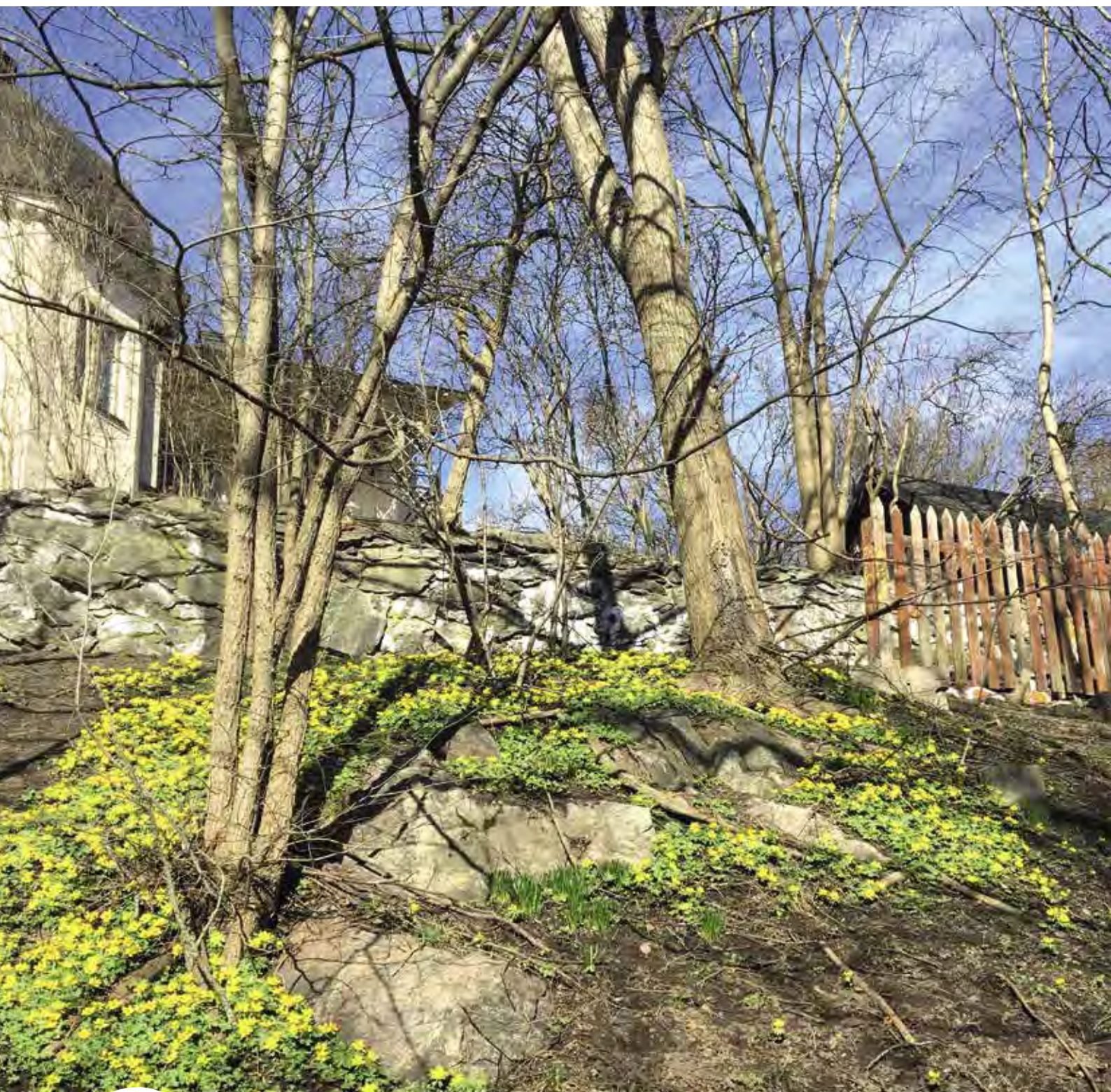


DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 18 • 2/2019



www.ssdv.se

Inför 34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology
PsoReg:s årsrapport • Klimatvård • Disputation • Referat
Venereologisektionens utbildningsdag • Quiz



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@vregion.se

Ordförande:

Ada Girnita, 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:

Gulspipp på Söders höjder.

Foto: Christian Steczko Nilsson

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
Disputation vid Lunds universitet.....	4
Referat: Sektionen för Venereologis	
Utbildningsstipendium 2018.....	7
Prisbelönt ST-projekt inom allmänmedicin.....	8
Venereologisektionens utbildningsdag 2019.....	14
En tredje redaktör sökes!.....	16
Inför 34 th Nordic Congress of	
Dermatology & Venereology.....	19
Klimatvård Teneriffa 2018-2019.....	31
PsoReg:s årsrapport 2018.....	38
Ansök: SSDV:s Fortbildningsstipendium 2019.....	51
Ansök: Bidrag till EU-tentamen.....	51
Dermatoskopi quiz.....	52
Dermatoskopi quiz - Lösning.....	54
SSDV:s styrelse.....	55
Kalender 2019 - 2022.....	56

Utgivningsplan 2019:

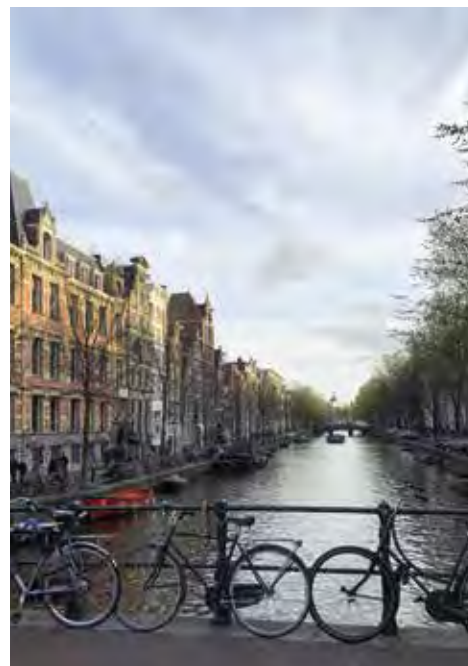
	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 17	7 januari	27 februari
Nr. 18	11 mars	2 maj
Nr. 19	19 augusti	9 oktober
Nr. 20	28 oktober	18 december

Förändringar är livet

Två dygn har gått sedan vårdagjämningen när dessa rader skrivs. Jag sitter på flyg KL1163 på väg hem efter ett kämpigt men fruktsamt styrelsemöte med European Society for Micrographic Surgery i Amsterdam. När jag lämnade Göteborg kl. 06:00 imorse kände jag mig varken pigg eller optimistisk men efter fem timmars konstruktiva diskussioner kunde vi nå konsensus kring två stora och tidskrävande projekt vilket verkligen återställde min energi och glädje. Utanför konferensrummet i Hollands huvudstad idag var det också positiva förändringar på gång. Träden var i full blom och gatorna längs med kanalerna var smockfulla av uppyrmda ansikten som äntligen fick se ljuset i slutet av vinterns tunnel.

På tal om förändringar så är vi inne i en period med extremt mycket nytt inom vår specialitet. På behandlingsfronten revolutionerar immunterapi hur vi utreder, behandlar och följer patienter med spridd melanomsjukdom, avancerad skivepitelcancer och Merkelcellskarcinom och så har vi nu tillgång till biologiska läkemedel även för svårbehandlade fall av atopiskt eksem. Samtidigt finns ingen lösning för sjukvårdens ökande läkemedelskostnader. Inom kliniska vardagen på sjukhusen ser vi hur vårdplatserna fortsätter att minska samtidigt som teledermatologin ersätter mängder med fysiska läkarbesök. Inom den privata vården är stora snackisen vad som händer till sommaren när det blir momsplikt för privatpraktiserande som hyr ut sina tjänster. På nationell nivå pågår stora projekt inom vårt nya nationella programområde (NPO) som föreslår vårdområden som skall granskas för att eventuellt bli aktuella för nationell högspecialiserad vård. På universiteten försöker man hitta lösningar för att en extra termin på läkarutbildningen skall räcka för att det skall kännas bekvämt att legitimeras nya läkare utan allmäntjänstgöring. Parallellt med allt detta ser vi en kraftig ökning av antalet ST-läkare inom dermatologi och venereologi i landet som skall ersätta en legendarisk kull med överläkare och forskare som nu börjar gå i pension. Och detta är bara det jag kommer på just nu.

Jag brukar skämtsamt säga att "det var inte bättre förr, men det är sämre nu". Det är förstås inte sant. Alla förändringar är inte alltid bra men livet är mycket bättre nu och det blir bara bättre. Det kan säkert kännas överväldigande, tröttsamt och stressigt med så mycket på en och samma gång men som tur är, är våren här för att ge oss de krafter vi behöver för att härda ut och mäktas med allt.



Nummer 18

Efter dessa små reflektioner från flyget lämnar jag er nu med D&V nummer 18. Här får ni läsa en rapport om klimatvärden på Kanarieöarna, referat från Karim Salehs disputation, nyheter från Venereologisektionens utbildningsdag i januari, PsoReg:s årsrapport, hur det går för primärvården att behandla aktiniska keratoser med imikvimod och det slutgiltiga programmet för 34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology. Vi avslutar som vanligt med lösningen på föregående dermatoskopi quiz och två nya fall för er att bedöma.

Önskar er trevlig läsning och varmt välkomna till Göteborg i maj!



John Paoli

Redaktör

john.paoli@vregion.se

Annons

Att vara läkare kan vara krävande

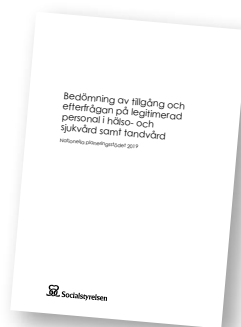
– men det ger en också mycket tillbaka

Antligen hemma efter en låååååå dag på jobbet. Barnen sover (för en gångs skull) och jag kan nästan inte tro att jag kommer att få lite tid för mig själv. Kanske dags att byta läkarjobbet till något annat, mindre krävande jobb? Fast jag älskar att vara hudläkare! Bläddrar genom posten och ser Dagens Medicin. Kollar snabbt på min favoritkrönika och ja, Susanna har levererat igen. Läser och skrattar så mycket att tårarna börja rinna. Hon har hittat det perfekta alternativa jobbet för mig när jag behövde det som mest: Läkare är perfekta i rollen som hemliga agenter!

Skämt åsido. Vi läkare ställer upp på det mesta, är lojala och hjälper till med extrapass för att patienterna inte ska hamna i kläm när kollegor vabbar, även om detta innebär sen ankomst hem eller att lunchen hamnar någonstans vid kl. 15. Tillhörighet till gruppen gör det också extra roligt att kunna träffas utanför arbetsplatsen och lära oss nya saker tillsammans. Det kommande NCDV-mötet är precis ett sådant tillfälle och extra skojigt tycker jag det är att kongressen redan nu är fullbokad. Apropos NCDV har SSDV fått en del frågor vad gäller deltagande på årsmötet. Så klart är *alla SSDV:s medlemmar välkomna på årsmötet* oavsett om de kommer att delta i NCDV eller inte. Kom bara ihåg att årsmötet kommer att vara på onsdag (ej torsdag) denna gång mellan kl. 09:00–12:00 i Brevsorterarsalen II+III. Nästa år kommer allt att vara som vanligt igen med Vårmöte i Västerås!

Officiell statistik från Socialstyrelsen

Förra sommaren har man diskuterat hur det egentligen ser ut med hudläkare i landet, finns det brist på tillgänglighet i vissa landsting/regioner eller räcker vi gott och väl? Häromdagen kom den officiella statistiken från Socialstyrelsen. För er som är nyfikna kan man läsa rapporten i sin helhet här <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21253/2019-2-14.pdf> eller bläddra till sidan 120 och läsa just om hud.



Nationella programområden

Ett annat ämne som är högaktuellt är NPO (nationella programområden) som syftar till att bidra till jämlik hälsa och vård av hög kvalitet genom minskade variationer i vården inom området för respektive nationellt programområde. Lena Lundeberg som är ordförande presenterade lite om detta på senaste årsmötet och kommer att hålla oss uppdaterade löpande. Mer information om systemet för kunskapsstyrning finns också på SKL:s hemsida. Det första uppdraget för programområdet är att kartlägga området och inventera behov samt ta fram en arbetsbeskrivning för nationella arbetsgrupper (NAG). Detta innebär rent praktiskt att en del av er kommer att bli tillfrågade om att delta i olika NAG beroende på era specifika intresse- och expertområden. Viktigt tycker jag att så många som möjligt hjälper till att utveckla dermatologin och venereologin i landet.

Men nu är det dags att läsa vidare bland annan nyttig info i detta färska nummer av D&V och jag säger bara "på återseende"!



Ada Girnita
Ordförande SSDV
ada.girnita@ki.se



Du vet väl att du kan hitta gamla nummer av tidningen på vår hemsida?

<https://www.ssdv.se/medlemstidning-d-v>

Disputation vid Lunds universitet



ST-läkaren (numera specialitistläkare) **Karim Saleh**, Skånes universitetssjukhuset i Lund, försvarade framgångsrikt sin avhandling "Surgical Site Infections in Dermatologic Surgery - Clinical, Diagnostic, and Pathogenic Aspects" den 1 februari 2019.

Opponent var professor Eduardo Nagore från Instituto Valenciano de Oncología, Spanien. Huvudhandledare var professor Artur Schmidtchen och biträdande handledare överläkare Andreas Sonesson. Här följer den svenska sammanfattningen.

Vid eventuella frågor eller om ni önskar beställa avhandlingen i sin helhet, kontakta Karim Saleh: karim.saleh@med.lu.se

Avhandlingen finns även tillgänglig på:
https://portal.research.lu.se/portal/files/56861081/Karim_Saleh.Doctoral.thesis.no_studies_attached.pdf

Varje gång en patient har genomgått ett kirurgiskt ingrepp löper han/hon en risk för att drabbas av en efterföljande infektion i operationssåret, inom medicin kallat en "postoperativ sårinfektion" (postoperativ = efter operation). Dessa är potentiellt farliga komplikationer som, förutom att de kan leda till allvarliga blodförgiftningar och äventyra patienternas liv, orsakar smärta, lidande, fördröjd sårsläkning och slutligen en oestetisk ärrsläkning.

I tillägg kostar de sjukvården enorma summor, uppskattningsvis 500–1 000 miljoner kronor årligen enbart i Sverige. Inom specialiteten dermatologi (läran om hudsjukdomar) opereras det allt mer. Mycket av hudkirurgin inom denna specialitet sker i ansiktet och där kan en postoperativ sårinfektion ge ett misspydande och psykiskt belastande ärr.

Varför vissa råkar ut för postoperativa sårinfektioner och andra inte är ej helt kartlagt.

Syftet med den här avhandlingen bestående av fyra delarbeten var att studera postoperativa sårinfektioner inom dermatologin för att öka kunskapen inom området.

I delarbete I undersöktes sår efter hudtransplantationer i ansiktet. Vi konstaterade att sår med ett komplicerat läkningsförlopp hade högre halter av bakterier en vecka postoperativt jämfört med sår som uppvisade normal infektionsfri läkning. Detta oberoende av vilken bakterieart som växte i såren.

I delarbete II testades ett nytt antiseptiskt (=bakterieavdödande) medel, Prontosan i en dubbelblind studie på 40 patienter som skulle genomgå hudkirurgi i ansiktet. 20 patienter fick medlet på sina sår och 20 patienter fick placebo. I en dubbelblind studie vet vare sig patienten eller läkaren vem som behandlas med aktiv substans och vem som får icke-aktiv substans. Prontosans potential att reducera halten bakterier i operationssåret analyserades, men dessvärre uppvisades ingen minskning av infektionsfrekvensen, utan användningen till och med ökade risken för postoperativa sårinfektioner. Vi har ingen direkt förklaring till detta

men spekulerar i om det antiseptiska medlet rubbar balansen mellan skadliga och ofarliga bakterier på huden. Detta skulle kunna bidra till ett minskat skydd från hudens goda bakteriella normalflora, ge de elakartade bakterierna i normalfloran ett övertag och därmed öka infektionsrisken; men fler studier krävs för att kunna undersöka en sådan hypotes.

I delarbete III analyserades sårsvätskorna från patienterna i delarbete II. Patienterna med sår som uppvisade en normal läkning hade lägre nivåer av olika inflammationsmarkörer jämfört med sår som uppvisade tecken till infektion. Med hjälp av analys av dessa inflammationsmarkörer kommer vi förhoppningsvis kunna förut säga vilka sår som kommer att bli infekterade.

I delarbete IV studerades dermatologers förståelse att, oberoende av varandra, göra likvärdiga bedömningar av huruvida fotograferade operationssår var infekterade eller inte. Vi fann en stor oenighet bland svaren. Läkare som inte hade kirurgvana, kvinnliga läkare och läkare under utbildning var mer benägna att bedöma ett sår som infekterat än icke-infekterat. Delarbetet belyste vikten av att vi i framtiden får bättre, mer objektiva och precisa metoder som beslutsunderlag i bedömningen av postoperativa sårinfektioner.

Tillsammans har dessa studier gett oss en tydligare bild av förekomst, genes och förutsägelse av postoperativa sårinfektioner. Förhoppningen är en framtida användning av resultaten både kliniskt och som underlag för vidare forskning inom dermatologin och andra kirurgiska specialiteter.

Inkluderade delarbeten

- I. **Saleh K**, Sonesson A, Persson B, Riesbeck K, Schmidtchen A. A descriptive study of full-thickness surgical wounds in dermatologic surgery. *Dermatol Surg*. 2011 Jul;37(7):1014-22.
- II. **Saleh K**, Sonesson A, Persson K, Riesbeck K, Schmidtchen A. Can dressings soaked with polyhexanide reduce risk for surgical site infections in full-thickness skin grafting? A randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Dec;75(6):1221-1228.
- III. **Saleh K**, Riesbeck K, Schmidtchen A. Inflammation biomarkers and correlation to wound healing after full-thickness skin grafting. 2018. Submitted.
- IV. Palmgren J, Paoli J, Schmidtchen A, **Saleh K**. Variability in the diagnosis of surgical site infections after full-thickness skin grafting: An international survey. 2018. *Br J Dermatol* 2018 Dec 10. E-pub ahead of print.



Annons

Annons

EADV:s kurs "Advanced STIs"

Amsterdam 5–7 december 2018

Jag fick Sektionen för Venereologis Utbildningsstipendium 2018 för att åka på EADV-kursen "Advanced STIs" i Amsterdam 5–7 december 2018. STI är ett aktuellt ämne då man sett en påtaglig ökning av bakteriella STI:er i Europa de senaste åren, framför allt hos män som har sex med män (MSM). Glädjande är dock att man ser en minskning av HIV-infektioner, där nysmittade MSM i till exempel London har minskat med 40%. Multidroganvändning, och framför allt användning av metamfetamin, är starkt associerat med oskyddat sex hos hivpositiva MSM.

Rektala STI:er ökar påtagligt och många patienter med rektal STI är helt asymtomatiska. Gonorré, klamydia, LGV, herpes simplex och treponema pallidum (syfilis) kan dock alla ge symtom rektalt, övervägande proktiter men i ovanliga fall även koliter. Diagnosen vid kolorektal STI blir ofta fördröjd och det finns i Europa många beskrivna fall av STI-proktiter som först diagnostiserats som inflammatorisk tarmsjukdom.

Även STI:er i svalget ökar och misstänkts ha betydelse för smittspridning. 79% med svalggonorré är asymtomatiska, 11% har ont i halsen och 5% får en purulent tonsillit. De flesta läker ut utan behandling inom ett år men rekommendationen är ändå att behandla för att undvika att föra smittan vidare. Klamydia i svalget påvisas hos 1,1% av MSM och 2,3% av kvinnor. Hos 53% av MSM och 32% av kvinnor påvisades klamydia enbart i svalget och ej anogenitalt. Enbart 1,4% av dem med påvisad klamydia i svalget har symtom. Man har tidigare utgått från att klamydia i svalget snabbt läker ut av sig själv och därför inte kräver behandling men i en studie från Amsterdam 2014 var det

enbart 37% som läkte ut spontant inom 10 dagar. Det finns dock i nuläget inte tillräckligt med underlag för att rekommendera en allmän screening. Det finns inga behandlingsstudier på klamydia i svalget men i Amsterdam ger man samma behandling som vid genital klamydia.

Nästan 100% av odiagnostiserade HIV-patienter har vid något tillfälle hudbesvär och nästan 50% får utslag i samband med primär HIV-infektion. Utslagen vid primär HIV-infektion kan bland annat ha utseende av ett exantem eller likna pityriasis rosea. Det är ofta symmetriskt utbrett på överkropp och proximala extremiteter och kan också engagera handflator och fotsulor. Det brukar inte klia och kan förekomma samtidigt som rodnad eller yttlig sårbildning i munslemhinna. Det går inte att skilja från andra ospecifika virusexantem men man bör överväga primär HIV (och såklart syfilis!) hos riskpersoner med den här typen av hudförändringar. Serologin är ofta positiv vid primär HIV-infektion men inte alltid. Att snabbt diagnosticera HIV och snabbt sätta in behandling har en väldigt gynnsam prognostisk effekt på sjukdomen. Andra hudbesvär som är associerade med HIV är varicella-zoster-infektioner, besvärliga herpes simplex-infektioner och mollusker. Även eosinofil follikulit, seborroisk dermatit och iktyosliknande hudtillstånd förekommer vid HIV-infektion.

Syfilis är en annan STI som ökar, framför allt hos MSM. I Amsterdam har man sett flera ovanliga syfilisfall, bland annat en ung man som insjuknade som vid akut meningit. De har också haft ett fall av akut konfusion hos en tidigare frisk man där man initialt misstänkte och gav behandling mot herpesencefalit, och

flera fall där patienterna sökte med förstörade lymfkörtlar, feber och svettningar som initialt utreddes som misstänkt lymfom men som också så småningom visade sig vara syfilis.

PrEP, alltså preexpositionsprofylax, som ges i förebyggande syfte till personer som har hög risk att smittas av HIV, har använts i Amsterdam sedan 2015. De ser väldigt goda resultat av behandlingen, vilket också bekräftas i stora studier från Frankrike och England där man har sett en 86%-ig minskning av HIV-infektioner hos behandlade personer. För att förebygga ett fall av HIV-nysmitta behöver man behandla 13 personer. Det finns en farhåga att PrEP ska leda till minskad kondom användning och en ökning av andra STI:er, men man har i Amsterdam inte sett någon signifikant ökning av bakteriella STI:er som en konsekvens av PrEP under de snart fyra år som behandlingen har pågått.

Sammanfattningsvis var det en väldigt intressant och lärorik kurs och jag är väldigt tacksam att jag fick chansen att gå den!



