

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 20 • 4/2019



www.ssdv.se

**Ny redaktör • Excisionsmarginaler för melanom
STI-kurs • Venereologisektionens utbildningsdag
EADV rapport • Euromelanoma 2019**



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

Redaktörer:
John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Ansvarig utgivare:
John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Ordförande SSDV:
Ada Girmata
ada.girmata@ssl.se

Hemsida:
ssdv.se

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

Layout:
Elin Ankarskär, elin@mediahuset.se

Annonser:
Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsbild:
Sista svampen för denna höst.
Foto: John Paoli

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

Innehåll	
Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
Operationsmarginal vid högriskmelanom.....	4
ST-kurs i STI i Örebro.....	6
SwedAD - ett nytt nationellt kvalitetsregister.....	8
Ny diagnoskod för bowenoid papulos.....	10
Program Venereologisektionens utbildningsdag.....	12
Pojke med hypopigmenterade hudlesioner.....	14
Rapport från EADV Board.....	15
Euromelanoma 2019.....	18
Omvårdnadsföreläsningar på NCDV.....	21
ST-kurs bensår.....	24
SSDV:s Stiftelse för Internationell Dermatovenereologi.....	25
Hudteckningar.....	29
SSDV:s vårmöte 2020.....	30
Notiser.....	33
Dermatoskopiquiz.....	36
Dermatoskopiquiz - Lösning.....	37
SSDV:s styrelse.....	39
Kalender 2020 - 2022.....	40

Några reflektioner kring medlemstidningen

Med dessa rader inleder jag ett nytt nummer av D & V och gör samtidigt debut som ny redaktör.

Innan sommaren lämnade jag den kliniska vardagen som ST-läkare i hud- och könssjukdomar vid Helsingborgs lasarett för ett par månaders hem-majobb, föräldraledighet. Detta för tredje gången i ordningen. Vår medlemstidning har under dessa månader varit en uppskattad länk till arbetslivet och yrkesrollen. Som ny redaktör funderar jag över vilka funktioner vår medlemstidning kan fylla för oss läsare. Redaktörens inifrånperspektiv sätter mina tidigare läserfarenheter i nytt ljus samtidigt som föräldraledigheten får mig att betrakta mitt arbete genom det intensiva familjelivets filter. Nya roller ger perspektiv på gamla, men det är inte alla gånger som de enkelt kan förenas.

Jag tänker på detta när jag i dunkel belysning famlar efter tänkbara förklaringar till mellansonnens nyttillkomna hudutslag och vid badstranden blir inofficiell hudkonsult åt förskolekompisen. Förutsättningarna att handlägga tillstånden är an-norlunda nu, och en längtan efter mottagningens dermatoskop, skarpa ljuskällor och kloka kollegor gör sig påmind. Tänk om jag ändå haft en spruta lokalbedövning och en 4 mm stans i skötväskan, eller en mentor att rådfråga...

Från karriärens första till sista patientmöte utvecklar vi vår kliniska blick. Undersökningsfynd och sjukhistoria sammanvävs och beskrivs i den medicinska journalen. Samtidigt finns det erfarenheter och reflektioner från yrkesvardagen som inte rymms i en avskalad journaltext. Ibland kan sådana upplevelser delas med kollegorna under kafferasten. Andra gånger behövs distans för att sortera bland intryck och händelser. Beroende på innehåll kan form och forum variera.

Sett ur mitt perspektiv finns det flera funktioner som medlemstidningen kan fylla. Den kan bidra med en känsla av tillhörighet till yrkeslivet för den som befinner sig på distans, utgöra en arena för personliga reflektioner från den kliniska vardagen och vara en mötesplats som överbryggar avstånd mellan kliniker och landsändar. För den vetgige väntar medicinska artiklar och för den med tävlingsinstinkt de återkommande dermatoskopi-quizen. Helt säkert har ni också andra tankar om

Josefin Ulriksdotter



Arbetar som: ST-läkare vid Hudmottagningen Helsingborgs lasarett

Aktuell som: ny redaktör på D & V

tidningens innehåll, den är ju trots allt ett resultat av läsarnas gemensamma bidrag. Det känns roligt att även framöver få ta del av dem, då i egenskap av redaktör. Eftersom det är en ny roll för mig känns det tryggt att ha två erfarna redaktörskollegor vid min sida.

I detta nummer

I handen håller ni ett rykande färskt nummer av D & V. Det bjuder på hudteckningar av Ylva Lundquist, klara besked kring excisionsmarginaler vid högriskmelanom och en beskrivning av ett ovanligt patientfall, bara för att nämna några spännande inslag.

Jag vill avslutningsvis passa på att önska er alla en riktigt God Jul och ett Gott Nytt År! Jag ser med nyfikenhet fram emot 2020 och med detta också en ny årgång av D & V!

På återseende!



Josefin Ulriksdotter

Redaktör

josefin.ulriksdotter@skane.se
josefin-u@hotmail.com

Annons

Dermatologi 2019 mellan restnoteringar och nya lagförslag

Det är klockan 5 på morgonen, barnet knackar på dörren, kinderna är knallröda, tårarna rinner och han kan knappt prata. "Mamma det gör jätteont i halsen". Suck, tar honom i famnen. Han är glödande varm och skulle utan problem kunna värma upp hela huset... Går upp, han får en Alvedon, jag ringer till skolan och anmäler frånvaro. Klart att svalgodlingen visar streptokocker och min snälla husläkare skriver recept på antibiotika samt Brufen-lösning med apelsin-smak. Går till apoteket, visst har de antibiotika, däremot får jag ringa till vårdcentralen och undra varför de har skrivit Brufen, "vet doktorn inte att den är restnoterad?". Jag blir förbannad, jag vet att min stackars kollega på vårdcentralen inte kan veta vad som är restnoterat eller inte, vi har samma problem med dermatologiska läkemedel som lyser med sin frånvaro. Tänker svara lite hårt men inser att jag inte kommer att ändra apotekarens beteende i alla fall. Tackar snällt för tipset och drar hem. På väg hem plingar det i mobilen och jag får en snygg bild på vår sjukhus-hylla som äntligen är påfylld med Betnovat med chinosform...

Från SSDV:s sida har vi kontaktat Läkemedelsverket och frågat vad som egentligen händer med alla de här restnoteringarna. Kan man förebygga på något sätt? Det visade sig att i Läkemedelsverkets nuvarande uppdrag ingår inte att säkra upp tillgången på läkemedel. De har inte heller möjlighet att tvinga företag att tillverka eller tillhandahålla läkemedel. Det är läkemedelsföretagen som själva väljer om de vill introducera eller sluta marknadsföra sina produkter i Sverige. I dagsläget har Läkemedelsverket däremot i uppdrag att vid restnoteringar/bristsituationer samla in och sprida den information om godkända läkemedel som vi får in från läkemedelsföretagen, samt att ge råd om möjliga behandlingsalternativ när sådana finns. Läkemedelsverket har även ett pågående uppdrag av regeringen att se över och förbättra samordning av aktörer och information vid kritiska bristsituationer. De har också under detta år jobbat med att hantera och bevilja dispenser för att i möjligaste mån undvika att eventuella bristsituationer uppstår på grund av ett eventuellt Brexit.

Ett annat hett ämne denna höst är förslaget om en ny lag om estetiska ingrepp. Detta är nu på remiss till specialiteterna som är direkt påverkade

av lagen. I nya lagen ställer man kompetenskrav på utförarna. Endast den som är legitimerad läkare och har bevis om specialistkompetens inom adekvat specialitet får utföra ett estetiskt kirurgiskt ingrepp. Endast den som har legitimation som läkare, tandläkare eller sjuksköterska får utföra en estetisk injektionsbehandling. Regeringen får meddela föreskrifter om att även annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än de som anges i första och andra styckena får utföra estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar. I förslaget anges också en gräns på 18 år på patienterna/kunderna. Svensk Plastikkirurgisk Förening (SPKF) tycker dock i deras remissvar att "formuleringen vilket innebär att personer under 18 inte får genomgå plastikkirurgiska ingrepp" är olycklig, då sådan behandling utförs dagligen i offentlig vård, t.ex. operation av utstående öron på personer som är under 18 år. Det bör framgå i lagtexten att när behandlingen utgörs av kirurgi som inte utförs uteslutande i skönhetssyfte kan den utföras av legitimerad läkare med relevant specialistkompetens såväl i privat som i offentlig sektor". Fortsättning följer.

Varma hälsningar



Ada Girnita
Ordförande SSDV
ada.girnita@ki.se



Förstärkningen till redaktionen

Med detta nummer introducerar vi vår nya redaktör, Josefin Ulriksdotter, Helsingborg. Med ett stort intresse för ord och text kommer hon att bli en stor tillgång för oss på redaktionen i arbetet med kommande nummer av Dermatologi & Venereologi.

Vi vill hälsa Josefin varmt välkommen!



Två centimeter säker operationsmarginal vid högriskmelanom

Kirurgi är standardbehandlingen vid primärt malignt melanom. En studie vid Karolinska Institutet visar nu att 2 cm operationsmarginal är lika säkert som 4 cm. I studien, som nyligen är publicerad i *Lancet*, ingår över 900 patienter med en uppföljningstid på i genomsnitt 19 år.

Malignt melanom är en av de mest aggressiva formerna av hudcancer och har ökat snabbt i Sverige på senare år. År 2017 fick 4 139 personer i Sverige malignt melanom i huden. Cancerformen är den sjätte vanligaste hos män och den femte vanligaste hos kvinnor. Trots folkhälsokampanjer ser vi patienter där tumören vuxit sig tjock vid diagnos och prognosen är då sämre.

Tidig upptäckt och operation av den primära tumören är avgörande för överlevnaden. Vid tidiga melanom som mäter ≤ 1 mm i mikroskopisk tumörtjocklek är den relativa 5-årsöverlevnaden hög (omkring 99 procent) [1]. Prognosen försämras avsevärt vid stigande tumörtjocklek och den relativa 5-årsöverlevnaden varierar mellan 82 och 94 procent vid högrisktumörer som mäter > 2 mm i mikroskopisk tumörtjocklek. Ökande tumörtjocklek enligt Breslow, förekomst av mikroskopisk ulceration i tumören, högre ålder och manligt kön är korrelerade till sämre överlevnad i sjukdomen och är de viktigaste prognostiska faktorerna vid icke-metastaserat melanom [1]. Idag undersöks majoriteten av dessa patienter även med sentinel nodebiopsi som är viktig för prognostisering och stadieindelning.

Avsaknad av evidens för mindre resektionsmarginaler

Samtliga större randomiserade kliniska prövningar har analyserat marginaler vid kirurgin och inte histopatologiska resektionsmarginaler. År 1907 kom den första rekommendationen att melanom bör excideras med mycket breda marginaler. Mer än ett sekel senare kvarstod osäkerheten om lämpliga kirurgiska excisionsmarginaler. Stora huddefekter ger dåligt funktionellt och kosmetiskt resultat, medan små marginaler kan riskera överlevnaden. Här



finns ett viktigt avvägande. Det har emellertid saknats resultat från randomiserade kliniska studier som fastslår att stora marginaler faktiskt minskar risken för lokala recidiv eller förbättrar överlevnaden. I en Cochrane-rapport från 2009 konstaterades att existerande evidens från kliniska prövningar inte var tillräcklig för att avgöra optimala operationsmarginaler vid melanom vilket även uppmärksammades i en nylig metaanalys [2,3]. I en långtidsstudie publicerad 2016 som undersökt 1 cm mot 3 cm kirurgisk marginal vid högriskmelanom visade man att 1 cm inte var säker då man kunde påvisa en minskad melanomspecifik överlevnad för denna grupp.

Många centra i världen har minskat operationsmarginalens storlek från 4 cm till 2 cm, trots brist på evidens [4,5].

Operationsmarginal – 2 cm jämfört med 4 cm

Mellan åren 1992 och 2004 randomiserades patienter med primära högriskmelanom, d.v.s. > 2 mm i tumörtjocklek enligt American Joint Committee Melanoma Staging (AJCC) 7, inom ramen för en internationell studie till be-

handling med antingen 2 eller 4 cm marginal [6]. Studien utgick från Karolinska Institutet och presenterades i *The Lancet*, 2011 [7]. Det primära utfallsmåttet var överlevnad. Totalt inkluderades 936 patienter (465 till 2 cm och 471 till 4 cm), och efter en uppföljningstid på 6,7 år fanns ingen skillnad i överlevnad. För att ytterligare säkerställa resultaten gjordes en subgruppsanalys på den svenska kohorten (644 patienter) och vi kunde då nå en uppföljningstid på 11,8 år (IQR 9,3-14,8). Inte heller här såg vi någon skillnad i överlevnad mellan grupperna (Log-rank $p=0,84$). Vi kunde då konkludera att överlevnaden inte skiljde sig mellan grupperna med än större säkerhet.

