (men kräver då infektion med en högrisk-typ). Meatusengagemang är vanligare hos män än bland kvinnor. Både män och kvinnor kan ha perianala vårtor. Intra-anales kondylom verkar kräva receptivt analsamlag. Vid förekomst av perianala vårtor bör proktoskopi övervägas för att undersöka om det finns vårtor intra-analet - i alla fall hos dem där det finns anamnes på receptivt analsamlag. Cytologi-provtagning analt hos MSM har diskuterats, görs nu rutinemässigt på vissa håll. Policyn kring handläggning av anales kondylom är under diskussion. En förklaring till recidiv efter behandling, är att viruset ofta finns på fler ställen än där vårtor hittas.

Kondylom hos barn

Diskussion om smittsamhet har väckts framför allt i fall där anogenitala vårtor uppstått hos barn. Smitta via förlösningsskanalen samt via sociala kontakter är de vanligaste smittvägarna till barn. Möjligheten av sexuellt övergrepp skall dock alltid övervägas. Vertikal smitta som orsak till kondylom förekommer framför allt upp till 4 års ålder, men kan inte uteslutas även senare. Det finns mycket få kriterier att gå efter vid sådan utredning (specialistfall, ibland i samråd med andra specialister). Hos barn hittas ofta kutana HPV-typer i kondylom, som i och för sig inte heller utesluter sexuella övergrepp med fingrar. En ovanlig HPV-manifestation hos barn är juvenila larynxpapillom, vilka orsakas av HPV 11.

Diagnostik

Kondylom är i första hand en klinisk diagnos. I atypiska fall eller för dysplasidiagnostik kan biopsi tas. Typiska histopatologiska förändringar inkluderar epidermal hyperplasi, akantos, hyper- och parakeratos, koilocytos (virusdegenererade epitelceller med en undantryckt cellkärna) samt eventuellt en varierande grad av intraepitelial neoplasia. Mild dysplasi kan även ses vid benigna kondylom. HPV kan inte odlas, men kan påvisas och typas med HPV-DNA hybridiseringsteknik (numera oftast PCR).

Behandling

Nu tillgänglig behandling åstadkommer framförallt borttagande av synliga vårtor. Latent virus kan finnas kvar på slemhinnan och ge upphov till recidiv. Behandlingen får därför ofta upprepas. Man kan grovt räkna med att cirka 20% av patienterna får problem med täta recidiv och utgör en terapeutisk problemgrupp. Cirka 80% blir däremot av med kondylomen inom 1 år. Det kan vara individuellt vilken typ av behand-

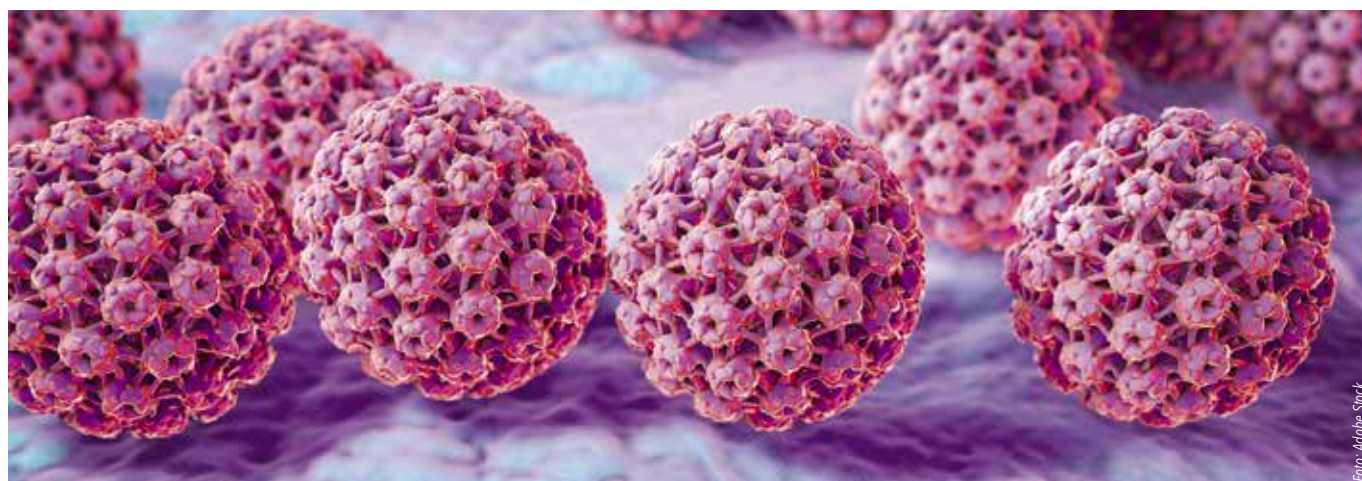


Foto: Adobe Stock



Foto: Adobe Stock

ling som passar den enskilda patienten, hur olika biverkningar tolereras, m.m. I vissa fall kan i samråd med patienten "aktivt avvaktande" vara ett alternativ till behandling. Kombination av flera behandlingsmetoder används ofta. Om vårtorna varit borta i 3–6 månader är recidiv mer ovanliga, även om smittsamhet via latent virus inte helt kan uteslutas. Oftast utvecklas en immunitet för den aktuella HPV-typen. Reaktivering av en gammal infektion kan i enstaka fall ske efter flera år, även om smitta med ny HPV-typ då är mer trolig.

Indikation för behandling

Behandlingens mål är att avlägsna synliga och symtomgivande lesioner (psykosexuellt lidande, sveda, klåda, dyspareuni). Dysplastiska lesioner bör generellt behandlas, eller åtminstone följas upp. Då infektionen ofta är långdragen med täta recidiv är information och psykologiskt stöd till patienten av största vikt.

Kemisk behandling

Podofyllotoxin (lösning eller kräm)

Penslas eller appliceras 2 gånger dagligen i 3 dagar. Ev. upprepning av behandlingen efter 4–7 dagar; 1–4 behandlingsomgångar ges. Behandlingen fungerar bäst på "spetsvärtor" på tunt epitel men fungerar dåligt på hudtytor med tjockare epitel samt i meatus och perianalt.

För att undvika uttalade lokala biverkningar (sår, sveda, ömhet är vanligt) är det av största vikt att noggranna instruktioner ges till patienten. Denna behandling är lämplig för *primär- såväl som specialistvård*.

Imikvimod

Substansen har en intressant verkningsmekanism och verkar immunomodulerande genom att åstadkomma induktion av cytokiner viktiga för elimination av HPV. Krämen appliceras 3 gånger per vecka i upp till 16 veckor. Detta preparat hör kanske i första hand hemma i *specialistvården*. Lokala biverkningar kan förekomma (sår, sveda, ömhet, klåda). Även influensaliknande symptom finns beskrivna. Preparatet är något dyrare men ett bra alternativ i selekterade fall; utgör ofta förstahandsbehandling för perianala vårtor. Fallrapporter finns med god effekt för behandling av genitala dysplasier. Imikvimod har av någon anledning i många studier visat sig ha bättre effekt hos kvinnor än hos män. Imikvimod kan oftast användas vid immunsuppression, men däremot ogärna vid kollagenoser. Det finns enstaka fallrapporter om uppblossning av SLE under behandlingen.

Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling kan ske med: **diatermi, CO₂-laser, kryo eller excision**. Vilken typ av dessa kirurgiska behandlingsmetoder som väljs beror på klinikerns vana och tradition. Samtliga metoder är rent destruktiva.

Vid graviditet

Podofyllotoxin är kontraindicerat vid graviditet (kategori C). Imikvimod bör inte heller användas (kategori B1). Vid behandling under graviditet används oftast någon form av kirurgi. Ibland väntar man helt med behandling tills efter förlossningen. Smitta till barnet kan i vissa fall ske via förlossningskanalen.

Partner

Någon obligatorisk undersökning av partner behöver inte göras. Partner kan söka vid ev. utslag/besvär. Vad gäller relationer där en eller båda har kondylom, vet man att kondomanvändning inte påverkar behandlingsresultatet (sannolikheten att man smittar varandra igen är minimal).