Malin Assarsson

Specialistläkare, Hudkliniken, Jönköping



Prisbelönt ST-projekt inom allmänmedicin

Tereza Holy har utvärderat överföring av behandlingsansvar för aktinisk keratos från hudläkare till primärvårdsläkare inom Region Örebro län, och funnit både möjligheter och svårigheter i förändrade rutiner. Vid Allmänläkardagarna SFAM Örebro-Värmland 2019 tilldelades hon pris för bästa ST-uppsats. Vi publicerar här ST-projektet i sin helhet.

Behandling av aktinisk keratos med imikvimod i primärvården

Sammanfattning

Aktinisk keratos (AK) är ett lokaliserat hudområde av dysplasi med malign potential. Kronisk kumulativ solexponering, stigande ålder och individuell känslighet är de främsta riskfaktorer att utveckla AK. Aktuella behandlingar innefattar kirurgiska och icke-kirurgiska interventioner eller en kombination av detta. Imikvimod 5 % kräm är en av de icke-kirurgiska behandlingarna som innehåller denna immunmodulerande substans imikvimod.

2012 var imikvimod 5% den enda möjliga behandlingen mot AK inom primärvården Örebro läns landsting (ÖLL) enligt landstingets vårdriktlinjer. Innan dess sköttes alla behandlingar inom ÖLL via Hudkliniken.

Projektets syfte var att utpröva läkemedelsbehandling med imikvimod mot AK på Lindesbergs Vårdcentral och undersöka effekter och biverkningar.

Under cirka två år behandlades sammanlagt tolv patienter som uppfyllde inklusionskriterierna för behandling med imikvimod mot AK samt var intresserade av att behandlas. I studien framkom det att det ibland var svårt att ställa diagnosen och utvärdera behandlingseffekten. Hälften av patienterna fick en total utläkning av AK och hälften fick en partiell utläkning. Två patienter fick en kraftig lokal inflammationsreaktion men ingen fick systemiska biverkningar. Ingen patient fick en sekundär bakteriell infektion under behandlingstiden, inte heller under läkningstiden. Patienterna med kraftig inflammatorisk reaktion utvecklade

läde ärrbildning som inte finns beskrivet som biverkan men anses vara följd av den kraftiga reaktionen. Remittering till hudspecialist kunde minska med cirka 50%. De flesta patienter var nöjda med resultatet.

Sammanfattningsvis tycker vi att behandling med imikvimod mot AK kan skötas hos rätt utvalda patienter på en vårdcentral. Erfarenhet underlättar både diagnossättning och utvärdering av behandlingen som kan vara problematisk i vissa fall. Vid osäkerhet, utebliven läkning, diagnosproblem och eventuell tidigare skivepitelcancer i anamnesen bör dock hudspecialist konsulteras.

Bakgrund

Aktinisk keratos (AK) är ett lokaliserat hudområde av dysplasi med malign potential [1]. Vissa experter ser detta som in situ skivepitelcancer (SCC) [3]. Beräknad progression av AK till invasiv SCC varierar från 0,025 till 16% [1,2,3]. Prevalensen stiger med åldern från mindre än 10% hos 20–29 åringar till 75% hos 80–89 åringar. 60% av predisponerade personer äldre än 40 år har åtminstone en AK lesion [4].

I klinisk diagnostik beskrivs AK som hudförändringar där man ofta har flera gulaktiga till rödaktiga keratotiska plaques eller papler, 2–5 mm i diameter, med ytlig fjällning. De förekommer på kronisk solexponerad hud som ansikte, öron, nacke, hårbotten, underarm och handryggen eller underbens framsida (framför allt hos kvinnor) [1,3]. De flesta AK diagnostiseras kliniskt, sällan histopatologiskt. Vid klinisk diagnostik är det positiva prediktionsvärdet 74% för AK [1]. Biopsi har sitt värde framför allt vid misstanke om SCC eller vid osäker diagnos [7]. Riskfaktorer för utveckling av AK är associerade med individuell känslighet (ljus hy, fräknar, huvudsakligen fototyp I och II), kronisk kumulativ solexponering och stigande ålder [1,7].

AK utvecklas på tre sätt: spontan regression, persistens eller progress till SCC som är omöjligt att förutsäga [1,2,3,7]. Spontan regress över ett år uppskattas vara 15–25%, progress till SCC över ett år uppskattas till 0,1–0,24% men på 10–25 år kan progressen vara så hög som upp till 5–20%. Anmärkningsvärt är att 82,4–100% av patienter med invasiv SCC



Foto: Adobe Stock

på solexponerade områden tidigare har haft AK [7]. Därför rekommenderar man att behandla AK som möjlig precanceros [1,4]. Aktuella behandlingar innefattar kirurgiska och icke-kirurgiska interventioner eller en kombination av dessa [1,2,7]. Begreppet "field cancerisation" beskriver att i den kroniskt solskadade huden finns förutom de synliga också subkliniska lesioner. Detta kräver en fält-riktad terapi som eliminerar både kliniskt synliga samt subkliniska AK [2].

Kirurgiska behandlingar som kryoterapi, curettage och excision används vid isolerade lesioner. Fördelar är att de är snabba, enkla, billiga med adekvat utläkning men de riktar inte in sig på "field cancerisation".

Icke-kirurgiska behandlingar är fältriaktade behandlingar och inkluderar fotodynamisk behandling, kemisk peeling, dermabrasio, laserterapi samt topikal behandling med 5-fluorouracil (5-FU), diklofenak och imikvimod [1,2,4]. Under denna studies lopp har det tillkommit nya preparat godkända för behandling av AK: imikvimod 3,75% som är samma preparat men skiljer sig i styrkan och behandlingsregim [7,8] och ingenol mebutat [6,7,9].

Imikvimod 5% kräm är en immunrespons modifierare som stimulerar apoptos i tumör-cellerna i AK, därigenom störs tumörens proliferation [1,2,7]. Rekommenderad behandlingsperiod är fyra veckor med applikation tre gånger i veckan med möjlighet att upprepa kuren efter fyra veckors viloperiod om utläkningen ej blivit fullständig. Enligt kontrollerade studier har behandlingen visat sig vara effektiv, fullständig utläkning i 50 till 84% efter två cyklar 4-veckorsbehandling med 73% histologisk läkning. Bestående läkning av hela behandlingsfältet för 73% av patienterna efter 12 månader jämfört med 4% för kryoterapi och 33% för 5-FU [3,4].

Lokala inflammatoriska reaktioner (erytem, pruritus, erosion, krustbildning och brinnande känsla) är vanliga men man kan betrakta dem som tecken på behandlingseffektivitet [3]. Systemiska biverkningar som myalgi, huvudvärk, angioödem, influenza-liknande symptom är sällsynta [1,2,3,4]. Det viktigaste är självklart preventionen d.v.s. skydd mot UV-strålning.

Enligt tidigare studier förväntas fullständig utläkning i 50% jämfört med placebo. NNT efter 12–16 veckor var 2,2 (95% konfidensintervall 2,0–2,5). För partiell utläkning (>75% av patienterna) var NNT 1,8 (1,7–2,0). D.v.s. man kan förvänta att 50% av patienter får effektiv behandling och inte behöver remitteras vidare till hudspecialist. Behandlingen innebär snabbare handläggning av denna patientgrupp, är resurssparande och icke-invasiv. Förhoppningsvis blir behandlingen också kostnadsspa-



rande. Man har jämfört studier om behandling och kostnad för imikvimod, 5-FU och kryoterapi. Kryoterapi var billigast i direkt medicinsk kostnad men om man tar hänsyn till bestående utläkning var imikvimod billigast [3].

Syfte/frågeställning

Syftet med studien var att utpröva den nya läkemedelsbehandlingen imikvimod mot AK på en vårdcentral. Tidigare sköttes alla AK behandlingar inom ÖLL via Hudkliniken. Enligt de senaste riktlinjerna ska detta nu i första hand skötas i primärvården och den enda möjliga behandlingen är med imikvimod [5].

Avsikten var att försöka få svar på följande frågor:

1. Hur fungerar behandlingen med imikvimod i primärvården?
2. Kan vi i dagsläget hantera AK-behandlingen inom primärvården på bra sätt?
3. Finns diagnostiska problem och i så fall, hur kan de lösas?
4. Behandlingseffekt och hur man utvärderar den?
5. Förväntad utläkning?
6. Vilka biverkningar förväntas och hur ska man hantera dem?
7. Vad gör man vid behandlingsvikt?
8. Vad gör man vid recidiv?
9. Vilka resurser krävs?

Metod

Design och studiegrupper

Projektet är ett utvecklingsprojekt med ett begränsat antal patienter under två år.

Inklusionskriterier: Patienter som söker p.g.a. AK på Lindesbergs vårdcentral under cirka två år hos ordinarie läkare och som är intresserade av behandling med imikvimod.

Exklusionskriterier: Kontraindikation för imikvimodbehandling vilket innebär överkänslighet mot imikvimod eller mot något hjälpämne i beredningen. Patienter som söker hos hyrläkare. Misstanke om SCC. Osäker diagnos. Immunosuppressiv behandling.

Vad gäller köns- och ålderfördelning förväntas en äldre population, medelålder 64–71 samt större antal av män, upp till 90% [1].

Bortfallet förväntas framför allt p.g.a. biverkningar. Detta ska försöka minskas med noggrann information till patienterna med bland annat bilder och broschyrer. Det är beskrivet att under behandlingen med imikvimod ökar både antalet lesioner och intensiteten av lokal hudreaktioner, detta är dock associerat med bättre läkning [3]. Samma läkare ska informera och följa upp patienterna.

Datinsamling och mätmetod

Diagnosen ställdes kliniskt, d.v.s. genom inspektion, palpation och eventuell dermatoskopi eller biopsi. Resultatet av behandlingen utvärderades också kliniskt. Resultatet följdes inte upp på lång sikt i studien. I praktiken blev alla patienter informerade om att återkomma om utslagen kom tillbaka samt fick information om prevention, d.v.s. skydd mot UV-strålning.

Databearbetning och analys

Patienten träffade initialt en läkare på vård-

centralen, oftast erfaren distriktsläkare, ibland ST-läkare. Därefter träffade alla den ST-läkare som utförde och var ansvarig för studien och denne initierade behandlingen.

Foto togs före och efter behandlingen. Noggrann information gavs till patienten om sjukdomen, risker, behandlingen och biverkningar. Utvärdering av effekten gjordes efter fyra veckors behandling och fyra veckors viloperiod, om någon lesion kvarstod i det behandlade området upprepades behandlingen under ytterligare fyra veckor. Därefter gjordes ny utvärdering om total eller partiell läkning skett, om effekten uteblivit samt om biverkningar förekommit. I praktiken innebar detta att man vid utebliven läkning tog ställning till om diagnosen var riktig och om specialistbedömning med eventuell biopsi behövde göras, d.v.s. remiss till hudspecialist.

Det var inte relevant att göra statistiska beräkningar då patientantalet var alltför litet för att tillåta detta. Då projektet var ett kvalitetsutvecklingsprojekt behövdes ej heller ansökan till etikprövningsnämnden göras.

Behandlingen godkändes enligt ÖLL:s riktlinjer [5] och det vi gjorde var en kvalitetsuppföljning hur behandlingen mot AK fungerar i primärvården.

Resultat

Vi inkluderade totalt 19 patienter varav tolv fick behandling med imikvimod mot AK. Av de sju fallen vi inte behandlade hade två fått fel diagnos, hos tre var diagnosen osäker och två patienter hade rätt diagnos men var ej intresserade av behandlingen. Utvärderingen blev

således bara på de tolv fall som vi behandlade med imikvimod.

Av de tolv patienterna var åtta män (66%) och fyra kvinnor (33%), åldern varierade från 62 till 92 år (män 65–78 år och kvinnor 62–92 år). Genomsnittlig ålder för hela gruppen var 73 år (för män 73 år och för kvinnor 74 år).

Diagnosen var oftast (tio utav tolv fall) ställd kliniskt utav två läkare (en erfaren distriktsläkare och en ST-läkare), två hade PAD-verifierad diagnos som komplettering (en via ÖNH-kliniken p.g.a. AK på örat och som tidigare haft SCC på andra örat, den andra via vårdcentralens prickmottagning p.g.a. osäker diagnos). Ingen av våra patienter fick diagnosen SCC men två hade tidigare anamnes på SCC.

Lokalisationen var oftast i huvud- och halsregionen – pannan, hjässan, tinningar, kinder, näsan, örat, samt bröstkorgen (ett fall), d.v.s. solutsatta områden.

De flesta patienterna hade även andra sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar (ischemisk hjärtsjukdom, status post hjärtinfarkt eller bypass operation, hypertoni), förmaksflimmer, diabetes mellitus typ 2 och KOL. Andra hudsjukdomar var också vanliga (basaliom, tidigare SCC eller AK, seborroisk keratos, rosacea, eksem, kronisk urticaria, lentigo solaris) och detta kunde försvåra diagnostiken och leda till behov av remittering till hudspecialist redan från början.

Sex fall fick en kur och sex fall fick två kurer. Utav de som fick två kurer var det tre som fick 2x2 kurer p.g.a. för stort område för behandlingen. Orsaken till att man fick en kur var att AK var läkt (ett fall), man fick för kraftig reaktion (två fall), dålig compliance (ett fall) och att patient skulle ha fått två kurer men var nöjd med resultatet efter första kuren och ville avvakta (två fall).

Effekten av behandlingen var i vissa fall svår att bedöma, framför allt i början av studien p.g.a. bristande erfarenhet som ledde till remittering till hudspecialist. Slät hud betraktades som läkt men pigmentförändringar kvarstod ofta som tecken på kronisk solskadad hud.

Sex fall bedömdes ha fått en total läkning och sex fall hade partiell läkning. Det fanns tre fall utav de med partiell läkning där patienten bara hade fått en kur av behandlingen men indikation förelåg för två kurer, de ville dock avvakta. En patient fick inte andra kuren p.g.a. bristande compliance, d.v.s. patienten uteblev från uppföljningar.

När det gäller biverkningar fanns enbart lokala biverkningar i form av kraftig inflammatorisk reaktion (d.v.s. kraftigare än förväntat) hos två fall, men ingen av dem hade sekundär infektion i såret och behandlades därför inte med antibiotika. Som följd av detta fick de ärr-

vävnad, och ena fallet skickades till hudspecialist för bedömning. Där togs biopsi som visade ärrvävnad. Andra fallet följdes upp i senare skede. Ärrvävnaden fanns då kvar men hade blivit mindre synlig. Inga patienter utvecklade systemiska biverkningar.

Vi remitterade fem patienter till hudspecialist efter avslutad behandling p.g.a. ej utläkt AK och utöver detta två fall p.g.a. annan bi-diagnos redan från början (basaliom på kinden, tidigare SCC samt periokulärt eksem hos samma patient).

Utav de fem fall som ursprungligen var remitterade p.g.a. AK hade en patient en kraftig inflammatorisk reaktion samt tveksam läkning (PAD visade enbart ärrvävnad) och fyra p.g.a. partiell läkning d.v.s. kvarstående förändring. De behandlades enligt nedan:

1. Kompletterande behandling med kryoterapi
2. curettage och kryo med shavebiopsi som visade enbart AK
3. uteblivit besök på hudmottagningen och
4. en hyperkeratotisk förändring som försvann innan patienten fick tid.

Två av sex patienter med partiell läkning blev inte remitterade till hudspecialist eftersom de bara fick en kur. Patienterna själva var nöjda med resultatet trots att det kliniskt fanns minimala AK förändringar kvar. De ville avvakta med andra kuren. Det fanns ingen misstanke om annan hudförändring eller SCC. Därför fick patienterna noggrann information om att återkomma om förändringen ändrades (fotodokumentation fanns och ansåg vara en viktig del i uppföljningen).

Elva av tolv patienter var nöjda med behandlingen. En var relativt nöjd trots att man hade bedömt förändringen som totalläkt och även skickat remiss till hudspecialist och han hade inte fått någon biverkan.

Alla fick noggrann information om solskador och solskydd som prevention samt information om egenkontroller.

Diskussion

I denna studie har vi undersökt vilka problem som finns med att behandla AK i primärvården med den nya icke-kirurgiska behandlingsmetoden, immunresponsmodifieraren imikvimod. Behandlingen har i majoriteten av fallen fungerat bra. De erfarenheter som kommit fram när det gäller olika problem med behandlingen med imikvimod av AK i primärvården kommer att beskrivas nedan.

Problemet att ställa diagnos kan bero på bristande klinisk erfarenhet eller en blandad bild med annan hudsjukdom. Man har oftast en solskadad hud innan AK uppkommer och den karakteriseras av solfläckar och rynkor. Det





Foto: Adobe Stock

finns AK som ger klinisk misstanke om SCC och de bör då biopsas: tjock/hyperkeratotisk hud, storlek > 1 cm, induration, inflammation, ulceration, blödning, snabb expansion, smärta vid palpation, snabbt återfall (inom 2–3 månader går det inte att särskilja om det handlar om AK återfall eller en ny lesion), persisterande efter standardbehandling, vid lokalisering på riskzoner (läppar, handrygg, öra) [7].

Enligt ÖLL:s riktlinjer för behandling av AK inom primärvården behöver man dock inte behandla alla patienter och denna bedömning är individuell. Behandling ska fokusera i första hand på patientgrupper med rikligt med AK, tidig debut av AK (40–50 års ålder) och de med tidigare SCC utgången från AK [5].

Multipla AK med enkasta hyperkeratotiska AK skulle man först kunna skrapa bort manuellt eventuellt använda salicylsyra för keratolytisk effekt och efter läkning använda "fältbehandling" [7].

Differentialdiagnoserna är bland annat seborroisk keratos, lentigo solaris, mollusker, lentigo maligna men också SCC, morbus Bowen, basaliom, melanocytärt nevus, eller melanom [7].

Ytterligare svårighet gällande diagnosen är om det finns en bild med annan hudsjukdom som seborroiskt eksem och rosacea. Man kan i sådana fall först behandla som om det vore seborroiskt eksem eller lindrig rosacea lokalt. Hos tveksamma fall eller svår rosacea bör man remittera till hudspecialist.

Vi har inte behandlat patienter med immunosuppressiv behandling eftersom man

ska använda imikvimod med försiktighet hos sådana patienter, särskilt de som genomgått organtransplantation [7]. Å andra sidan löper patienter med långvarig immunosuppression större risk att drabbas av hudcancer. Dessa ska dock hanteras via hudspecialist.

Det fanns problem hos vissa fall att utvärdera effekten av behandling som kunde leda till ökad remittering till hudspecialist. Vi lärde oss med tiden och fick också bekräftat från hudspecialisten att slät hud kan betraktas som läkt förändring, pigmenterade hudförändringar kan då finnas kvar. Multipla förändringar förväntas inte läka ut helt.

Om man behandlar lämpliga AK patienter med imikvimod såg vi att remittering till specialist kunde minska med 50%. Antal hudtumörer inklusive AK ökar i Sverige så det kan vara lämpligt att erbjuda behandling till enklare fall även i primärvården. Hudmottagningar uppskattar samarbetet och patienterna också. Dessutom är primärvården ofta den första instansen där man upptäcker AK vilket betyder en kostnadseffektivisering om diagnostik och behandling kan ske där.

Vi fick en förväntad fullständig utläkning på 50%. Resten av patienterna fick partiell läkning men vi har inte graderat denna. Om man inte får någon hudreaktion och ingen utläkning ska man omvärdera diagnosen.

Vid fall med partiell utläkning kan man antingen remittera till hudspecialist eller följa upp på vårdcentralen om diagnosen är säker. I så fall är det viktigt med information till patienten samt fotodokumentation. Man kan välja

att följa upp patienten med planerat återbesök eller att patienten hör av sig själv om AK ändras eller ökas. Denna information ska ges till alla patienter oavsett läkning eftersom recidivrisken är hög, för imikvimodbehandlade 17,4–39% inom ett år [7]. Det är viktigt med information om solskydd som kan minska eller fördröja recidiven.

Lokala biverkningar som pruritus, brännande känsla, erytem, smärta, ödem, torrhet, erosioner och krustbildning kan förekomma men systemiska reaktioner i form av myalgi, trötthet och illamående är sällsynta [7].

De flesta patienter fick fin slät hud efter behandlingen och var nöjda med resultatet. Ärrvävnad är inte beskriven som biverkning men kan ske till följd av den starka lokala inflammatoriska reaktionen och vi fann detta hos två patienter. Ingen patient avslutade kuren tidigare p.g.a. biverkningar, sannolikt tack vare noggrann information innan behandlingen, men några ville inte fortsätta med den andra kuren p.g.a. lokala biverkningar trots indikation. Det kunde även vara p.g.a. kostnaden. Ingen hade någon systemisk biverkan.

När det gäller de resurser som krävs inom primärvården för diagnostik och behandling är det läkartid. För det första besöket är det lämpligt att avsätta 30 minuter men återbesöket kan vara 15–20 minuter. Eftersom fotodokumentation är en viktig del borde också extra tid avsättas för sekreterare för denna uppgift.

I dagsläget finns det flera behandlingar för AK som varierar i behandlingsregim och associerad compliance, effektivitet, säkerhet och kosmetiskt resultat [6]. Jämförande studier är svåra p.g.a. de multipla parametrar som man använder för rapportering av effektivitet och säkerhet liksom statistiska begränsningar [6,9].

Man har jämfört de åtta mest använda behandlingarna vad avser relativ effektivitet där 5-FU var mest effektivt, följt av ALA-PDT, imikvimod 5%, ingenol mebutat och MAL-PDT på ungefär samma effektivitet, följt av kryoterapi och sist för placebo och 3% diclofenak i 2,5% hyaluronsyra. Andra faktorer som säkerhet, kosmetisk resultat, biverkningar och behandlingsregim borde man dock överväga vid behandling av AK [6] men jämförande studier avseende detta saknas.

De flesta behandlingar används på hudmottagningar men det finns två fältbehandlingar, imikvimod 3,75% och ingenol mebutat som man även har börjat använda inom primärvården.

Imikvimod 3,75% innehåller samma substans som imikvimod 5% men i lägre koncentration. "Complete clearance" för imikvimod 3,75% i behandlingsregimen två veckor "on/off/on" (två veckor varje kväll, två veckor paus

och igen två veckor varje kväll) jämfört med 5% var aningen lägre men man kan behandla större områden under kortare tid med mindre biverkningar och således högre tolerans. Medianreduktionen av lesioner är beskrivet på 81,8% [8]. Om man får för kraftig hudreaktion kan man avstå behandling i 1–4 dagar och sedan fullfölja behandlingen. Med detta förfarande kan den vara mer applicerbar i den kliniska praktiken [8].

