

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 21 • 1/2020



www.ssdv.se

**Regionmöte med avtackning av professor Lindberg • ST-träff 2019
ST-representantens ord • SDKO:s nyhetsbrev • ESMS kurs i Mohs kirurgi
Malignt melanom som bifynd • Att dränka huvudlöss • 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

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Ansvarig utgivare:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Ordförande SSDV:

Ada Girmita
ada.girmita@ssl.se

Hemsida:

ssdv.se

Produktion:

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

Layout:

Elin Ankerskär, elin@mediahuset.se

Annonser:

Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsbild:

Havsanemon.

Foto: Ingela Präst

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
ST-representantens infobrev.....	4
SDKO:s Nyhetsbrev 2020.....	6
SSDV:s regionmöte Uppsala-Örebro hösten 2019.....	9
Auskultation vid St. Lukes Hospital i Japan.....	14
Huvudlöss och dykning.....	17
ESMS Mohs Surgery Course.....	19
ST-träffen 2019.....	21
Fallbeskrivning tinea corporis.....	22
Disputation vid Lunds Universitet.....	24
ST-projekt inom allmänmedicin - maligna melanom hos patienter remitterade från primärvården.....	27
Hudteckningar.....	33
Dermatoskopiquiz.....	37
Dermatoskopiquiz - Lösning.....	38
SSDV:s styrelse.....	39
Kalender 2020 - 2022.....	40

'Blue Monday' påverkar inte glada hudläkare

Jag skriver dessa rader sent på första söndagskvällen i februari 2020 efter en tuff januari månad som markerade början på ett nytt och förhoppningsvis spännande decennium. Vi har precis passerat men (som vanligt) även överlevt "Blue Monday" som i år inföll den 20 januari. Hurra!

Blue Monday

För er som inte känner till "Blue Monday" så introducerades konceptet för 15 år sedan av Cliff Arnall från Cardiff University i Wales. Den gode Cliff räknade ut med matematiska formler att den tredje måndagen i januari var årets deppigaste dag. Förutom att det är en måndag så är det fortfarande mörkt ute med kallt och grått väder. Vidare har julens glädje försvunnit och det är långt kvar till nästa ledighet. Om inte det är nog har man ofta misslyckats med eller givit upp med sina nyårsloften och hemmets ekonomi är som allra sämst.

Januari 2020 inleddes med Trumps bombattacker mot Iran som dödade den iranske generalmajoren Qassem Soleimani vilket fick många att tro att tredje världskriget skulle bryta ut. Sedan kom de rekordstora skogsbränderna i Australien där tusentals människor förlorade sina hem och där man uppskattar att en miljard djur omkom. En av mina allra största idrottshjältar och basketbollikonen Kobe Bryant, hans 13-åriga dotter och 7 av deras vänner dog i en tragisk helikopteryllycka. Coronaviruset spred sig från Wuhan, Kina till stora delar av världen inklusive Sverige. Månaden avslutades som ni kanske minns med kontroversiella Brexit. Det var därför inte konstigt att man kunde se så många "memes" på internet i helgen med rubriken "I survived January 2020 (all 597 days of it)".

Kinesiske bonden

När jag var liten och råkade ut för jobbiga händelser berättade min far alltid historien om den kinesiske bonden. För att fatta den kort så var det en kinesisk bonde som en dag vaknade upp och upptäckte att hans häst hade försvunnit. Grannar och vänner kom för att trösta honom. "Vilken otur!" sade de. "Kanske det" svarade bonden. Några dagar senare kom hästen tillbaka och hade med sig 7 vilda hästar. "Vilken tur!" sade grannarna. "Kanske det" svarade bonden. Då bondens son försökte träna in en av de vilda hästarna föll han av hästen och bröt benet. "Vilken otur!" sade grannarna. "Kanske det" svarade bonden vars son nu inte kunde hjälpa till på gården. Dagen efter kallades alla män i sonens ålder in till ett krig som hade brutit ut i provinsen men

sonens skada hjälpte honom att komma undan kriget. "Vilken tur!" sade grannarna. "Kanske det" svarade bonden...