Vaccin

Numera finns två olika vacciner registrerade: Gardasil® (quadrivalent: HPV 6, 11, 16, 18) och Cervarix® (bivalent: HPV 16 och 18). Ett tredje vaccin, nonavalent (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58), Gardasil 9, är på väg in på den svenska marknaden och finns redan registrerat i några länder. Vaccinerna är profylaktiska och bör helst ges före sexualdebut. I många fall kan dock vaccinering löna sig även för redan sexuellt aktiva. Det är ju inte säkert att man redan hunnit exponeras för alla i vaccinet ingående virus typerna. Vaccinerna bygger på syntetiskt framställda virusliknande partiklar och har visat sig vara mycket effektiva. I praktiken har man med dessa uppnått full skyddseffekt mot genital HPV-infektion orsakad av de virus typer man vaccinerats mot. I huvudsak är vaccinen testade på unga kvinnor, men ett antal män har också studerats. Gardasil är numera registrerat även för män. Allmän vaccinering av unga kvinnor sker i Sverige vid cirka 12 års ålder. Åldersgränsen för kostnadsfri catch-up-vaccinering till unga kvinnor varierar mellan olika landsting. Allmän vaccinering av unga män har än så länge införts i bara enstaka länder, men har nu diskuterats att införas även i Sverige. Anledningen till att man dröjt, är att män drar nytta av att kvinnor vaccinerats genom så kallad flockimmunitet. Problemet är att män som har sex med män inte drar nytta av sådan flockimmunitet, och denna grupp är drabbad av HPV-associerad analcancer som skulle kunna förebyggas via vaccinering.

SSDV, Sektionen för Venereologi
Arne Wikström



Foto: Adobe Stock

GENITAL HERPES

Bakgrund och klinik

Genital herpes kan orsakas av herpes simplex virus typ 1 (HSV-1) eller typ 2 (HSV-2). Båda virus etablerar livslång persisterande infektion i sensoriska nervceller varifrån virus kan reaktiveras och ge kliniska symtom. Vid typiska besvär ses välväggiga tunnväggiga blåsor och sår på rodnad botten som inte ger upphov till ärr. Det kliniska utseendet skiljer sig inte mellan HSV-1 och HSV-2 infektion. Förvärvande av HSV-1 genitalt har de senaste åren ökat och är nu den vanligaste orsaken till primär genital HSV-infektion främst hos kvinnor. Tåta genitala recidiv brukar dock orsakas av HSV-2 både hos män och kvinnor. Majoriteten av HSV-infekterade patienter har så lindriga symtom att herpes inte övervägs som orsak till besvären alternativt så har patienten en helt tyst infektion.

Den primära infektionen hos den enskilda patienten kan variera från att vara helt asymtomatisk till att vara svår och långdragen med kraftig allmänpåverkan, feber, svullna lymfkörtlarna och utbredda, ömmande ofta symmetriska utslag. Inkubationstiden är 2–20 dagar (medel 6 dagar) och utan behandling kan symtomen kvarstå i 2–4 veckor. Recidiverande utbrott ses oftast inom ett mer välväggat område och läker inom en vecka men cervicit, uretrit, perianala sår och fissurer kan ses även vid återkommande utbrott. Viremi kan förekomma både vid primär och återkommande infektion med t.ex. meningit, myelit och radikulit som följd. Cirka hälften av patienterna anger prodromalsymtom, några timmar upp till 1–2 dagar, innan recidiv. Atypisk presentation av HSV finns och symtomen kan misstolkas som t.ex. urinvägsinfektion eller candidavulvovaginit. Hos immunsupprimerade kan sårerna ofta bli stora och vulstiga. Den kliniska bilden kan således vara mycket varierande och herpes bör övervägas vid återkommande genitala, ospecifika besvär.

HSV-utsöndring genitalt kan påvisas även utan samtidiga symtom och denna tysta utsöndring står för huvuddelen av virusöverföringen. Både de kliniska symptomen och den tysta virusutsöndringen minskar generellt med tiden. Smitta sker genom sexuell kontakt, inklusive oralsex. Förekomst av HSV-1 antikroppar skyddar inte mot HSV-2 infektion men kan mildra och förkorta de kliniska symtomen.

Diagnostik

Indikation för testning

Genitala blåsor eller sår samt vid recidiverande atypiska genitala symtom. Provtagning bör ske vid misstänkt primär herpesinfektion och vid icke-diagnostiserad recidiverande genital herpes. Typning är av vikt då prognosen är olika vid genital HSV-1 respektive HSV-2 infektion. Sexualanamnesen är viktig och vid genital sårbildning misstänks i första hand HSV-infektion men tänk även på syfilis. Hos MSM bör även klamydiaprov tas med tanke på LGV. Erbjud samtidig HIV-test och syfilisserologi.

Laboratoriediagnostik

Numera används NAAT för direktpåvisning av HSV vilket har cirka 15–30% större känslighet än den tidigare använda virusisoleringen. På de flesta virologiska laboratorier finns typspecifika antikroppsanalyser baserade på glykoprotein G-1 och G-2 tillgängliga. Dessa tester diskriminerar mellan HSV-1 och HSV-2 antikroppar.

Provtagning

NAAT-diagnostik: Steril pinne rullas mot blås-/sårbildning och stoppas i avsett rör enligt LABS hänvisningar. NAAT-testning är av värde så länge sårytan inte helt har läkt.

Virusisolering: Lägre känslighet än NAAT, används numera bara vid resistensbestämning vilket utförs på Virologiska laboratoriet, Sahlgrenska sjukhuset. Resistensbestämning kan även göras med genotypisk teknik vilket erbjuds vid SMI. Kontakta respektive laboratorium för ytterligare information.

Typspecifik HSV-serologi: Påvisande av HSV-2 antikroppar talar för genital infektion medan HSV-1 antikroppar kan avspegla både genital och oral infektion. Serologisk provtagning kan i utvalda fall vara av värde, t.ex. i parförhållanden där ena partnern har recidiverande genital HSV-infektion, men inte den andra. Det kan framför allt vara aktuellt om ena partnern har besvär och den andra är gravid utan känd HSV-infektion. Serologi kan även övervägas vid atypiska, återkommande genitala besvär, om man vill differentiera mellan en primär eller en etablerad infektion samt i de undantagsfall med täta skov då suppressionsbehandling är indicerad men där diagnosen inte kunnat verifieras med HSV NAAT-provtagning. I enstaka fall kan provet vara av värde för att påvisa om herpesinfektion över huvud taget föreligger.

Behandling

NAAT-provtagning med typning till HSV-1 eller -2 bör ske innan behandling insätts men provsvaren behöver inte ha erhållits innan behandlingen påbörjas. Antiviral behandling blev tillgänglig redan i mitten av 1980-talet. Resistensutveckling är ovanligt och ses främst hos immunsupprimerade patienter. Den vanligaste formen av resistens förorsakas av en förändring av tymidinkinas, det enzym som fosforylerar och därmed

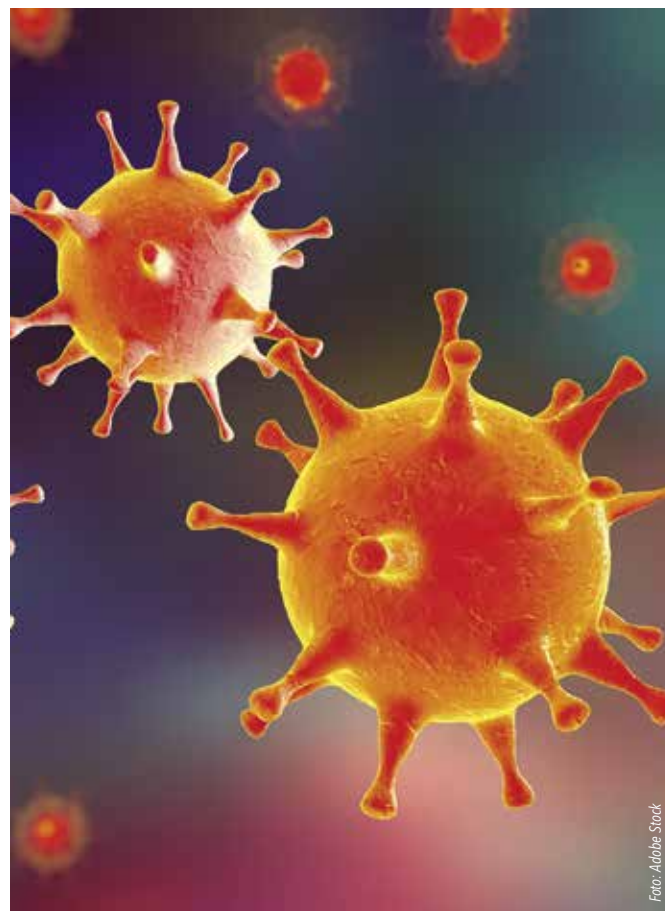


Foto: Adobe Stock

Annons

aktiverar den antivirala medicinen men mutationer i DNA- polymeras kan även förekomma. Vid resistent infektion kan högre antivirala doser och längre behandlingstider krävas. Natriumfoskarnet iv (Foscavir, licenspreparat) kan övervägas om antivirala medicinen inte alls fungerar. Fallrapporter har visat att även kräm imikvimod 5% kan ha effekt mot resistent HSV.