Långtidsuppföljning

Tidigare randomiserade prövningar som jämfört 1 cm eller 2 cm operationsmarginal med 3 cm, 4 cm eller 5 cm för melanom i stadium II har visat överensstämmande resultat (det vill säga i princip att en mindre marginal är säker) i de primära analyserna men var baserade på färre patienter och kortare samt mindre fullständig uppföljning [8,9]. Oroande är dock att en ny långtidsuppföljning av Hayes et al.

2016 [10] visade att 1 cm marginal inte var säker för melanom >2 mm när man analyserade melanom-specifik överlevnad. Vi ville därför se långtidsresultaten från vår kohort och har nu undersökt om 2 cm är en säker marginal, även på lång sikt för melanom >2 mm i tumörtjocklek [11]. Samma patientgrupper har alltså nu analyserats igen efter en uppföljningstid på 19,6 år.

Genom register- och journalgenomgång i Sverige, Danmark, Norge och Estland har vi lyckats hitta dödsdatum och dödsorsak (melanomspecifik död eller död av annan orsak) för alla patienter utom två. Efter 235 månader (kvartilavstånd [IQR] 200–260) var 621 dödsfall rapporterade: 304 i 2 cm-gruppen jämfört med 317 i 4 cm-gruppen (hazardkvot [HR] 0,98, 95 procents konfidensintervall [95KI] 0,83–1,14, $p = 0,75$) (Figur 1a-b). Av dessa hade 397 patienter avlidit i melanom: 192 i 2 cm-gruppen och 205 i 4 cm-gruppen (HR 0,95, 95KI 0,78–1,16, $p = 0,61$). Det fanns alltså ingen statistiskt säkerställd skillnad i överlevnad mellan grupperna, oavsett dödsorsak. Resultaten kvarstod även när vi tagit hänsyn till andra faktorer som påverkar prognosen, såsom tumörtjocklek, kön och histopatologisk typ.

Sammanfattning

Vi fann att en operationsmarginal på 2 cm är säker för primärt högriskmelanom med tumörtjocklek >2 mm, och studien har den längsta uppföljningstiden i världen. Även en operationsmarginal på 2 cm medför ökad morbiditet jämfört med marginaler på 1 cm. I en pilotstudie (MelMarT) från Australien/Nya Zeeland jämförs nu 1 cm och 2 cm marginal vid intermediär- och högriskmelanom vid 17 centra i världen. Det kommer dock att dröja många år innan dessa resultat är tillgängliga men till dess kan 2 cm marginal nu bekräftas vara säker.



Onkologisk behandling

Oavsett typ av kirurgi är återfallsrisken hög för patienter med tjocka melanom. Exempelvis har patienter med melanom >4 mm med påvisad ulceration (stadium IIC enligt AJCC 8) sämre prognos än lymfkörtelmetastaserad (stadium IIIA) sjukdom [1]. Den relativa 5-årsöverlevnaden för stadium IIC (82 %) är jämförbar med melanom med begränsat antal makroskopiska lymfkörtelmetastaser i stadium IIIB (83 %) som idag rekommenderas adjuvant systemisk onkologisk behandling med checkpointhämmare alternativt med målsökande terapi som är möjligt vid BRAFV600-positiv sjukdom. Data för adjuvant systemisk behandling är begränsad för melanom >2 mm utan metastasering men randomiserade internationella kliniska prövningar, bland annat med checkpointhämmare i monoterapi, pågår eller ska initieras. Det finns därför ett tydligt behov av att hitta markörer för att identifiera de patienter som skulle gagnas av dessa behandlingar eller där enbart operation är tillräcklig.

Hanna Eriksson,

med dr, specialläkare, institutionen för onkologi-patologi, Karolinska institutet; Tema cancer, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, hanna.eriksson@sll.se



Peter Gillgren,

docent, överläkare, institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska Institutet; kirurgkliniken, Södersjukhuset, Stockholm, peter.gillgren@sll.se



Referenser

- Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross IM, Lazar AJ, Faries MB, Kirkwood JM, McArthur GA, Haydu LE, Eggermont AMM, Flaherty KT, Balch CM, Thompson JF. CA Cancer J Clin. 2017 Nov;67(6):472–492. doi: 10.3322/caac.21409.
- Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, et al. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. Cochrane Database Syst Rev 2009; 4: CD004835.
- Wheatley K, Wilson JS, Gaunt P, Marsden JR. Surgical excision margins in primary cutaneous melanoma: a meta-analysis and Bayesian probability evaluation. Cancer Treat Rev 2016; 42: 73–81.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: melanoma (version 1.2017). 2017. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/aml.pdf (accessed March 24, 2019).
- National Institute for Health and Care Excellence. Melanoma: assessment and management. July 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng14> (accessed March 24, 2019).
- Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ, Atkins MB et al. J Clin Oncol. 2001 Aug 15;19(16):3635–48.
- Gillgren P, Drzewiecki KT, Niin M, Gullestad HP, Hellborg H, Månsson-Brahme E, Ingvar C, Ringborg U. Lancet. 2011 Nov 5;378(9803):1635–42. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61546-8.
- Efficacy of 2-cm surgical margins for intermediate-thickness melanomas (1 to 4 mm). Results of a multi-institutional randomized surgical trial. Ann Surg 1993; 218: 262–67.
- Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Hern R, et al. Excision margins in high-risk malignant melanoma. N Engl J Med 2004; 350: 757–66.
- Hayes AJ, Maynard L, Coombes G, et al. Wide versus narrow excision margins for high-risk, primary cutaneous melanomas: long-term follow-up of survival in a randomised trial. Lancet Oncol 2016; 17: 184–92.
- Uttjes D, Malmstedt J, Teras J, et al. 2-cm versus 4-cm surgical excision margins for primary cutaneous melanoma thicker than 2 mm: long-term follow-up of a multicentre, randomised trial. Lancet 2019; published online July 4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31132-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31132-8).

ST-kurs i STI i Örebro

Det finns kurser och så finns det kurser en kommer att minnas länge. Till det senare hör STI-kursen om venereologi för blivande specialistläkare, arrangerad av My Falk och Christian Steczko Nilsson vid Universitetssjukhuset i Örebro den 16-20 september i år.

Kursen bjöd på många intressanta föredrag (se lista på s.7). Det måste dock framhållas att en annan viktig sak på en kurs som denna är att man får möjligheten att träffa andra kollegor och kan utbyta erfarenheter sinsemellan. Det sörjdes förtjänstfullt för detta i Örebro, inte

bara genom falldiskussioner och grupparbeten, utan också vid fika- och matpauser. Det engagemang och den glädje som visades av såväl kursledning, föredragshållare som deltagare vittnar om ämnets betydelse för alla inblandade.

Den största medicinska nyheten under veckan var beslutet att från och med hösten 2020 ska humant papillomvirus (HPV) -vaccination för pojkar införas i hela landet. Det beräknas förebygga upp till 130 cancerfall per år. Pojkar kan också smittas av papillomvirus. Det var en kunskap som man beaktade när man 2010

införde vaccination för flickor. Sedan 2010 har flickor fått HPV-vaccin för livmoderhalscancer, men nu ska även pojkar vaccineras och det är för att förebygga cancer i svalg, penis och anus.

Den glada festen på slottet satte punkt för kursen på ett utmärkt vis och ingen annan middagsunderhållning hade passat bättre än Fashion Packs bejublade dragshow.

Vi får hoppas att detta inte är sista gången en kurs som denna anordnas vid Universitetssjukhuset i Örebro.

Annons

Föredragshållare:**Lena Moegelin**

- KSK och sexologi.

Magnus Unemo

- Klamydia och gonorré ur ett mikrobiologiskt perspektiv.

Tomas Jerlström

- Basal urologi.

Petra Tunbäck

- Genital herpes och syfilis.

Tomas Richtnér

- Gonorré.

Martin Widlund och Anna-Mia Ekström

- HIV.

Christian Steczko Nilsson

- Diaklinik.

Lovisa Bergengren

- Cervixdysplasier och bakteriell vaginos.

Ann-Christine Nilsson

- Candida och antikonception.

Göran Bratt

- Sexuellt överförbara sjukdomar och MSM.

Mats Holmberg

- Andrologi.

Jörgen Skov Jensen

- Mycoplasma genitalium.

Gunlög Rasmussen

- Smittskyddslagen.

Siv Holmblad

- Smittspårning.

My Falk

- Klamydia och ospecifika uretriter.

Arne Wikström

- HPV

Elisabet Nylander

- Vulvasjukdomar.

Finn Filén

- Lymfogranuloma venereum.

**Lotta Gustafsson**Hudmottagningen
Skånes Universitetssjukhus, Lund

SwedAD – ett nytt nationellt kvalitetsregister för systembehandlad atopisk dermatit

Under 2018 introducerades det första biologiska läkemedlet med indikationen atopisk dermatit (AD). Framtidsspaning visar att ett flertal nya systemiska behandlingar på samma indikation sannolikt kommer att bli tillgängliga under kommande år. För att utvärdera nyttan av befintliga och nya läkemedel på individ- och samhällsnivå krävs strukturerad uppföljning. Sedan den 1 september 2019 finns SwedAD – ett nationellt kvalitetsregister för systembehandlad atopisk dermatit.



För snart två år sedan möttes företrädare för hudverksamheterna på landets universitetskliniker för att diskutera upprättandet av ett nationellt register för systembehandlad AD. Detta föranleddes av att ett sådant register länge efterfrågats, lanseringen av det biologiska läkemedlet dupilumab och en förväntan på ytterligare nya systemiska behandlingar i en nära framtid. Om läkemedelsutvecklingen inom AD stod inför samma utveckling som skett i psoriasisvården under det gångna decenniet behövde professionen stå rustad för att mäta och presentera nya terapiers effekt. Systematisk uppföljning och utvärdering av nya, ofta dyra, läkemedel är en förutsättning för evidensbaserad, jämlik och kostnadseffektiv sjukvård och ett krav för att samhället skall satsa sina resurser.

På ett tidigt stadium informerades SSDV om gruppens intention att skapa ett register för systembehandlad AD med nationell ansats och ställde sig positiva till det. Gruppen bestod ursprungligen av medlemmar från landets universitetskliniker och har under de två år som arbetet fortlöpt utökats med representanter från Södersjukhuset, privat dermatologi och patientorganisationen Atopikerna. Denna sammanslutning har fått namnet SwedAD:s nationella styrgrupp.

Det stod snart klart att ett nationellt kvalitetsregister bäst motsvarade de krav som styrgruppen ställde på ett register; bred täckning, transparens och användbarhet i patientmöten, kvalitetsarbete och forskning. Beslutet att upprätta ett nationellt kvalitetsregister fattades med vetskap om att processen vanligen

är mycket arbetskrävande och kan ta lång tid, både vad gäller förarbete och implementering på bred front. En stor fördel var dock det redan etablerade och välfungerande lokala AD-registret på Karolinska universitetssjukhuset som kunde fungera som bas. Med vissa modifikationer kunde registret anpassas till regelverket för ett nationellt kvalitetsregister och harmoniseras med andra liknande initiativ i Europa. Karolinska universitetssjukhusets register används i det dagliga kliniska arbetet där det utgör ett överskådligt komplement till journalen för både läkare, vårdpersonal och patient och vid forskning. En annan fördel var att styrgruppen på ett tidigt stadium konsulterade expertis från QRC Stockholm – Kvalitetsregistercentrum som kunde lotsa oss genom den formalia och byråkrati som krävs för att starta ett nationellt kvalitetsregister.