Ingenol mebutat är ett annat läkemedel med styrkan 150 µg/g för huvud- och halsregionen i tre dagar och 500 µg/g för kropp armar och ben i två dagar. Ingenol mebutat, derivat från Euphorbia peplus plantsav, är en proteinkinase C inhibitor vilket orsakar celldöd via induktion av primär nekros. Den verkar ha jämförbar effektivitet med imikvimod i mycket kortare tid [9]. Man får oftast snabbt kraftigare lokal reaktion men även smärta och läkning inom två veckor. Man behandlar områden på

max 25 kvadratcentimeter, d.v.s. som imikvimod. Således kan denna behandling passa för yngre arbetsaktiva patienter som inte har tid för lång behandling och läkning.

Sammanfattningsvis visar arbetet att man kan sköta behandling av AK med imikvimod i primärvården. Dock kan det finnas problem, framför allt med att ställa diagnosen och bedöma utläkningen, eftersom det inte är så många patienter som den enskilde läkaren träffar per år så att erfarenhet av behandlingen kan fås. Erfarenhet underlättar både diagnossättning och utvärdering av behandlingen. Således kan det vara lämpligt att det är en läkare på vårdcentralen som sköter behandlingen av patienter med AK för att minska ovan beskrivna svårigheter. Det är viktigt att åkomman uppmärksammas hos patienterna eftersom den kan återkomma och för att man kan minimera risken till återfall med solexponeringspreventiva åtgärder.



Tereza Holy

Distriktsläkare, Lindesbergs Vårdcentral

Handledare:

Peter Engfeldt, adj. prof., distriktsläkare, Universitetssjukvårdens forskningscentrum och Örebro universitet

REFERENSER

1. Gina Hadley, Sheena Derry and Robert A. Moore (2006) Imiquimod for Actinic Keratosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of investigative Dermatology* 126, 1251-1255.
2. I Shoimer, BSc; N. Rosen, MD; C. Muhn, MD (2010) Current Management of Actinic Keratosis. *Skin Therapy Letter* 15,5.
3. G. Piérard, N. Basset-Seguín, U. Hengge, J. Lambert (2009) Actinic Keratosis under scrutiny.
4. W. J. McIntyre, PharmD, M. R. Downs, MD and S. A. Bedwell, RN, MNSC, FNP-C (2007 American Academy och Family Physicians) Treatment Options for Actinic Keratosis.
5. ÖLL riktlinjer för handläggning av hudtumörer i primärvården. http://intra.orebroll.se/templates/page_143112.aspx
6. Gupta AK, Paquet M (2013) Network meta-analysis of the outcome 'participant complete clearance' in nonimmunosuppressed participants of eight interventions for actinic keratosis: a follow-up on a Cochrane review.
7. Dréno B, Amici JM, Basset-Seguín N, Cribier B, Claudel JP, Richard MA (2014) Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeam™ expert clinicians.
8. Swanson N, Abramowitz W, Berman B, Kulp J, Rigel DS, Levy S (2010) Imiquimod 2.5% and 3.75% for the treatment of actinic keratosis: results of two placebo-controlled studies of daily application to the face and balding scalp for two 2-week cycles.
9. Zarchi K, Jemec GBE (2015) Ingenol mebutate: from common weed to cancer cure.

Välkommen till SSDV:s årsmöte!

SSDV:s Vårsmöte ersätts 2019 av **34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology** i Göteborg 8–10 maj.

SSDV:s årsmöte hålls i anslutning till kongressen den 8 maj kl. 9.00–12.00 i Brevsorterarsalen II+III. *Alla SSDV:s medlemmar är välkomna oberoende av om man deltar i kongressen i övrigt eller ej.*

Styrelsen



Annons

Venereologisektionens utbildningsdag

2019-01-25 i Stockholm

Temat för årets utbildningsdag var bakteriella infektioner. Efter introduktion av venereologisektionens ordförande Arne Wikström inledde Petra Tunbäck från Göteborg programmet med en uppdatering om syfilis. Antalet tidiga syfilisinfektioner globalt uppskattas till 5,6 miljoner per år. Tidig syfilis ökar i Sverige, framför allt hos män som har sex med män (MSM). 2017 var det 389 fall, där 229 smittades i Sverige. Syfilis har ett brett kliniskt spektrum med allt ifrån självläkning till tertiär syfilis. Historiskt sett fick 15–40% av obehandlade tertiär syfilis, men nuförtiden är det väldigt ovanligt. Det beror sannolikt på att det är många som får antibiotikabehandling av andra anledningar eller att befolkningen generellt har ett bättre allmäntillstånd och nutritionsstatus numer. Det finns inget sätt att säkert veta om en spontan utläkning har skett, varför behandling alltid ges för att förhindra senare aktivering av infektionen. Olika studier har visat varierande resultat avseende hur smittsamt syfilis är. Smittsamheten per sexuell kontakt uppskattas till 0,5–1,4% och är högst vid penil-analsex.

För diagnos av syfilis krävs två positiva serologiska tester, både en specifik och en ospecifik. Ospecifika syfilistester som RPR och VDRL kan vara falskt positiva vid till exempel autoimmun sjukdom, HIV, graviditet samt intravenöst missbruk. Antikroppstestern korrelerar till sjukdomsaktivitet och ger vägledning avseende datering av infektionen och svar på behandling. För att ändringen ska vara signifikant krävs en förändring på minst två titersteg. De specifika antikroppstesterna, TPPA och TPHA, har hög sensitivitet och specificitet men även de kan vara falskt positiva vid till exempel kollagenos. De specifika antikroppstesterna korrelerar ej till sjukdomsaktivitet.

Kongenital syfilis är väldigt ovanligt i Sverige då alla gravida kvinnor screenas men man har haft ett fall i Stockholm 2018 (och 4 fall [asymptomatiska syskon] i Örebro 2017). I USA där man inte har samma screeningprogram ökade kongenital syfilis från 9,2 till 23,3/100 000 födda barn 2013–2017.

Nästa punkt på programmet var Finn Filén från Venhälsan som pratade om lymfogranuloma venereum och PrEP.

Lymfogranuloma venereum (LGV) är en vävnadsinvasiv variant av klamydia, chlamydia trachomatis serovar L1-L3. "Klassisk" LGV ger lymfadenopati i ljumskar med abscessbildning. Vanligare är dock anorektal LGV vilket kan ge ilsken proktit, abscesser i bäckenet, fistelbildningar och strikturer. PCR för "vanlig" klamydia är positiv vid LGV men subtypning med specifik PCR krävs för diagnos. Subtypning görs via mikrobiologen i Uppsala. För att utesluta LGV i lymfkörtel krävs ofta punktion av körteln. Infektionen kan missas om man enbart tar urin-PCR för klamydia. Behandling vid LGV är tablett Doxyferm 100 mg, 1x2 i tre veckor och det är viktigt med kontroll efter behandling och att kontaktsparning görs.

Totalt har man haft 206 fall av LGV på Venhälsan 2007–2018. Medianåldern var 40 år och >90% var rektala. 85% smittades utomlands. LGV är en stark riskfaktor för HIV och alla patienter med LGV är därmed kandidater

för PrEP. Man erbjuder behandling med PrEP på Venhälsan sedan oktober 2018. 115 personer var insatta på behandling i januari 2019 och cirka 500 personer står på väntelista. På Venhälsan inleder man med ett screeningbesök hos läkare med provtagning och skriftlig information som följs upp med en telefonkontakt. Därefter skrivs recept för två månaders behandling. Provtagning tas efter fyra veckor och därefter var tredje månad. Negativ HIV-serologi krävs för förnyat PrEP-recept.

Som sista programpunkt innan lunch pratade Per-Göran Larsson från Skövde om bakteriell vaginos (BV). Symtom vid BV är illaluktande flytning, riklig flytning, sveda, irritation och blödningsstörningar. Många upplever att symtomen varierar och att man får mer symptom efter samlag och mens. Den karakteristiska lukten beror på anaeroba bakterier som bildar aminer. Aminerna är lösta i vaginalsekret och när pH i slidan stiger avgår aminer som gas. För diagnostik av BV används ofta Amsels kriterier, vilka är typisk homogen flytning, pH > 4,5, positiv snifftest med KOH och cluecel-



ler i wet smear. Tre av fyra kriterier krävs för diagnos. I blinda studier har metronidazol en 67% utläkningsfrekvens, klindamycin strax över 50% och zidoval cirka 35%. Donaxyl som är ett antiseptikum och ej antibiotika har enligt företaget bakom god behandlingseffekt. Dock hade det betydligt sämre effekt i en studie gjord av Per-Göran Larsson där 38% var utläkta efter en månad och enbart 13% efter ett år. Många med BV har återkommande besvär och kräver då upprepade behandlingar. Per-Görans Larssons rekommendation är att man inte ger upp förrän patienten är botad!

Lars Falk från Linköping inledde eftermiddagens program med en föreläsning om ospecifik uretrit och cervicit, som definieras som infektion i uretra eller cervix där proverna inte visar klamydia eller gonorré. Mikroskopisk uretrit definieras ofta som fler än fyra polymorfkärniga leukocyter per synfält ($\times 1000$) i minst fem synfält i färgade utstryk från uretra. Det finns ingen tydlig konsensus kring hur man definierar cervicit. *Mycoplasma genitalium* är en vanlig orsak till uretrit och ger minst lika ofta uretritsymtom som klamydia. Dock är de flesta *Mycoplasma genitalium*-infektioner asymptomatiska. *Mycoplasma genitalium* bedöms vara lika vanlig på STI-mottagningar som klamydia. En mer ovanlig orsak till uretrit är *Neisseria meningitidis*. NAAT för gonorré är då negativ men vid direktprov syns intracellulära diplokokker. *Neisseria meningitidis* växer ut på odlingsmedium för gonokocker, men man kan inte ta för givet att det svaras ut av laboratoriet om man inte har frågat efter det. *Ureaplasma urealyticum* är ytterligare en bakterie som är associerad till uretrit, men inte *Ureaplasma parvum*. Virus som herpes simplex och adenovirus kan också orsaka ospecifierad uretrit. Vid herpesorsakad uretrit har man ofta en distal uretrit med stark smärta, ofta utan synliga blåsor eller sår. Den rekommenderade behandlingen för ospecifierad uretrit är doxycyklin per oralt 200 mg första dagen och därefter 100 mg i åtta dagar, alternativt 100 mg $\times 2$ i sju dagar. I andra hand om inte doxycyklin fungerar kan man ge azitromycin 500 mg dag 1 och 250 mg dag 2–5. Vid förekomst av positivt svar för *Ureaplasma urealyticum* där patienten inte svarar på behandling med doxycyklin föreslås klaritromycin 250 mg per os $\times 2$ i tio dagar.

Björn Herrman från Uppsala fortsatte eftermiddagens program och föreläste om klamydia ur ett mikrobiologiskt perspektiv. *Chlamydia trachomatis* är en obligat intracellulär bakterie med >16 olika serotyper. A-C ger trakom, D-K är sexuellt överförd och L1-L3 orsakar LGV. LGV-diagnostiken görs i Uppsala som enda laboratorium i Sverige. Antalet LGV-



fall minskade kraftigt i Sverige under 2018 av oklar anledning. Eventuellt underdiagnostik? Det diskuteras en del kring gastrointestinala klamydiainfektioner och om det kan utgöra en reservoar för smitta. Det hade eventuellt kunnat förklara en del fall av terapivikt som inte kan förklaras av nysmitta. Det behövs dock fler studier innan några säkra slutsatser kan dras. Björn Herrman visade även statistik för klamydiatest via webben. Alla 21 landsting/regioner i Sverige erbjuder nu den tjänsten. Man ser att hemtest förefaller nå lite fler män jämfört med klinikbaserad provtagning. Man når också yngre personer, men ej tonåringar. Man ser en likartad klamydiaförekomst vid hemprovtagning som vid klinikbaserad provtagning. Hemtesten ökar mer än klinikprovtagning men man har inte sett en nedgång av klinikprovtagningar sedan hemtester infördes, vilket man hade förväntat sig. Det har alltså inte minskat belastningen på sjukvården. Man ser sedan 2015 en minskning av klamydiainfektioner i Sverige trots att antalet tester ökar. Björn Herrman hade ingen säker förklaring till det men vi fick en teori från nästa talare, Rebecca Vyth, från Smittskydd Stockholm, vars föreläsning handlade om tips och trix kring smittspårning.

Rebecca Vyth tror att en möjlig förklaring till att klamydiainfektionerna minskar är att en så stor del av vårt umgänge sker via smartphones nu för tiden. Detta påverkar också smittspårningen då internet ofta måste användas för att hitta rätt personer. Många knyter sexuella kontakter via kontaktsajter/appar och många inpatienter har bara "internetuppgifter" om sina tidigare partners. Som smittspårare är det

viktigt att känna till olika appar och dejtingsajter och hur de fungerar och även komma ihåg att ta upp detta vid smittspårningssamtalet. Efter samverkan med länsjuristen kan mottagningens verksamhetschef besluta om att smittspårare får lägga upp anonyma konton på sociala medier för att kunna göra sökningar samt skaffa en smartphone med kontantkort för att med synligt nummer kunna ringa och skicka sms samt ladda ner appar. Det är olämpligt att man som smittspårare använder egna privata konton för smittspårningsarbete. Lönar det sig att smittspåra via internet? Det verkar det göra! Smittskydd Stockholm gjorde en studie 2007–2009 gällande spårning av HIV/STI-kontakter via internet. 132 internetkontakter kunde nås via kontaktsajter. 70 av dessa ringde efter uppmaning och fick information och 58 blev verifierade efter provtagning.

Vi tackar arrangörerna för en väldigt givande och intressant utbildningsdag!



Malin Assarsson
Specialistläkare, Hudkliniken, Jönköping



En tredje redaktör sökes!

Tidningen Dermatologi och Venereologi startades år 2015 och vi, Christian Steczko Nilsson och John Paoli har haft fantastiskt roligt tillsammans, under de fyra (drygt) första åren, med att sy ihop tidningen – fyra gånger per år.

Det är oerhört givande att få kontakt med så många av våra duktiga kollegor runtom i landet som bidrar till tidningen

och dessutom få vara först att läsa deras spännande artiklar, referat, rapporter, riktlinjer och fall. Vi vill båda fortsätta att arbeta med tidningen men söker nu en tredje redaktör för att säkra tidningens framtid. Om du är intresserad av att samarbeta med oss, hör gärna av dig, så kan vi berätta mer.

Hälsningar



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



John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Annons

Annons



34TH NORDIC CONGRESS OF
DERMATOLOGY & VENEREOLOGY
GOTHENBURG · MAY 8–10, 2019

NDA NORDIC
DERMATOLOGICAL
ASSOCIATION



Foto: Marstrand & Kjell Holmner & Göteborg & Co

Welcome Address

Dear All,

After more than three years of intense planning, it is finally time for us all to enjoy the 34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology. It is with great pleasure and much excitement that the Swedish Society of Dermatology and Venereology (SSDV), the Nordic Dermatology Association (NDA) and the organizing committee wish you a warm welcome to Gothenburg, Sweden.

During the three days of this congress, we will have the honour of listening to and interacting with talented Nordic researchers and speakers, we will enjoy keynote lectures by renowned international guests and meet with both old and new colleagues from our neighbouring countries. The modernly designed and centrally located Clarion Hotel Post will be a magnificent venue for this event. We are also very thankful for the presence of our spon-

sors and exhibitors who are looking forward to meeting and informing all members of our Nordic dermatological societies about important news and updates during the breaks.

As you have probably heard, this Nordic congress will be our biggest in our over 100-year history with approximately 580 participants. The exponentially growing interest in our Nordic congresses and courses that we have observed during recent years has been overwhelming. We are convinced that this is a natural consequence of the positive momentum created by the increasing collaboration amongst our Nordic societies during the last few years and that this congress will serve as an excellent platform for even further growth.

We are truly looking forward to hosting this meeting in Sweden and feel enormously privileged to have you all as our guests.

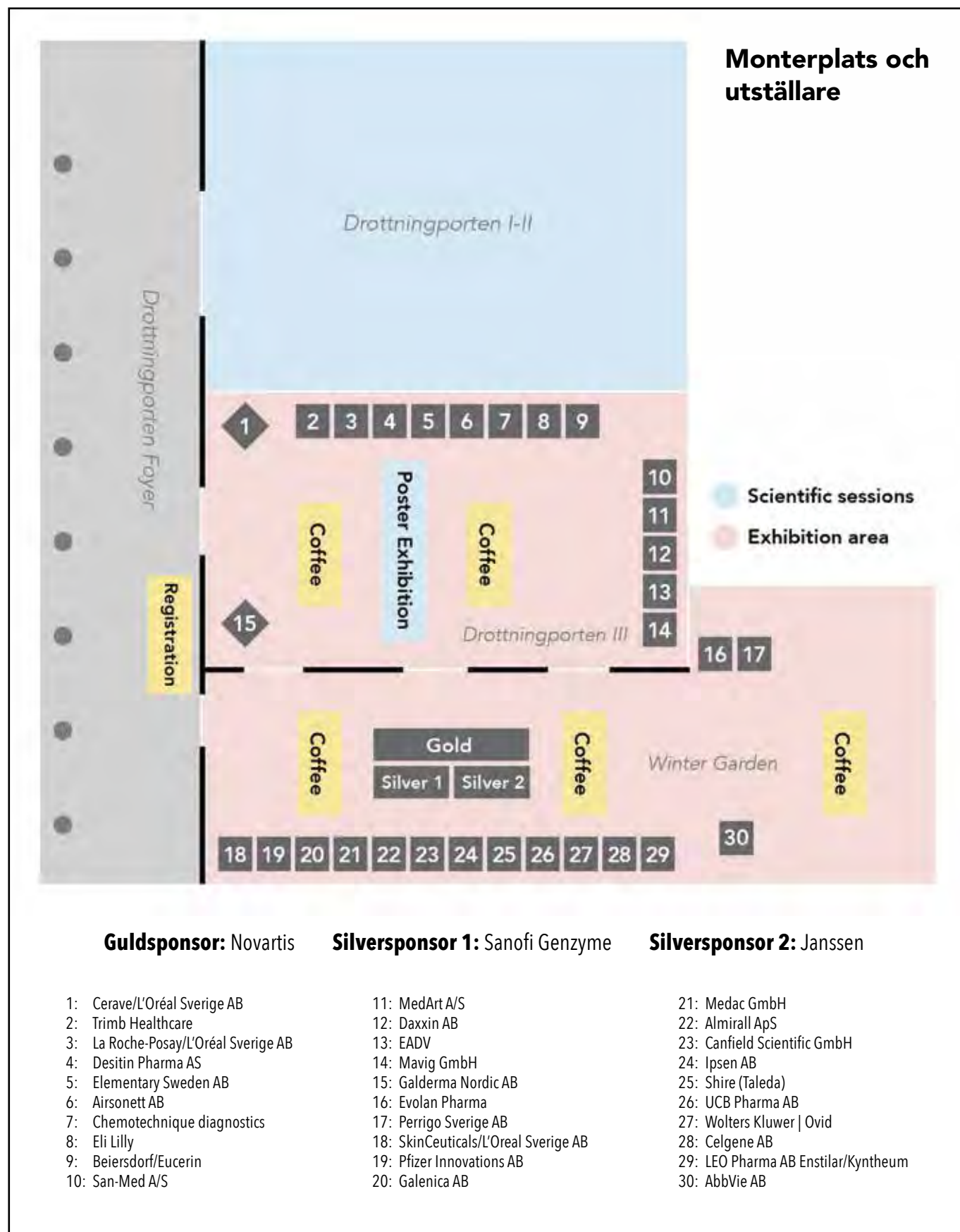
Welcome to Gothenburg!



Best regards,

John Paoli
MD, Assoc. Prof.
Congress President

Ada Girnita
MD, Assoc. Prof.
President of the SSDV



	TUESDAY, MAY 7	WEDNESDAY, MAY 8		THURSDAY, MAY 9		FRIDAY, MAY 10	
Time	Clarion Hotel Post	Drottningporten I-II	Brevsorterarsalen I-III	Drottningporten I-II	Brevsorterarsalen I-III	Drottningporten I-II	Brevsorterarsalen I-III
07:30				07:30			
08:00		08:00 Registration opens		Registration opens		08:00 Registration opens	
				08:15-08:45 KEYNOTE LECTURE Dermatitis & contact dermatitis	08:15-08:45 NURSE SESSION Introduction to dermoscopy for nurses	08:00-09:00 NDA Annual General Meeting	
09:00		09:00-12:00 SSDV Annual General Meeting	09:00-12:00 NFDV Annual General Meeting	08:55-10:05 PARALLEL SESSION		09:00-09:30 KEYNOTE LECTURE Dermoscopy - what's new?	
				Contact dermatitis	Infectious diseases	09:40-10:50 PARALLEL SESSION	
10:00				10:05-10:35 Coffee in exhibition area		Non-melanoma skin cancer	Sexually transmitted infections - different aspects
				10:35-11:05 KEYNOTE LECTURE Vulvar dermatoses	10:35-11:05 NURSE SESSION Treatment behaviours among adolescents and population based birth-cohort BAMSE	10:50-11:20 Coffee in exhibition area	
11:00				11:15-12:25 PARALLEL SESSION		11:20-11:50 KEYNOTE LECTURE Autoinflammatory diseases	11:20-12:00 NURSE SESSION Nurses role in providing person-centered care
	15:00-17:00 Committee Meetings	12:00-13:00 Lunch & coffee in exhibition area		11:30-12:15 Lunch for nurses in restaurant		11:20-11:50 PLENARY SESSION Psoriasis - an update	12:05-12:45 NURSE SESSION Atopic dermatitis and comorbidities - what should dermatology nurses know?
12:00				12:25-13:00 Lunch for physicians in restaurant	12:15-13:25 Coffee in exhibition area (nurses & physicians)		12:55-13:05 Closing ceremony
13:00		13:00-13:15 Opening ceremony		13:25-13:55 KEYNOTE LECTURE Global dermatology	13:25-13:55 NURSE SESSION Practical approach to patch testing from a nurse's perspective	13:05-14:00 Lunch in restaurant	
		13:15-13:45 KEYNOTE LECTURE Laser treatment of rosacea					
		13:50-15:00 PLENARY SESSION Atopic dermatitis & pediatric dermatology					
14:00				14:05-15:15 PARALLEL SESSION			
				Aesthetic dermatology	Wound healing		
15:00		15:00-15:30 Coffee in exhibition area		15:15-15:45 Coffee in exhibition area			
	15:30-16:00 KEYNOTE LECTURE The future of dermatopathology		15:45-16:45	15:45-16:45 DVSS Annual General Meeting			
16:00	16:05-17:15 PLENARY SESSION Melanoma management revolution						
17:00	17:20-19:30 Welcome reception & quiz in exhibition area						
18:00				18:00 Paddan boats to banquet			
19:00	18:30 Svensk afton						
20:00	20:00 Norsk Aften			19:00 Banquet			