Indikation för behandling

Primär herpesinfektion

Behandling kan påtagligt reducera och förkorta besvären vid primär infektion och är indicerat att sätta in så länge infektionen är aktiv. Frikostighet med behandling rekommenderas då kliniska bilden talar för en symptomgivande herpesinfektion. Peroral behandling ges med valaciklovir 500 mg x 2, aciklovir 200 mg x 5 alt. 400 mg x 3, eller famciklovir 250 mg x 3. Behandlingstiden är 5–10 dagar. Tänk på att många patienter även behöver smärtstillande lokal eller peroral behandling.

Om patienten har mycket besvär bör spekulum man avvakta med. Vid behov ges ny tid för uppföljning efter utläkning och då kan t.ex. klamydiaprovtagnig ske. Enstaka patienter kan behöva inläggande vård p.g.a. urinretention, meningism eller allmän påverkan och intravenöst aciklovir (för dosering se FASS) kan då bli aktuellt.

Recidiverande herpesutbrott

Vid få och korta utbrott är behandling sällan indicerad men vid mer uttalade besvär ges i samråd med patienten: valaciklovir 500 mg x 2, aciklovir 200 mg x 5 alt. 400 mg x 3 eller famciklovir 125 mg x 2 peroralt. Behandlingstid 3(–5) dagar. Starta behandling tidigt för effekt. Data visar effekt även av en-dagsbehandling vid recidiv.

Suppressionsbehandling

Ett positivt laboratorieresultat krävs före insättning av suppressionsbehandling. Denna behandling är indicerad vid täta (≥ 6 skov/år), långdragna eller komplicerade skov. En patient med tillfällig psykisk belastning kan vara hjälpt av suppressionsbehandling för att förhindra recidiv, under den belastande perioden. Per oral behandling kan ges med valaciklovir 500 mg x 1 alternativt 250 mg x 2, aciklovir 400 mg x 2 eller famciklovir 250 mg x 2. Vid täta skov (≥ 10 skov/år) är behandling uppdelad på två doser/dag att föredra.

Om patienten, trots suppressionsbehandling, får genombrott med herpes kan dosen ökas till valaciklovir 500 mg x 2 i 3 dagar alt. aciklovir 400 mg x 3. Suppressionsbehandling bör avbrytas efter max 12 månaders kontinuerlig antiviral behandling för bedömning av recidivfrekvens och svårighetsgrad. Minimiperioden för omprövning av behandlingsbehovet bör omfatta minst två recidiv. Patient med fortsatt betydande sjukdomsbesvär kan återuppta suppressionsbehandlingen. Suppressionsbehandling minskar även tyst virusutsöndring, men risken för virus transmission till eventuell partner försvinner inte helt.

Vid graviditet

Vid primärinfektion under graviditet eller under förlossning finns en betydande risk att fostret/barnet smittas. Vid recidiv finns också en smittöverföringsrisk framförallt i samband med förlossningen. Hur behandling skall ske måste alltid lösas individuellt, goda erfarenheter finns dock av aciklovirbehandling under graviditet och vid förlossning.

För riktlinjer gå in på följande hemsidor: www.lakemedelsverket.se (se behandlingsrekommendationer herpes simplex, herpes zoster), www.infpreg.com eller www.janusinfo.se.

Amning

Aciklovir och valaciklovir hör till grupp II och försiktighet rekommenderas vid behandling under amning. Famciklovir hör till grupp IVa och uppgift saknas om famciklovir passerar över i modersmjölk.

Speciella överväganden

Behandlingsalternativ vid läkemedelsallergi: allergisk reaktion mot aciklovir, valaciklovir eller famciklovir (samtliga dessa hör till gruppen nukleosidanaloger) är extremt ovanligt.

Om allergi föreligger finns inget riktigt bra alternativ, möjligen kan licenspreparatet natriumfoskarnet iv (hör till gruppen fosfonsyraderivat) övervägas om patienten har svåra besvär och behandling är av stor vikt. Desensitisering mot aciklovir finns beskrivet.

Hos patienter, speciellt äldre, där njursvikt kan misstänkas eller hos patienter med känd njursjukdom finns risk för att neurotoxiska symtom uppstår. Vid misstänkt neuro-/nefrototoxicitet rekommenderas koncentrationsbestämning av aciklovir och dess metabolit CMMG vilket utförs på avdelningen för klinisk farmakologi, KS Huddinge.

Uppföljning

Efter diagnos är det väsentligt att informera patienten om genital herpes, recidivrisk, behandling och smittsamhet. Informera även om den s.k. tysta virusutsöndringen då smittan huvudsakligen sprids på detta sätt.

Lämna gärna en kopia på provsvaret till patienten då det underlättar för patienten om den söker på en annan mottagning för att få behandling. Vid eventuellt återbesök kan partnern erbjudas att komma med för information.

Kondom reducerar men tar inte bort risken för smitta.

Genital herpes lyder inte under smittskyddslagen och är därför inte anmälningspliktig.

SSDV, Sektionen för venerologi
Veronica Widén-Karlsson



Foto: Adobe Stock



Foto: Adobe Stock

SYFILIS

Bakgrund och klinik

Syfilis orsakas av en gramnegativ spiroket; *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Denna sprids genom sexuell kontakt, via blod samt från mor till foster via placenta. WHO beräknade 2012 att 5,6 miljoner nya fall av syfilis inträffade och kongenital infektion är ett problem i många länder. I Sverige minskade syfilis under 1900-talets slut, men därefter har antal fall ökat till drygt 300 per år. Den inhemska spridningen av syfilis ses framför allt hos män som har sex med män, medan majoriteten av kvinnor och män som smittats genom heterosexuella kontakter är smittade utomlands.

Syfilis indelas i olika stadier enligt följande:

Tidig syfilis omfattar primär och sekundär syfilis samt tidig latent syfilis. Sen syfilis omfattar tertiär syfilis och sen latent syfilis.

I Sverige har man fram till nu satt gränsen tidig syfilis vid smitta inom 2 år, men efter revision av falldefinitionen av syfilis 2017 har man ändrat gränsen till smitta inom 1 år. Den ändrade definitionen innebär att vi anpassar oss till de amerikanska och internationella riktlinjerna (CDC och IUSTI). Däremot har WHO fortfarande kvar tvåårsgränsen i sin stadiindelning från 2016.

I våra uppdaterade rekommendationer har vi även anpassat behandlingen till CDC och IUSTI och rekommenderar nu en injektion med långverkande penicillin vid syfilissmitta inom ett år (undantaget gravida kvinnor) och tre injektioner vid smitta för mer än ett år sedan.

Syfilis smittar vid vaginala och anala samlag samt vid oralsex. Vid sexuell kontakt räknas endast tidig syfilis som smittsam, medan blodsmitta och smitta till foster även kan ske vid sen syfilis.

Primär syfilis

Inkubationstiden är 10–90 dagar (vanligen 2–3 veckor). På inokulationsstället, vanligen genitalt, ses ett indurerat, ofta ömt och solitärt sår, i typiska fall med ren glänsande sårbotten (hård schanker). Efter någon

vecka kan lokala oömma, hårda adeniter palperas. Cirka 25% av smittade noterar inget primärsår. Utan behandling läker såret på 6–8 veckor.

Sekundär syfilis

Symtom uppträder 4–10 veckor efter debut av primärsåret som inte alltid är läkt. Spiroketerna har spridit sig via blodet till ett flertal organ inklusive CNS. Kliniken är mycket skiftande. Allmänsymtom såsom måttlig feber och huvudvärk samt generell lymfadenopati kan ses. Mest karaktäristiskt är hud- och slemhinneförändringar som kan imitera olika dermatoser. Typiskt ses makulära, rödbruna hudutslag på bålén, men även i handflator och på fotsulor. CNS-symtom med påverkan på kranialnerv kan förekomma och i sällsynta fall kliniskt manifest hepatit eller nefrit. Obehandlad kan recidiv av sekundärsyfilitisk karaktär uppträda inom 1–2 år efter smittotillfället.

Tertiär syfilis

Tertiär syfilis ses mycket sällan och kan delas in i benign tertiär syfilis, kardiovaskulär syfilis och neurosyfilis. Sjukdomsbilden är således mycket varierande beroende på vilka organ som angrips och symtom uppträder först flera år efter primärinfektionen.