SwedADs organisation

SwedAD är ett nationellt kvalitetsregister för systembehandlad AD som inledningsvis kommer att börja användas på landets universitetskliniker samt på Södersjukhuset i Stockholm. Alla nationella kvalitetsregister skall ha en myndighet som ansvarar för hanteringen av personuppgifter. Detta myndighetsansvar kallas CPUA (centralt personuppgiftsansvar) och är för SwedAD förlagt till Karolinska universitetssjukhuset. Det löpande registerarbetet leds av registerhållarna och överläkarna Maria Bradley (Karolinska universitetssjukhuset), Emma Johansson (Södersjukhuset) och ställföreträdande registerhållare, biträdande över-

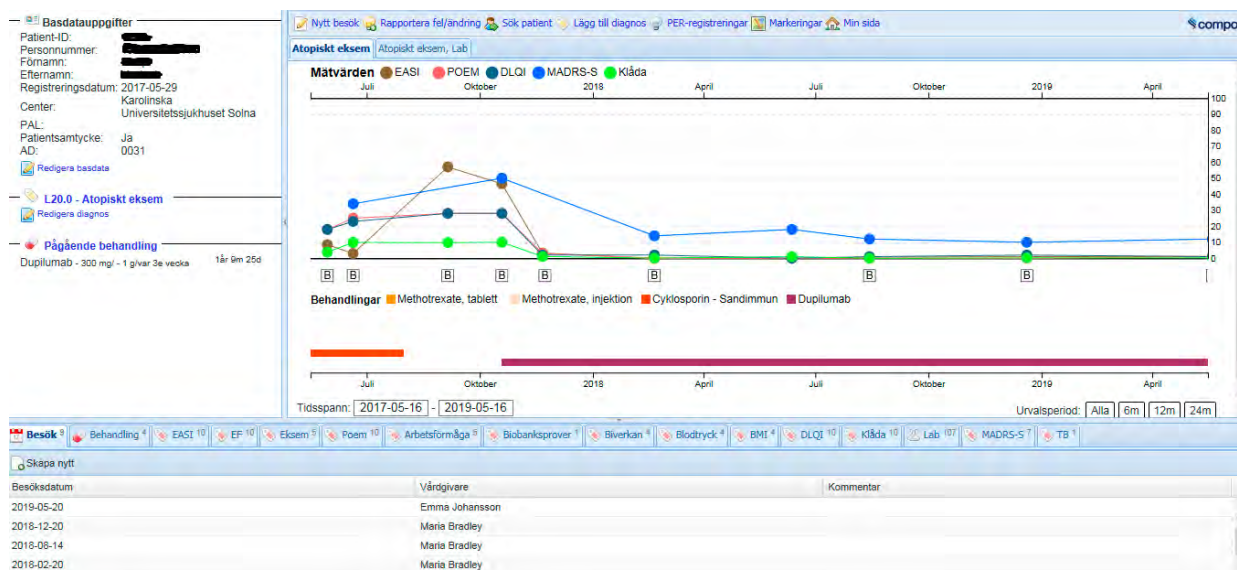
läkare Lina Ivert (Karolinska universitetssjukhuset). I registerhållarens arbetsgrupp ingår vidare koordinator och forskningssköterska Maria Lundqvist samt doktorand Axel Svedbom som ansvarar för uttag och bearbetning av data. Bakom registerhållarens arbetsgrupp står SwedAD:s nationella styrgrupp som vid regelbundna möten beslutar om vilken riktning arbetet skall ha.

Det finns drygt 100 nationella kvalitetsregister i Sverige. Dessa har tidigare bekostats helt eller delvis med nationella medel från Socialdepartementet och SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) men den finansieringen har nu upphört. Styrgruppen har hittills valt att finansiera start och löpande drift av SwedAD från hudverksamheterna på universitetsklinikerna och att göra anslutningen kostnadsfri för övriga kliniker och privatmottagningar. SwedAD kommer i framtiden sannolikt att behöva söka externa medel för drift och utveckling.

Vilka patienter kan vara med i SwedAD?

Patienter över 4 år med diagnosen AD som behandlas med methotrexat, ciklosporin, azatioprin, mykofenolat mofetil, dupilumab eller annan systemisk behandling kan inkluderas i registret. Inledningsvis diskuterades om ljusbehandling skulle registreras som en systemisk behandling. Svårigheten att på ett tillförlitligt sätt överblicka och registrera ljusbehandling gjorde dock att styrgruppen valde att inte inkludera den terapiformen.

Registerdata omfattar bland annat tidigare och pågående behandlingar och eventuella



Exempelbild från SwedAD

biverkningar av dessa, atopisk och annan sam-sjuklighet, alkohol och tobaksvanor samt EASI (Eczema Area and Severity Index). Vidare ingår patientrapporterade utfall i form av DLQI (Dermatology Life Quality Index), MADRS-S (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), NRS (Numeric Rating Scale) för klåda och POEM (Patient Oriented Eczema Measure). Dessa skattningsskalor fyller patienten i på en läsplatta i väntrummet innan besöket. Styrgruppen undersöker möjligheten för patienterna att mata in sina data via 1177.se. Valet av parametrar har gjorts omsorgsfullt för att ge en rättvisande bild av patientens situation och samtidigt begränsa mängden data för att främja användarvänlighet och täckningsgrad. Rekommendationer från HOME (Harmonising Outcome Measures for Eczema), där flera

av styrgruppens medlemmar är representerade, har beaktats i urvalet av skattningsskalor.

Vilka fördelar ger deltagande i SwedAD?

Grundtanken med SwedAD är att det skall vara användbart i det dagliga kliniska arbetet. Patientens data kan tas fram på skärmen i överskådliga figurer och diskuteras vid besöket. De mätetal som man önskar att visa kan presenteras på en tidslinje där man samtidigt ser vilken behandling patienten hade vid varje mätpunkt. För den enskilda kliniken ger SwedAD möjlighet att snabbt få överblick över vilka patienter som har systembehandlad AD och vilka resultat som behandlingarna ger. För uttag av data i forskningssyfte gäller samma regler för data-uttag som i andra nationella kvalitetsregister.

Under hösten och vintern 2019/2020 kommer registerhållarens arbetsgrupp att besöka landets större hudkliniker för att presentera och demonstrera SwedAD. Till dessa sammankomster är representanter för mindre kliniker och motagningar, såväl offentligfinansierade som privata, varmt välkomna för att få information om hur man kan ansluta. Det går redan nu att kontakta koordinators Maria Lundqvist på maria.e.lundqvist@sll.se om ni vill ha inloggningsuppgifter och börja registrera patienter. Mer information kommer att finnas på hemsidan www.SwedAD.nu.

Det är styrgruppens önskan att SwedAD skall bli ett heltäckande nationellt kvalitetsregister – ett användbart hjälpmedel för patienter, vårdpersonal, läkare, forskare och sjukvårdens beslutsfattare!



Mikael Alsterholm

Överläkare, sektionschef, medicine doktor
Hudkliniken, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

för SwedAD:s styrgrupp:

Alexander Shayesteh,

överläkare, medicine doktor, Umeå

Axel Svedbom,

doktorand, Stockholm

Carl-Fredrik Wahlgren,

överläkare, senior professor, Stockholm

Chris Anderson,

överläkare, professor, Linköping

Elisabet Nylander,

överläkare, professor, Umeå

Emma Johansson,

överläkare, medicine doktor, Stockholm

Gunnthorunn Sigurdardottir,

överläkare, medicine doktor, Linköping

Laura von Kobyletzki,

läkare, epidemiolog, docent, Malmö/Lund

Lena Lundeberg,

överläkare, patientflödeschef, docent, Stockholm

Lina Ivert,

biträdande överläkare, doktorand, Stockholm

Magnus Lindberg,

överläkare, professor, Örebro

Maria Bradley,

överläkare, professor, Stockholm

Maria Lundqvist,

koordinator, forskningssköterska, Stockholm

Marie Virtanen

överläkare, medicine doktor, Uppsala

MariHelen Sandström Falk,

överläkare, medicine doktor, Göteborg

Sophie Vrang,

patientrepresentant Atopikerna, Stockholm

Åke Svensson,

överläkare, docent, Malmö/Lund

Från 1 januari 2020 får bowenoid papulos på penis en egen ICD-kod

Kära kollegor, som ni redan vet så är bowenoid papulos på penis en sexuellt överförd infektion orsakad av humant papillomvirus, precis som kondylom. Risken att bowenoid papulos blir malign och sprider sig är mycket liten, runt 1 % [1, 2, 3, 4]. Histologiskt har bowenoid papulos en exakt likadan bild som penil intraepitelial neoplasia (PeIN), ytlig peniscancer. Bowenoid papulos är en klinisk diagnos som ställs genom att det är ett flertal mindre förändringar genitalt som är välvägränsade, papulösa eller platta och rödbruna. Patienterna är ofta yngre jämfört med peniscancerpatienter.

Eftersom bowenoid papulos histologiskt ej går att skilja från ytlig peniscancer, så anmäler patologerna dessa till cancerregistret. Även i klinikernas internationella kodningssystem, ICD-10, har bowenoid papulos och ytlig peniscancer samma diagnoskod: D04.8, Cancer in situ i huden med andra lokaliseringar eller D07.4, Cancer in situ i penis. Detta har lett till att patienter, som ofta är unga, får diagnoskod för cancer, även om det i texten sedan står att de har bowenoid papulos. Detta kan för den enskilda individen ha stor betydelse, dels för att patienten kan bli orolig då denne läser sin egen journal på nätet, men även då patienten vill teckna en sjukförsäkring. Då bowenoid papulos inte är en cancer, har nationella Styrgruppen för peniscancer i Sverige beslutat att den inte skall ingå i det nationella kvalitetsregistret för peniscancer. Avseende motsvarande förändringar i vulva finns en ny internationell klassifikation sedan 2015 och ett nationellt vårdprogram är under arbete och nu ute på remissrunda.

En diskussion har förts med Socialstyrelsen kring en egen diagnos för bowenoid papulos och nu är det beslutat att från 1 januari 2020 får bowenoid papulos diagnosnumret A63.0C.

Se hela diagnosgruppen:

A63.0 Condyloma acuminatum
A63.0A Spetsiga kondylom
A63.0B Platta kondylom
A63.0C Bowenoid papulos
A63.0X Kondylom, ospecificerade

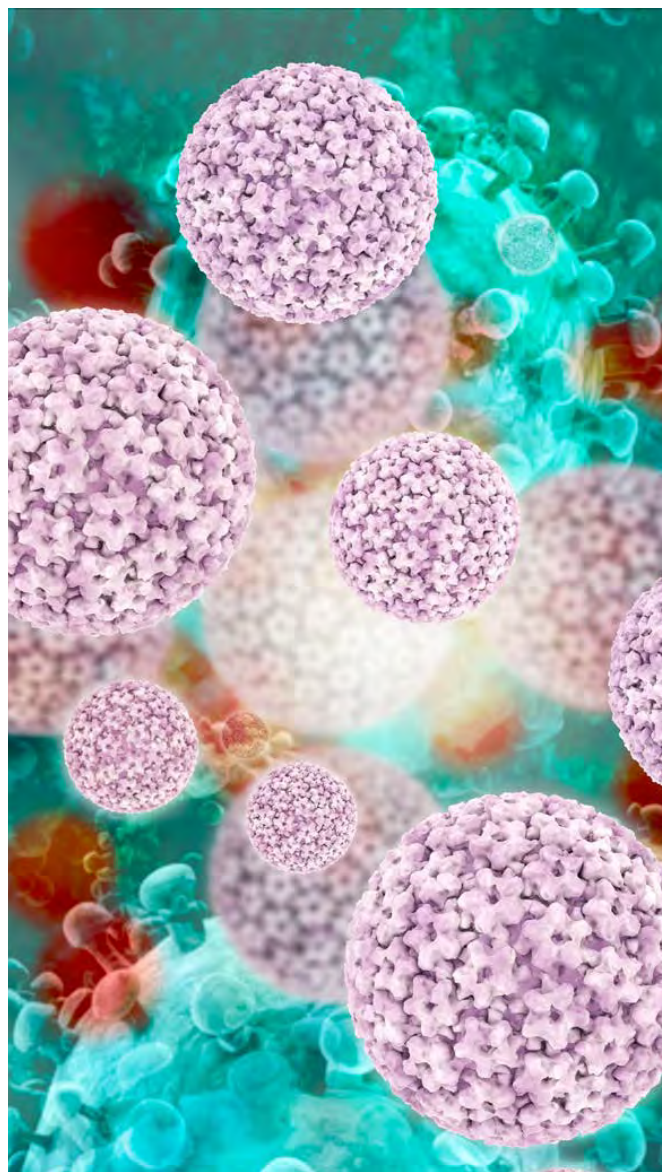
Så nu kan patienter med bowenoid papulos även i journalen få rätt diagnos!



Sinja Kristiansen

För Styrgruppen för peniscancer

Vid frågor maila mig gärna på:
Sinja.Kristiansen@skane.se.



Referenser:

- Shabbir M et al. Diagnosis and management of premalignant penile lesions. Ther Adv Urol 2011;3(3):151-158.
- Von Krogh G, Horenblas S. Diagnosis and Clinical Presentation of Premalignant Lesions of the Penis. Scand J Urol Nephrol Suppl 2000;205:201-214.
- Obalek S et al. bowenoid papulosis of the male and female genitalia: Risk of cervical neoplasia. J Am Acad Dermatol 1986;14:433-444.
- Patterson JW et al. bowenoid Papulosis. A Clinicopathologic Study With Ultrastructural Observations. Cancer 1986; 57:823-836

Annons

Program

Venereologisektionens utbildningsdag

fredagen den 24/1 2020 kl. 9-16 på Svenska Läkaresällskapet, Stockholm

08.30 – 9.00	REGISTRERING
09.00 – 09.10	Introduktion Arne Wikström, Ordförande, Sektionen för venerologi, Stockholm
09.10 – 10.10	Mycoplasma genitalium - kliniska fall samt uppdaterat PM Arne Wikström och Eva Björnelius, Stockholm Mycoplasma genitalium - var står vi för närvarande gällande diagnostik och behandling? Jörgen Skov Jensen, Seruminstitutet, Köpenhamn
10.10 – 10.35	FIKA
10.35 – 10.55	Systembehandling av genitala dermatoser Elisabet Nylander, Umeå
10.55 – 11.15	Uppdatering svenska STI-riktlinjer Lars Falk, Linköping
11.15 – 12.00	Hepatituppdatering Stephan Stenmark, Umeå
12.00 – 13.00	LUNCH
13.00 – 13.45	Chemsex Nicklas Dennermalm, Stockholm
13.45 – 14.30	Jämlik vård - akut undersökning och uppföljning av män efter sexuellt övergrepp Lena Maltzman och Finn Filén, Stockholm
14.30 – 15.00	FIKA
15.00 – 15.45	Sex som självskadebeteende Cecilia Fredlund, Linköping
15.45 – 16.00	Diskussion och avslutning Arne Wikström, Stockholm

Varmt välkomna!
Styrelsen

Annons

Pojke med svårdiagnosticerade hypopigmenterade hudlesioner

Bakgrund

Tidigare frisk 11-årig pojke härstammande från mellanöstern, kom till Sverige 2007.