COMMITTEE MEETINGS & PRE-CONGRESS SOCIAL EVENTS							
TUESDAY, MAY 7							
Time	Post 3	Post 4	Clarion Hotel Post Post 5	Post 13	Postmaster	Clarion Hotel Odin Terrassen	Hugin
12:00			12:00-15:00 NDA Board Meeting			14:00-17:00 Pre-meeting of the Swedish Society of Occupational and Environmental Dermatology	
13:00							
14:00		14:00-18:00 SSDV Board Meeting	15:00-17:00 NDA Education Committee				
15:00	15:00-17:00 SSDV:s intressegrupp för fortbildning						
16:00							16:00-17:00 SDKO Annual General Meeting
17:00	Pre-registration opens						17:00-18:00 SDKO Board Meeting
18:00							
18:30	Svensk afton in Livingroom						
20:00	Norsk afton in Matsalen						
WEDNESDAY, MAY 8							
Time	Post 3	Post 4	Clarion Hotel Post Post 5	Post 13	Postmaster	Clarion Hotel Odin Terrassen	Hugin
17:20					17:20-18:20 SSDV:s utbildningsgrupp		
THURSDAY, MAY 9							
Time	Post 3	Post 4	Clarion Hotel Post Post 5	Post 13	Postmaster	Clarion Hotel Odin Terrassen	Hugin
12:00				12:00-14:00 Sektionen för Venereologi Board Meeting			
FRIDAY, MAY 10							
Time	Post 3	Post 4	Clarion Hotel Post Post 5	Post 13	Postmaster	Clarion Hotel Odin Terrassen	Hugin
13:00					13:00-14:30 SSDV:s intressegrupp för grundutbildnings- & forskningsfrågor		

WEDNESDAY, MAY 8			
Time	Drottningporten I-II	Brevsorterarsalen II-III	Brevsorterarsalen I
08:00	Registration opens		
09:00-12:00		SSDV Annual General Meeting	NFDV Annual General Meeting
12:00-13:00	Lunch & coffee in exhibition area		
13:00-13:15	OPENING CEREMONY		
13:15-13:45	KEYNOTE LECTURE Laser treatment of rosacea Speaker: Agneta Troilius Rubin (S) Chair: Ada Girnita (S)		
13:50-15:00	PLENARY SESSION Atopic dermatitis & Pediatric Dermatology Chairs: Gunnar Nyman (S) & Jón Hjaltalín Ólafsson (I) 13:50-14:15 Atopic dermatitis, co-morbidities and treatment options Mette Deleuran (DK) 14:15-14:35 Molluscum contagiosum and other infections in eczema Cato Mørk (N) 14:35-14:55 Infantile haemangiomas and propranolol treatment Jón Hjaltalín Ólafsson (I)		
15:00-15:30	Coffee in exhibition area Poster Session 1 in Drottningporten III		
15:30-16:00	KEYNOTE LECTURE The future of dermatopathology Speaker: Ellen Mooney (I) Chair: Britta Krynitz (S)		
16:05-17:15	PLENARY SESSION Melanoma management revolution Chairs: Kari Nielsen (S) & Veli-Matti Kähäri (F) 16:05-16:25 The genomics of melanoma - to understand the underlying biology, prognosis and therapy response Göran Jönsson (S) 16:25-16:45 Update on 2018 WHO classification of melanocytic tumours (4th Ed.) with emphasis on dysplastic nevi Iva Johansson (S) 16:45-17:05 Melanoma immunotherapy in 2019 Max Levin (S)		
17:20-19:00	Welcome reception & quiz in exhibition area		

Anmäl dig till G19 5k Morning Sightseeing Run

Följ med oss på en liten löprunda i samband med nordiska kongressen. Du och över 35 andra morgonpigga kongressdeltagare träffas kl 06:30 utanför Clarion Post Hotel på torsdag morgon före programmet kör igång. Löprundan är bara 5 km lång och tar oss förbi många fina stadsdelar, parker och monument. Anmäl dig gärna via mail till: john.paoli@vgregion.se. Väl mött!

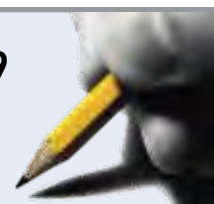


THURSDAY, MAY 9		
Time	Drottningporten I-II	Brevsorterarsalen I-III
07:30	Registration opens	
08:15-08:45	KEYNOTE LECTURE Atopic dermatitis and Contact dermatitis Speaker: Jacob P Thyssen (DK) Chair: Mihály Matura (S)	NURSE SESSION Introduction to dermoscopy for nurses Speaker: John Paoli (S) Chair: Alexandra Sjöholm Hylén (S)
08:55-10:05	PARALLEL SESSION Infectious Diseases Chairs: Maria Bradley (S) & Eva Maria Reh binder (N) 08:55-09:10 The skin microbiome Eva Maria Reh binder (N) 09:10-09:25 Fungal skin infections Ditte Marie Saunte (DK) 09:25-09:40 Tick-borne skin infections in the Nordic countries Jaana Panelius (F) 09:40-09:55 ABC for dermatologists: "new" old diseases - with focus on morbilli and leishmaniasis Leif Dotevall (S)	PARALLEL SESSION Contact Dermatitis Chairs: Mihály Matura (S) & Jeanne Duus Johansen (DK) 08:55-09:10 Current trends in contact allergy Jeanne Duus Johansen (DK) 09:10-09:25 When and how to investigate for contact allergy Marlene Isaksson (S) 09:25-09:40 Occupational aspects of contact dermatitis Maria Pesonen (F) 09:40-09:55 Protein contact dermatitis and contact urticaria Mihály Matura (S)
10:05-10:35	Coffee in exhibition area Poster Session 2 in Drottningporten III	
10:35-11:05	KEYNOTE LECTURE Vulval dermatoses Speaker: Fiona Lewis (UK) Chair: Elisabet Nylander (S)	NURSE SESSION Treatment behaviors among adolescents and young adults with eczema - data from the population-based birth cohort BAMSE Speaker: Susanne Lundin (S) Chair: Annette Gromell (S)
11:15-12:25	PARALLEL SESSION Free Communications I Chairs: Johan Dahlén Gyllencreutz (S) & Eva Johansson Backman (S) FC1-FC6	PARALLEL SESSION Free Communications II Chairs: Anna Josefson (S) & Amra Osmancevic (S) FC7-FC12
	11:30-12:15 Lunch for nurses in restaurant	
12:25-13:25	12:25-13:00 Lunch for physicians in restaurant	12:15-13:25 Coffee in exhibition area (nurses & physicians)
13:25-13:55	KEYNOTE LECTURE Global Dermatology Speaker: Kassahun Desalegn (USA/Ethiopia) Chair: Maria Bradley (S)	NURSE SESSION Practical approach to patch testing from a nurse's perspective Speaker: Britt-Marie Ehn (S) Chair: Alexandra Sjöholm Hylén (S)
14:05-15:15	PARALLEL SESSION Aesthetic dermatology Chair: Hélène Wolff (S) & Peter Bjerring (DK) 14:05-14:15 A short introduction to dermatological lasers and their applications Hélène Wolff (S) 14:15-14:30 Novel yellow laser in the treatment of facial erythema Toni Karppanen (F) 14:30-14:50 Filler complications – management and risk reduction Gabriella Sellman (S) 14:50-15:10 Cultural perspectives on the consumption of beauty Magdalena Petersson McIntyre (S)	PARALLEL SESSION Wound healing Chairs: Alexandra Forssgren (S) & Brita Pukstad (N) 14:05-14:20 Atypical wounds Kirsi Isoherranen (F) 14:20-14:35 Accelerated wound healing with combined NPWT and IPC Karsten Fogh (DK) 14:35-14:50 Reducing the number of leg ulcers - the Skaraborg experience Olle Nelzén (S) 14:50-15:05 Botox injections for treating digital scleroderma ulcers Kristin Bergersen (N)
15:15-15:45	Coffee in exhibition area Poster Session 3 in Drottningporten III	
15:45-16:45	GUIDED POSTER WALK Guide: Mihály Matura Posters: P1, P2, P3, P4, P8, P10, P11, P12, P19, P29, P34, P35	DVSS Annual General Meeting
18:00	Paddan boats to banquet	
19:00	Banquet dinner at Kajskjul 8	

FRIDAY, MAY 10		
Time	Drottningporten I-II	Brevsortersalen I-III
08:00	Registration opens	
08:00-09:00	NDA BOARD REPORT MEETING Open for all Nordic Dermatology and Venereology society members	
09:00-09:30	KEYNOTE LECTURE Dermoscopy - what's new? Speaker: Iris Zalaudek (Austria) Chair: John Paoli (S)	
09:40-10:50	PARALLEL SESSION Non-melanoma skin cancer Chairs: Oscar Zaar (S) & Noora Neittaanmäki (F) 09:40-09:55 New light sources and photosensitizers in photodynamic therapy Noora Neittaanmäki (F) 09:55-10:10 Staging cutaneous squamous cell carcinomas: Why, how and when? Ingrid Roscher (N) 10:10-10:30 Update on imaging for non-melanoma skin cancer Gregor Jemec (DK) 10:30-10:50 Update on cutaneous lymphomas Annamari Ranki (F)	PARALLEL SESSION Sexually transmitted infections - different aspects Chairs: Elisabet Nylander (S) & Anne Olsen (N) 09:40-09:55 Mycoplasma genitalium and resistance Jörgen Skov Jensen (DK) 09:55-10:10 Experience of PrEP Michelle Hanlon (N) 10:10-10:30 Transgender people's sexual health and their experiences of encountering health care Ida Linander (S) 10:30-10:45 Venereologic ulcers Eija Hiltunen-Back (F)
10:50-11:20	Coffee in exhibition area Poster Session 4 in Drottningporten III	
11:20-11:50	KEYNOTE LECTURE Autoinflammatory diseases Speaker: Thomas Kündig (CH) Chair: Chris Anderson (S)	11:20-12:00 NURSE SESSION Nurses role in providing person-centered care Speaker: Lilas Ali (S) Chair: Helena Molin (S)
11:55-12:55	PLENARY SESSION Psoriasis - an update Chairs: Charlotta Enerbäck (S) & Lone Skov (DK) 11:50-12:05 Update on small non-coding RNA in psoriasis Enikő Szekely (S) 12:05-12:20 Update on the HUNT study Marit Saunes (N) 12:20-12:35 Update on tissue-resident T cells in psoriasis Liv Eidsmo (S) 12:35-12:50 Update on cardiovascular comorbidity in psoriasis Lars Iversen (DK)	12:05-12:45 NURSE SESSION Atopic dermatitis and comorbidities - what should dermatology nurses know? Speaker: Jevgenija Smirnova (S) Chair: Kristine Kirkeby Fuskeland (N)
12:55-13:05	CLOSING CEREMONY	
13:05-14:00	Lunch in restaurant	

Deadline för material till nästa nummer av denna tidningen är 19 augusti 2019

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



Free communication sessions

There will be two parallel Free communication sessions on Thursday, May 9 at 11:15-12:25.

Free communication session I

Hall: Drottningporten I-II

Date: Thursday, May 9

Time: 11:15-12:25

Chairs: Johan Dahlén Gyllencreutz and Eva Johansson Backman

FC1: BF-200 ALA is more effective than MAL in daylight photodynamic therapy for actinic keratosis: A nonsponsored randomized double-blind multicentre trial

Janne Räsänen¹, Noora Neittaanmäki², Leea Ylitalo¹, Johanna Hagman³, Pekka Rissanen⁴, Lasse Ylianttila⁵, Mari Salmivuori⁶, Erna Snellman⁷, Mari Grönroos⁶

¹ Dept. of Dermatology, Tampere University Hospital, Tampere, Finland

² Dept. of Pathology and Dermatology, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden

³ Dept. of Dermatology, Vaasa Central Hospital, Vaasa, Finland

⁴ Faculty of Social Sciences (Health Sciences), University of Tampere, Tampere, Finland

⁵ Radiation and Nuclear Safety Authority of Finland (STUK), Helsinki, Finland

⁶ Dept. of Dermatology, Joint Authority for Päijät-Häme Health and Wellbeing, Lahti, Finland

⁷ Faculty of Medicine and Life Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland

FC2: Pain Results in PDT of Superficial BCC: Methylaminolevulinate (MAL) vs. 5-aminolevulinic Acid Nanoemulsion (BF-200 ALA) vs. Hexylaminolevulinate (HAL)

Mari Salmivuori¹, Mari Grönroos², Taneli Tani², Ilkka Pölönen³, Janne Räsänen⁴, Erna Snellman⁵, Noora Neittaanmäki⁶

¹ Dept. of Dermatology and Allergy, Päijät-Häme Social and Health Care Group, Lahti, Finland, Department of Dermatology, Tampere University and Tampere University Hospital, Finland, and Department of Dermatology and Allergy, Helsinki University Central Hospital, Finland

² Dept. of Dermatology and Allergy, Päijät-Häme Social and Health Care Group, Lahti, Finland

³ Faculty of Mathematical Information Technology, University of Jyväskylä, Finland

⁴ Dept. of Dermatology and Allergy, Päijät-Häme Social and Health Care Group, Lahti, Finland and Department of Dermatology, Tampere University and Tampere University Hospital, Finland

⁵ Dept. of Dermatology, Tampere University and Tampere University Hospital, Finland

⁶ Dept. of Pathology and Dermatology, Institutes of Biomedicine and Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

FC3: Tumor cell-derived complement components C1r and C1s promote growth of cutaneous squamous cell carcinoma

Pilvi Riihilä¹, **Kristina Viikklepp**¹, Liisa Nissinen¹, Mehdi Farshchian¹, Markku Kallajoki², Atte Kivisaari¹, Seppo Meri³, Juha Peltonen⁴, Sirkku Peltonen¹, Veli-Matti Kähäri¹

¹ Dept. of Dermatology, University of Turku and Turku University Hospital, Turku, Finland

² Dept. of Pathology, Turku University Hospital, Turku, Finland

³ Haartman Institute, University of Helsinki, Finland

⁴ Dept. of Anatomy and Cell Biology, University of Turku, Finland

FC4: Descriptive study of lymph nodes from melanoma patients using advanced laser scanning microscopy

Despoina Kantere¹, Ann-Marie Wennberg¹, Marica Ericson²

¹ Dept. of Dermatology and Venereology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

² Dept. of Chemistry and Molecular Biology, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

FC5: Attitudes towards artificial intelligence in dermatology among Nordic dermatologists

Sam Polesie¹, John Paoli¹

¹ Dept. of Dermatology and Venereology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

FC6: Surgical treatment of basal cell carcinoma – A study on factors influencing the risk of an incomplete excision

Johan Kappelin¹, Ingela Ahnide¹, Kari Nielsen¹

¹ Department of Dermatology, Helsingborg Hospital, Sweden



Foto: Klippan ©Per Pixel Pettersson & Göteborg & Co

Free communication session II

Hall: Brevsortersarsalen I-III

Date: Thursday, May 9

Time: 11:15-12:25

Chairs: Anna Josefson and Amra Osmanovic

FC7: Substantially reduced life expectancy in patients with hidradenitis suppurativa: A Finnish nationwide registry study

Hannu Tiri¹, Jari Jokelainen², Markku Timonen³,
Kaisa Tasanen¹, Laura Huilaja¹

¹ PEDEGO Research Unit, University of Oulu; Department of Dermatology and Medical Research Center Oulu, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

² Unit of General Practice, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

³ Center for Life Course Health Research, University of Oulu, Oulu, Finland

FC8: Serological biomarkers of disease severity and phenotype in atopic dermatitis

Jesper Grønlund Holm¹, Tove Agner¹, Maja-Lisa Clausen¹, Sanja Kezic²,
Simon Francis Thomsen¹

¹ Dept. of Dermato-venereology, Bispebjerg Hospital, University of Copenhagen, Denmark

² Amsterdam University Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

FC9: Impact of an educational program in the management of atopic eczema in Lithuania

Inga Kisieliene¹, Austėja Zibudaite², Matilda Bylaite-Bucinskiene³

¹ The Center of Dermatovenereology, Vilnius University Hospital Santaros Klinikos, Vilnius, Lithuania

² Vilnius University, Faculty of Medicine, Vilnius, Lithuania

³ Vilnius University, Faculty of Medicine, Centre of Dermatovenereology, Clinic of Infectious diseases and Dermatovenereology, Vilnius, Lithuania

FC10: Nordic consensus recommendations on diagnostics, monitoring and management of adults with moderate-to-severe atopic dermatitis

Jacob P. Thyssen¹, Teresa L. Berents², Maria Bradley³, Mette Deleuran⁴,
Øystein Grimstad⁵, Laura Korhonen⁶, Tor Langeland⁷, Tore Särnhult⁸,
Simon Francis Thomsen⁹, Turid Thune¹⁰, Carl-Fredrik Wahlgren³,
Christian Vestergaard¹¹, Laura B von Kobyletzski¹², Anita Remitz¹³

¹ Dept. of Dermatology and Allergy, Herlev and Gentofte Hospital, University of Copenhagen, Hellerup, Denmark

² Dept. of dermatology, Oslo university hospital-Rikshospitalet, Oslo, Norway

³ Dermatology and Venereology Unit, Department of Medicine, Karolinska Institutet, Solna, Sweden

⁴ Dept. of Dermatology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

⁵ Dept. of Dermatology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

⁶ Tampere University Hospital, Tampere, Finland

⁷ Hudlegene Tor Langeland and Gro Mørk, Oslo, Norway

⁸ Hallandskustens Hudmottagning, Kungsbacka, Sweden



⁹ Dept. of Dermatology, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark

¹⁰ Dept. of Dermatovenereology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

¹¹ Dept. of Dermatology and Venereology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

¹² Dept. of Dermatology, Lund University, Skåne University Hospital, Sweden

¹³ Dept. of Skin and Allergic Diseases, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland

FC11: Combined mRNA and miRNA analysis of psoriatic skin

Åshild Øksnevad Solvin¹, Konika Chawla¹, Lene Christin Olsen¹,
Kjersti Danielsen², Marita Jenssen², Anne-Sofie Furberg², Marit Saunes³,
Kristian Hveem¹, Pål Sætrum¹, Mari Løset³

¹ K.G. Jebsen Center for Genetic Epidemiology, Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

² Dept. of Dermatovenereology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

³ Dept. of Dermatology, St. Olav's Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim

FC12: Treatment use and satisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in Sweden, Denmark and Norway

Kåre Steinar Tveit¹, Albert Duveport², Mikkel Østergaard³, Lone Skov⁴,
Kjersti Danielsen⁵, Lars Iversen⁶, Oliver Seifert⁷

¹ Dept. of Dermatovenereology, Haukeland University Hospital, Bergen, Norway

² Dept. of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University, Linköping, Sweden

³ Copenhagen Center for Arthritis Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

⁴ Dept. of Dermatology and Allergy, Herlev and Gentofte Hospital University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

⁵ Dept. of Dermatology, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

⁶ Dept. of Dermatology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

⁷ Division of Dermatology, Ryhov Hospital, Jönköping, Sweden

Local organizing committee:



John Paoli, Associate Professor, Senior consultant
Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg



Oscar Zaar, PhD, Specialist in Dermatology and
Venereology
Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg



Eva Johansson Backman, Doctoral Student,
Senior consultant
Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg



Johan Dahlén Gyllencreutz, PhD, Specialist in
Dermatology and Venereology
Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg

Programme committee:



Kari Nielsen
Associate professor, Senior consultant
Department of Dermatology, Helsingborg and Skåne
University Hospital



Olle Larkö
Professor, Senior consultant
Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg



Charlotta Enerbäck
Professor, Senior consultant
Ingrid Asp Psoriasis Research Center, Department of
Dermatology and Venereology, Linköping University



Maria Bradley
Associate Professor, Senior consultant
Department of Dermatology, Karolinska University
Hospital, Stockholm, Sweden



Anna Josefson
PhD, Senior consultant
Department of Dermatology and Venereology, Örebro
University Hospital



Gunnar Nyman
Doctoral Student, Senior consultant
Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg



Mihály Matura
PhD, Senior consultant
Department of Dermatology,
Skaraborg Hospital, Skövde



Ada Girnita
Associate Professor, Senior consultant
Skin Tumor center, Theme Cancer, Karolinska
University Hospital & Department of Oncology
Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden



Elisabet Nylander
Professor, Senior consultant
Department of Public Health and Clinical Medicine,
Dermatology and Venereology, Umeå University and
University Hospital, Umeå, Sweden



Hélène Wolff
PhD, Senior consultant
SKIN Hudkliniken, Carlanderska Hospital,
Gothenburg, Sweden

Annons

Annons

Klimatvård Teneriffa 2018 och 2019



Klimatvård var för mig ett ganska luddigt begrepp som jag inte hade ägnat många tankar åt innan jag presenterades för det i samband med mitt arbete i Socialstyrelsens prioriteringsgrupp. Vi arbetade där med att ta fram nya nationella riktlinjer för vård vid psoriasis och klimatvården var en av alla punkter. Jag insåg att det var något jag ville lära mig mer om, och ville gärna se med egna ögon och höra med egna öron, hur det går till, vad patienterna tycker och hur resultatet blir. Jag bad om att få komma på studiebesök, bokade resa och åkte.

2018 hade jag bara möjlighet att resa en vecka och det blev därför en rapport som var mycket om bakgrund/historia och mindre fokus på patienterna. Vis av erfarenhet, avsatte jag 2019 två veckor och kunde intervjua samtliga patienter individuellt och få mer fokus på dem. Informationen i denna rapport grundar sig alltså på intervjuer med patienter och personal



på Vintersol och Mar y Sol, Vintersols egen informationsbroschyr samt mina egna iakttagelser från både 2018 och 2019.

Bakgrund

Redan de gamla grekerna visste att klimatet har förmåga att påverka hälsa och sjukdom och de reste runt i världen för att hitta gynnsamma klimat för att bota eller lindra olika sjukdomar. I många länder har man i hundratals år uppskattat de goda effekterna av sol och bad för hälsan i allmänhet och som behandling av sjukdom i synnerhet. På 1800-talet studerade sir James Clark sambanden mellan klimat och hälsa, och publicerade 1822 *Medical Notes on Climate*. 1829 publicerades *The influence of Climate in the Prevention and Cure of Chronic Diseases, more particularly of the Chest and Digestive Organs*. Dr William White Cooper publicerade *Invalid's guide to Madeira*, 1840. Sir William Robert Wilde skrev boken *The Narrative of a Voyage to Madeira, Teneriffe, and along the Shores of the Mediterranean*, 1840, efter att han i nio månader vårdat en handikappad patient ombord på en yacht. Dessa brittiska läkare kan sägas ha lagt grunden för klimatterapin och turismen på Kanarieöarna.