Eventuella *neurologiska symtom* kan alltså ses både tidigt och senare under syfilisförloppet. Kranialnervspåverkan, syn- eller hörselpåverkan, meningit, stroke och påverkat mentalt status kan ses inom några månader till de första åren efter smitta. De sena neurologiska manifestationerna (t.ex. tabes dorsalis och pares) ses 10–30 år efter smittotillfället.

Latent syfilis

Definieras som positiv syfilisserologi hos person som inte har några kliniska symtom och som inte fått adekvat syfilisbehandling. Infektionen delas i Sverige in i *tidig latent syfilis*, med smittotillfälle högst ett år före diagnos, och *sen latent syfilis* där smittoöverföring skett för mer än ett år sedan. Vid äldre infektioner är tidpunkten för smittoöverföring ofta svår att datera.

Icke veneriska treponematoser (yaws, pinta, endemisk syfilis)

Dessa infektioner har blivit mindre vanliga men kan fortfarande förekom-

ma inom vissa delar av Asien, Afrika, Syd- och Mellanamerika. Vid utredning av misstänkt syfilis hos en person som kommer från sådant område skall man alltså även ha de icke-veneriska treponematoserna i åtanke.

Diagnostik

Indikation för testning

Epidemiologisk eller klinisk misstanke på infektion, sexuella utlands-kontakter, män som har sex med män, prostitutionskontakter, hiv-infekterade samt frikostigt vid oskyddat samlag med flera partner. Blodgivare och gravida kvinnor testas rutinmässigt för syfilis. Rutinprovtagning för syfilis av immigranter och asylsökande som kallas för så kallat hälsosamtal upphörde 2016.

Provtagning och laboratoriemetoder

Vanligen baseras diagnosen på serologi. Serologin kan inte skilja mellan syfilis och närbesläktade icke veneriska treponematoser som yaws och pinta. Serologin kan vara svårbedömd och det är angeläget att ha tillgång till minst två specifika och en ospecifik, titrerad syfilistest. Serologin kan vara negativ de första veckorna efter debut av primärsåret. Istället kan då direktpåvisning av spiroketen ske.

Direktpåvisning av *T. pallidum* i sårsekret eller från vätskande hud-, slemhinnelesioner.

Mörkfälts- eller faskontrastmikroskopi utförs på vissa venereologmot-tagningar. NAAT (Nucleic Acid Amplification Test) för *T. pallidum* utförs på Mikrobiologiska laboriet i Göteborg. Sårsekret, taget med pinne (plast- eller metallskaft), skickas i sterilt NaCl (<http://www.sahl-grenska.se/sv/SU/Omraden/4/Verksamhetsomraden/Laboratoriemedicin/Klinisk-mikrobiologi/Analyslista-A-O/Lista-over-analyseragens/Syfilis---PCR/>).

Serologiska tester

- Specifika treponemala tester: påvisar antikroppar (ofta både IgG- och IgM-antikroppar) riktade mot *T. pallidum* och kommer oftast 1–2 veckor efter primärlesionen. Förutom TPPA (Treponema Pallidum Particle Agglutination test) finns idag ett stort antal nyare treponemala syfilistester baserade på definierade epitoper hos *T. pallidum*. Flera av dessa tester är automatiserade och används för screening, men TPPA anses vara den mest specifika. Vid positivt utfall i en treponemal screeningtest krävs testning även med TPPA och VDRL/RPR med titrering. För säker serodiagnos krävs positivt utfall i två olika typer av syfilistester. Tillgängliga tester för IgM har låg sensitivitet och specificitet, men IgM är en viktig markör vid misstänkt kongenital syfilis då IgM inte överförs via placenta. Antikropps-nivån på de treponemala testerna är inte korrelerad till sjukdomsaktivitet och kvarstår oftast livslångt. Falskt positiv reaktivitet förekommer.
- Ospezifika icke-treponemala tester: påvisar ospezifika antikroppar och blir vanligen positiva 1–3 veckor efter debut av primärlesionen. De mest använda testerna är VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) och RPR (Rapid Plasma Reagin). Vid positiv test måste diagnosen verifieras med ett specifikt treponemaltest (se ovan). Negativ VDRL/RPR utesluter inte sen syfilis. De ospezifika testerna är kvantifierbara och används för att bedöma sjukdomsaktivitet och serologiskt svar efter behandling. Falskt positivt resultat kan ses vid andra infektioner, autoimmuna sjukdomar och graviditet. I dessa fall är de specifika syfilistesterna negativa.

Neurosyfilis

För neurosyfilis saknas strikta laboratoriediagnostiska kriterier. Diagnosen får baseras på en sammanvägning av olika laborietester och kli-

nik. VDRL har hög specificitet i likvor men anges vara positiv i endast 30–50% av fallen. Treponemala antikroppar i likvor kan vara passivt överförda eller bildade inom CNS. Beräkning av kvoten mellan TPPA titern i serum och titern i likvor kan vara vägledande. En TPPA-kvot (TPPA-titer i serum/TPPA-titer i likvor) < 32 anses tala för neurosyfilis och en kvot >256 talar emot neurosyfilis. Ökat antal vita blodkroppar i likvor, förhöjt totalprotein och IgG-index talar för en aktiv CNS-infektion. Negativ TPPA i likvor anses med stor sannolikhet kunna utesluta neurosyfilis. Diagnosen anses även mindre sannolik om VDRL i serum är negativ.

Behandling

Alla fall av syfilis ska handläggas av eller i samråd med venereolog. Indikationerna för behandling är vida då det inte finns någon säker markör för utläkning. Vid fall av positiv syfilisserologi, utan säker uppgift om tidigare behandling, ges behandling för att eliminera risken för senare aktivering av infektionen. Smittotillfälle är ofta svårt att fastställa så vid tveksamhet bör man behandla som vid sen infektion.

Förstahandspreparat är penicillin. Ingen resistensutveckling har noterats för penicillin, men däremot har makrolidresistens ökat med nedsatt känslighet för azitromycin och erytromycin som följd. Syfilisinfektionen botas med låga doser av penicillin men det krävs kontinuerlig penicillin-nemi varför depotpreparat av penicillin rekommenderas. För närvarande används Tardocillin® (licenspreparat, innehåller även lokalanestetikum; tolycain). Terapisvikt är sällsynt.

Doxycyklin kan ges vid penicillinallergi och klinisk erfarenhet visar att detta fungerar väl. En nackdel med peroral behandling är att man inte har kontroll på följsamheten.

I samband med behandlingsstart rekommenderas att ny serologi tas, för att kunna jämföra VDRL-nivån innan och efter behandling.

Primär, sekundär och tidig latent syfilis (= tidig syfilis)

Benzatinpenicillin (Tardocillin®) 2,4 miljoner (milj) enheter dag 1. Ges som im injektion 4 ml (1,2 milj enheter) i vardera skinkan. Viss evidens stödjer att gravida kvinnor bör erhålla 2 injektioner, vilka ges med en veckas mellanrum.

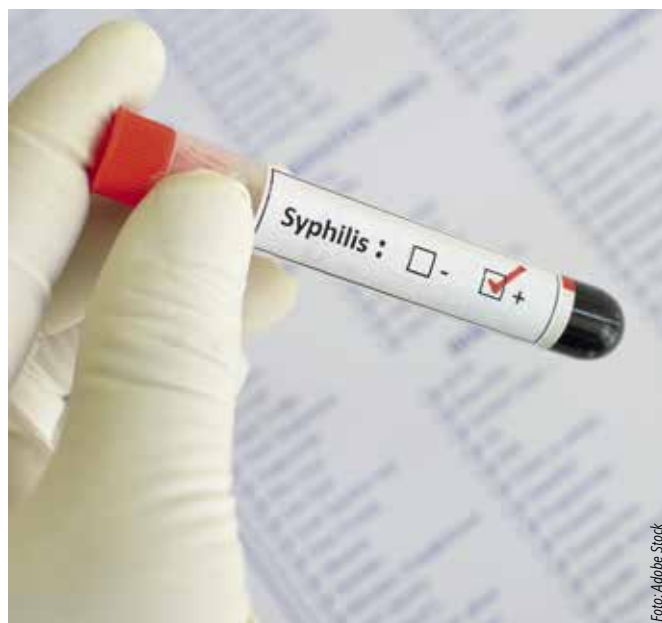




Foto: Adobe Stock

Alternativt procainpenicillin 600 000–1,2 milj enheter im dagligen i 10 dagar.