Jag vet inte om Sveriges och världens hudläkare har hört denna berättelse eller någon liknande men det verkar som att vi alla har samma inställning till livet som kinesiske bonden. Vi är ett glatt och optimistiskt gäng. Under mina 17 år inom branschen har jag träffat tusentals hudläkare och så gott som alla är trevliga, sympatiska och positiva människor. Vi har alla varit med om svårigheter och bakslag men kämpar vidare för att hitta lösningar på våra problem. De äldre och visa fortsätter att ställa upp som lärare, handledare och mentorer. De yngre och nyfikna fortsätter att ställa frågor, utbilda sig och säkra specialitetens framtid. Vi har eldsjälare som ställer upp i SSDV:s styrelse, dess sektioner och intressegrupper, som SPUR-inspektörer samt som lärare på ST-kurserna. Vi har erfarna forskare som handleder doktorander och driver fram utvecklingen för våra patienter. Vi har hängivna kollegor som skapar nätverk för att dela med sig av ny kunskap, patientfall och nyheter. Med den här typen av sällskap är det inte konstigt att Dermatologi och Venereologi är en så populär specialitet. 'Blue Monday' påverkar inte glada hudläkare. Så är det bara!

I detta nummer

Med dessa ord lämnar jag er nu med decenniets första nummer av D&V. Här får ni läsa rapporter från regionmötet i Örebro, ST-träffen i Varberg, ESMS kurs i Mohs kirurgi och ett studiebesök i Japan. Vidare bjuder vi på ST-representantens nya inlägg i vår medlemstidning, SDKO:s nyhetsbrev, en fallbeskrivning om tinea corporis och tankar kring huvudlöss överlevnad under vattnet. Sist men inte minst kommer ni att få läsa hur vanligt det är med malignt melanom som bifynd och självklart får ni lösningen på föregående dermatoskopi quiz och nya fall att bedöma.

Önskar er trevlig läsning!



John Paoli

Redaktör

john.paoli@vgregion.se

Annons

Äntligen här, 2020!

Ett år som säkert kommer att bli mycket spännande. Som vanligt i början på det nya året delar jag lite tankar om året som gått samt några förhoppningar om framtiden.

Hur var det då 2019? På Pubmed med sökord "dermatology" kommer 21 793 nya pek. Är det mycket? Lite? Det får ni bedöma. Jag tycker att det visar på en kontinuerlig tillväxt av vår specialitet oavsett om man har inflammation, tumörer eller venerologi som inriktning! Nya bakomliggande mekanismer för olika hudsjukdomar blev beskrivna samt nya spännande läkemedel registrerade, inte minst i Sverige. Apropå läkemedel rekommenderas varmt ett besök på EADV eller AAD under 2020. Ni kommer att bli överraskade över antalet nya läkemedel som testas i olika kliniska prövningar runt om i världen - och även hos oss - och som snart kommer att underlätta vårt arbete med att behandla hudpatienter. I snart framtid (hoppas, hoppas!) kommer vi att kunna ta bort begreppet "kronisk" hudsjukdom, eller vad tror ni?

Utbildning ska stå högt upp på våra prioriteringslistor. Mycket jobb påbörjades under förra året och kommer förhoppningsvis att fortsätta under kommande år för att få vår grupp högst kompetitiv internationellt. Vi är bra, vi är mycket bättre än många andra länders hudläkare och vi måste också kunna bevisa detta i alla möjliga sammanhang. Genom att delta i olika utbildningar, oavsett om läkemedelsföretag sponsrar eller inte, kommer vi att höja vår kunskapsnivå och i slutändan vinner både vi och våra patienter på det. Allvarligt talat, hur roligt är det att vara på en mottagning om patienten är mer påläst om nya behandlingar eller biverkningar än vad doktorn är?