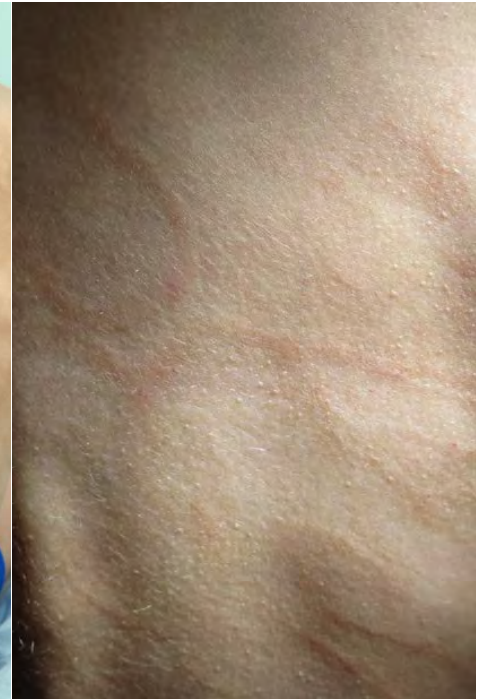
Ett första besök på hudmottagningen

Patienten remitteras till hudmottagningen i Helsingborg 2016 och ses då av en randande allmänläkare under handledning. Det ses multipla hypopigmenterade makulära fläckar över bålens fram- och baksida och man misstänker pityriasis alba alternativt en tidig vitiligo. Exspektans förordas och någon ytterligare utredning företas inte.

Förnyad bedömning och vidare utredning

Pojken remitteras ånyo under 2018 för ny bedömning. Fläckarna, som har blivit fler och större, syns nu över stora delar av bålén. Pojken besvärar kosmetiskt och vill inte delta i simundervisningen, men beskriver också en del allmänsymtom i form av huvudvärk och trötthet. Nu ses annulära, upp till fem till sju cm stora, delvis girlangformade hypopigmenterade makulära lesioner, med en diskret infiltrerad, upphöjd randzon. Man misstänker pityriasis versicolor, men direktmikroskopi kan inte bekräfta detta. När också svampodlingen är negativ förevisas patienten på visningsrond och stansbiopsi tas från randzonen. PAD påvisar lichenoid inflammation och halva ryggen provbehandlas med steroid vilket ger viss regress av infiltrationen.

Patienten remitteras vidare till hudmottagningen i Lund med flera frågeställningar, bland annat inflammatorisk vitiligo, progressiv makulär hypomelanos och pityriasis alba. Inte heller här kan säker diagnos ställas kliniskt, men hypopigmenterad mycosis fungoides tillförs som diagnosförslag. Eftergranskning av PAD-preparaten görs men histologiskt kunde man inte skilja på mycosis fungoides och vitiligo. PCR-undersökning bedömdes inte heller kunna leda diagnostiken vidare eftersom såväl inflammatorisk vitiligo som mycosis fungoides kan uppvisa monoklonalitet. Fler biopsier tas och skickas till Österrike och professor Lorenzo Cerroni för eftergranskning, där diagnosen hypopigmenterad mycosis fungoides anses mest sannolik.



Hudlesioner på ryggen. Till höger ses en närbild i släpljus där infiltrationen framträder tydligare.

Diagnos och uppföljning

Diagnosen hypopigmenterad mycosis fungoides är den vanligaste varianten av mycosis fungoides hos barn. Diagnosen är svår att ställa såväl kliniskt som histopatologiskt [1, 2]. Ytterligare biopsier rekommenderas framöver för att följa utvecklingen i det aktuella fallet.

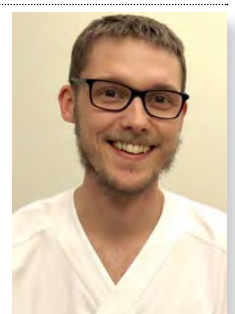
Pojken uppvisade även andra symtom som trötthet, huvudvärk och buksmärtor. Dessa har utretts via barnmottagning med bland annat lungröntgen och ultraljud buk. Symtomen har inte tolkats vara symtom relaterade till hudsjukdomen. En järnbristanemi uppdagades och denna substitueras.

Pojken får behandling med UVB TL01 tre gånger per vecka i tre månader med planerad uppföljning därefter och eventuellt nya biopsier för att följa förloppet.

Diagnosen hypopigmenterad mycosis fungoides bör övervägas vid atypiska hypopigmenterade lesioner, speciellt i mörkare hudtyper [1,2].

Fredrik Johansson

ST-läkare
Hudmottagningen
Helsingborgs lasarett



Referenser

1. Hodak E, Amitay-Laish I, Feinmesser M, Davidovici B, David M, Zvulunov A et al. Juvenile mycosis fungoides: Cutaneous T-cell lymphoma with frequent follicular involvement. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Jun; 70(6):993-1001.
2. Boulos S, Vaid R, Aladily TN, Ivan DS, Talpur R, Duvic M. Clinical presentation, immunopathology, and treatment of juvenile-onset mycosis fungoides: A case series of 34 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2014 Dec; 71(6):1117-26.

Rapport från EADV Board

I oktober 2019 var det dags för den 28:e EADV-kongressen i Madrid, Spanien. Kongressen var en stor succé och trots att även världskongressen i dermatologi gick av stapeln i Europa under våren 2019 (Milano, Italien) besöktes kongressen av nästan lika många deltagare som vid rekordnoteringen från Paris förra året, strax under 13 000.

I samband med kongressen (samt även vid vårsymposiet) har EADV styrelsemöte. Styrelsen motsvarar ett litet EU-parlament med 1-2 deltagare per land i Europa beroende på antal medlemmar (över 100 medlemmar innebär två delegater i styrelsen). Madridmötet var det första mötet där Sverige representerades av två delegater, docent John Paoli (valdes för sin andra mandatperiod på tre år) samt undertecknad, båda från Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

För egen del träffade jag dagen innan själva ordinarie styrelsemötet EADV:s exekutiva kommitté (motsvarar EADV:s EU-kommission) samt övriga nya styrelsemedlemmar för ett nytt inskolningsprogram som heter "Board onboarding program". Under denna heldag gick vi igenom EADV:s organisation, stadgar och historia samt gjorde en del övningar och fick ta del av föreläsningar inom ledarskap. Syftet med detta program var att skapa bättre förberedda styrelsemedlemmar vilket jag tycker att det lyckades med.

Nästa dag var det dags för det ordinarie styrelsemötet med alla delegater samt EC (Executive Committee, se bild). Det var spännande att delta och få en bättre förståelse för den stora organisation som EADV utgörs av. På senare år har den professionaliserats allt mer och bl.a.



anställdes en ny VD, Martine de Sutter, för 6 månader sedan vilket kommer att leda till en moderniserad struktur. Till ny blivande generalsekreterare i EC valdes Carmen Salavastu från Rumänien.

Ett av de större besluten som fattades under mötet, samt föregicks av en ställvis het debatt (företadesvis bland fransmän och belgare), var att stänga EADV:s kontor i Bryssel, Belgien, och fokusera all verksamhet till kontoret i Lugano, Schweiz. Att likt EU-parlamentet ha två kontor

för sin verksamhet innebär många onödiga kostnader vilka totalt uppgår till ca €1,5 miljoner per år. I tillägg är det bättre av skattek tekniska skäl att endast ha kontoret i Schweiz. I den andra vågskålen ligger möjligheten att påverka ovannämnda EU-parlament. Vissa ledamöter beklagade att den fysiska kopplingen till EU-politikens högborg nu försvinner. Det blir en utmaning för EADV framgent att försöka påverka politiker i en riktning som gynnar dermatologin i Europa.

Ett nytt projekt för EADV-medlemmar i år är ett särskilt ledarskapsprogram som har lanserats, "Leadership Development Initiative". I korthet syftar det till att skapa nya ledare inom Europas dermatologi och består av en blandning av internat, online-föreläsningar samt personlig coachning. Till årets program sökte 150 personer från 43 länder och av dessa valdes 30 personer ut till den första omgången som startar under hösten och avslutas under våren 2020. Planen är att detta skall bli en återkommande satsning så håll utkik på EADV:s hemsida och i nyhetsbrev efter datum för nästa ansökningsperiod.

Till årets kongress har EADV även satsat på att bli mer synliga på sociala medier och internet och detta arbete kommer att fördjupas framgent.



Att locka yngre personer, så kallade "millennials", är en utmaning både för företag som IKEA och Apple men även för ideella föreningar som EADV.

Antalet medlemmar fortsätter att växa och den senaste noteringen är 7634. Ekonomin är fortsatt god och årets vinst är beräknad till ca €3,5 miljoner efter skatt. Totala medlen inom sällskapet uppgår till ca €28,5 miljoner.

JEADV, "the red journal", fortsätter att stärka sin vetenskapliga ställning under ledning av professor Johanness Ring och hans editorial team där bl.a. Maria Bradley och John Paoli ingår. Aktuell impact factor är 5.113 och JEADV är nu den sjätte högst rankade medicinska tidskriften inom dermatologi.

Vad gäller EADV:s aktiviteter så kommer vårsymposiet 2020 gå av stapeln i Porto (30/4-2/5) och höstkongressen blir i Wien (28/10-1/11). Vidare satsas det hårt på nya kurser och vilka som ges nästa år kan ni se i tabellen.

Slutligen kan jag varmt rekommendera att bli medlem i EADV om du inte redan är det. Årsavgiften är endast €150 som specialist och €50 för ST-läkare. Några uppenbara fördelar med medlemskapet, förutom sänkt avgift för EADV-kongressen är:

- E-learning 1. Det finns numera ett flertal kurser online via EADV:s hemsida inom ämnen som nagelkirurgi, STD, kosmetik och graviditetsdermatoser. Dessa kurser kan bestå av ett antal moduler (nagelkirurgi har 5 st. t.ex.) på 1-3 timmar som kan gås igenom när tillfälle finns. Fler kurser är planerade och hemsidan fylls kontinuerligt på.
- E-learning 2. Mängder av "webinars" finns

2020 Courses Date	Title	Chair	Location	Enrolment
17 - 19 Jan	Lymphomas	Beylot Barry	Bordeaux	20 residents
27 - 28 Jan	Genodermatoses	Johann Bauer & Matthias Schmuth	Innsbruck	20 residents
3 - 4 Feb	Hidradenitis Suppurativa	Prof Christos Zouboulis	Athens	20 residents & 10 specialists
12 - 14 Feb	Bacteriology	Roderick Hay & Olivier Chosidow	Paris	20 residents
20 - 22 Mar	Cutaneous Allergy and Contact Dermatitis	Jonathan White	Brussels	20 residents
2 - 4 Apr	Advanced Surgery on Cadavers	Elena Rossi	Verona	20 specialists
15 - 16 May	Botox	Andreas Katsambas	Athens	30 specialists
12 - 14 Jun	Hyperhidrosis management	Stamatis Gregoriou	Athens	20 specialists
17 - 19 Jun	Acne & Rosacea	Daniel Torocsik	Debrecen	20 residents
29 Jun - 3 Jul	Dermoscopy Summer School	Aimilios Lallas	Thessaloniki	20 residents & 20 specialists
29 Jun - 3 Jul	ESDR Summer School: Skin Microbiota	Michel Gilliet	Lausanne	20 residents
20 - 24 Jul	Dermatopathology Summer School	Daniel Hohl	Lausanne	20 residents
4 - 5 Sep	Dermatopathology	Maite Fernandez Figueras	Barcelona	20 residents & 10 specialists
11 - 13 Sep	Skin Cancer	Iris Zalaudek	Trieste	20 residents & 10 specialists
14 - 16 Oct	Mohs	Carlos Guillén	Valencia	20 residents
16 - 17 Oct	Paediatric Dermatology	Szuzanna Szalai	Budapest	20 residents & 10 specialists
6 - 7 Nov	Photodermatology	Peter Wolf	Graz	15 residents & 10 specialists
19 - 21 Nov	Nurses	Crista De Cuyper	Malaga	30 nurses
27 - 29 Nov	Cosmetics	Bertrand Richert	Brussels	20 residents & 10 specialists
TBC	Intermediate/Advanced Surgery	Myrto Trakatelli	Thessaloniki	20 residents

EADV:s kursutbud för 2020

även de tillgängliga på hemsidan. De utgörs av mer klassiska föreläsningar med powerpoint och är inte lika omfattande som kurserna beskrivna ovan. Ämnen som dermatoskopi, tropisk dermatologi och histopatologi gås igenom.