Sen latent syfilis och syfilis av okänd duration (=sen syfilis)

Benzatinpenicillin (Tardocillin®) 2,4 milj enheter im dag 1, dag 8 och dag 15.

Alternativt procainpenicillin 600 000–1,2 milj enheter im dagligen i 15 dagar.

Penicillinallergi

Doxycyklin 100 mg x 2 i 14 dagar vid tidig syfilis och i 28 dagar vid sen syfilis.

Gravid pc-allergisk kvinna

Något fullgott behandlingsalternativ till penicillin finns inte. Med RAST och hudtest bör pc-allergi helst uteslutas eller bekräftas. Enligt CDC rekommenderas att pc-allergiska kvinnor desensibiliseras och behandlas med benzatinpenicillin. I Janusinfo står följande: "Första generationens cefalosporiner (cefadroxil och cefalexin i Sverige) kan korsreagera med penicillin, men risken är försumbar med de parenterala cefalosporiner som finns på marknaden idag." och enligt WHO:s riktlinjer från 2016 kan man överväga ceftriaxon 1 g im dagligen i 10–14 dagar, under övervakning initialt - om inte anamnes på anafylaxi mot penicillin finns.

Ett alternativ under första trimestern är doxycyklin enligt dosering ovan.

Ett annat alternativ är erytromycin 500 mg x 4 i 14 dagar vid tidig syfilis och erytromycin 500 mg x 4 i 30 dagar vid sen latent syfilis enligt WHO. Detta bör dock inte ges under första trimestern. Kliniskt har man sett terapivikt hos barnet efter erytromycin-behandling till mamman och då preparatet inte passerar över placentabarriären i tillräcklig omfattning rekommenderas därför att barnet behandlas efter förlossningen. Enligt CDC är erytromycin ett suboptimalt alternativ även för mamman och erytromycin bör därför ges endast när inga andra möjligheter kvarstår och noggrann uppföljning kan ske.

Neurosyfilis (inklusive ögon- och öronsyfilis)

Bensylpenicillin 18–24 milj enheter (cirka 10–14 g)/dygn iv, fördelat

på upp till 6 doser per dygn (kan även ges som kontinuerlig infusion) i 10 dagar och därefter benzatinpenicillin, 3 injektioner med en veckas mellanrum som vid sen latent syfilis. Vid pc-allergi rekommenderas enligt riktlinjerna från IUSTI 2008 samt Storbritannien 2015 doxycyklin 200 mg x 2 i 28 dagar och enligt riktlinjerna från IUSTI 2014 ceftriaxon 1–2 g im eller iv dagligen i 10–14 dagar.

Som alternativ vid pc-allergi rekommenderas också desensibilisering för pc och därefter behandling med bensylpenicillin.

Jarisch-Herxheimer reaktion

Feberreaktion inom 24 timmar efter inledd syfilisbehandling. Ses oftast vid tidig syfilis (hos 50–70%). Klingar av inom 1 dygn. Vid behov kan paracetamol ges. Hos gravida kan prematurt värkarbete utlösas.

Hoigné's syndrom

Psykosliknande bild med dödsångest och hallucinationer i samband med injektionen. Finns beskrivet vid behandling med procain- och benzatinpenicillin. Orsaken är inte klarlagd, men man har diskuterat om orsaken är intravasal injektion, och det är alltid viktigt att aspirera innan man injicerar preparatet. Reaktionen går över på 20–30 min. Vid behov ges diazepam rektalt eller im.

Uppföljning

Efter behandling av en tidig infektion blir de ospecifika serologiska testerna i allmänhet negativa inom några år, medan de specifika kvarstår positiva i många år eller hela livet.

Vid behandling av en sen infektion kan serologin kvarstå oförändrad trots att infektionen är adekvat behandlad och utläkt.

Blodprov för serologi (VDRL eller annan titrerad ospecifik syfilistest) rekommenderas efter 1–3, 6, 12 månader och vid sen syfilis eventuellt även efter 24 månader.

Vid tidig syfilis ska VDRL-/RPR-titern gå ner två titersteg inom 6 mån efter behandlingen och testen blir i allmänhet negativ inom 2 år. Om VDRL blir negativ tidigare kan kontrollerna avslutas. I enstaka fall kan en låg, kvarstående VDRL-/RPR-titer kvarstå länge. Även IgM i låg titer kan kvarstå länge.

Vid sen syfilis med negativ VDRL/RPR före behandling kan en uppföljande kontroll 1–3 mån efter avslutad behandling erbjudas, men där efter avslutas kontrollerna.

För alla syfilisfall gäller att om förväntat serologiskt svar inte ses så rekommenderas lumbalpunktion och eventuellt ny behandling.

Vid kontroll efter behandling av neurosyfilis rekommenderas LP var 6:e månad för att säkerställa att cellantalet i likvor normaliseras.

Anmälan och smittspårning

Tidig syfilis (primär, sekundär och tidig latent syfilis) klassas som allmänfarlig sjukdom och anmäls enligt smittskyddslagen. Den smittade rekommenderas att avstå från samlag tills antibiotikabehandling är genomförd (minst en vecka efter sista injektion med långverkande penicillin). Undersökning, diagnostik och behandling är kostnadsfri enligt smittskyddslagen (SmL), och smittspårning utförs.

Primär syfilis

Undersökning och provtagning av partner de senaste 3–4 månaderna före symtomdebut.

Sekundär och tidig latent syfilis

Undersökning och provtagning av sexualpartner det senaste året före symtomdebut.

Sen syfilis

Provtagning av aktuell partner erbjuds, och när det gäller en kvinna övervägs provtagning av hennes barn.

Partneruppföljning

Uppgiven kontakt ska följas i 4 månader och vid intag av antibiotika i upp till 6 månader. Ibland (t.ex. partner i pågående relation) är det lämpligt att ge epidemiologisk behandling med benzatinpenicillin 2,4 milj enheter im vid ett tillfälle, istället för att invänta eventuell serokonversion.

Syfilis och hiv-infektion

Serologin är i allmänhet tillförlitlig vid samtidig hiv-infektion. Påtagligt höga titrar av VDRL/RPR finns dock beskrivet, liksom falskt negativa tester vid uttalad immunsuppression. Tidig utveckling av neurosyfilis är vanligare vid samtidig hiv-infektion. Lumbalpunktion rekommenderas frikostigt om syfilisinfektionen bedöms vara äldre än 1 år samt självklart vid neurologiska symtom, inklusive syn- och hörselpåverkan.

Behandling ges som till hiv-negativ patient. Vid kraftigt nedsatt immunförsvar rekommenderas i viss litteratur att behandling ges som vid neurosyfilis. Serologisk uppföljning är viktig och långsammare nedgång av antikropssnivåer kan förväntas.

Gravida med positiv syfilisserologi – praktisk handläggning

Behandling ges som till icke-gravid kvinna med motsvarande serologi. Vid tidig syfilis kan två injektioner benzatinpenicillin (Tardocillin®) rekommenderas.

Kopplat till Herxheimerreaktion kan prematurt värkarbete och påverkan på barnet förekomma, vilket gör att man kan överväga att inleda behandlingen på sjukhus. Denna risk är dock störst vid tidig syfilis och vid låga titrar och en infektion som bedöms vara av äldre datum bör man kunna inleda behandlingen polikliniskt, efter information till mamman.

Kvinna som är behandlad och kontrollerad för en syfilisinfektion före aktuell graviditet behöver inte ges ny behandling.

Utredning: Kvinna med diagnostiserad, ännu obehandlad syfilis efter

20:e graviditetsveckan rekommenderas ultraljud för att bedöma eventuella tecken på fetal infektion. Splenomegali, ascites och hydrops talar för infektion.

Uppföljning: Återbesök och kontroll av serologin 1–2 månader efter avslutad behandling, samt ny serologi ett par veckor före beräknad partus (kan tas på MVC med anhängan om att få kopia på svaren). Efter partus uppföljning av mamman på venereologmottagning medan barnet följs upp via barnklinik, i samråd med venereolog.

Remiss utfärdas till förlossningsavdelningen (kopia till mamman att ta med till förlossningen). I remissen informeras om:

- mammans serologi samt given behandling
- att hon inte är smittsam, d.v.s. inga speciella hygienrutiner krävs
- att man i samband med partus tar blodprov (VDRL/RPR, IgM för syfilis, TPPA) på mamman och barnet och att man på barnets lab-remiss anger att kopia på svaret skickas till aktuell barnklinik
- att barnläkare som undersöker barnet vid utskrivningen från kvinnokliniken utfärdar remiss till barnkliniken för uppföljning. På remissen anges moderns personnummer då det är viktigt att de har tillgång till hennes serologi för att bedöma om eventuellt påvisade syfilisantikroppar hos barnet avspeglar aktuell infektion eller är passivt överförda. Om barnet har påvisbara antikroppar mot syfilis som man tror är passivt överförda från mamman, rekommenderas att man följer barnet till seronegativitet.