Vintersol

En av de första svenskar som kom Los Cristianos på Teneriffa var veterinären Bengt Rylander. Han led av MS och sökte ett klimat som skulle hjälpa honom att må bättre. Han sökte en plats med varmt och stabilt klimat och han fick tips av en sjöman om att prova Teneriffa. Bengt Rylander reste till Los Cristianos 1956 och bodde initialt på ett pensionat. Han trivdes och hans hälsa förbättrades påtagligt. Han skrev till två vänner i Sverige, som också hade funktionsnedsättningar och föreslog att de skulle komma till honom på Teneriffa. De kom 1957 i sällskap med en sjukvårdare.

Tillsammans startade de ett rehabiliteringshem, uppbyggt som ett kollektiv där alla patienter hjälptes åt med de dagliga sysslorna och även hjälpte varandra. Det är detta rehabiliteringshem som ligger till grund för Vintersol.

1962 gjorde svensk TV en film som heter "Kan solen bota?". Detta satte fart på debatten i Sverige bland svenska folket och myndigheter angående klimatvård. Man planerade för en ny och större rehabiliteringsanläggning för MS-sjuka och andra med funktionsnedsättningar. Stiftelsen Vintersol bildades och med hjälp av generösa bidrag från patientföreningar, insamlingar, lån och donationer, kunde man 1965 öppna en rehabiliteringsklinik med plats för 60 patienter. Namnet Vintersol fick man arva efter det rehabiliteringshem som de tidiga pionjärerna startade. På det nya Vintersol fanns



tillgång till sjukgymnaster, läkare, och annan personal som hjälpte patienterna.

1980 bildades Svensk Utlandsvård AB (SUVAB). Landstingsförbundet, Reumatikerförbundet, Svenska Psoriasisförbundet och Neurologiskt Handikappades Riksförbund stod som delägare. SUVAB tog över driften av Vintersol 1980 och drev verksamheten fram till 90-talet.

Stiftelsen Vintersol hade då till uppgift att anpassa vårdanläggningen till patienternas behov. På 90-talet övertogs SUVAB:s uppgifter av Stiftelsen Humlegården, som hade lång erfarenhet av rehabiliteringsverksamhet i Sigtuna.

I samband med att Sverige gick med i EU beslöt båda stiftelserna 1994 att bilda varsitt helägt spanskt dotterbolag med säten på Teneriffa. Vin-



tersol stiftade Immovintersol Tenerife SL och Humlegården bildade Humlegården SL. Immovintersol kom att äga anläggningen och därmed ansvara för skötsel och fastighetsförvaltning och Humlegården svarade för vård, patientarbete och personalförsörjning. Under senare delen av 90-talet togs kontakter med norska, danska och engelska patientorganisationer och man fick en ökning av patienter från andra länder än Sverige. Även en ökning av spanska patienter sågs.

Under hela tiden har Vintersol byggts ut och förnyats. Förbättrade patientrum, träningslokaler, pooler och behandlingsrum. Från att patienterna delat rum erbjuds nu på önskemål enkelrum med plats för fler sängar för medföljande. Detta minskade vårdplatserna från drygt 90 till cirka 60. 2005 firade Vintersol sitt 40-års jubileum. 2008 såldes Humlegården SL till platschefen Pablo González Dorta. 2013–2016 genomfördes igen omfattande renoveringsarbeten, där bland annat poolen renoverades enligt EU-regler. Anläggningen var stängd sommartid för att man skulle kunna renovera och bygga till fler patientrum till en mycket högre standard, som mer ligger i nivå med moderna hotellrum, i kombination med de handikappanpassningar som krävs.

Jag ser vid mitt besök i februari 2018, fräscha lokaler, trivsamma trädgårdar med möjlighet till att sitta ned och vila, samt moderna lokaler för fysioterapi, behandlingar och träning. Det finns två pooler för vatten träning, en ljus öppen restaurang där man kan sitta både inne och ute och miljöerna är genomgående trevliga.



Mar y Sol

När det inte finns tillräckligt med rum på Vintersol, som vid mitt besök i februari 2019, får patienterna vården på Hotell Mar y Sol. Det är en anläggning med en trettioårig historia av rehabilitering. Hotellet startades av herr Fischer, som kom till Teneriffa från Tyskland, med sin MS-sjuka hustru. De noterade som många andra, att hennes tillstånd och mående

påverkades positivt av klimatet. De såg att det fanns ett behov och startade därför hotellet, som har specialiserat sig på rehabilitering. På Mar y Sol finns plats för cirka 300 gäster. De har flera bassänger för olika typer av träning, gym och gympasal och en behandlingsanläggning med fysioterapi, där man även kan tillhandahålla spa-behandlingar och ett avskilt område att sola nakna för damer och herrar olika tider på dagen. En sjuksköterska finns i tjänst dygnet runt, alla veckans dagar, som man kan tillkalla genom larm på rummen. Det finns sex olika typer av lägenhetsrum, från små enrumstudios till större tvårums lägenheter. Rummen är anpassade efter behov och det mesta går att få hjälp med. Allt från vanliga hotellrum/lägenheter till rum med sjukhussängar, handikappanpassade badrum och andra hjälpmedel som kan behövas. En del av lägenheterna ägs av privatpersoner eller patientföreningar, som låter medlemmarna hyra dem.

Det finns en väl inarbetad kontakt med sjukhus och läkarstationer, så att läkare kan tillkallas snabbt alternativt patienten flyttas till sjukhuset för vård. Det kommer en läkare till hotellet två gånger per vecka, men de patienter som kommer från Vintersol har ett avtal som gör att de har tillgång till annan läkarvård, så de träffar inte hotellets läkare. Hotellets public relations-ansvariga talar nio språk och arbetar även som chefstolk på sjukhuset, så de flesta patienter kan få hjälp och stöd på det egna språket.

De svenska psoriasispatienterna som bor på



Mar y Sol har tillgång till de faciliteter som Mar y Sol erbjuder, men får sin sjukgymnastik och sjukvård via personal från Vintersol, som specifikt fokuserar på just psoriasispatienterna. På Vintersol blandas patienter med olika diagnoser i samma träningsgrupper och därmed blir träningen mindre specifik. Precis som på Vintersol, har patienterna ett inskrivnings- och bedömningssamtal med svensk hudläkare från Vintersol. De får också individuell bedömning och träning av Vintersols fysioterapeut och det finns en undersköterska som hjälper patienterna med allt från insmörjning av huden till att skaffa fram kastruller till rummet.

Samtlig personal från Vintersol som jobbar med de svenska patienterna talar svenska. Fysioterapeuten och undersköterskan talar dessutom spanska och kan därmed hjälpa patienterna med tolkning vid behov.

Patienterna

Patienterna som kommer till Teneriffa för hudvård, stannar i tre veckor. De kommer från Stockholm, Västra Götaland, Kronoberg, Värmland, Halland, Sörmland och Jönköping, som också skickar patienter till Gran Canaria. Skåne, Jönköping och Östergötland har också klimatvård, men de skickar sina patienter till den anläggning på Gran Canaria som Jönköping använder. Patienterna ansöker till respektive region/landsting, där det finns en uttagningsläkare som bedömer remisserna. När det gäller hud, skall patienten ha en medelsvår-svår psoriasis och särskilt behöva de förutsättningar som kan erbjudas på klimatvården, med intensiv träning, patientutbildning och inte minst det stöd det innebär att få lära känna andra personer med samma sjukdom.

Jag fick möjlighet att prata med en patient från Norge. Han berättade att man i Norge har ett annat system. Där kan man ansöka från hela landet, och det finns uttagningsläkare i Oslo som bedömer samtliga ansökningar. Med detta förfarande är det alltså lika lätt eller svårt att få tillgång till klimatvård oavsett var man bor i Norge.

Flera av de svenska regionerna/landstingen kräver att patienten ska vara över 18 år för att få åka, men andra godkänner också ansökningar gällande barn. De behöver då ha en vårdnadshavare med sig. I vissa regioner/landsting tar då den anhörige upp en plats, som då inte blir tillgänglig för en patient. Vanligen försöker man göra så att de patienter som nyligen varit på klimatvård, får vänta ett par år innan de får åka igen. De patienter jag träffade var framför allt i arbetsför ålder men 2018 var också två barn med. En pojke i yngre tonåren som reste med sin morfar och en flicka som precis skulle börja skolan, som reste med sin pappa. Pojken



berättade att han hade fått med sig läxor från skolan att göra under vistelsen, så att han inte skulle komma efter med skolarbetet. Han hade ganska fullt upp att hinna med detta tillsammans med de övriga aktiviteter han förväntades delta i vid rehabiliteringen. När det gäller skolbarn och ungdomar, får man kanske ta särskild hänsyn till detta. En vuxen patient som fått klimatvård när många barn vårdats samtidigt, upplevde att det hade varit bättre om man kunde göra separata delar för barn och vuxna, då behoven skiljer sig ganska mycket åt.

De vuxna arbetande patienterna förväntas ju inte sköta sina arbeten under vårdtiden, då de är sjukskrivna. Flera patienter framhöll trots det, att en av fördelarna med att vara utomlands, var att det inte kom lika många arbetsrelaterade telefonsamtal från arbetsplatsen under vårdtiden som det vanligtvis gör när de varit sjukskrivna hemma i Sverige. De upplevde alltså mindre stress från arbetet under vårdtiden på Teneriffa.

När patienterna kommer till Vintersol eller Mar y Sol blir de undersökta och inskrivna av svensk hudspecialist. Vid vissa tillfällen tas fotografier och PASI, DLQI och EQ-5D bedöms alltid. Vikt, midjemått/höftmått, BMI och blodtryck kontrolleras också. Alla får ett individuellt solschema som grundar sig på hudtyp och årstid. Patienterna ska om möjligt smörja sig med solskydd på huden som inte är affekterad. Detta kan vara svårt om man har många och sammanflytande fläckar. De får hjälp att smörja in sig på ställen som är svå-



ra att komma åt. Vidare bedöms patienterna kontinuerligt under vårdtiden och kompletterande behandling, framför allt i form av lokalbehandling sätts vid behov in. Alla patienter får individuell bedömning av fysioterapeut och ett individuellt träningsprogram. Utöver detta, finns gruppaktiviteter som patienterna ska

delta i. Varje morgon har de morgongymnastik och tre dagar i veckan, på eftermiddagarna, är det vattengymnastik.

Patienterna skulle gärna ha möjlighet till vattengymnastik dagligen, då det för många är lättare att träna i varmt vatten när lederna är ömma och stela. På eftermiddagarna när solen inte längre strålar så starkt har de flera gånger i veckan föreläsningar om psoriasis, men även om hälsa generellt, där man diskuterar kost, motion, sömn och stress. Utöver detta finns erbjudanden om aktiviteter som gemensamma promenader och ibland längre utflykter.

Vid utskrivningen får patienterna ett utskrivningssamtal. Då tas nya fotografier liksom PASI, DLQI, EQ-5D, vikt, midjemått och BMI. Remissvar skrives till inremitterande läkare. Det är vanligt att patienterna är helt utläkta när de lämnar Teneriffa efter tre veckor. Hur länge resultatet håller sig, varierar från patient till patient, men även från gång till gång. Jag har pratat med patienter som har berättat att de varit fria från psoriasis och behandling i upp till två år efter en klimatbehandling, men det vanliga verkar vara någonstans runt 6–12 månader. Under den tiden har patienten ofta ingen behandling alls, inte ens lokalbehandling med krämer.

Reflektioner

Det är lätt att tänka sig klimatvård som en semester i soligt väder. Det stämmer inte med verkligheten. När patienterna kommer på



klimatvård är visserligen solen en viktig del av behandlingen, men det ställs även stora krav på deras engagemang både mentalt och fysiskt. En patient jag pratade med 2019, påpekade att han normalt sett arbetar halvtid, men att schemat på Teneriffa är fullt från morgon till kväll, så att han känner att han får jobba hårdare och längre än han är van med under vistelsen på Teneriffa. Här måste man också bli redo att ta ansvar för sin sjukdom och behandling, vilket kan leda till en helt annan insikt än man hade fått hemma. Man är ensam utan sina nära och kära och måste samarbeta med patienter och personal som man inte känner. För en del patienter är det en svår omställning. Vissa patienter som jag intervjuade medgav att de i början hade svårt att förstå vad vården skulle gå ut på. De var förvånade över det strikta och innehållsrika programmet, men de kände sig ganska snart starkare både fysiskt och mentalt, och var mycket tacksamma att de hade fått möjligheten att resa. Gruppen blev viktig och jag fick berättat för mig hur många håller kontakten även efter att de kommit hem till Sverige igen. Att patienter upplever stress under sjukskrivning för att arbetsgivaren ringer under sjukskrivningstiden är något man bör ta på allvar

och åtgärda. Sjukskrivning är ju ofta en del av rehabiliteringen och ska ge utrymme för återhämtning och minskad stress även när den sker på hemmaplan.

I februari 2019 vårdades en större grupp från flera olika landsting/regioner på Mar y Sol medan två patienter från Stockholm vårdades på Vintersol. Denna uppdelning kommer av att Stockholm kräver att patienterna inte bor någon annanstans än på Vintersol. Båda grupperna var mycket nöjda med den vård de fick och det boende de hade, men jag bedömer att de två patienterna som var på Vintersol, skulle ha kunnat få ut mer av sin vistelse om de hade kunnat vara tillsammans med den större gruppen på Mar y Sol och fått ta del av de specifika träningspassen och de erfarenheter som fanns i den större gruppen. Som tidigare nämnt är möjligheten att dela erfarenheter och lära av varandra en viktig del av rehabiliteringen och en större grupp har självklart större möjligheter och fler erfarenheter.

Klimatvård vid psoriasis är varken det billigaste eller dyraste man kan göra för patienterna. Det finns behandlingsalternativ som vida överstiger kostnaden för klimatvård, men även alternativ som kostar mycket mindre. För en viss grupp av patienter med särskilda behov,

kan med rätt urvalsprocess, klimatvård vara en mycket väl investerad behandling.

Att som i Norge generalisera ansökningsförfarandet och ge patienterna och läkarna samma möjlighet att söka och remittera till klimatvård, oavsett var man är bosatt i Sverige, känns som en rättvisefråga och bör lyftas för att alla ska ha rätt till jämlik vård. För att få ut mesta möjliga av klimatvården, borde man även i så stor utsträckning som möjligt se till att hålla samman grupperna för att utnyttja de fördelar som finns av att patienterna delar erfarenheter med varandra.

Jag vill tacka medarbetarna på Vintersol, Mar y Sol och patienterna för att jag fick möjlighet att besöka anläggningarna, delta vid läkarbedömningarna och ställa massor av frågor. Så ett stort tack till: Birgitta Stymne, Pablo González, David González, Pedro Rodríguez, Nathalie Ramos, Veronika Sarebjörk och alla patienterna som av sekretessskäl inte nämns med namn, men som så generöst bidrog med så mycket annan information!



Ingela Präst

Leg läkare, Specialist Allmänmedicin
ST-läkare Dermatologi



Jävsdeklaration: Jag har inga personliga eller ekonomiska anknytningar till någon av de rehabiliteringsanläggningar jag besökt och skrivit om. Mina studiebesök är inte finansierade av annan person än jag själv och jag har inte erhållit någon ekonomisk ersättning eller andra fördelar från något håll för att skriva denna rapport. Mina reflektioner och slutsatser är helt personliga och grundar sig på de erfarenheter jag gjort vid studiebesöken och patientintervjuerna. Eventuella felaktigheter eller feltolkningar är liksom övriga reflektioner och slutsatser helt och hållet mina egna.

Annons

Sammandrag av

PsoReg:s årsrapport för 2018 **PSO REG**

Äntligen här!

Den nya årsrapporten 2018 från PsoReg!

Den kommer varje år och varje gång är det lika spännande läsning tycker jag. PsoReg visar för oss alla, inte bara dermatologer, hur det egentligen går, "in real life", med våra patienter. Vi tycker mycket om den ena eller den andra behandlingen, vi diskuterar på formella och informella möten om medicin A och B och i vilket ordning man ska välja dem, vilket som fungerar snabbare eller har mindre biverkningar på den ena eller den andra patienten.

Men här finns sanningen (åtminstone gällande de registrerade patienterna). Här finns den röda tråden om vad vi använder, hur vi använder preparaten och inte minst hur bra våra patienter mår och blir av behandlingen oavsett var man befinner sig i landet. Detta är vårt viktigaste verktyg för att vidareutveckla dermatologin. En täckningsgrad på 65% är bra men vi ska sträva efter mer. För bara tillsammans och genom en gemensam plattform som PsoReg kan vi bli bättre och hjälpa flera. Nya läkemedel och biosimilärer kommer nästan varje dag, och då blir den kollektiva erfarenheten ännu viktigare. Läs och använd den väl var ni än är!



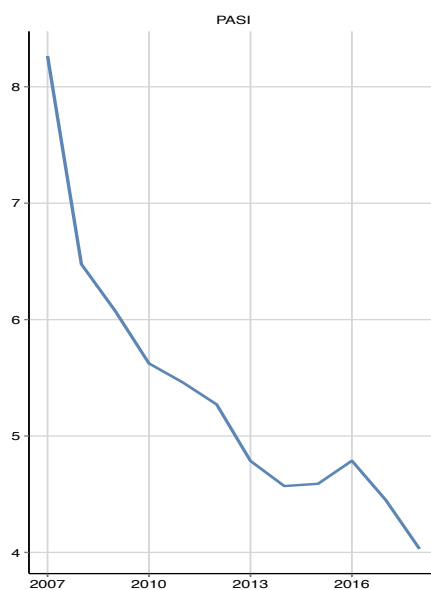
Ada Girmita
Ordförande SSDV

Inledning

PsoReg:s syfte:

- Att mäta effekten av insatt systembehandling samt följsamhet till behandlingsriktlinjer, såsom behandlingsmål PASI < 3 och DLQI ≤ 5.
- Att uppmärksamma samsjuklighet och levnadsvanors betydelse för psoriasis och för effekten av behandlingen.
- Att bidra till kvalitetshöjning genom jämförelser mellan klinikernas sätt att handlägga patienter.
- Att återföra kunskapsvinster till sjukvården samt patienter och därigenom kontinuerligt förbättra psoriasisvården med fokus på patientsäkerhet, behandlingsutfall, samt jämlik och effektiv vård.

12 år-PsoReg:s kvalitetsarbete



PASI över tid. Det kliniska måttet Psoriasis Area and Severity Index (PASI) mäter sjukdomens svårighet. Den genomsnittliga PASI rapporterat i PsoReg har sedan starten av PsoReg tills idag halverats.

Frågor som tillgång till modern individanpassad behandling, uppföljning av behandlingsmål, jämlik vård och en holistisk syn på systemsjukdomen psoriasis har nu fått genomslag på bred front. Det är glädjande att denna utvecklingen har drivits genom ett föredömligt

samarbete mellan professionen, patienter, huvudmän och myndigheter med PsoReg som nav. Etableringen av Nationella och Regionala Programområden hud kommer att förstärka denna positiva utvecklingen framöver.

Flera myndigheter har i samarbete med PsoReg riktat särskild fokus på den svenska psoriasisvården under 2018.

Socialstyrelsen (SoS)

har den 28 mars 2019 publicerat slutversionen av "Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis" www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/psoriasis



SBU har i juni 2018 publicerat sin rapport "Ljusbehandling och systemisk behandling av psoriasis" www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/ljusbehandling-och-systemisk-behandling-av-psoriasis/

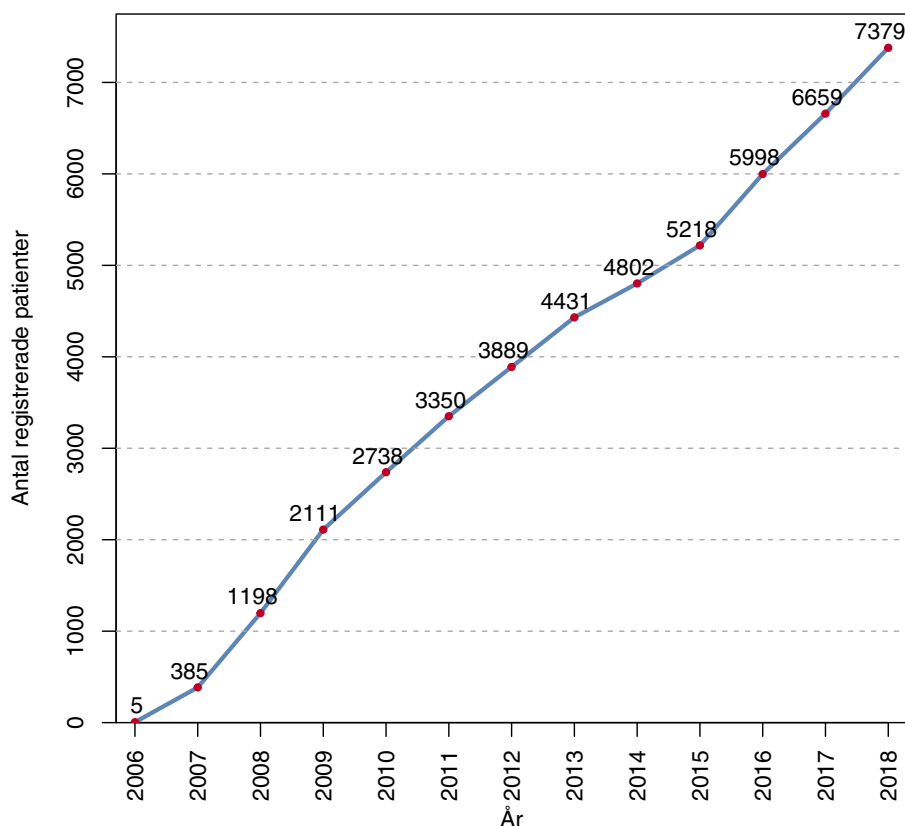


Läkemedelsverket håller på att utveckla behandlingsrekommendationer för läkemedelsbehandling för psoriasis och psoriasisartrit. Workshopen genomfördes den 19–20 november 2018, publikationen är planerad för andra kvartal 2019. <https://lakemedelsverket.se/behandlingsrekommendationer>.

En modern psoriasisvård

PsoReg har implementerat det kliniska måttet Psoriasis Area and Severity Index (PASI) och patientrapporterade utfallsmått såsom Dermatology Life Quality Index (DLQI) och EQ-5D i klinisk vardag. Innan PsoReg fanns det ingen tradition att samla in dessa mått utanför kliniska studier. Användning av dessa mått blev en förutsättning för det nationella kvalitetsarbetet. PsoReg har riktat fokus på livsstilsfrågor såsom alkohol, rökning och övervikt och bidragit till att patienter har fått möjlighet att diskutera hela sin livssituation med vårdgivaren. Detta är viktigt vid en systemsjukdom som psoriasis. PsoReg har dokumenterat ojämlikheter i psoriasisvården angående ålder, kön samt landsting och de hälsovinster som nya biologiska läkemedel

Patientregistrering ackumulerat över tid



Figur 1: Antal patienter i PsoReg ackumulerat över tid. Observera att detta är totala antalet unika registreringar i registret och inte antalet aktiva patienter det året.