Vi bör också öka samarbetet mellan oss, tycker jag, oavsett om man jobbar offentligt eller privat. I nuvarande vårdssystem har gränserna en tendens att fluktuera mycket och risken med den politiskt drivna högspecialiseringen är att man tappar kontakten med grunddermatologin, alternativt att man känner sig pressad inför att handlägga svåra patienter som ofta kräver ett multidisciplinärt omhändertagande. Om vi jobbar tillsammans blir vi starka.

Forskning är ett begrepp som gör att många börjar rynka på näsan, "jag har inte tid, pengar eller vilja". Men om ni tänker efter, allt ni testat på er mottagning ("vi testat att ge den patienten...") eller ni reagerar på ("min känsla är att patienterna med detta får detta...") är forskning! Var inte rädda för att publicera, ifrågasätta och kommunicera. Forskning är faktiskt allt detta och inget annat och ALLA kan göra det. Genom att våga skriva om det hjälper ni också andra som kanske inte är lika observanta eller inte råkar ha lika många patienter av den sorten. Man behöver inte satsa på Nature eller Science, man kan också börja med medlemstidningen D&V eller Forum for Nordic Dermato-Venereology.

Sammanfattningsvis, om ni frågar mig tycker jag att 2020 blir det bästa dermatologiåret hittills!

God fortsättning och på återseende på vårmötet i Västerås!
Varma hälsningar!



Ada Girnita
Ordförande SSDV
ada.girnita@ki.se



ST-representantens infobrev

Hej ST-kollegor!

Sedan vårmötet 2019 är jag ny ST-representant, med uppdraget att föra ST-läkarnas talan och värna om våra intressen inom SSDV. Styrelsemöten sker 4 gånger per år, däremellan har styrelsen kontinuerlig kontakt för diskussion och beslut. Utöver styrelsemöten har jag även kontakt med vår utbildningsansvarige, Josefin Lysell, och utbildningsgruppen samt studierektorerna. Dessutom ligger det roligaste uppdraget, att ordna SSDV:s höstmöte ("ST-träffen"), på mitt bord.



Uppgiften att vara ST-representant i SSDV är givande och ibland utmanande. Det svåraste är att föra ST-läkarnas verkliga talan då det inte finns enkla kommunikationsvägar mellan er och mig. Jag gör mitt bästa för att snappa upp era funderingar och åsikter när vi ses på kurser, regiondagar, ST-träffen, m.m. För att förbättra möjligheten för mig att få veta era åsikter har jag startat Facebook-sidan "Sveriges blivande dermatovenereologer", en sluten grupp där du måste ansöka om medlemskap för att gå med. Min förhoppning är att vi där ska kunna diskutera olika frågor, ge varandra tips och utbyta erfarenheter. Om ni har mer direkta frågor som bör nå styrelsen kontakter ni förslagsvis mig direkt. Med införande av detta brev hoppas jag att jag enklare ska kunna uppdatera er kring relevant information som rör oss ST-läkare.

Nytt år, nya tag. Det gäller även planeringen för årets ST-träff. ST-träffens organisationskommitté har noggrant gått igenom utvärderingarna från förra årets träff. Vi är glada över allt beröm som vi har fått för fjolårets träff – fin belöning för den tid vi lagt ner. Självklart tar vi också till oss kritik och förbättringsförslag och försöker göra nästa träff ännu bättre. Jag vill passa på att tacka Karim Saleh, min företrädare, samt Alexandra Fisch för allt hårt arbete de lagt ner och önskar er lycka till som färdiga specialister.



Det finns några förutsättningar för att ro ST-träffen i hamn. Att ni ST-läkare har möjlighet att komma dit, såklart. Vi hoppas att era arbetsgivare ser nyttan av att låta er åka – helst varje år. Vid varje träff ges nya föreläsningar och ny kunskap förmedlas. Det krävs också att några av er engagerar er i ST-träffens organisationskommitté. Det är roligt, givande och inte betungande så länge vi är några stycken som hjälps åt.