Kongenital syfilis

Fostret smittas främst genom transplacentär överföring av treponemer. Smittan kan ske under hela graviditeten, men sällan före andra trimestern. Man räknar därför med att behandling före graviditetsvecka 16–20 förhindrar kongenital syfilis i nästan alla fall.

Risken för överföring är avhängig av syfilisstadiet. Obehandlad tidig syfilisinfektion under graviditet överförs i nästan alla fall till barnet (i 70–100% vid primär och sekundär syfilis, samt i 40% vid tidig latent syfilis), medan smittorisken vid obehandlad sen syfilis anges till cirka 10% eller lägre. Det finns data som tyder på att risken för överföring till barnet är minimal om mamman är negativ i VDRL redan innan behandlingen.

Penicillin passerar placenta. Eventuell infektion hos fostret botas i allmänhet även om behandlingen ges senare i graviditeten.

Infektion hos fostret och barnet

Följande kliniska bilder är beskrivna:



- 1) Abort p.g.a. massiv fosterinfektion
- 2) Dödfött fullgånget barn med tecken på generell syfilisinfektion
- 3) Tidig syfilis (före 2 års ålder). Infektionen är utlöst av hematogen spridning av bakterien och symtomen liknar delvis de vid sekundär syfilis hos vuxna. Vid partus har hälften av barnen inga symtom, dessa uppträder vanligen 3:e–8:e levnadsveckan. Placenta är förstörd. Barnet är ofta underviktigt och för tidigt fött. Hud- och slemhinneförändringar som vid sekundär syfilis kan ses, men även bullösa förändringar speciellt i handflator och fotsulor. Syfilitisk snuva. Pseudoparalys av en extremitet, osteokondrit och andra skelettförändringar. Hydrops, ikterus, hepatosplenomegali och anemi är vanliga fynd.
- 4) Sen syfilis (efter 2 års ålder). I allmänhet ett barn som smittats in utero av en låginfektös moder. Barnet föds med latent syfilis och utvecklar senare, ofta efter 5 års ålder, syfilitiska symtom som vid tertiär syfilis. Några av de mest klassiska symtomen är interstiell keratit, Hutchinson tänder (övre incisiver breda vid basen och urgroppta i mitten av distala randen) och dövhet (Hutchinsons triad). Andra manifestationer är periostit, sadelnäsa och symtom från nervsystemet.

Diagnos hos det nyfödda barnet

Barnet har vid födelsen syfilis IgG-antikroppar som överförts från mamman och som försvinner inom loppet av 6–12 (18) månader. Diagnosen av eventuell infektion hos barnet får baseras på en samlad bedömning av barnets klinik och serologi i kombination med infektionsstatus, given behandling och serologi hos mamman. En gravid kvinna som har blivit behandlad under aktuell graviditet och hennes barn skall alltid kontrolleras vid födelsen i samråd med venerolog och barnläkare. Venblod från barnet och mamman undersöks både med specifika och ospecifika syfilistester (navelsträngsblod medför risk för kontamination med moderns blod). Om *T. pallidum* specifik IgM-aktivitet kan påvisas eller om de ospecifika testerna (VDRL, RPR) är två titersteg (d.v.s. fyra gånger) högre hos barnet än hos mamman talar det för att infektionen överförts till barnet. En negativ test för specifikt IgM utesluter dock inte infektion då testen har låg sensitivitet.

A) Barn med säkerställd/sannolik kongenital syfilis (klinik och/eller serologi talande för syfilis)

Provtagning/utredning

- Lumbalpunktion (VDRL, celler och protein)
- Blodbild inklusive B-diff (differentialräkning av leukocyter) och trombocyter
- Andra tester som kan vara kliniskt indicerade är röntgen långa rörben, hjärt-lungröntgen, leverprover, ultraljud buk (hepatosplenomegali), ögonundersökning, hjärnstamsaudiometri.

Vid vätskande hud-/slemhinnelesjoner görs PCR eller mörkfältsmikroskopi för att påvisa *T. pallidum*.

Behandling

Bensylpenicillin 100 000–150 000 enheter (60–90 mg)/kg iv dagl. Detta ges de första 7 levnadsdagarna med 50 000 enheter/kg/dos iv var 12:e timme och därefter var 8:e timme, total behandlingstid 10–(14) dagar. Alt vid normal likvor är procainpenicillin 50 000 enheter/kg im 1 gång dagl i 10–(14) dagar.

B) Barn utan kliniska eller serologiska tecken på syfilis vid partus

B1. Mamman inte adekvat behandlad

eller behandlad < 4 veckor före partus

Provtagning/utredning

- Lumbalpunktion (VDRL, celler och protein)
- Blodbild inklusive B-diff och trombocyter

- Eventuellt röntgen långa rörben och ultraljud buk

Behandling

Bensylpenicillin enligt ovan (A). Om denna behandling ges kan man avstå från ovannämnda provtagning och utredning.

Om lumbalpunktion utförts och likvor är normal finns följande behandlingsalternativ: Procainpenicillin 50 000 enheter/kg im 1 gång dagligen i 10–14 dagar eller benzatinpenicillin 50 000 E/kg im i engångsdos.

B2. Mamman adekvat behandlad

under aktuell graviditet >4 veckor före partus

Uppföljning med blodprov på barnet för syfilisserologi vid dag 0 (även på mamman vid partus), 1, 3, 6 och 12 månaders ålder (eller tills seronegativitet). Om passivt överförda antikroppar blir VDRL/RPR oftast negativa inom 6–8 mån och TPPA inom 12–18 mån.

Om uppföljning inte är möjlig rekommenderas behandling av barnet vid partus.

B3. Om mamman är adekvat behandlad och kontrollerad för en syfilisinfektion före aktuell graviditet behöver barnet inte följas upp

Uppföljning efter behandling av kongenital syfilis

Hur täta kontrollerna ska vara efter behandling är beroende av klinik och serologi.

VDRL/RPR rekommenderas vid 1, 3, 6 och 12 månaders ålder (eller tills seronegativitet).

Likvor var 6:e månad tills normalisering skett.

Handläggning av barn med syfilis efter nyföddhetsperioden

Om det är möjligt inhämtas uppgift om mammans serologi vid partus.

Provtagning/utredning

- Lumbalpunktion (VDRL, celler och protein)
- Blodbild inklusive B-diff och trombocyter
- Utredning utifrån kliniken (t ex röntgen långa rörben, hjärt-lungröntgen, ultraljud buk, ögon-, öron-undersökning)

Behandling

Bensylpenicillin 200 000–300 000 enheter (120–180 mg)/kg iv dagligen, uppdelat på 4–6 doser. Total behandlingstid 10–14 dagar. Om likvor är normal är alternativ behandling benzatinpenicillin 50 000 E/kg (upp till vuxendos 2,4 milj enheter) im i engångsdos, 3 injektioner med 1 veckas intervall.

Vid behandling efter nyföddhetsperioden kan en långsammare nedgång av antikroppar ses.

SSDV, Sektionen för venerologi
Petra Tunbäck



ULCUS MOLLE

Bakgrund och klinik

Mycket ovanlig infektion i stora delar av världen, men vanlig orsak till genitala sår i Afrika söder om Sahara och delar av Sydostasien och Latinamerika, även om förekomsten minskat i vissa länder. Förekommer som orsak till icke-genitala sår hos barn och ungdomar från södra Stillahavsöarna.

Incubationstiden är 4–10 dagar. Infektionen börjar som ömma erytematösa papler, som övergår till pustler och sedan spricker och ger ytliga sår, s.k. mjuk schanker (i motsats till syfilis som kallas hård schanker) med underminerad ”ruggig” kant.

Kliniskt ses vanligen flera genitala sår, mjuka, ömmande och lokala ensidiga svullna lymfkörtlar (buboner). Autoinokulation från primärsår till motsatt sida kan orsaka ”kissing ulcers”.

Ulcus molle orsakas av *Haemophilus ducreyi*, som är en gramnegativ bakterie. Bakterien kan finnas i vagina och uretra, ibland även i anus

Diagnostik

Indikation för testning: Genitala sår med möjligt smittotillfälle i länder med förekomst av *H. ducreyi*.

Provtagning/laboratediagnostik: Odling är referensmetoden, men bakterien är svår att odla. Prov från sår är mer känsligt än från lymfkörtel.