- Möjlighet att söka kurser/utbildningsaktiviteter (se tabell ovan), stipendier och ledarskapsprogram som ges i EADV:s regim.
- Tillgång till fler än 20 medicinska tidskrifter som JAMA, BJD and Rooks lärobok.

Som alltid är ni välkomna att maila mig (oscar.zaar@vgregion.se) eller John Paoli (john.paoli@vgregion.se) om ni har frågor om EADV:s organisation och aktiviteter. Vi återkommer framgent med ännu fler uppdateringar och nyheter från EADV.



Oscar Zaar
Specialistläkare, Hudkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Annons

Euromelanoma 2019

- en rapport om hur det gick!

2019 års Euromelanoma-kampanj är över och statistiken presenteras nedan. Som nationell koordinator för Euromelanoma-kampanjen i Sverige vill jag inleda med att tacka alla hudmottagningar som deltog i Euromelanoma 2019! Tack för engagemanget och för ett gott samarbete!

År 2019 fokuserade Euromelanoma-kampanjen på psykologiska mekanismer som påverkar risken för hudcancer, närmare bestämt förnekelse av riskfaktorer. I ett policydokument som upprättades av Euromelanoma inför årets kampanj, förklarar Dr Jennifer Hay, psykolog på *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences vid Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* i New York, att förnekelse har beskrivits av många olika discipliner och har tolkats som både en medveten och en undermedveten process [1]. Den medvetna processen sker när vi tolkar information i ett ramverk av kunskap som vi redan tror på. Det kan också förekomma informationsundvikande tendenser eftersom vi inte vill ta till oss fakta som känns obekväma för oss. Vi alla använder oss av förnekelse i mer eller mindre grad för att psykologiskt kunna hantera alla risker vi ställs inför i vardagen, tex att våga gå över gatan eller låta barnen cykla själva till sin fotbollsträning. Men denna nödvändiga psykologiska mekanism kan alltså också ha negativa effekter som att påverka riskbeteenden för hudcancer. För att belysa detta blev devisen på Euromelanoma 2019:s kampanjmaterial "Kampen mot hudcancer börjar hos dig. Är du i riskzonen? Medvetenhet om riskfaktorerna är det viktigaste steget för att stoppa hudcancer i tid" (Figur 1).



Figur 1. Poster Euromelanoma Sweden 2019.



Figur 2. Exempel på Facebook-inlägg under Euromelanoma-kampanjen.

gen, tex att våga gå över gatan eller låta barnen cykla själva till sin fotbollsträning. Men denna nödvändiga psykologiska mekanism kan alltså också ha negativa effekter som att påverka riskbeteenden för hudcancer. För att belysa detta blev devisen på Euromelanoma 2019:s kampanjmaterial "Kampen mot hudcancer börjar hos dig. Är du i riskzonen? Medvetenhet om riskfaktorerna är det viktigaste steget för att stoppa hudcancer i tid" (Figur 1).

Den mediala informationskampanjen

Den mediala kampanjen drog igång 1 maj och höll på under 17 dagar. Den bestod av våra egenproducerade svenska kortfilmer om hudcancer och möjligheten till hudkontroll under Euromelanoma-veckan, Facebook-inlägg (Figur 2), intervjuer i tidningar (bl.a. Aftonbladet, Allas och Expressen), TV (SVT, TV4 morgon och TV4 nyheterna) samt radio. Filmerna, som var riktade till 3 målgrupper (unga vuxna, män >55 år och kvinnor 35-45 år) sågs av 7 342, 14 400 och 9 600 personer i respektive grupp. Genom ett samarbete med Strålsäkerhetsmyndigheten, Cancerfonden och Melanomförningen så delades Euromelanomas material även på deras hemsidor.

Deltagande hudmottagningar

Totalt 20 privata hudmottagningar och 13 offentliga hudmottagningar deltog i årets kampanj och totalt erbjöds nästan 6 000 tider för

hudkontroll. Frågeformuläret var uppdaterat och blev därmed en sida längre för patienten, inte för doktorn. Sammanlagt besvarade 4 613 patienter frågeformuläret.

Resultat

I och med uppdateringen så fick frågan "Jag ger mitt medgivande till att informationen på detta blad används för statistik och för forskning" inget nummer (tidigare numrerat med 0) vilket tyvärr ledde till att många patienter hade missat att fylla i denna fråga, d.v.s. de hade varken kryssat "ja" eller "nej". Information från frågeformulär där medgivandet antingen inte var ifyllt ($n=1\,264$, 27%) eller där patienten aktivt inte gav sitt medgivande ($n=68$, 1,5%) har inte förts in i databasen. Statistiken som jag presenterar här baseras därför på informationen från de 3 281 (71%) frågeformulär där medgivande fanns för att sammanställa statistik och göra forskning.

Som tidigare år var majoriteten av dessa patienter kvinnor (67%) och högt utbildade (58% med universitetsexamen, 21% med gymnasieexamen och 16% med yrkesutbildning). Medianåldern hos deltagande personer var 54 år (interquartile range 41-68 år). 97% har fyllt i att de har "vit eller kaukasisk etnicitet" och den egenrapporterade hudtypen fördelar sig enligt följande: 2% "alltid bränd (röd), aldrig brun", 13% "alltid bränd (röd), blir svagt brun/med svårighet brun", 54% "ibland bränd (röd), därefter brun", 22% "sällan bränd (röd), blir lätt brun", 8% "mycket sällan bränd (röd), mycket lätt brun", 1% "aldrig bränd (röd)". Självskattning av hudtyp påverkades inte signifikant av kön eller utbildningsgrad.

Svenskarna är ett resande folk och i förra årets Euromelanoma-statistik var det tydligt att semesterresande var en riskfaktor som inte påverkades av hur hög grundrisk en person har för hudcancer. I årets statistik kan vi dessutom utläsa att 21% av patienterna hade bott 1 år eller längre i ett land med högre solexponering än i Sverige. Solexponering utomlands bidrar därför sannolikt i hög grad till den ackumulerade solexponeringen under svenskarnas liv.

Frågorna om solarieanvändning var mycket tydligare i det uppdaterade frågeformuläret och

i vår patientpopulation var det 67% som hade använt solarium någon gång i sitt liv, första exponeringen skedde mellan 16-25 års ålder och sista mellan 20-36 års ålder. Här har vi alltså ett ganska snävt åldersspektrum där vi ska vara tydliga mot patienterna om riskerna med solarieanvändning.

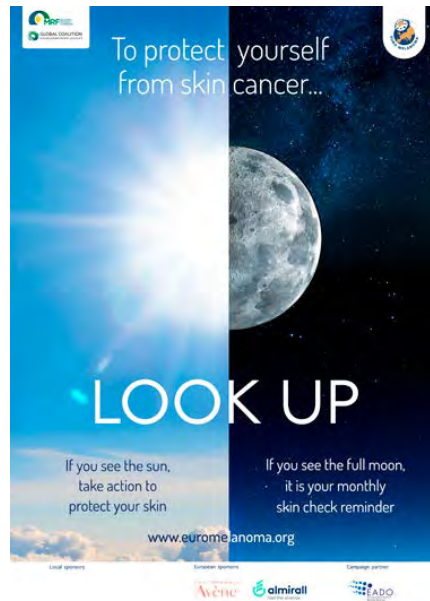
Tre procent av patienterna hade tidigare haft ett melanom själva och 6% uppgav att de tidigare hade haft ett basaliom. I år har jag inte samlat in PAD-svaren eftersom detta inte fungerade särskilt väl förra året. Kliniskt diagnostiserades dock melanom hos 3%, basaliom hos 5% och skivepitelcancer hos 1% av patienterna.

Majoriteten av patienterna bokade en tid under Euromelanoma för att de "ville få huden kontrollerad" (56%), eller för att de "har många födelsemärken" (51%) men 46% uppgav också att de "har ett misstänkt märke". Trettio procent av patienterna svarade att de tidigare fått hela sin hud kontrollerad och hela 26% hade tidigare deltagit i Euromelanoma.

Slutsatser

Av dessa resultat och resultaten från tidigare års Euromelanoma-kampanjer är det tydligt att vi med ett screeningförfarande där patienterna får anmäla sig själva som "först till kvarn" inte ger det mest optimala populationsurvalet eftersom vi vet att det är äldre och framförallt män som har den största risken för hudcancer. Screeningen i Euromelanoma-kampanjen kan dock sägas ha andra positiva effekter. En är att förhöja effekten av informationskampanjen, en annan är att få en chans att sprida information om hudcancerprevention i befolkningen. I informationsspridande syfte är det dock kanske inte optimalt att en fjärdedel av patienterna är återkommande kunder.

Hudcancerscreening av en asymtomatisk befolkning är ett väl omdebatterat ämne. I en systematisk review publicerad 2017 kunde man se att screening sannolikt ökar påvisandet av in situ och invasiva hudcancer (inklusive melanom) och att incidensen av melanom sjunker till ännu lägre nivåer efter screeningen än innan screeningen påbörjades [2]. Det finns också resultat som pekar på en minskad incidens av tjocka melanom och melanomspecifik



Figur 3. Internationell Euromelanoma-kampanj 2020.

mortalitet till följd av screening. Resultaten från denna systematiska review baserar sig dock mycket på hudcancerscreeningstudien från det tyska förbundslandet Schleswig-Holstein som senare blivit kraftigt ifrågasatt [3]. Evidensen för dessa resultat värderas dessutom som mycket svaga enligt GRADE kvalitetsgradering av evidens [2]. I USA har *US Preventive Services Task Force* konkluderat att det nuvarande bevisläget är otillräckligt för att kunna bedöma balansen av nytta och skada vid kliniska okulära hudcancerkontroller av vuxna asymtomatiska personer [4]. I Sverige har Regionalt Cancercentrum (RCC) genomfört en workshop och skrivit ett underlag med en analys av vad som skulle krävas för att införa ett nationellt program med effektiva metoder för prevention och tidig diagnostik av hudcancer i alla landsting [5]. Hur detta arbete fortgår går ej att utläsa från RCC:s hemsida men förhoppningsvis kommer det snart ut några riktlinjer som vi kan förhålla oss till. Till dess arbetar vi alla vidare med informationsspridning om hudcancer i Sverige till våra patienter och till allmänheten via Euromelanoma-kampanjen.



Som avslutning vill jag och SDKO inbjuda er till att delta i Euromelanoma 2020! Kampanjen 2020 kommer att fokusera på egenkontroller av huden (Figur 3). Spara tider i tidboken till Euromelanoma-veckan 11-15 maj 2020 så återkommer jag med information om hur ni anmäler er i början av nästa år!



Åsa Ingvar
Biträdande överläkare
Skånes Universitetssjukhus, Lund

Referenser:

1. del Marmol V, Lipira K. Conquering denial WhitePaper 2019 hittas på <https://www.euromelanoma.org/sweden/novosti/för-pressen>
2. Brunssen A, Waldmann A, Eiseemann N, Katalinic A. Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: A systematic

review. *J Amer Acad Dermatol* 2017; 76(1): 129-39

3. Stang A, Garbe C, Autier P, et al. The many unanswered questions related to the German skin cancer screening programme. *Eur J Cancer* 2016; 64: 83-8.
4. US Preventive Services Task Force. Draft Recommendation Statement. Skin Cancer:

Screening. 2015. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement168/skin-cancer-screening2>

5. Regionala cancercentrum i samverkan. Primär prevention av hudcancer. 2018. https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/prevention-tidig-upptackt/hudcancer/rcc-rapport_primär_prevention_hudcancer_11dec18.pdf

Annons

Omvårdnadsföreläsningar på NCDV

I samband med att DVSS (Dermatologi Venereologi Sjuksköterskor i Sverige) hade sitt årsmöte i Göteborg 2017, hölls en omröstning huruvida DVSS skulle samarbeta med Nordic Dermatology Association (NDA) och lägga DVSS årsmöte 2019 i samband med NCDV 8–10 maj 2019. Cirka två tredjedelar av medlemmarna röstade för ett samarbete som inleddes strax därefter och innebar att sjuksköterskor inbjöds att delta under hela konferensen. DVSS fick möjlighet att planera för omvårdnadsinriktade sessioner under kongressen, vilket resulterade i fem spännande föreläsningar. Här följer ett kort referat av dem.

Introduction to dermoscopy for nurses, John Paoli

Docent John Paoli tog med oss på en djupdykning ner i huden med hjälp av dermatoskopi. Med en väldigt interaktiv föreläsning gick han igenom de grundläggande färgerna och strukturerna man kan se genom ett dermatoskop. Han visade bland annat bilder på nevi och malignt melanom och lyfte fram vilka fynd som kan vara vägledande när man ska skilja diagnoser åt.