Amra Osmancevic och Ewa Wallin presenterade arbetet med att underlätta patientrapportering, under Vårmmötet 2018.

medför. Sedan starten av PsoReg för 12 år har utfallet av psoriasisbehandling blivit kontinuerligt bättre (Figur 1). Som denna rapporten och publicerade studier visar (se www.pso-reg.se/publikationer) finns dock fortfarande en klar underbehandling som tyder på behovet av mer resurser för psoriasisvården samt nya och bättre läkemedel.

Förenklad tillgång till PsoReg-data

PsoReg App – arbetet med utvecklingen och test av ett webbaserat patientfrågeformulär för att underlätta patientinrapportering har den 31 maj vid SSDV's Vårmmötet 2018 presenterats av PsoReg styrgruppsmedlemmar Amra Osmancevic och Ewa Wallin. Det som krävs för att ett nationellt införande blir möjligt är inloggning för patienter via bank-ID till IncaSvar.

www.pso-reg.se – PsoReg hade från början information öppet tillgänglig på sin webbplats. Tyvärr innebar flytten till INCA-plattformen 2014 att information ej längre kunde visas utan inloggning. Under hösten 2017 lanserades ett nytt ansikte utåt under www.pso-reg.se. Här finns också för kliniker en länk till INCA sidan, denna är dessutom direkt tillgänglig via www.pso-reg.org. Den nya webbplatsen är ett av flera instrument för att öka intresset för registret och registreringen.

PsoReg:s styrgrupp har i syfte att öka intresset för PsoReg satsat på:

Uppsökande verksamhet

Styrgruppsmedlemmar besöker kliniker i syfte att öka registreringen och att visa nyttan av PsoReg som verksamhetsstöd.

Utskick av kvartalsrapporter

Detta ger den deltagande enheten en tydlig tidsnära återkoppling av bland annat behandlingsresultat.

Förbättrat uttag av klinikdata i excelfiler

Direkt på www.pso-reg.org.

Kontinuerligt samarbete med patientorganisationen PSO

Täckningsgrad

Ambitionen är att inkludera alla psoriasispatienter i riket som får systemterapi i PsoReg. Socialstyrelsen har nu gjort en täckningsgradsberäkning för PsoReg. I vår mest angelägna målgrupp, patienter med biologisk behandling, är 65% av patienter i landets kliniker registrerade. Det finns fortfarande behov av större täckningsgrad (Tabell 1 se nästa sida). En del av problemet är svårt att åtgärda eftersom det finns en tydlig underbemanning med brist



på hudspecialister inom svensk dermatologi. Det är en erfarenhet som också Socialstyrelsen har gjort; referensgrupper för nationella riktlinjer brukar bestå av 20–25 personer, men för psoriasis har Socialstyrelsen inte lyckats att få ihop mer än 11 personer, trots att de har kämpat länge och intensivt med detta. Professionens deltagande under remissperioden var med en enda kommentar också långt under det som är vanligt. Som en del i arbetet med att öka täckningsgraden har ordförande för Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV), Katarina Lundqvist, (*avgick som ordf. 2018, reds anm.*) tillsammans med PsoReg-styrgruppen skrivit i medlemstidningen Dermatologi & Venereologi Nr 9 • 1/2017, s

6–7 artikeln: *Psoriasisvårdens framtid – väsentligt för dermatologins framtid.*

PsoReg styrgrupp förväntar sig en successiv ökning av täckningsgraden i samband med publikationen av slutversionen av Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis" våren 2019. Här kommer PsoReg att vara det centrala instrumentet för uppföljning av målnivåer och indikatorer. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/psoriasis.

Planer för 2019

- Påverka psoriasis-underbehandling och sam-sjuklighet/levnadsvanor via uppföljning och indikatorer i samarbete med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och R/NPO hud.

- Öka täckningsgraden via bättre synlighet av PsoReg samt uppsökande verksamhet.
- Vidareutveckling av den öppna hemsidan www.psoereg.se med öppen redovisning av resultat- och processindikatorer på region- och klinisknivå.
- Systematiskt arbete för att säkra datakvaliteten.
- Öka patientdelaktighet genom:
 - att patienter får svara på webbaserade patientfrågeformulär
 - att informera patienter på www.psoereg.se om vikten av adekvat behandling

Publikationer under 2018

- Methotrexate Management in Psoriasis: Are We Following the Guidelines? Lindqvist T et al. Acta Derm Venereol. 2018 Apr 16;98(4):449-451. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29199349
- Sustained Psoriasis Area and Severity Index, Dermatology Life Quality Index and Euro-Qol-5D response of biological treatment in psoriasis: 10 years of realworld data in the Swedish National Psoriasis Register. Hjalte F et al. Br J Dermatol. 2018 Jan;178(1):245-252. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28644904
- Patient Registries for Safety, Schmitt-Egenolf M, In: Andrew Bate (Ed.): Evidence Based Pharmacovigilance: Clinical and Quantitative Aspects. Springer Verlag, Berlin 2018 ISBN: 978-1-4939-8816-7. link.springer.com/protocol/10.1007/978-1-4939-8818-1_8

Anslutning i PsoReg

Klinik	Antal patienter	Klinik	Antal patienter	Klinik	Antal patienter
PSO i Stockholm	942	Sunderby sjukhus	106	P-Capio Specialisthuset Eslöv	18
Sahlgrenska US	474	Kristianstads sjukhus	104	Ängelholms sjukhus	15
Karolinska US	467	P-Kungsbacka	69	P-VeritasKliniken Hud	13
Södra Älvsborgs sjukhus	350	Karlstads sjukhus	68	Växjö lasarett	12
SUS Malmö	286	Västerviks sjukhus	66	Lasarettet Enköping	9
Länssjukhuset Ryhov	248	Helsingborgs lasarett	52	Östersunds sjukhus	9
Blekingesjukhuset	229	Västerås lasarett	52	P-Diagnostiskt Centrum Hud	8
Uddevalla sjukhus	229	Falu lasarett	51	Nacka sjukhus	7
Danderyds sjukhus	227	Hallands sjukhus Halmstad	50	P-Kristianstadkliniken	5
US Örebro	222	Västra Frölunda sjukhus	49	P-Hudläkargruppen Mörbj	4
Akademiska sjukhuset	177	P-Kungsholmens hudklinik	47	Ljungby lasarett	3
SUS Lund	177	Trelleborgs lasarett	38	P-SkinDoc	3
US Linköping	176	Mälarsjukhuset	36	P-Sophiahemmet	2
Sundsvalls sjukhus	159	Visby lasarett	35	PSO Malmö-Vellinge	2
Vrinnevisjukhuset Norrköping	152	P-HudDoktor i Örebro	31	Landskrona lasarett	1
P-Stockholm Hud Odenplan	147	P-Läkarhuset Utsikten	25	P-Hudläkaren i Umeå AB	1
Skaraborgs sjukhus	137	Gävle sjukhus	23	P-Hudläkartjänst	1
Länssjukhuset Kalmar	129	Södersjukhuset	23	P-Skin, Annedalskliniken	1
Norrlands US	115	Lindesbergs lasarett	22	Totalt	6104

Tabell 1: Antal patienter i PsoReg vid årsskiftet 2018/2019.

PSO REG

Styrgruppen för PsoReg 2018

Eva Aspelin, sjuksköterska,
Hudkliniken Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg

Bertil Born, patientföreträdare,
Horda

Kari Dunér, överläkare
Hudmottagningen,
Blekinge Sjukhuset, Karlskrona
(länsklínik)

Annelie Edrén, verksamhetschef,
Psoriasisföreningen i Stockholms läns
mottagningar

Sara Lattanzi, hudläkare vid
Grimmereds hudläkargrupp,
Göteborg

Ronny Lestander, verksamhetschef,
primärvården Västerbottens län, Umeå

Gunnar Nyman, privatpraktiserande
hudläkare, Borås

Amra Osmancevic, överläkare,
Hudkliniken Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg

Marcus Schmitt-Egenolf, professor
i dermatologi vid Umeå universitet,
Registerhållare

Grigorios Theodosiou, hudläkare,
Hudmottagningen Malmö Skånes
Universitetssjukhus

Ewa Wallin, sjuksköterska,
Hudmottagningen
Malmö Skånes Universitetssjukhus

Del II

I del II av rapporten visas konkreta exempel från psoriasisvården i Sverige med särskild hän- syn till PsoReg:s syfte:

- Att mäta effekten av insatt systembehandling samt följsamhet till behandlingsriktlinjer, så- som behandlingsmål PASI < 3 och DLQI ≤ 5.
- Att uppmärksamma samsjuklighet och lev- nadsvanors betydelse för psoriasis och för effekten av behandlingen.

- Att bidra till kvalitetshöjning genom jämfö- relser mellan klinikernas sätt att handlägga pa- tienter.
- Att återföra kunskapsvinster till sjukvården samt patienter och därigenom bidra till att kontinuerligt förbättra psoriasisvården med fokus på patientsäkerhet, behandlingsutfall, samt jämlik och effektiv vård.

Biologiska läkemedel, syntetiska läkemedel och biosimilärer

Biologiska läkemedel är proteiner som är så sto- ra och komplexa att de inte kan produceras med kemisk syntes, såsom syntetiska läkemedel (t.ex. metotrexat), utan de måste produceras av levande celler. När ett syntetiskt läkemedel förlorat sitt patentskydd kan generiska läkemedel (generika) tillverkas som innehåller exakt samma verksamma molekyl som referenspreparatet. Den komplicerade tillverkningsmetoden för biologiska läkemedel dä- remot ger upphov till viss variation. En biosimilar är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt bi- ologiskt läkemedel (det biologiska referenspreparat) men som inte är 100% identiskt. Biologiska läke- medel brukar ha högre pris än syntetiska läkeme- del och används vanligtvis när syntetiska läkeme- dels effekt inte är tillräcklig.

Biologiska läkemedel består oftast av antikroppar riktade mot den pågående inflammationsprocessen i kroppen och ges som injektioner. Behandling med biologiska läkemedel kombineras ibland med and-

ra systemläkemedel, fram för allt metotrexat.

Biologiska läkemedel som är godkända för behandling av psoriasis är riktade mot:

Tumörnekrosfaktor (TNF):

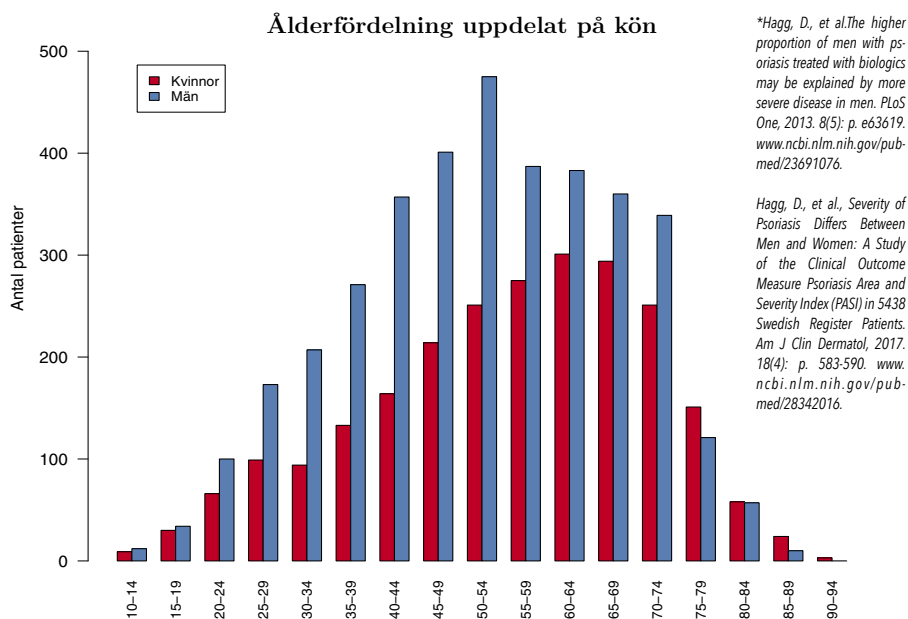
Infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab. Det är bara i denna gruppen där det finns för nuvarande biosimilärer, för: infliximab, etanercept, och sedan hösten 2018 även adalimumab

Interleukiner (IL):

IL-12/23 Ustekinumab (Stelara)
IL-17 Ixekizumab (Taltz)
Brodalumab (Kyntheum)
Sekukinumab (Cosentyx)
IL-23 Tremfya (Guselkumab)

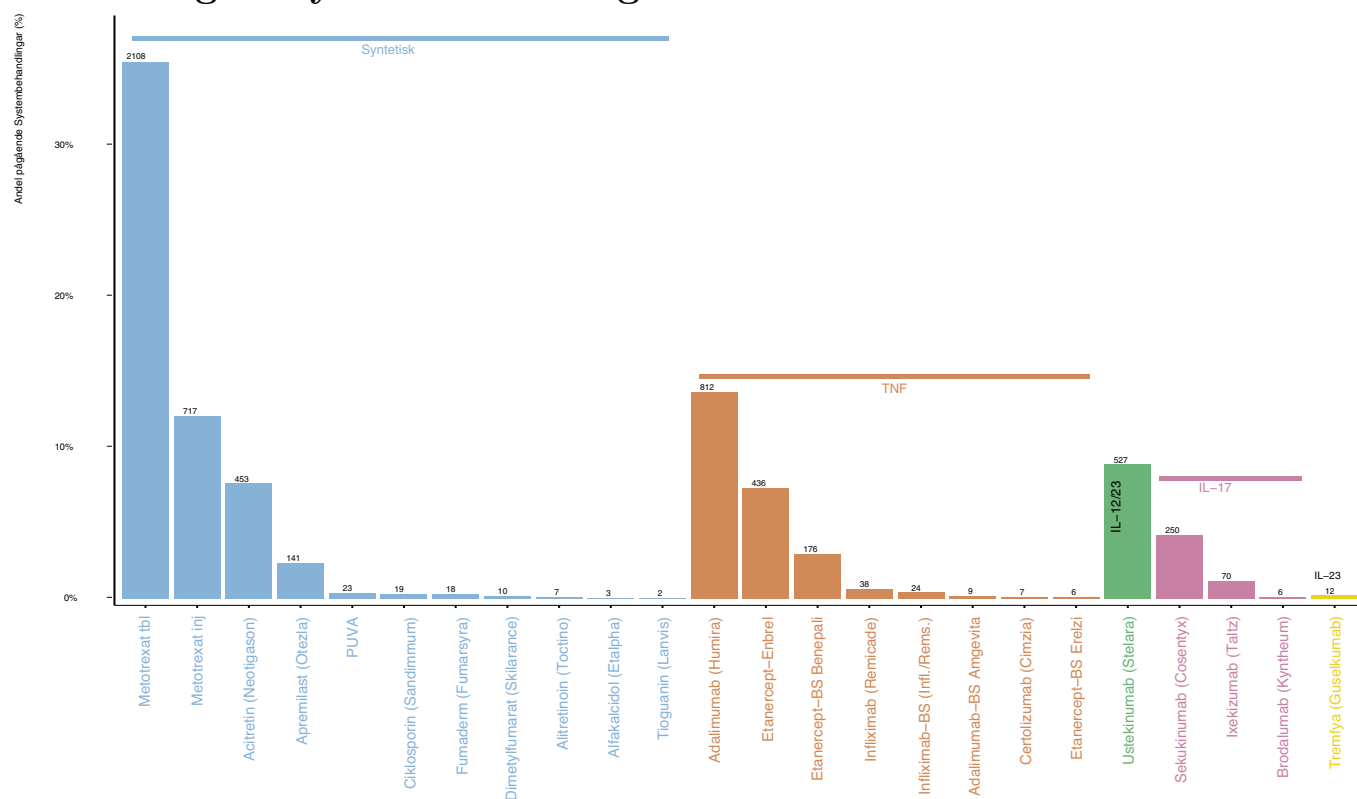
Det sker även en utveckling inom gruppen synte- tiska läkemedel, "Andra generationens syntetiska läkemedel" såsom Apremilast (Otezla) och nu även Dimetylfumarat (Skilarance).

Figurerna baseras på senaste registreringen av alla patienter under kalenderåret 2018.



Figur 2: Åldersfördelning för patienterna i PsoReg, könsuppdelat. Generellt är män överrepresenterade. Detta kan dock bero på att män oftare har en svårare sjukdom.*

Fördelning av systembehandlingar



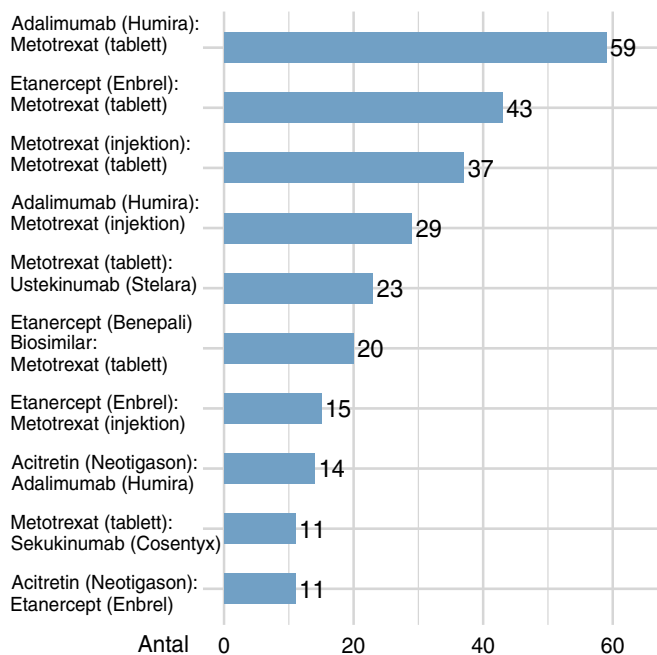
Figur 3: Samtliga pågående systembehandlingar i Psoriasis vid årsskiftet 2018/2019. En patient kan gå på mer än en systembehandling samtidigt*.

Fördelning av systembehandlingar de senaste 5 åren

Systembehandling	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Acitretin (Neotigason)	9.17	9.37	9.21	8.86	8.47	8.50
Adalimumab (Humira)	11.80	12.46	12.76	12.90	13.27	13.51
Alfakalcidol (Etalpa)	0.05	0.04	0.06	0.05	0.05	0.05
Alitretinoin (Toctino)	0.11	0.11	0.10	0.12	0.10	0.09
Apremilast (Otezla)	0.00	0.00	0.93	2.12	2.07	1.95
Certolizumabpegol (Cimzia)	0.00	0.02	0.02	0.02	0.08	0.09
Ciklosporin (Sandimmun)	0.84	0.76	0.73	0.66	0.59	0.63
Dimetylfumarat (Skilarence)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.02
Etanercept-Biosimilar	0.00	0.00	0.00	0.73	2.39	2.13
Etanercept (Enbrel)	10.64	10.55	9.79	8.13	6.96	7.21
Fumaderm (Fumarsyra)	0.64	0.61	0.48	0.41	0.40	0.38
Infliximab-Biosimilar	0.00	0.00	0.00	0.21	0.37	0.40
Infliximab (Remicade)	1.91	1.70	1.51	1.16	0.86	0.91
Ixekizumab (Taltz)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.59	0.52
Metotrexat	58.13	57.15	55.12	52.95	51.15	51.10
PUVA	0.52	0.61	0.54	0.50	0.46	0.51
Sekukinumab (Cosentyx)	0.00	0.00	0.79	2.56	3.49	3.40
Tioguanin (Lanvis)	0.09	0.08	0.06	0.03	0.03	0.03
Ustekinumab (Stelara)	6.10	6.53	7.91	8.60	8.66	8.57
Totalt	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabell 2: Samtliga pågående systembehandlingar i Psoriasis vid respektive årsskifte. Tabellen visar andelen respektive systembehandling i procent.

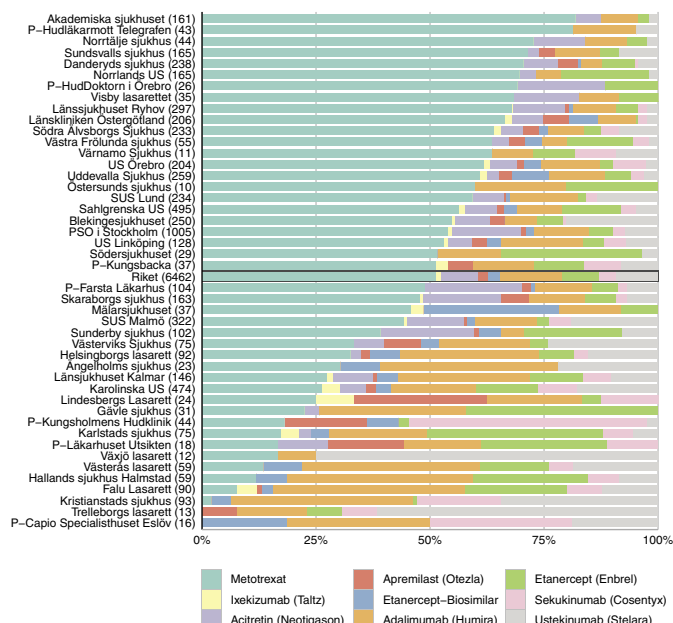
Fördelning av kombinationsbehandlingar



Figur 4: De 10 vanligaste kombinationsbehandlingarna i Psoriasis vid årsskiftet 2018/2019.

Klinikrapport

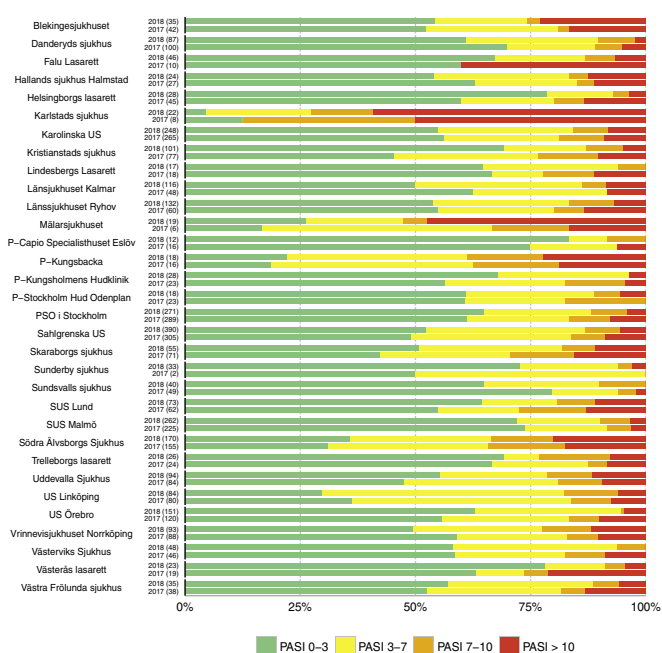
Fördelning systembehandlingar uppdelat på klinik



Figur 5: Fördelning av aktiva systembehandlingar vid årsskiftet 2018/2019. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "Övriga".