NAAT-analys (Nucleic Acid Amplification Test) finns på mikrobiologiska laboratoriet i Göteborg (se <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/4/Verksamhetsomraden/Laboratoriemedicin/Klinisk-mikrobiologi/Analyslista-A-O/Lista-over-analyseragens/Haemophilus-ducreyi/>). Sårsekret, taget med pinne med plast- eller metallskäft (ej trä), alternativt aspirat från adenit, skickas i steril NaCl.

NAAT för HSV och syfilis tages samtidigt.

Behandling

Obehandlade sår kan kvarstå i flera månader. Adekvat behandling läker infektionen och symtomen.

I avancerade fall kan ärrbildning uppstå trots adekvat behandling.

H. ducreyi har utvecklat resistens mot flera antibiotika såsom tetracykliner och sulfapreparat. Även resistens mot erytromycin och ciprofloxacin finns beskrivet.

Rekommenderade behandlingsalternativ:

Förstahandsbehandling:

Ceftriaxon 250 mg im som engångsdos eller Azitromycin 1 g som engångsdos (infektion med *Mycoplasma genitalium* ska först uteslutas)

Andrahandsbehandling:

Ciprofloxacin 500 mg x 2 i 3 dagar eller Erytromycin 500 mg x 3 i 7 dagar

Behandling av gravida:

Både ceftriaxon och azitromycin kan användas (efter första trimestern).

Uppföljning

Klinisk uppföljning efter 3–7 dagar. Såret är vanligen läkt inom 2 veckor medan adeniter läker långsammare. Viktigt är att även följa upp serologi för hiv och syfilis.

Anmälan och smittspårning

Sexpartner inom 10 dagar innan symtom bör alltid undersökas och behandlas oavsett symtom. Ulcus molle tillhör inte längre Smittskyddslagen, men bör rapporteras.

SSDV, Sektionen för venerologi
Elisabet Nylander



Foto: Adobe Stock



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

Utlysning av SSDV:s Fortbildningsstipendium 2018

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi har med stöd av Janssen-Cilag AB instiftat ett fortbildningsstipendium. Syftet med stipendiet är att stödja Sveriges dermato-venereologers fortbildning genom att finansiera studiebesök på "centers of excellence" eller möjliggöra speciella utbildningar. Målet är att stipendiaten eller stipendiaterna skall få möjlighet att på sin hemmaklinik implementera nya tekniker, diagnostiska metoder eller behandlingar som kräver utbildning på extern klinik eller deltagande på särskild kurs.

Vem kan söka? Alla SSDV:s medlemmar har möjlighet att ansöka om stipendiet.

Stipendiesumma: Sammanlagt 50 000 kr kan fördelas på 1-3 stipendiater. Pengarna skall användas för att finansiera kostnaderna för resa, logi och eventuell kursavgift men inte för att täcka kostnader för stipendiatens lön eller personliga kostnader under studiebesöket eller utbildningen. Stipendiet är inte avsett för finansiering av resor till kongresser.

Ansökan: Ansökan ska innehålla en projektbeskrivning på maximalt 2 sidor (syfte, mål, relevans, tidsplan och budget skall stå med) samt CV med publikationslista.

Ansökan skickas till:

SSDV:s kansli

Agneta Andersson

E-mail: info@ssdv.se

SSDV tillhanda senast 23 september 2018.

Bedömningskommittén: Är ännu inte utsedd. Beslut och meddelande till pristagarna beräknas till den 6/10. Efter beslut om stipendiat(-er) kommer Janssen-Cilag att få ta del av ansökningarna.

Krav på stipendiaten: Alla stipendiater skall redovisa utlägg för studiebesök eller utbildning efter att dessa har genomförts. En reserapport skall också skrivas inom 1 år efter genomförd resa/utbildning för publikation i SSDV:s medlemstidning Dermatologi & Venereologi.

Sponsor: Janssen-Cilag AB

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. Det förutsätts att den ansökande beviljas ledighet från sin tjänst under besöket.

Behöriga att söka:

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

Ansökningstid:

Ansökningar tas emot fortlöpande under året.

Ansökan ska innehålla:

- Uppgift om namn, personnummer, hemadress, mobiltelefonnummer, arbetsplats och klinik, tjänstgöringsgrad och yrke/tjänstetitel
- 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

Inlämning av ansökan:

Ansökan skickas elektroniskt till SDKOs sekreterare: ingela.ahnlide@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. Bidragsmottagaren kommer tillfrågas att skriva en reseberättelse efter avslutat besök.

2017-12-18
Styrelsen i SDKO

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



Nya behandlingsrekommendationer för kroniska nässelutslag



Foto: Adobe Stock

Kronisk spontan urtikaria leder ofta till nedsatt livskvalitet hos dem som drabbas. I de nyligen reviderade internationella riktlinjerna har det tydliggjorts att målet med behandlingen är att uppnå samt bibehålla symtomfrihet. Man har även uppdaterat och förtydligat de olika behandlingsstegen.

Professor Chris Anderson, dermatolog, Hudkliniken på Universitetssjukhuset Linköping, kommenterar:

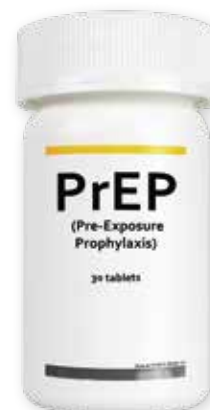
”I de nya riktlinjerna poängteras att vårt mål med behandlingen ska vara symtomfrihet. Idag är det ett mål som är möjligt för många fler patienter än tidigare. Därmed minskas onödigt lidande i form av klåda, besvärande utslag, angioödem, sömnsvärigheter och oro så livskvaliteten förbättras.

De nya reviderade riktlinjerna går att läsa här:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29336054>

Generika för PrEP-behandling

I artiklar i detta nummer (sidan 22 Mjörnberg) och i förra numret (sidan 13 Borgström et Micu) av D&V, berättas om preexpositionsprofylaxbehandling mot HIV med Truvada® och den höga månadskostnaden för daglig behandling (cirka 6 000 kr). Numera finns generika tillgängliga (emtricitabine/tenofovir disoproxil 200 mg/245 mg, flera tillverkare) till betydligt lägre kostnad, för närvarande under 2000 kr per månad för daglig behandling. Sannolikt kommer priset att bli betydligt lägre framöver beroende på tillgången hos olika tillverkare.



Vi söker app-testare!

Vill du testa RiksSårs app för att följa såråkning?

Läs mer och anmäl dig och dina medarbetare på www.rikssar.se



Medlemsavgift för 2018



Har du inte betalt medlemsavgiften för 2018 är det hög tid att göra det nu! Logga in med ert medlemsnummer och lösenord och gå in under menyn "Medlemskap" -> fliken "Betala medlemskap". www.ssdv.se

30 år som förening

DERMATOLOGI VENEREOLOGI
DVSS
SJUKSKÖTERSKOR I SVERIGE

 Region
Gävleborg

Save the date!



DVSS årsmöte kommer till **GÄVLE** den 28-29 september 2018.

Plats: Clarion Hotell Winn Konferens

Torsdag den 27 september kl. 18-20
har vi "Come Together"
på vårt Fängelsemuseum.

Årets middag
med underhållning
kommer att hållas på:

SVERIGES
FÄNGELSE
MUSEUM



Hits For You
SHOWRESTAURANG DISKOTEK KARAOKEBAR



**Mer information och inbjudan skickas till alla medlemmar under våren.
Välkomna önskar Hud- och könsmottagningen, Gävle.**

Årligt utbildningsmöte för blivande dermato-venereologer

SSDV:s Höstmöte – Nationella "ST-träffen"

Plats: Varbergs Stadshotell & Asia Spa

Tid: 12–13 november 2018

SAVE THE DATE!

Vi vill härmed gå ut med datum och plats för den kommande ST-träffen som kommer att innefatta föreläsningar inom ledarskap, kommunikation, mörk hud, Mohs kirurgi, laserbehandling, kritisk artikelgranskning, dermatologisk immunologi och komplikationer vid estetisk dermatologi.

Vi hoppas alla ST-läkare i landet kan komma. Mer info och anmälan kommer senare.

Organisationskommittén:

Karim Saleh (kursledare, karim.saleh@med.lu.se), Klas Agerberg, Alexandra Fisch, Sanja Gavric, Pegah Kafi, Malin Krantz, Josefin Ulriksdotter, Valdis Thorhallsdottir.