Han tipsade också om en sluten facebook-grupp som heter "Dermatoskopi i primärvård". Där presenteras olika dermatoskopibilder med

en kort anamnes och medlemmarna i gruppen får öva på bedömningar och skriva i kommentarerna vad de ser och hur de bedömer bilden. Facit presenteras efter några dagar.

BAMSE – Treatment behaviors among adolescents and young adults with eczema – data from a population-based cohort, Susanne Lundin

Susanne Lundin är specialistsjuksköterska och arbetar på hudmottagningen på Sachsska barn- och ungdomssjukhuset, Södersjukhuset. Susanne Lundin är också doktorand vid Karolinska Institutet i Stockholm. Titeln på Susannes projekt är "Treatment and consequences of eczema - from childhood to adulthood". Vid kongressen presenterade Susanne data från studie 1 med titeln "Use of emollients and topical glucocorticoids among adolescents with eczema: data from the population-based birth cohort BAMSE" publicerad i British Journal of Dermatology. Studien indikerar att ungdomar med eksem i denna populationsbaserade studie är underbehandlade eller helt obehandlade, även de med svårare eksem. Hon tog även upp preliminära data från studie 2 med titeln "I try to take as little as possible". BAMSE-projektet som har pågått i 25 år har följt över 4000

barn födda 1994-1996. Projektet har analyserat hur livsstil, miljö och arv påverkar utvecklingen av astma och andra allergier hos barnen med syfte att bromsa utvecklingen av dessa sjukdomar samt lindra barnens besvär.



Practical approach to patch testing, Britt-Marie Ehn

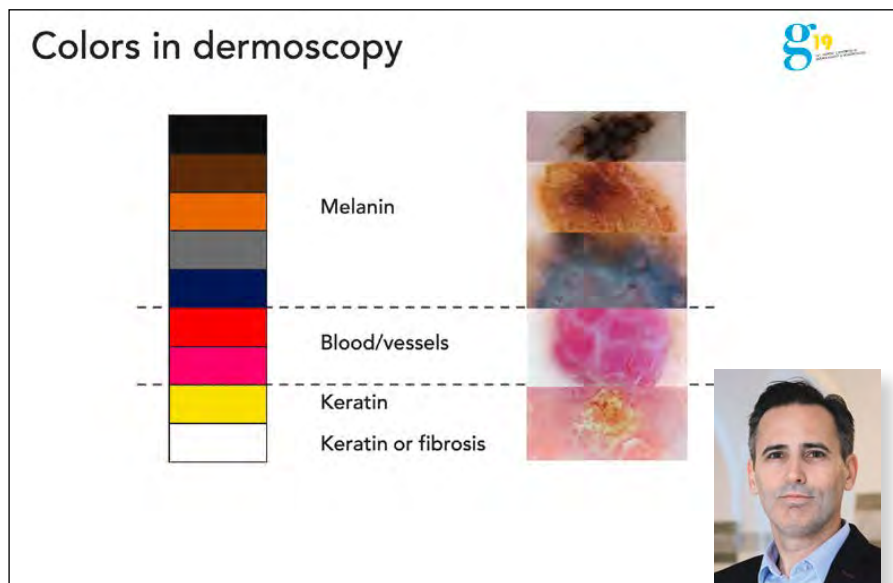
Britt Marie Ehn arbetar som biomedicinsk analytiker på Arbets- och miljödermatologisk mottagning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset med kontaktallergiutredningar. Hon gav en intressant föreläsning med ett spännande patientfall. Det var en tjej som jobbade som croupier och hade ett besvärligt eksem på



fingerblomman på ena tummen. Efter imponerande detektivarbete lyckades de koppla hennes positiva reaktion på epikutantestet med de spelkort hon hanterade på jobbet.

Nurses' role in providing person-centered care, Lilas Ali

Lilas Ali är specialistsjuksköterska inom psykiatri och har bland annat bedrivit forskning inom personcentrerad vård. Hon gav en väldigt tankeväckande och viktig föreläsning. I vården är det viktigt hur vi närmar oss en patient, vilken inställning vi har till patienten och dess roll i vården. Om vi ser patienten som ett objekt, levande biologiskt material, blir det lätt fokus på vilka behov patienten har och patienten hamnar i mitten av vården med alla resurser som blomblad runt om. Om vi istället ser patienten som ett subjekt, någon med känslor och erfarenhet som interagerar med andra, hamnar fokus på patientens resurser, vad hen klarar av. Då är patienten med som en aktör i vården, i ringen, och mötet står i mitten. Man bör lyssna på patientens



historia och vara lyhörd efter vilka resurser som behövs och vad patienten kan göra. Hon betonade också att det är viktigt att inte försöka skydda patienten utan våga säga som det är.

Atopic dermatitis and comorbidities – what should dermatology nurses know?, Jevgenija Smirnova

Jevgenija Smirnova jobbar som ST-läkare på hudmottagningen i Karlstad och bedriver forskning inom atopisk dermatit och samsjuklighet. Hon höll en jättebra föreläsning om atopisk dermatit och samsjuklighet. Den vanligaste samsjukligheten som ses vid atopisk dermatit är astma, allergisk rinit och födoämnesallergi. Det är också vanligare att patienter med atopisk dermatit sensibiliseras

mot mjukgörande krämer. Hon förklarade att atopiker generellt har lättare att sensibiliseras sannolikt på grund av den trasiga hudbarriären som tillåter främmande ämnen att komma in i huden.

DVSS utvärderingar visade att sjuksköterskorna uppskattade samarbetet och att få vara med på NCDV. Läkare och sjuksköterskor jobbar i team sida vid sida till vardags för att hjälpa patienterna på bästa sätt, då kan det också vara roligt att få åka på utbildning tillsammans. Vi ser fram emot fortsatt samarbete!



Sara Rosengren
Ordförande DVSS
Sjuksköterska, Central-
sjukhuset Karlstad



Annette Gromell
Ledamot DVSS
Sjuksköterska, Sachsska
barn- och ungdomssjuk-
huset

DVSS TACKTAL PÅ NCDV 2019

Good evening!

My name is Sara Rosengren. I'm a nurse and I work at the Department of Dermatology in Karlstad, Sweden. I'm also the chairman of DVSS, the Swedish association for nurses working within Dermatology and Venereology.

I am going to share some thoughts about teamwork.

Teamwork is a good thing. Teamwork can be when people with different education and different experience work together towards a common goal. We do it every day at work.

To build a team you need more than two, at least three parts. So, a team can be called a trinity, maybe the holy trinity? Like the father, the son and the holy ghost. That's a strong team.

Let's translate the holy trinity to Dermatology. The father could be the doctor, who knows everything and has all the answers. The son could be the patient, having questions and not always doing as the father says, but also important in the team. And the holy ghost could be the nurse, that works all around, to keep things in order, being helpful to both the father and the son.

Tonight, there are almost one hundred holy ghosts here. There are holy ghosts from Denmark, Norway and Sweden. So, on behalf of all nurses here, I would like to say thank you to the Nordic Dermatology Association (NDA) and the Swedish Society of Dermatology and Venereology (SSDV), for inviting us to attend your great conference.

Thank you!



Annons

ST-kurs i bensår 2-4 oktober på Skaraborgs sjukhus Skövde 2019

Skövde är en stad som ligger mig varmt om hjärtat. Här jobbade jag som AT-läkare under 2010-2012 med fantastiska kollegor. Det var en mycket lärorik och utvecklande tid för mig både som läkare och som person. Jag minns än i dag det fina samarbetet specialiteter emellan och den fina familjära känslan, trevliga middagar med AT-kollegorna och en stark gemenskap.

Bensårskursen hölls på Skaraborgs sjukhus första dagen men p.g.a. tekniska fel fick vi byta till vackra lokaler på Karstorps konferensanläggning vilket var mycket uppskattat. Man fick då möjlighet att upptäcka och njuta av den vackra naturen kring Karstorpssjön vid de små promenaderna.

Vi fick ett varmt välkomnande av kursledarna första dagen. Kursen började med en genomgång av diagnostik och behandling av venösa och arteriella bensår som hölls av Alexandra Forsgren, specialistläkare och processchef på Hudkliniken, Skövde. Det var underbart att se hennes engagemang och intresse för ämnet samt stolthet över deras Bensårscentrum.

Därefter berörde vi kirurgisk utredning och behandling av bensår, en föreläsning som hölls av Olle Nelzén, kärlkirurg och disputerad inom epidemiologi och etiologi av bensår. Hudkliniken i Skövde visade sig ha ett starkt samarbete med kärlkirurgiska kliniken med ett effektivt utbyte av konsultationer klinikerna emellan.

I slutet av första dagen hade vi workshop om kärlstatus inkl. ankeltryck och venöst status med handdoppler - praktiska moment som uppskattades av gruppen.

Andra dagen gick vi igenom prevention, utredning och behandling av diabetessår med Ulla Hellstrand Tang, disputerad inom området och leg. överortopedingenjör, Ortopedteknik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Ulla föreläste utan skor vilket var ett mycket roligt och demonstrativt sätt att visa vad fötter mår bäst av när de inte är i behov av specialformade skor.

Sedan fick vi äran att lyssna på Lill-Marie Persson, överläkare och specialist i dermatovenerologi samt grundare av Sårcentrum Skövde. Hon föreläste om sårsläkningsprocessen och sårsläkningshämmande faktorer samt infektion.

Sårcentrum är en multidisciplinär enhet, vil-



ket innebär att patienten gemensamt bedöms av läkare från olika specialiteter. Det multidisciplinära samarbetet innebär att remissvägar är korta och att överföring från en specialitet till en annan kan ske mycket smidigt. Man tar hand om patienter med svåråtkäta ben- eller fotsår, även patienter med hudsjukdom som gör att de behöver vara inlagda på sjukhus, och de som behöver kärlkirurgisk operation, utan att ha fotsår.

Helena Johansson, sjuksköterska inom dermatovenerologi med specialistkompetens bensår hade genomgång av lokal- och kompressionsbehandling vilket var behövligt i denna djungel av olika förband och omslag.

Vi avslutade andra dagen med interaktiva patientfall med inriktning på utredning, diagnos och behandling (inkl. lokalbehandling och kompressionsbehandling) vilket var mycket uppskattat och aktiverade gruppen.

På kvällen njöt hela kursen av en mycket trevlig middag ihop i Billingen Scandic hotels vackra salonger. Det gav oss deltagare möjlighet att fortsätta nätverka sjukhusen emellan samt lära känna varandra. Vi fick även se på fint uppträdande från dansgruppen "300 Dance Company" som vunnit både SM och EM.

Sista dagen på kursen gick vi igenom ovanliga orsaker till bensår tillsammans med Lill-Marie Persson och lyssnade på en fin föreläsning om smärtlindring med Madeleine Ryndel, specialistläkare på Hudkliniken Skövde. Bensårspatienter är en grupp patienter som är starkt drabbade av sina sår och smärtan är något vi alltid bör ha i åtanke vid omhändertagande och behandling av dessa patienter. Vi fick värdefulla tips avseende det!

Vi berörde även avancerade behandlingar av bensår och upptäckte att flera av dessa, t.ex. pinch graft och larvbehandling, inte längre utförs på många av våra kliniker. Ett roligt inslag under hela kursen var pausgympan som var behövlig efter långa dagar med föreläsningar.

Kursen avslutades med falldiskussioner och "grab and go" - lunch, kursutvärdering och kursintyg.

Kursen i Skövde var en välstrukturerad bensårskurs som hölls av duktiga, motiverande och mycket engagerade kursledare och innehöll relevanta föreläsningar med uppskattade patientfall. Den trevliga middagen på Scandic Billingen hotell maxade vår upplevelse och bidrog till bra nätverkande oss ST-läkare emellan.

Tack Skövde för denna gång!



Brenda Silva

ST-läkare

Hudkliniken

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

En stiftelse som vill göra (lite) skillnad

SSDV:s Stiftelse för Internationell Dermatovenereologi

Ni är nog många som sett eller hört oss från stiftelsen på olika möten, när vi bett om bidrag, så här kommer en lite mer utförlig presentation.

Stiftelsens syfte

Enligt stadgarna har stiftelsen som syfte att stödja forskning kring och arbete med dermatovenereologi i östra Europa och i utvecklingsländer.

Bidrag får lämnas till enskilda, utländska dermatovenereologer från de aktuella länderna för deltagande i konferenser i dermatovenereologi, för auskultation i Sverige inom ämnesområdet, för kostnadsersättning i samband med arbete i östra Europa och i utvecklingsländer eller som stöd till särskilda projekt. Bidrag får vidare lämnas till medicinsk utrustning, läkemedel och liknande till mottagning eller institution för dermatovenereologi i något mottagarland, samt till *International Foundation for Dermatology* (IFD).