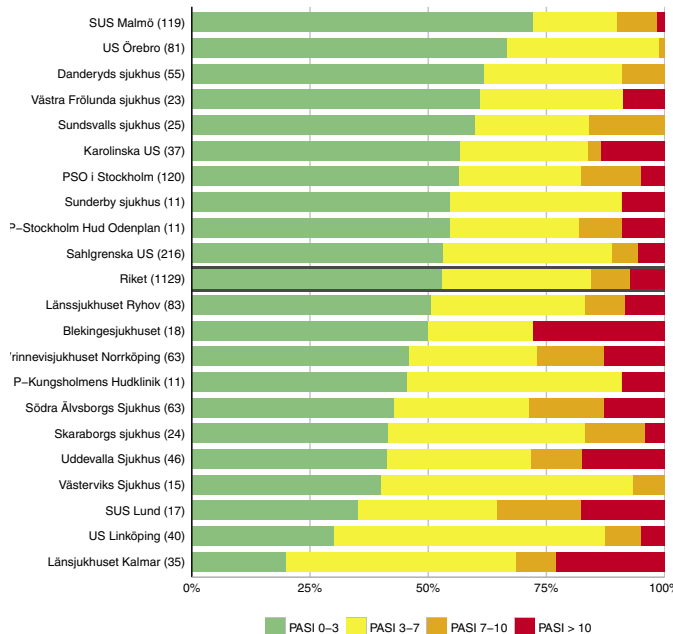
Psoriasis Activity and Severity Index (PASI) är ett kliniskt mått för psoriasis-sjukdomens utbredning och svårighetsgrad. PASI = 0 innebär inga psoriasisfläckar alls och PASI över 10 ses som gränsen till svår psoriasis. Behandlingsmålet PASI < 3 innebär låg sjukdomsaktivitet på en begränsad del av kroppen.

PASI, jämförelse mellan år



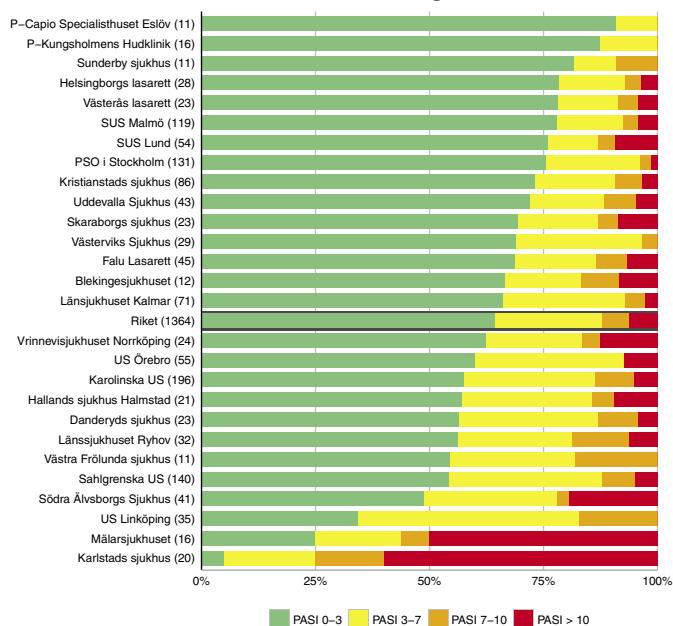
Figur 6: Senaste mätningen av PASI per individ vid respektive år. År 2018 jämförs med år 2017. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik.

PASI, patienter med endast syntetiska läkemedel



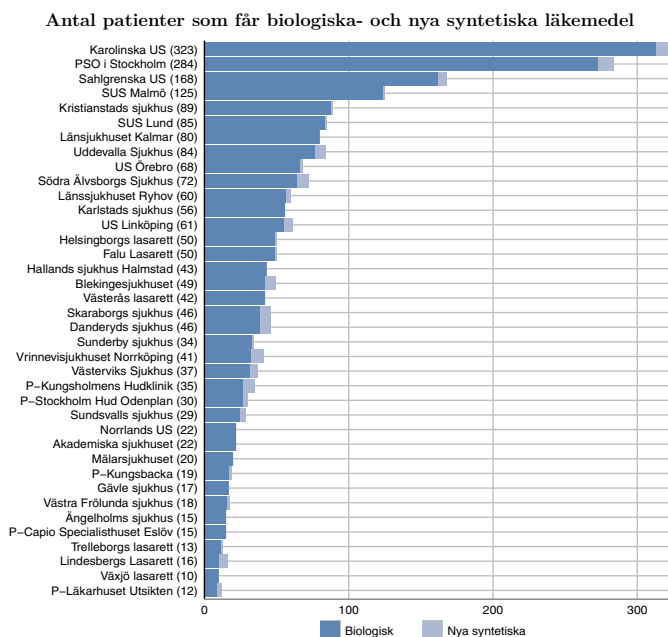
Figur 7: Senaste mätningen av PASI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Detta behandlingsmål uppnås dock bara för runt hälften av patienterna under behandling med syntetiska läkemedel.

PASI, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



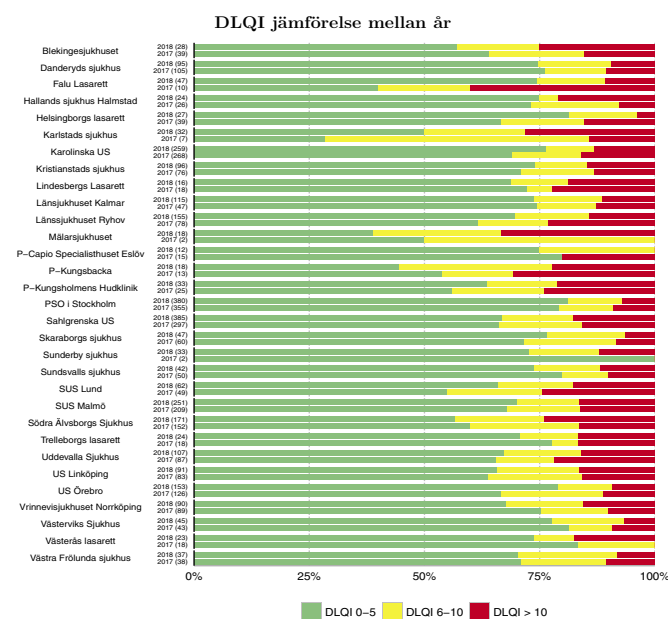
Figur 8: Senaste mätningen av PASI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är bara fyra kliniker där hälften av patienter under biologisk läkemedelsbehandling inte uppnå detta.

Klinikrapport

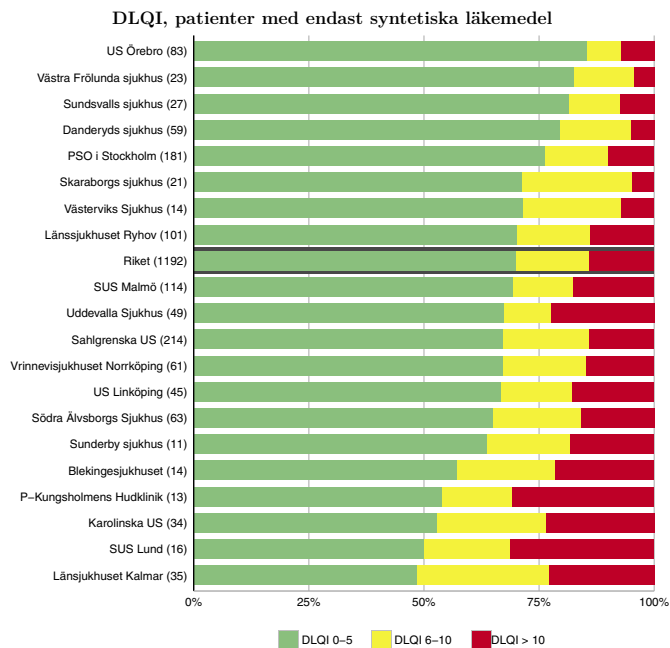


Figur 9: Antal patienter som gick på en biologisk behandling eller en ny syntetisk behandling vid årsskiftet 2018/2019. Nya syntetiska läkemedel; för närvarande ingår endast Apremilast (Otezla) och Dimetylfumarat (Skilarence) i läkemedelsgruppen.

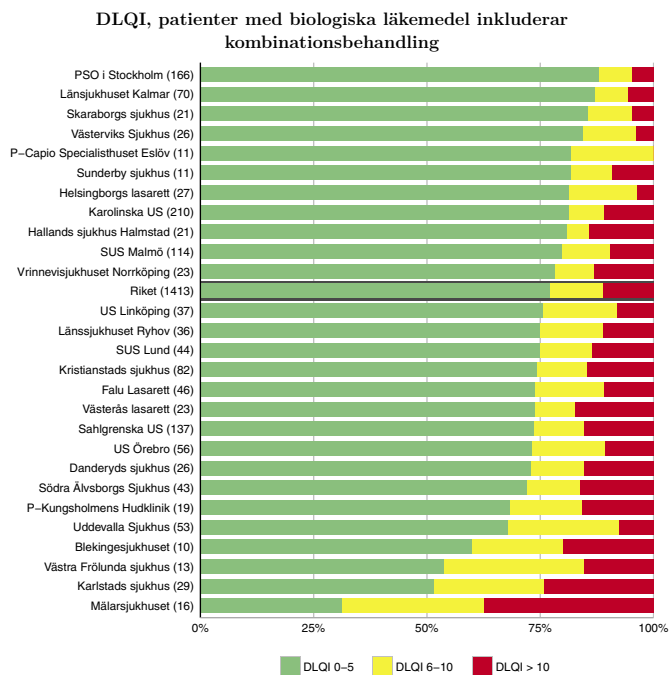
Dermatology Life Quality Index (DLQI) är ett standardiserat formulär angående hur patienten för närvarande upplever psoriasisjukdomens påverkan på sin livskvalitet. Skalan sträcker sig från 0 (vilket innebär ingen påverkan på livskvaliteten) till 30 (vilket innebär maximal påverkan på livskvaliteten). Behandlingsmålet DLQI ≤ 5 innebär liten eller ingen effekt på livskvaliteten.



Figur 10: Senaste mätningen av DLQI per individ vid respektive år. År 2018 jämförs med år 2017. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik.



Figur 11: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är två kliniker där inte ens hälften av patienter under syntetisk läkemedelsbehandling uppnå detta. Under 2017 var det bara två kliniker där trefjärdedelar av patienter uppnått detta. 2018 har däremot fem kliniker uppnått detta.



Figur 12: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Nästan alla kliniker uppnå detta hos över hälften av patienter och hälften av kliniker hos trefjärdedelar av patienter under biologisk läkemedelsbehandling.

Klinikrapport

EQ-5D - Det generiska livskvalitetsmåttet

Q-5D är ett generiskt livskvalitetsmått. Det betyder att EQ-5D ska (idealiskt) skatta påverkan av den hälsorelaterade livskvaliteten av alla sjukdomar. EQ-5D är framtagen av EuroQol gruppen och är baserad på 5 dimensioner:

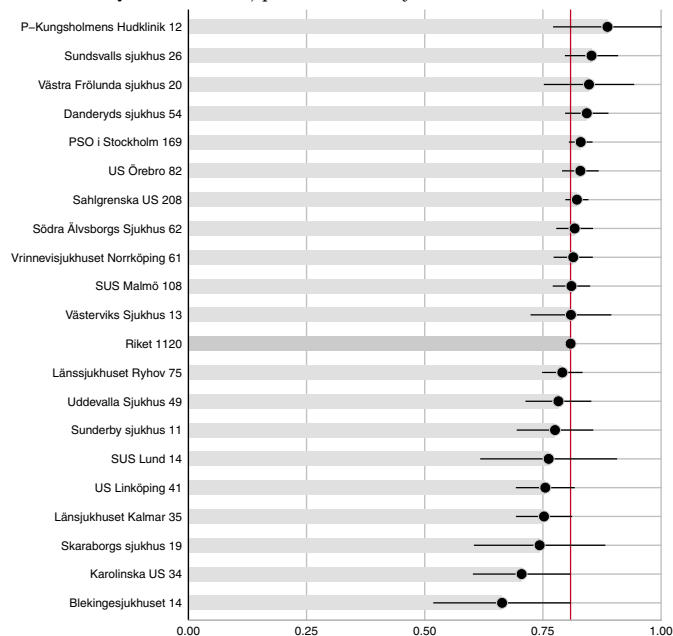
- Rörlighet
- Egenvård,
- Vanliga aktiviteter
- Smärta/obehag
- Ångest/depression

I den klassiska tre-nivåer-versionen av enkäten svarar patienterna hur deras livskvalitet är i dag i 3 nivåer:

- inga problem
- en del eller måttliga problem
- extrema problem

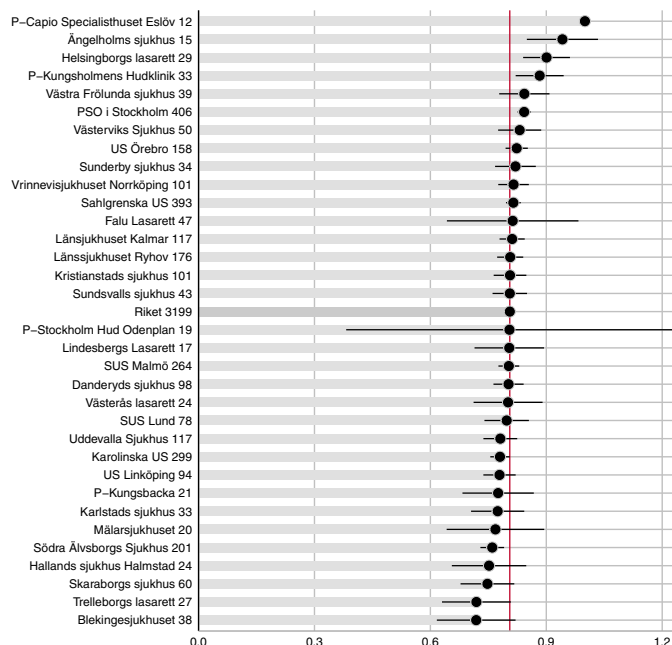
EQ-5D stödjer således ett holistisk synsätt av systemsjukdomen psoriasis. EQ-5D värdet 1 motsvarar fullständig hälsa och 0 sämst tänkbara hälsa. EQ-5D kan även räknas om till kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

EQ-5D klinikinivå, patienter med syntetiska läkemedel



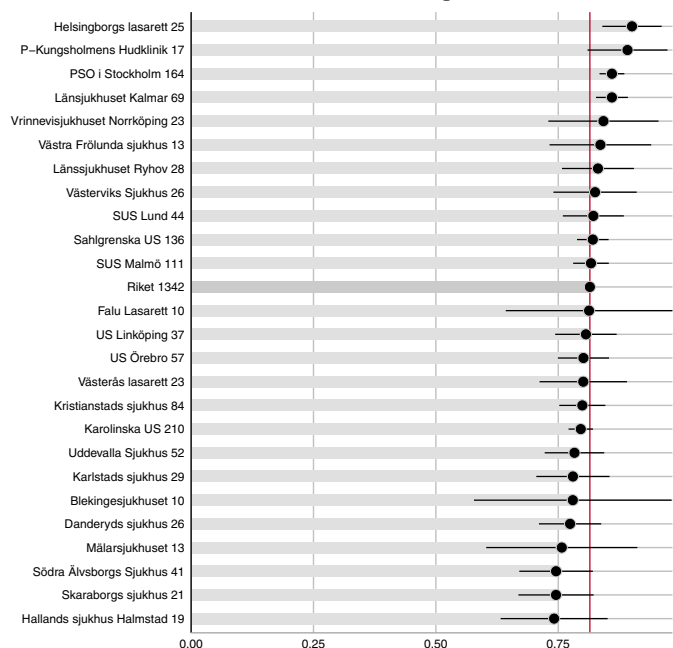
Figur 14: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2018, endast konventionella patienter. Figuren visar medelvärden och konfidensintervall på 95 procent.

EQ-5D klinikinivå



Figur 13: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2018. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent.

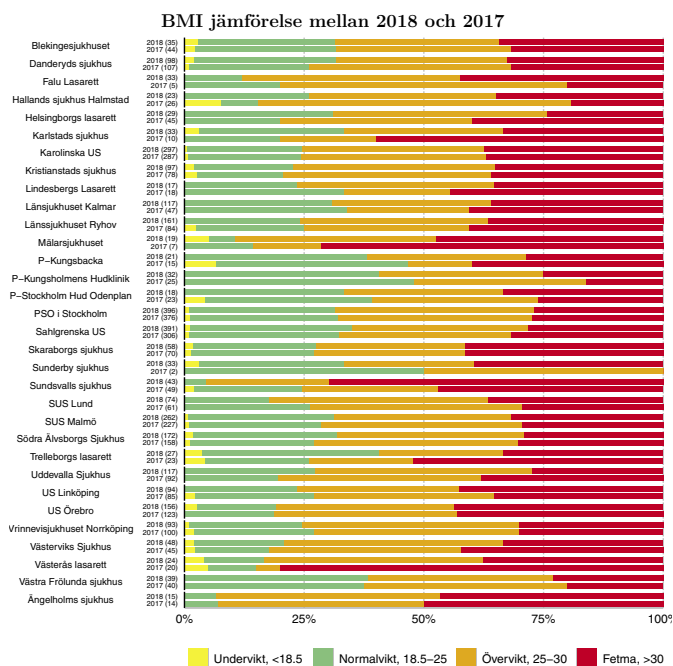
EQ-5D klinikinivå, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



Figur 15: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2018. Figuren visar medelvärden och konfidensintervall på 95 procent.

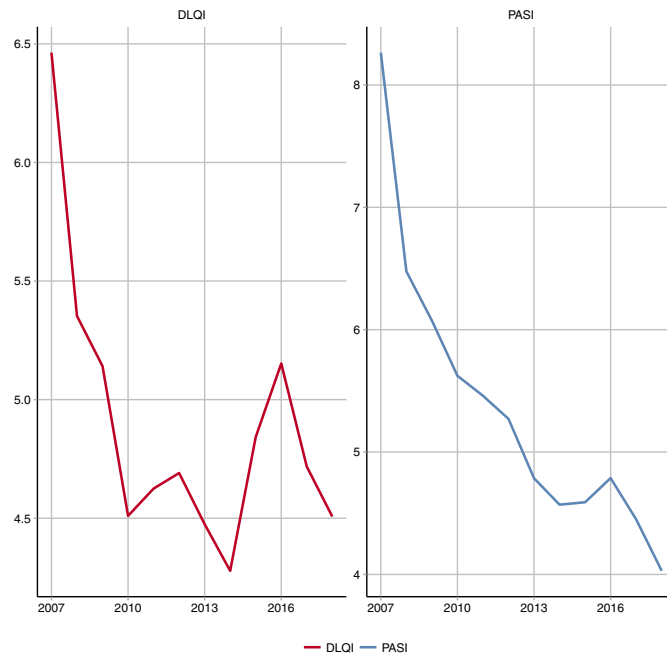
Klinikrapport

12 år PsoReg

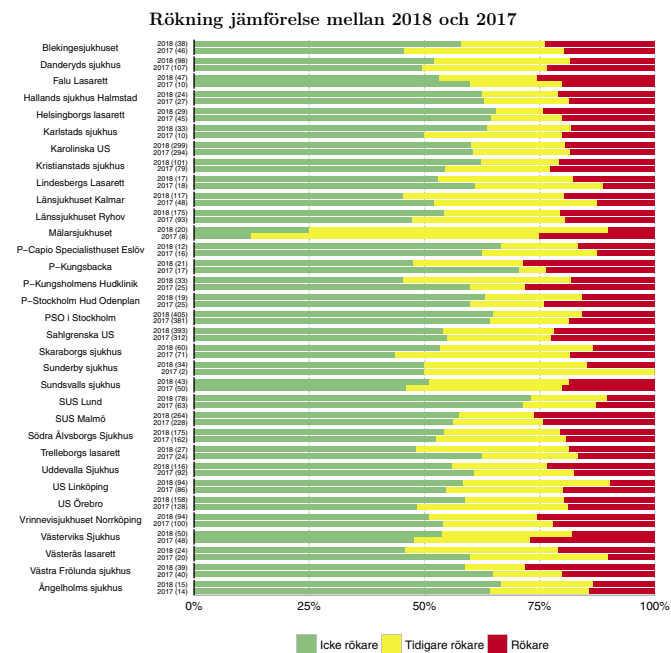


Figur 16: Senaste mätningen av BMI per individ vid respektive år. År 2018 jämförs med år 2017. Figuren visar tydlig behovet av att arbeta med denna frågan, 3/4 delar av patienterna har övervikt eller fetma, medan hälften av individerna i den generella befolkningen har övervikt eller fetma enligt www.folkhalsomyndigheten.se.

Förbättring av utfallsmått sedan 2007

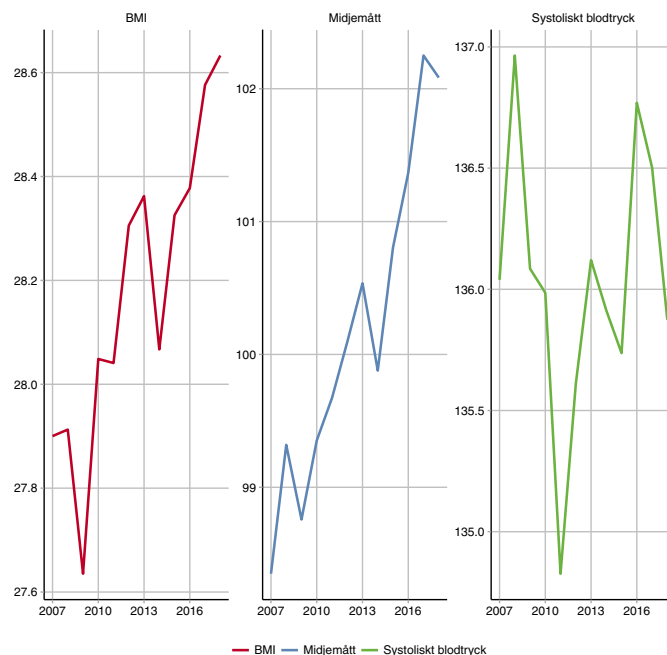


Figur 18: Genomsnittligt DLQI och PASI över tid. Den genomsnittliga PASI rapporterat i PsoReg har sedan starten av PsoReg tills idag halverats.



Figur 17: Senaste mätningen av Rökning per individ vid respektive år. År 2018 jämförs med år 2017. Andelen individer i den generella befolkningen i åldern 16–84 år som upp-gav att de rökte tobak dagligen var 2018 sju procent enligt www.folkhalsomyndigheten.se.