Karim Saleh, ST-representant, SSDV



Dermatoskopi Quiz

Fall:

I detta nummer av D&V vill jag be er bedöma följande lesion på underbenet hos en 71-årig kvinna. Patienten hade nyligen behandlats för ett malignt melanom på annan kroppsdel och remitterades till oss för en allmän hudkontroll. Vid helkroppsundersökning upptäcktes denna oregelbundet pigmenterade fläcken med oklar anamnes. Vad har ni för diagnosförslag?

Skicka gärna era diagnosförslag på fallet via mail till: john.paoli@vgregion.se. Facit får ni

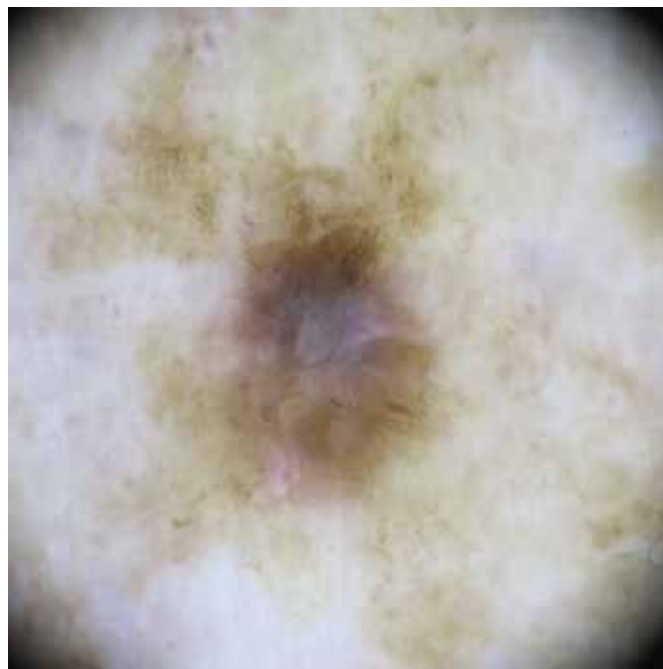
som vanligt i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de duktiga dermatoskopister som klarar denna quiz.

John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

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

**senast
20 augusti 2018**



Sektioner och intressegrupper i SSDV



- Privatpraktiserande Dermatologers Förening
- Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi, SDKO
- Svenska Dermato-Epidemiologiska Nätverket, SveDEN

- Sektionen för Venereologi
- Svenska sällskapet för Arbets- och miljödermatologi, SSAMD
- Svenska Kontaktdermatitgruppen, SKDG
- Intressegruppen för Pediatrik Dermatologi

- Intressegruppen för Estetisk Dermatologi
- Intressegruppen för Fotodermatologi
- Intressegruppen för Psoriasis
- Intressegruppen för Fortbildning

Dermatoskopi Quiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 13 • 1/2018

Fall:

I Dermatologi & Venereologi nummer 13 presenterades följande lesion på höger överarm hos en 31-årig man som upplevde att den hade ändrat färg och blivit mer upphöjd ”på sistone”. Anamnesen var svår fångad men patienten trodde att lesionen hade funnits där i flera år trots allt.

Facit:

Dermatoskopibilden visade ett strukturlöst mönster med en variation av homogent pigmenterade områden med vit, ljusbrun och blå färg. Centralt sågs multipla punktata strukturer med såväl gråaktig samt röd färg som skulle kunna representera dots/globules respektive punktata kärl (”dotted vessels”). Med tanke på den ovanliga bilden och oklara anamnesen exciderades lesionen och PAD visade ett **blått nevus**.



Korrekt svar skickades in av:

Iara Drakensjö, Karolinska Universitetssjukhuset

Ewa Young, Skånes universitetssjukhus Malmö

Napoleon Kentarchos, Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Anita Eshraghi, Hudkliniken, Waikato Hospital, Nya Zeeland

Tack till alla som skickade in diagnosförslag!

John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Deadline för nästa nummer: 20 augusti 2018

Text och eventuella högupplösta bilder skickar du till redaktionen:
christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se eller john.paoli@vgregion.se





**34TH NORDIC CONGRESS OF
DERMATOLOGY & VENEREOLOGY
GOTHENBURG, SWEDEN • MAY 8–10, 2019**

Welcome to Gothenburg!
www.nordicderm2019.com

NDA NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION



gothenburg

SSDV:s styrelse


Ordförande

Katarina Lundqvist
(Lund)


Utbildningsansvarig

Josefin Lysell
(Stockholm)


**Utbildningsansvarig,
suppleant**

Desiree Wiegleb Edström
(Stockholm)


Vice ordförande

Ada Girnita
(Stockholm)


ST-representant

Karim Saleh
(Lund)


**ST-representant,
suppleant**

Nirina Andersson
(Umeå)


Sekreterare

Lisa Alenmyr
(Malmö)


PDF-representant

Hélène Wolff
(Göteborg)


**PDF-representant,
suppleant**

Lena Holm
(Stockholm)


Skattmästare

Johan Dahlen
Gyllencreutz
(Skövde)


**Venereologi-
representant**

Arne Wikström
(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 2018 - 2019

Swedish Global Health Research Conference 2018

2018-04-18 - 2018-04-19
Solna, Sverige

VIROLOGY: EADV course

2018-04-18 - 2018-04-20
Liège, Belgien

SSDV:s Västsvenska Dermatologmöte

2018-04-20
Uddevalla, Sverige

LASER: EADV Course

2018-04-26 - 2018-04-28
Trieste, Italien

2nd Nordic Course in Virtual Dermatopathology

2018-04-26 - 2018-04-27

15th EADV Spring Symposium

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

Euromelanoma-veckan

2018-05-14 - 2018-05-18
Hela Sverige

DC Hud-dagarna

2018-05-17 - 2018-05-18
Stockholm, Sverige

BOTULINUM TOXIN: EADV Course

2018-05-18 - 2018-05-19
Aten, Grekland

4th International Conference on Cutaneous Lupus Erythematosus (ICCLE4)

2018-05-20 - 2018-05-21
Orlando, USA

PHLEBOLOGY: EADV Courses

2018-05-25 - 2018-05-26
Bukarest, Rumänien

SSDV:s Vårmöte

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

5th World Congress of Dermoscopy

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

Hands-on Laser and EBD Teaching Course

2018-06-15 - 2018-06-16
Malmö, Sverige

TROPICAL DERMATOLOGY: EADV course

2018-06-20 - 2018-06-22
Amsterdam, Holland

DERMATOPATHOLOGY: EADV course

2018-07-02 - 2018-07-06
Gent, Belgien

MOHS SURGERY: EADV course

2018-07-12 - 2018-07-14
Valencia, Italy

AAD Summer Meeting

2018-07-28 - 2018-07-29
Chicago, USA

17th World Congress on Cancers of the Skin 2018

2018-08-15 - 2018-08-18
Sydney, Australien

LASER MEDICINE: EADV Course

2018-08-16
Genève, Schweiz

ACNE AND ROSACEA: EADV course

2018-08-24 - 2018-08-25
Ungern

Framtidens Specialistläkare 2018

2018-09-04 - 2018-09-07
Malmö, Sverige

DERMOSCOPY: EADV course

2018-09-06 - 2018-09-08
Tjeckien

27th EADV Congress

2018-09-12 - 2018-09-16
Paris, Frankrike

ST-kurs: Psoriasis och Eksem, lokal-, ljus och systembehandling

2018-09-17 - 2018-09-21
Linköping, Sverige

ETHNIC SKIN AND HAIR: EADV course

2018-09-28 - 2018-09-29
London, England

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

2018-10-03
Lund, Sverige

Galderma Nordics dermatologisymposium

2018-10-05
Stockholm, Sverige

ST-kurs: Diagnostik och behandling av hudtumörer

2018-10-08 - 2018-10-12
Göteborg, Sverige

14th Congress of the European Society of Contact Dermatitis

2018-10-18 - 2018-10-20
Milan, Italien

1st World Congress of Confocal Microscopy

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

ST-kurs: Arbets- och miljödermatologi

2018-11-05 - 2018-11-09
Stockholm, Sverige

SSDV:s Västsvenska Dermatologmöte

2018-11-09
Göteborg, Sverige

SSDV:s höstmöte för ST-läkare

2018-11-12 - 2018-11-13
Varberg, Sverige

Kurs i epikutantestning

2018-11-20 - 2018-11-21
Malmö, Sweden

ST kurs: Pediatrisk dermatologi

2019-01-28 - 2019-01-30
Stockholm, Sverige

AAD Annual Meeting

2019-03-01 - 2019-03-05
Washington, USA

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