Historik

Stiftelsen bildades den 27 september 1994, efter att ha godkänts vid SSDV:s årsmöte i maj samma år. Grundkapitalet på 1000 kr tillfördes



Några av deltagarna i barndermatologiskt möte på Ågrenska i Göteborg

av stiftarna Hans Rorsman, Ann Broberg, Hans Carlberg och Gunnar Nyman.

Stiftelsen står inte under offentlig tillsyn, men är registrerad hos Länsstyrelsens stiftelseregister. Den är fristående från SSDV förutom

att två revisorer, varav en lekmanarevisor från SSDV, godkänns vid sällskapets årsmöte. Stiftelsens styrelse utser och entledigar styrelseledamöter.

Det dröjde ett tag innan vi fann former för att få arbetet att förlöpa väl. De första bidragen lämnades bl.a. till kollegor för deltagande i möten i Europa. De hade sannolikt nytta och glädje av dessa, men vi hörde aldrig av dem därefter. Det har visat sig vara mycket effektivare när vi har haft personliga kontakter med kollegor som sedan kommit på auskultationsveckor i Sverige, och lämnat en skriftlig rapport om vistelsen på det sätt vi nu haft i många år.

Styrelseledamöter och revisorer

Vi har haft två tidigare ordföranden: Hans Rorsman (1994 – 1996) och Torbjörn Egelrud (1997 – 2011).

En lång rad styrelseledamöter har passerat under åren: Ann Broberg, Hans Carlberg, Johan Landegren, Filippa Nyberg, Ewa Voog, Maria Bradley, Gunilla Färm, Normann Iversen och Emma Johansson.

För närvarande består styrelsen av Carl-Fredrik Wahlgren (ordförande), Gunnar Nyman



Hudkirurgi i Göteborg. Giedre Bieliauskiene (Litauen), John Paoli och Matilda Bylaite-Bucinskiene (Litauen)



Besök på barndermatologisk mottagning, Östra sjukhuset, Göteborg
Karin Rosén, Terje Kukk (Estland), Ama Lehtmet (Estland), Ann Broberg och Lyudmyla Derevyanko (Ukraina)

(kassör), Emelie Stenhammar, Karl Torell och Anahita Attaran (adjungerad).

Nuvarande revisor är Lai Ly Vuong på Sydrevisioner, Borås. Sedan starten har Agneta Augustsson fungerat som lekmannarevisor, utsedd av SSDV.

Finanser

Finansieringen av stiftelsen har skett genom bidrag från läkemedelsbolag, SIDA, enskilda medlemmar i SSDV och insamling vid ett studentkafé i Borås. Totalt har vi under åren fått gåvor och bidrag på cirka 771 000 kr. Dessutom har vi haft inkomster från räntor och utdelningar på cirka 104 000 kr.

Genomförda projekt

Sedan stiftelsen bildades har en mängd projekt kunnat genomföras framgångsrikt. Vi har haft auskultationsveckor inom olika specialiteter vid flera hudkliniker i Sverige. Efter besöket av två läkare och två sjuksköterskor från Litauen i Stockholm för att se eksemskola och barndermatologi började man med en egen eksemskola efter ett par månader, och en av kollegorna håller nu på att disputera inom området. Mottagande verksamheter har tagit emot utan att få ersättning, vilket vi är mycket tacksamma för.

Totalt har 26 auskultationsveckor för läkare genomförts, varav 10 inom kirurgi, 8 yrkesdermatologi, 3 barn, 2 STD, och en vardera inom patologi, bensår respektive allmän dermatologi. Kollegorna har kommit från Litauen, Ukraina, Lettland, Estland, Kroatien och Tanzania.

Vidare har två sjuksköterskor från Litauen auskulterat under två dagar inom barndermatologi.

Ett möte har bekostats inom barndermatologi med två deltagare från vardera Estland, Lettland, Litauen och Ukraina förutom 12 svenska deltagare.

Ersättning har lämnats till svenska föreläsare vid baltiska kongresser och för auskultation inom STD i Tanzania.

Kostnader för deltagande i kurser/kongresser inom kirurgi, arbets- och miljödermatologi, barndermatologi och STD har ersatts för kollegor från Estland, Lettland, Litauen, Ryssland, Ukraina och Etiopien.

Medlemskap i European Society for Pediatric Dermatology och International Society of Dermatology har bekostats för kollegor från Litauen och Etiopien.

Totalt har cirka 350 000 kr använts för dessa projekt.

International Non-Governmental Organization (NGO) "Dermatologists for children" och "International Foundation for Dermatology"

En ukrainsk stiftelse för stöd till barn med hudsjukdomar (huvudsakligen epidermolysis bullosa) och till barnens familjer, har bildats och har anknytning till vår stiftelse. Ett särskilt konto finns för detta ändamål. Denna NGO är ukrainsk representant i DEBRA, den internationella organisationen för epidermolysis bullosa (<http://www.debra-international.org/what-is.eb.html>).

Alltsedan vår stiftelse bildades har vi lämnat ett årligt bidrag på 1000 USD (totalt 24 000 USD) till International Foundation for Dermatology. Denna stiftelse under International League of Dermatological Societies bedriver

huvudsakligen utbildningsverksamhet i Moshi i Tanzania, men har även viss verksamhet i övriga Afrika, i Syd- och Mellanamerika, Asien och Oceanien.

Totalt har vi bidragit med cirka 150 000 kr respektive cirka 190 000 kr till dessa stiftelser.

Framtiden

Under 2019 kommer vi fortsatt stödja International Foundation for Dermatology och den ukrainska NGO-stiftelsen. Dessutom kommer två erfarna ST-läkare att få vardera 25 000 kr i ekonomiskt bidrag som stöd för att delta i det dermatologiska arbetet på en universitetsklinik i Malawi under en månad var. Bidragen har söpts i konkurrens. Vistelsens syfte är att ge viss avlastning för den ende dermatologen på sjukhuset samt att ge de ST-läkare som åker en möjlighet till fördjupade kunskaper i global dermatologi och afrikansk sjukvård.

Om det faller väl ut med ST-månaden i Malawi hoppas vi kunna fortsätta med detta projekt och dessutom med auskultationsveckor och tidigare typer av verksamhet.

Reglerna gör att det nu tyvärr är mycket svårt att få stöd från läkemedelsindustrin. En förutsättning för att kunna fortsätta med verksamheten är att det finns tillräckligt med pengar och därför behövs bidrag från SSDV:s medlemmar.



Gunnar Nyman

Specialistläkare och doktorand
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Du kan bidra!

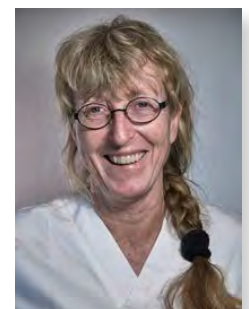
Skicka gärna en summa, stor som liten, till **BG 5235 – 4685** (SSDV:s Stift för Int Derm-Ven) eller **Swish 0767 – 83 94 81** (Gunnar Nyman).

Märk inbetalningen "allmänt stöd" eller "Ukraina" beroende på vilken verksamhet ni vill stödja.

Annons

Annons

Hudteckningar



Ylva Lundquist
ST-läkare,
Hudmottagningen, Ängelholms sjukhus

SSDV:s vårmöte 2020 kommer att hållas i Västerås 27-29 maj

Nytt för i år är att det kommer att finnas möjlighet att presentera egen forskning vid en muntlig presentation eller vid en posterutställning. Posterpris kommer att delas ut och det kommer även att finnas möjlighet till resebidrag. Fr o m idag går det att sända in abstrakt enligt nedan.

ABSTRAKT

Riktlinjer för innehåll

- Arbetet ska innehålla nya data från klinisk eller experimentell dermatovenereologisk forskning, dock ej sponsrade fas III/IV läkemedelsprövningar.
- Abstraktet kan skrivas på svenska eller engelska.

- Titeln får vara maximalt 150 tecken.
- Samtliga författare samt deras affilierings (avdelning, institution, stad, land) uppges. Presenterande författare markeras med understrykning.
- Texten är begränsad till 250 ord exklusive titeln och ska innehålla forskningens bakgrund, mål, resultat, och betydelse.
- Inga referenser eller figurer/tabeller får ingå i abstraktet.

Urval

SSDV:s intressegrupp för forsknings- och grundutbildningsfrågor kommer göra ett urval av insända abstrakt.

Viktiga datum

28 februari 2020 – deadline för insändning.

31 mars 2020 – besked om huruvida abstract har accepterats eller ej.

Kontakt

Abstrakt sänds till Enikő Pivarcsi Sonkoly på eniko.sonkoly@ki.se. Ange om ni önskar poster eller oral presentation. Observera att önskat presentationssätt inte kan garanteras.



Annons

Annons

Dags att nominera personer till Hedersmedlem samt till Pedagogiskt pris 2020!

Vi tar tacksamt emot förslag på **Hedersmedlem** samt kandidater till **Pedagogiskt pris 2020**. Lämna motiveringar till era nomineringar.

Nomineringarna skall vara oss tillhanda senast **31 december 2019** och skickas till info@ssdv.se. Beslut tas av SSDV:s styrelse.

Diplom i båda dessa kategorier utdelas på SSDV:s årsmöte i Västerås 2020.



Välkommen att söka DCH-stipendiet 2020

Diagnostiskt Centrum Hud utlyser åter två stipendier à 25 000:- avsedda att stimulera till vidareutbildning. Stipendiet kan till exempel användas för en kurs, studieresa eller auskultation och ska leda till att en ST-läkare eller nybliven specialist (<1 år efter specialistexamen vid tidpunkten för ansökan) kan utvecklas vidare, antingen bredda eller fördjupa sin kompetens. Det kan vara inom vitt skilda kompetensområden som hudkirurgi, ledarskap, systemsjukdomar, dermatoskopi, etc.

Sökanden skall vara medlemmar i SSDV. Med din ansökan får du motivera varför just du bör få stipendiet och på vilket sätt den tänkta vidareutbildningen kommer att leda till kompetensutveckling.

Sista ansökningsdag: 31 januari 2020

Mer information: <https://ssdv.se/stipendier/dch-stipendiet>



SSDV:s ST-läkarstipendium för deltagande i vårmötet 2020

SSDV utlyser sex stipendier som täcker anmälningsavgiften till vårmötet. För 2020 gäller dessa stipendier deltagande i **SSDV:s vårmöte** i Västerås

Krav för ansökan: ST-läkare inom dermatovenereologi och medlem i SSDV, betald medlemsavgift och intyg från huvudman att deltagande godkänts.

Stipendierna utdelas enligt lottningsförfarande och max ett per klinik. Man ska ej heller ha fått stipendiet tidigare.

Sänd din ansökan med allmän info och CV till SSDV:s kansli: info@ssdv.se. Vid eventuella frågor kontakta utbildningsansvarig Josefin Lysell: josefin.lysell@sil.se.

Sista ansökningsdag 15 januari 2020!



SSDV:s ST-pris 2020

SSDV vill uppmärksamma ST-läkarnas kvalitets- och vetenskapliga arbeten. SSDV uppmuntrar alla ST-läkare som har genomfört sina arbeten att lämna in dessa till SSDV. En bedömningskommitté kommer att utse 4 arbeten (2 kvalitetsarbeten och 2 vetenskapliga arbeten) som belönas med SSDV:s ST-pris (ett personligt pris på 5 000 SEK per ST-läkare). I priset ingår även betald kongressavgift till SSDV:s vårmöte i Västerås 2020. Belönade arbeten kommer att presenteras i samband med vårmötet och publiceras som referat i medlemstidningen D&V.

ST-läkare och nyblivna specialister som erhållit specialistbevis under 2019 är välkomna att söka SSDV:s ST-pris för vetenskapligt arbete och för kvalitetsarbete som utförts under ST. Arbetet skall vara tänkt att användas eller ha bifogats i specialistansökan. Man måste vara medlem i SSDV.

Ansökan bör innehålla en kopia av arbetet och curriculum vitae inklusive kontaktuppgifter (namn, adress, mail, telefonnummer) och skickas in elektroniskt till SSDV:s kansli (info@ssdv.se).

Sista ansökningsdatum är den 1 februari 2020.

Josefin Lysell, Utbildningsansvarig SSDV
Mer info via ssdv.se – Stipendier – SSDV:s ST-pris



Annons

Dermatoskopiquiz

I detta nummer av D&V blir det återigen en lite annorlunda quiz. Denna gång får ni bedöma tre lesioner som alla har olika diagnoser men som också har en sak gemensamt. Lycka till!

Skicka gärna era diagnosförslag 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.