Hälsoparameter sedan 2007



Figur 19: Genomsnittligt BMI, midjemått och systoliskt blodtryck över tid. Figuren visar tydlig behovet av att arbeta med metabol- och kardiovaskulär hälsa.

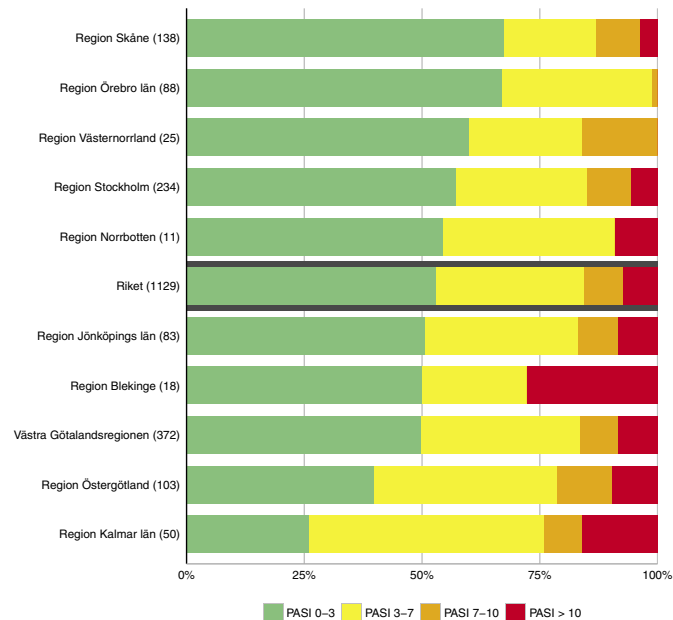
Regionrapport

Regionsrapport - Patienter per Region

Region	Antal patienter
Region Stockholm	1908
Västra Götalandsregionen	1240
Region Skåne	706
Region Östergötland	328
Region Örebro län	275
Region Jönköpings län	248
Region Blekinge	229
Region Kalmar län	195
Region Uppsala	186
Region Västernorrland	159
Region Halland	119
Region Västerbotten	116
Region Norrbotten	106
Region Värmland	68
Region Västmanland	52
Region Dalarna	51
Region Sörmland	36
Region Gotland	35
Region Gävleborg	23
Region Kronoberg	15
Region Jämtland Härjedalen	9
Totalt	6104

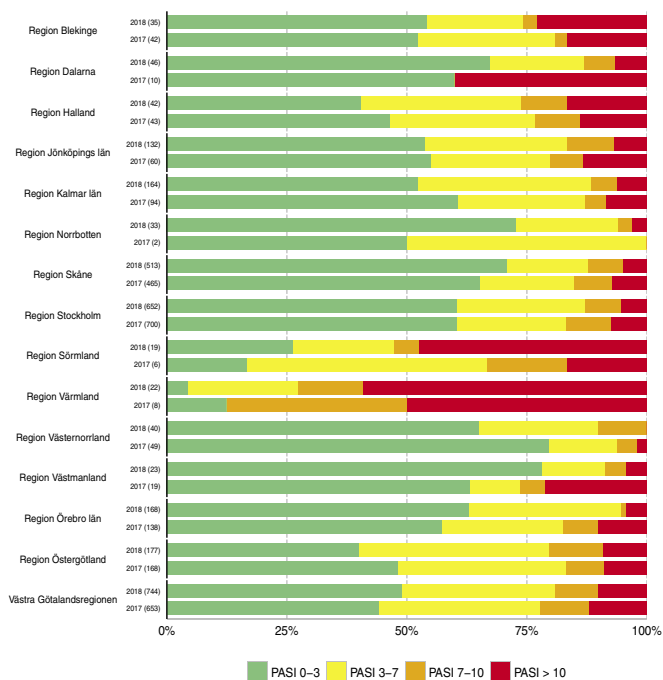
Tabell 3: Antal patienter i Psoreg vid årsskiftet 2018/2019 uppdelat på region.

PASI regionsnivå, patienter med endast syntetiska läkemedel



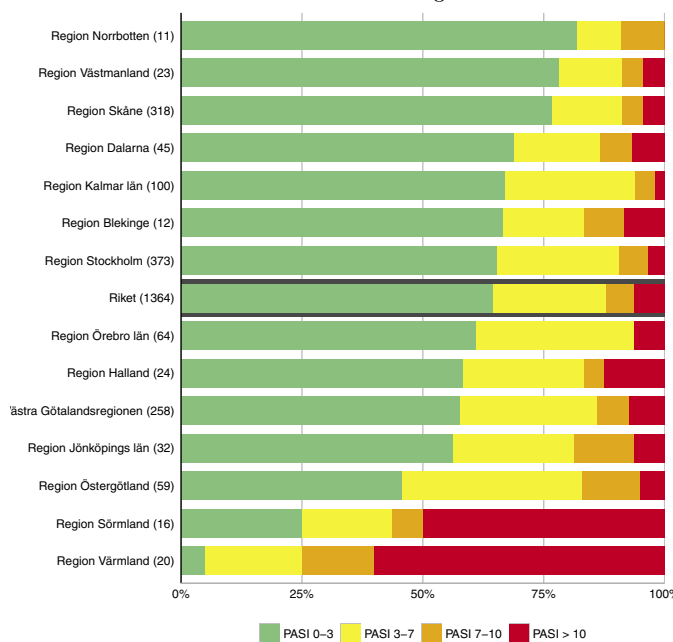
Figur 21: Senaste mätningen av PASI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Detta behandlingsmål uppnås dock bara för runt hälften av patienterna under behandling med syntetiska läkemedel.

PASI regionsnivå, jämförelse mellan år



Figur 20: Senaste mätningen av PASI per individ vid respektive år. År 2018 jämförs med år 2017. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik.

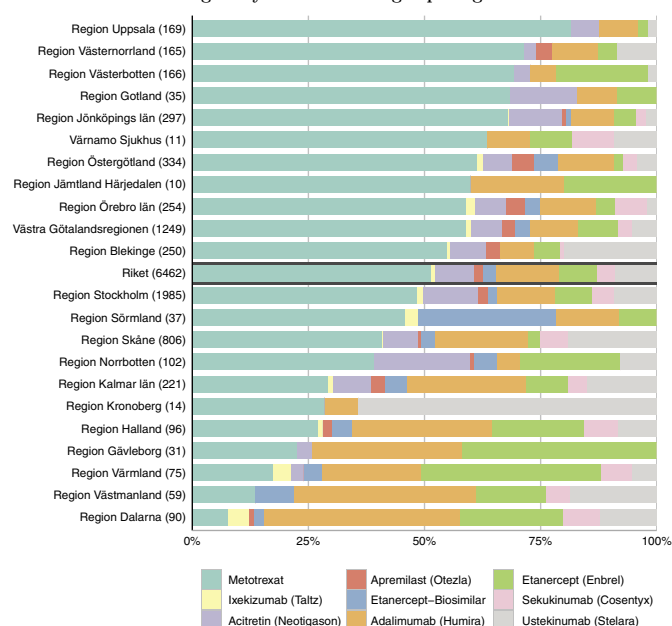
PASI regionsnivå, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



Figur 22: Senaste mätningen av PASI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är bara tre regioner där hälften av patienterna under biologisk läkemedelsbehandling inte uppnå detta.

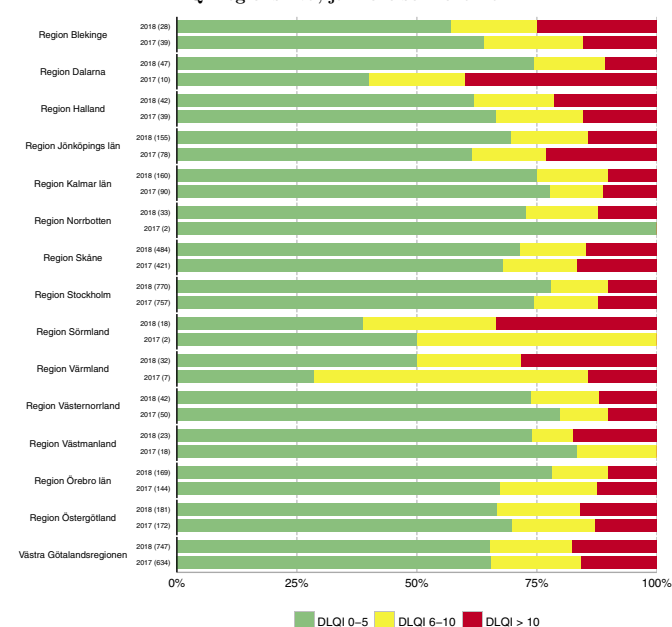
Regionrapport

Fördelning av systembehandlingar på regionsnivå



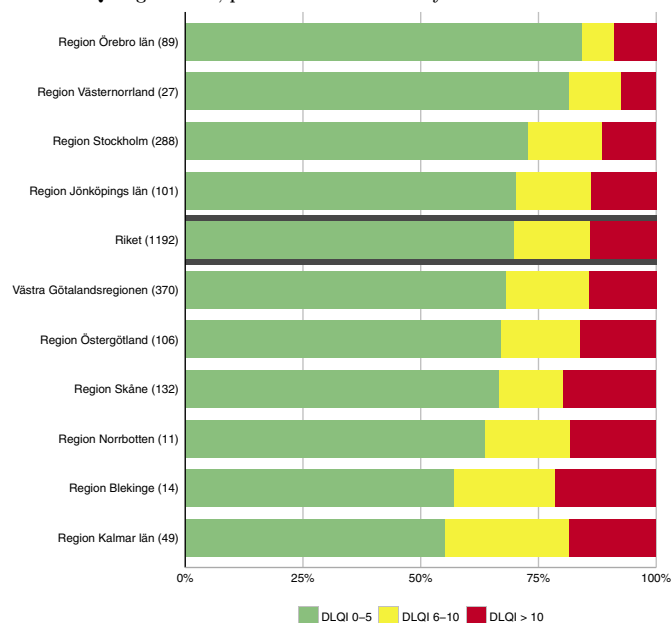
Figur 23: Fördelning av aktiva systembehandlingar vid årsskiftet 2018/2019. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "Övriga".

DLQI regionsnivå, jämförelse mellan år



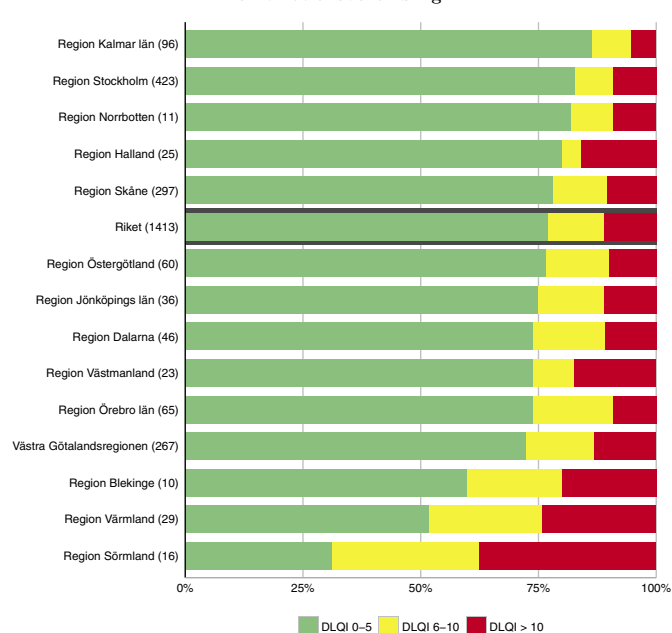
Figur 24: Senaste mätningen av DLQI per individ vid respektive år. År 2018 jämförs med år 2017. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik.

DLQI regionsnivå, patienter med endast syntetiska läkemedel



Figur 25: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är bara två regioner där över 75 % av patienter under syntetisk läkemedelsbehandling uppnå detta.

DLQI regionsnivå, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



Figur 26: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är runt hälften av regionerna där över 75 % av patienter under biologisk läkemedelsbehandling uppnå detta.

Du kan ladda ner hela årsrapporten här: <http://www.psoreg.se/publikationer/>

Annons

Annons

Utlysning av SSDV:s Fortbildningsstipendium 2019

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 stipendiater eller stipendiater ska 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 fi-

nansiera kostnaderna för resa, logi och eventuell kursavgift men inte för att täcka kostnader för stipendiats 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 14 oktober 2019.

Beslutskommittén:

Är ännu inte utsedd. Beslut och meddelande



Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

till pristagarna beräknas till den 31/10. Efter beslut om stipendiat(-er) kommer Janssen-Cilag att få ta del av ansökningarna.

Krav på stipendiater

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



EBDV

European Board of Dermato-Venereology



SSDV utökar antalet bidrag till EU-tentamen

SSDV utdelar ett bidrag till de som planerar att skriva EU-tentamen. Denna organiseras av UEMS-EBDV Board of examination (www.uems-ebdv.org/web/index.php/uems-board-examination) i Frankfurt under två dagar i augusti varje år (**2-3 augusti i år**) och avgiften är på €550.

Eftersom SSDV:s styrelse vill uppmuntra till ett ökat deltagande från Sverige, så beredes möjligheten för fem SSDV-medlemmar att söka bidrag till anmälningsavgiften i år.

Sänd ansökan med kopia av anmälningsblanketten till EU-tentan till SSDV:s kansli: info@ssdv.se.

Sista ansökningsdag är 15 maj 2019 (vilket även är sista dag för ansökan till UEMS-EBDV Board Examination 2019).

Bidraget utdelas enligt principen först till kvarn, så vänta inte för länge!

OBS! Utbetalas efter att tentamen genomförts.



Dermatoskopiquiz

Fall 1 & 2:

I detta nummer av D&V får ni återigen bedöma två kliniskt liknande fall som dock skiljer sig åt morfologiskt vid undersökning med dermatoskopi.

1. Första fallet är inskickat av Emanuela Micu, Vrinnevisjukhuset Norrköping.

Lesionen upptäcktes hos en 77-årig man som har solat mycket under sitt liv. Patienten har tidigare haft två melanom samt flera basaliom. Vid senaste besöket upptäcktes en ny nodulär och mörk hudförändring på ländryggen som var cirka 5 mm i diameter.

2. Andra fallet är en 8 mm stor blåsvart lesion som dök upp 6 månader innan besöket på underbenet hos en 76-årig man.

Skicka gärna era diagnosförslag på fallen 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.

Maila in ditt
svar senast:

19 augusti 2019

John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fall 1:



Fall 2:



Samtliga protokoll från SSDV:s styrelsemöten finns att läsa via hemsidan. Logga in och gå till "Dokument" och vidare till "Protokoll SSDV".

/Styrelsen

Annons

Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopi Quiz från nr 17 • 1/2019

Facit:

I föregående nummer av D&V fick ni bedöma två lesioner med diskret pigmentering.

Första fallet var en rödbrun, något torr och platt 12 mm stor lesion på ryggen hos en 78-årig man. Dermatoskopiskt ses en blandning av rödrosa, vita, bruna och grå färger. I omkringliggande hud ses varierande så kallad "mottled pigmentation" med ett diffust ljusbrunt retikulärt mönster avbrutet av hypopigmenteringar vilket vi känner igen som kroniskt solskadad hud. Detta är av intresse när vi skall bedöma själva lesionen. Tillhör det bruna pigmentnätverket som ses till vänster själva lesionen och bör vi i så fall klassificera lesionen som melanocytär? Eller tillhör nätverket bakgrunden och kan man då även tänka sig andra differentialdiagnoser? Om vi tittar närmare på strukturerna inom lesionen så hittar vi utbredda smala förgrenade/telangiektatiska kärl, vi ser multipla små blågrå dots/globules och vi ser "shiny white strands/blotches" (polariserat ljus). Samtliga fynd stödjer misstanke om **pigmenterad basalcellscancer** vilket också bekräftades histopatologiskt (jag misstänkte superficiell basalcellscancer men patologen bekräftade ett yttligt infiltrativt växtmönster). Med andra ord var pigmentnätverket missledande men självklart bör melanom uteslutas för att kunna erbjuda korrekt behandling.

Andra fallet var en 6 mm stor rödbrun fläck på bröstkorgen hos en 44-årig kvinna. Dermatoskopiskt ses ett kaotiskt multikomponentsmönster med diffus rodnad och hypopigmentering centralt, perifer ljusbrun pigmentering och multipla små och brungrå dots/globules med asymmetrisk distribution. Inom den diffusa rodnaden och hypopigmenteringen kan man ställvis ana smala förgrenade/telangiektatiska kärl som i föregående fall. I de perifera ljusbruna partierna ses inget tydligt pigmentnätverk. Däremot kan man på vissa ställen misstänka att det vi ser är "leaf-like areas" (främst kl. 11). Slutligen kan man undra om de dots/globules vi ser är grå eller bruna. När vi tar hänsyn till kärlen och "leaf-like areas" så

börjar vi nog vilja beskriva färgen på dots/globules som grå eftersom det skulle stämma fint med den diagnos som även bekräftades sedan med PAD: **pigmenterad superficiell basalcellscancer**.

Korrekt diagnos på bägge fallen skickades in av följande skickliga dermatoskopister:

Christina Henriksson,

Södra Älvsborgs Sjukhus

Andrea Wahlberg, Sundsvalls sjukhus

Petra Beckman, Sundsvalls sjukhus

En korrekt diagnos angavs av:

Tove Kaldensjö,

Karolinska Universitetssjukhuset

Philip Curman,

Karolinska Universitetssjukhuset

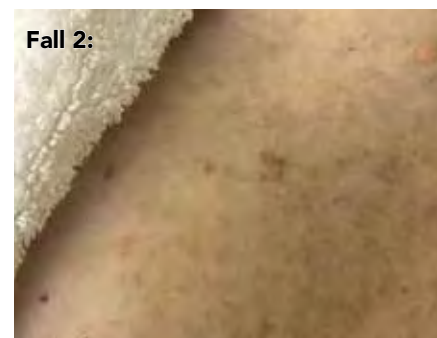
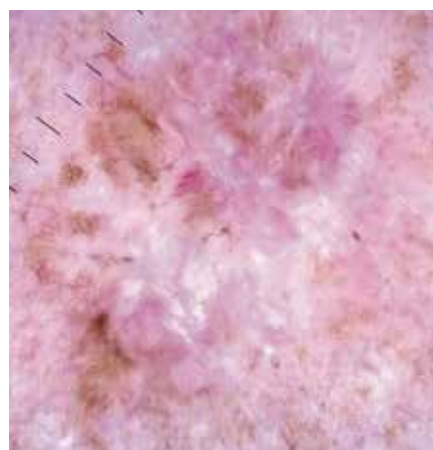
Marta Hubacz, Centrallasarettet Växjö

Agata Bialek, Sundsvalls sjukhus

Tack till alla som skickade in diagnosförslag!

John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



SSDV:s styrelse



Ordförande
Ada Girnita
(Stockholm)



Utbildningsansvarig
Josefin Lysell
(Stockholm)



Utbildningsansvarig, suppleant
Desiree Wiegles Edström
(Örebro)



Vice ordförande
Amra Osancevic
(Göteborg)



ST-representant
Karim Saleh
(Lund)



ST-representant, suppleant
Karolina Rosendahl
(Umeå)



Sekreterare
Susanna Sandberg
(Karlstad)



Ledamot 1
MariHelen Sandström
Falk
(Göteborg)



Ledamot 1, suppleant
Lena Holm
(Stockholm)



Skattmästare
Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)



Ledamot 2
Arne Wikström
(Stockholm)



Ledamot 2, suppleant
Petra Tunbäck
(Göteborg)



Redaktör
Christian Steczko Nilsson
(Örebro)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli
Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer
Birgitta Stymne (Linköping)
Åke Svensson (Malmö)

Revisorssuppleanter
Alberto Aulet (Umeå)
Mikael Tarstedt (Karlskoga)

Representant
Svenska Läkaresällskapet
Ada Girnita (Stockholm)
Amra Osancevic (Göteborg) *Suppleant*

Representanter
för Nationella taxan
Ragnar Jonell (Göteborg)
Mårten Wallhammar (Göteborg)

Valberedning
Virginia Zazo (Umeå)
Sammankallande
Anna Bergström (Uppsala)
Anna Josefson (Örebro)

Ansvarig för hemsidan:
Christian Steczko Nilsson (Örebro)

SSDV:s kalender 2019 - 2022

Yrkesträffen

2019-05-07 09:00 - 17:00
Göteborg, Sverige

34th Nordic Congress of Dermatology and Venereology

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

Euromelanoma-veckan 2019

2019-05-13 - 2019-05-17
Olika orter i hela Sverige

24th World Congress of Dermatology

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

18th ESDaP Congress

2019-06-20 - 2019-06-22
Giessen, Tyskland

29th conference of the European Wound Management Association (EWMA)

2019-07-05 - 2019-07-07
Göteborg, Sverige

AAD Summer Meeting

2019-07-25 - 2019-07-28
New York, USA

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

2019-09-09 - 2019-09-13
Linköping, Sverige

ST-kurs: STI

2019-09-16 - 2019-09-20
Örebro, Sverige

Kurs i Buckybehandling

2019-09-20
Solna, Sverige

ST-kurs: Diagnostik och behandling av hudtumörer

2019-09-23
Göteborg, Sverige

ST-kurs: Bensår

2019-10-02 - 2019-10-04
Skövde, Sverige

28th EADV Congress

2019-10-09 - 2019-10-13
Madrid, Spanien

Regionmöte Uppsala - Örebroregionen med avtackning av Professor Magnus Lindberg

2019-10-17
Örebro, Sverige

Boka fredagen den 18/10 för Malmöbesök

2019-10-18
Malmö, Sverige

6th Nordic Course on Skin Surgery

2019-11-07 - 2019-11-08
Köpenhamn, Danmark

SSDV:s höstmöte för ST-läkare

2019-11-11 - 2019-11-12
Varberg, Sverige

AAD Annual Meeting

2020-03-20 - 2020-03-24
Denver, USA

16th EADV Spring Symposium

2020-04-29 - 2020-05-02
Porto, Portugal

SSDV:s Vårmöte

2020-05-26 - 2020-05-29
Västerås, Sverige

AAD Summer Meeting

2020-08-13 - 2020-08-16
Seattle, USA

29th EADV Congress

2020-09-23 - 2020-09-27
Wien, Österrike

AAD Annual Meeting

2021-03-19 - 2021-03-23
San Francisco, USA

6th World Congress of Dermoscopy

2021-06-10 - 2021-06-22
Buenos Aires, Argentina

AAD Summer Meeting

2021-07-29 - 2021-08-01
New York, USA

30th EADV Congress

2021-10-13 - 2021-10-17
Berlin, Tyskland

AAD Annual Meeting

2022-03-25 - 2022-03-29
Boston, USA

AAD Summer Meeting

2022-07-21 - 2022-07-24
Vancouver, Kanada

31st EADV Congress

2022-09-07 - 2022-09-11
Milano, Italien