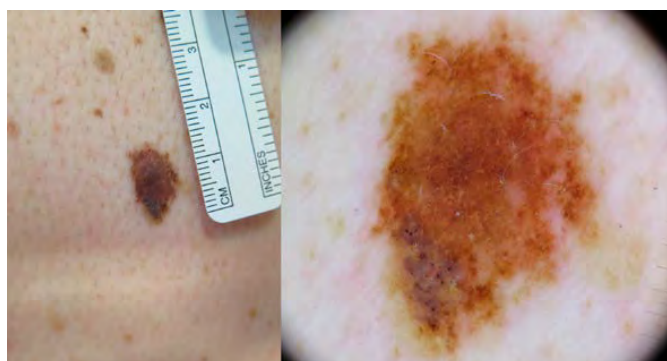
Bästa hälsningar,

John Paoli

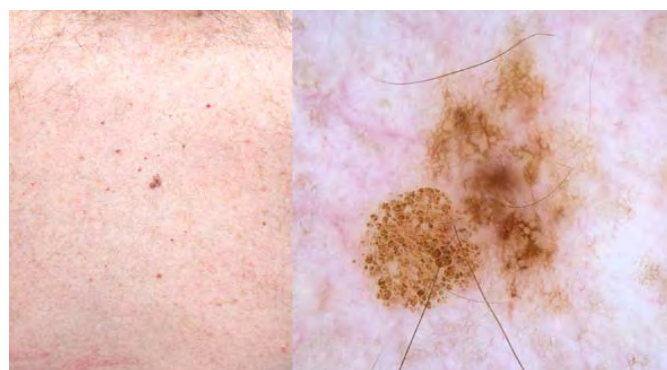
Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



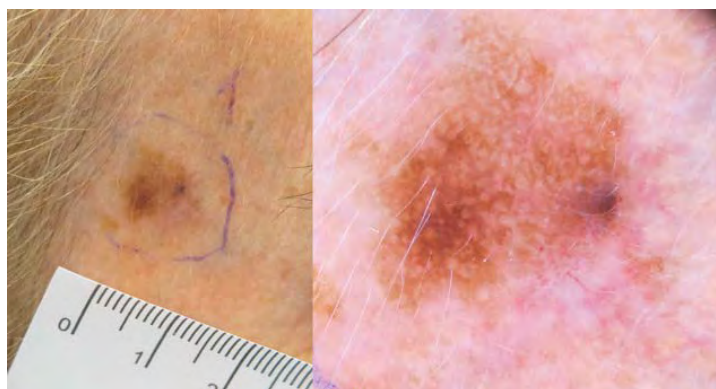
Fall 1: Man, 62 år. Ländrygg centralt.



Fall 2: Man, 45 år. Thorakalrygg centralt.



Fall 3: Kvinna, 65 år. Höger tinning.



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 19 • 3/2019

Facit:

I förra numret av D&V fick ni svara på en lite annorlunda quiz. Ni fick bedöma åtta atypiska lesioner som remitterades till Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset under det senaste året med önskemål om att starta SVF. Per definition skall SVF endast startas när det finns en "välgrundad misstanke om melanom", vilket innebär att man har en "stark klinisk misstanke" och "att syftet är att bekräfta melanom, inte att utesluta melanom".

Så min fråga till er var: i vilka av dessa fall anser ni att SVF borde ha startats? Även om det självklart inte fungerar så i verkligheten krävdes för korrekt svar att ni föreslog start av SVF på alla fall som sedan visade sig vara melanom (inklusive in situ) samt att ni inte föreslog start av SVF på de fall som visade sig vara benigna lesioner.

Fall 1. Man, 75 år. Lesionen upptäcktes vid en allmän hälsokontroll. Lesionen exciderades och visade sig vara ett dysplastiskt nevus.

Fall 2. Man, 77 år. Lesionen hade blivit mörkare enligt patientens fru. PAD visade MM in situ.

Fall 3. Man, 73 år. Lesionen upplevdes av inremitterande som en "ful ankunge". Biopsi bekräftade en benign lichenoid keratos. Dermatoskopiskt sågs typisk "peppering".

Fall 4. Man, 60 år. Lesionen hade blivit mörkare enligt patienten. Lesionen exciderades och visade sig vara ett dysplastiskt nevus.

Fall 5. Kvinna, 54 år. Lesionen hade vuxit och börjat klia. Detta var ett svårt fall som exciderades men PAD bekräftade irriterad seborrhoisk keratos.

Fall 6. Man, 62 år. Lesionen skiljde sig från övriga enligt uppgift. Dermatoskopiskt sågs atypiska globules, negativt nätverk i fler områden och "shiny white lines". Trots den gråblå färgen var detta endast ett MM in situ.

Fall 7. Man, 77 år. Patientens fru hade bett patienten söka för denna lesion. PAD visade MM in situ.

Fall 8. Man, 59 år. Patienten hade tidigare opererats för tunt invasivt melanom och hade nu upplevt förändring i denna lesion. Lesionen exciderades och visade sig vara ett dysplastiskt nevus.

Start av SVF på enbart de tre fallen som sedan visade sig vara MM in situ (2, 6 och 7) skickades in av **Susanna Sandberg**, Centralsjukhuset Karlstad. Snyggt dermatoskoperat!

Ett hedersomnämmande får även de dermatoskopister som valde start av SVF på alla tre fallen av MM in situ men som med facit i hand även startade enstaka "onödiga" SVF:

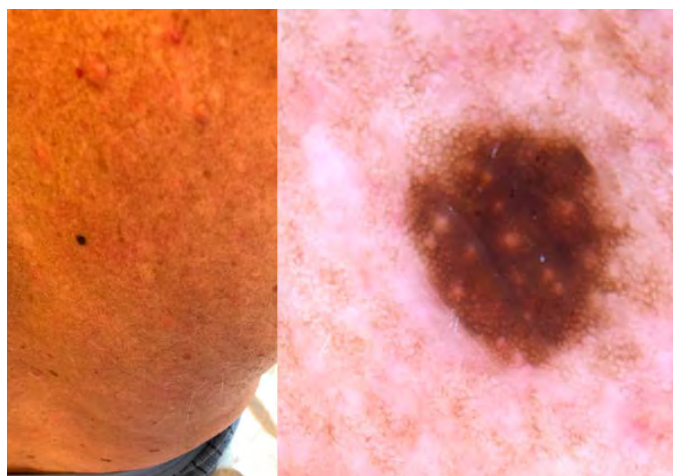
Philip Curman, Karolinska Universitetssjukhuset
Christina Henriksson, Södra Älvsborgs sjukhus
Hannah Ceder, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Karin Palmér, Västmanlands Sjukhus Västerås

Tack till alla som skickade in svar!

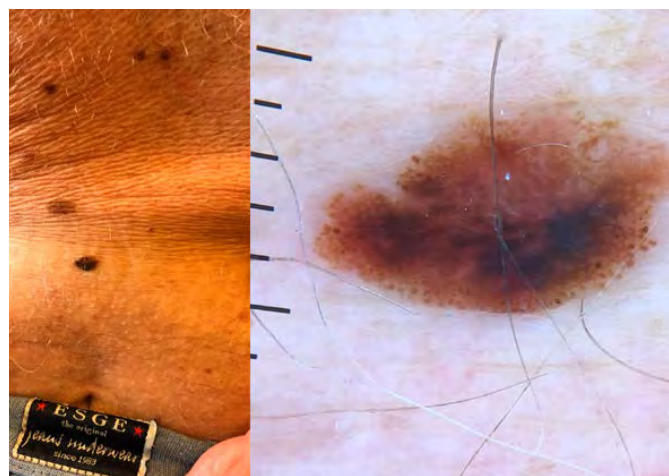
John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

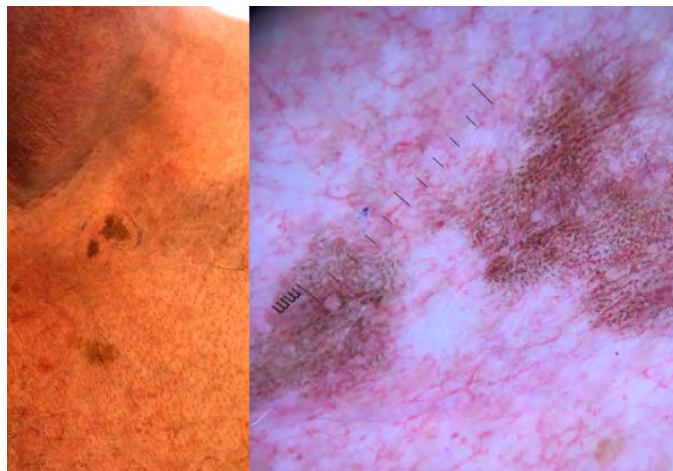
Fall 1: Man, 75 år. Lesionen upptäcktes vid en allmän hälsokontroll.



Fall 2: Man, 77 år. Lesionen hade blivit mörkare enligt patientens fru.



Fall 3: Man 73 år. Lesionen upplevdes av inremitterande som en "ful ankunge".



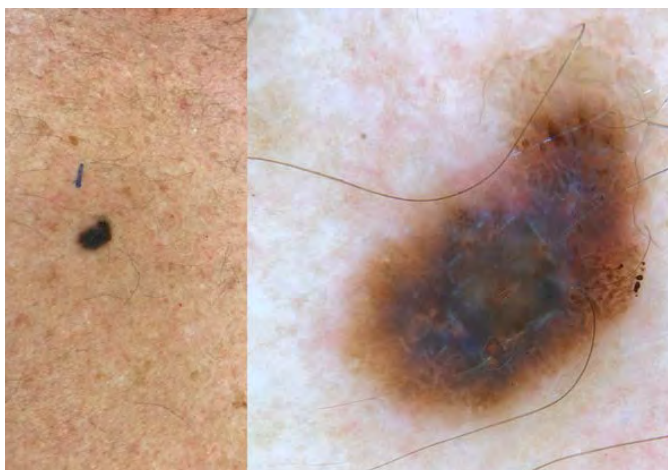
Fall 4: Man, 60 år. Lesionen hade blivit mörkare enligt patienten.



Fall 5: Kvinna, 54 år. Lesionen hade vuxit och börjat klia.



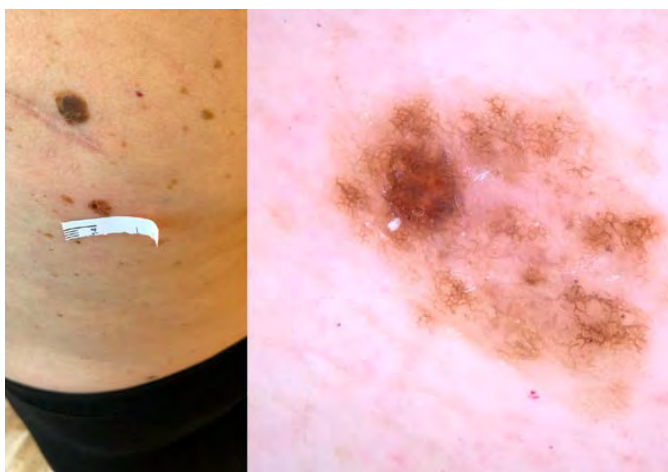
Fall 6: Man, 62 år. Lesionen skiljde sig från övriga enligt uppgift.



Fall 7: Man, 77 år. Patientens fru hade bett patienten söka för denna lesion.



Fall 8: Man, 59 år. Patienten hade tidigare opererats för tunt invasivt melanom och hade nu upplevt förändring i denna lesion.



SSDV:s styrelse



Ordförande
Ada Girnita
(Stockholm)



Utbildningsansvarig
Josefin Lysell
(Stockholm)



Utbildningsansvarig, suppleant
Desiree Wiegleb Edström
(Örebro)



Vice ordförande
Amra Osmancevic
(Göteborg)



ST-representant
Malin Krantz
(Helsingborg)



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 Osmancevic (Göteborg) *Suppleant*

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

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

Ansvarig för hemsidan:
Christian Steczko Nilsson (Örebro)

SSDV:s kalender 2020 - 2022

AAD Annual Meeting

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

5th Nordic Dermoscopy Course

2020-04-02 - 2020-04-03
Göteborg, Sverige

ST-kurs: STI

2020-04-20 - 2020-04-24
Örebro, Sverige

16th EADV Spring Symposium

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

Acta D-V 100-year anniversary

2020-05-15
Stockholm, Sverige

SSDV:s Vårsmöte

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

AAD Summer Meeting

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

16th BADV Congress 4th-6th September 2020

2020-09-04 - 2020-09-06
Riga, Lettland

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

2020-09-07 - 2020-09-11
Linköping, Sverige

29th EADV Congress

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

ST-kurs: Diagnostik och behandling av hudtumörer

2020-10-05 - 2020-10-09
Göteborg, Sverige

1st Regional Meeting of the International Dermoscopy Society

2020-10-15 - 2020-10-17
Warsawa, Polen

29th EADV Congress

2020-10-28 - 2020-11-01
Wien, Österrike

ST-kurs: Diagnostik och behandling av fot- och bensår

2020-11-04 - 2020-11-06
Lund, Sverige

ST-kurs: Arbets- och miljödermatologi

2020-11-09 - 2020-11-12
Malmö, Sverige

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

Utgivningsplan 2020:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 21	6 januari	26 februari
Nr. 22	16 mars	13 maj
Nr. 23	17 augusti	7 oktober
Nr. 24	26 oktober	16 december