Inför kommande träff har jag en engagerad och rutinerad grupp till min hjälp, men det finns plats för fler. Vill du vara med – hör av dig till mig. Slutligen vill jag framhålla hur viktigt samarbetet med industrin är. ST-träffen omsätter över en halv miljon kronor, där deltagaravgiften täcker cirka hälften av beloppet. Detta är anledningen till att vi önskar att ni visar intresse för våra samarbetspartners under ST-träffen. Utan dem skulle träffen bli urvattnad, eller avgiften dubblerad.



På ST-träffen i Ystad 2016 fattade vi beslut om att platsen för ST-träffen ska växla mellan de tre storstadsområdena Stockholm, Malmö och Göteborg. Två år på var ort för att man ska slippa uppfinna hjulet på nytt varje år. Vi försöker förlägga träffen en bit utanför staden för att ge internatkänsla och för att alla verkligen ska prioritera att träffa de andra deltagande ST-läkarna även efter föreläsningarnas slut. Lokalerna ska vara anpassade till våra behov med föreläsningssal, lokaler för våra industripartners och logi för ca 130 personer i enkelrum. I jakten på lämplig lokal försöker vi tillgodose alla krav och önskemål. Efter några år i Ystad, följt av två år i Varberg, roterar vi nu vidare mot Stockholmsområdet. Vi har en spännande lokal i åtanke, vart avslöjar vi senare.



När vi skapar innehållet och schemat tar vi inspiration från era önskemål från föregående ST-träff. Kommittén brainstormar kring ämnen och framför allt inspirerande och duktiga föreläsare. Ibland lyckas vi riktigt bra, och ibland blir det tyvärr inte helt som vi tänkt oss. Vi försöker att främst ta in ämnen som inte täcks av de obligatoriska ST-kurserna. Hela schemat, föreläsningarna och föreläsarna ska slutligen godkännas av SSDV:s styrelse. Vissa förslag behöver diskuteras innan de släpps igenom. Det har hänt mer än en gång att tema, ämne eller föreläsare har fått avslag. Då får kommittén jobba fram ett nytt förslag. Har du tips och förslag, lämna dem gärna till oss.



På kursfronten ser det lite ljusare ut i år jämfört med hur det har sett ut de senaste åren. Kursgivarna har nog varit lite oförberedda på att ST-kullen ökat så kraftigt i antal. I dagsläget är vi ca 170 ST-läkare i Sverige. Utbud och efterfrågan börjar komma mer i balans. Om jag räknat rätt kommer det under 2020 att ges inte mindre än 9 (!) kurstillfällen. Min uppfattning är att det bland ST-läkarna har funnits stor frustration och stress över att vi först kommer med på kurserna sent under ST. Många upplever att en del kurser är basala för ST och man vill gå dem tidigt. Kommer man in sent under ST finns det risk att man redan tillgodogjort sig kunskapen på annat håll. Kursgivarna och även studierektorer verkar å andra sidan tycka att det är bra om vi går kurserna

senare under ST eftersom vi då redan tillgodogjort oss baskunskap som är bra att ha inför kurstillfällena. Kursgivarna påpekar att kunskapen bland kursdeltagarna kan variera stort, oavsett var i ST vi befinner oss, och att det därför inte är helt lätt att sätta ihop en kurs som matchar allas kunskapsnivå. Vi som ska gå kurserna och de som ger dem är alltså inte helt eniga i när det är lämpligt att vi kommer med på kurserna, men vi dryftar detta både i utbildningsgruppen och i styrelsen. Ha i åtanke att kurserna anordnas på frivillig basis av de arrangerande klinikerna, och att de tar mycket tid, energi och kostnader i anspråk. Jag tror att det hade varit bra om fler kliniker kunde dela på det ansvaret. Kanske är det så att din klinik skulle kunna anordna en kurs? Det skulle i så fall bidra till fler kursplatser för oss ST-läkare och därmed också att vi får möjlighet att gå kursen tidigare.

På återseende!



Malin Krantz

ST-representant i SSDV

ST-läkare, Hudmottagningen Helsingborgs lasarett

SSDV utlyser forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar

Syfte:

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologis Forskningsstipendium har instiftats, med stöd av Novartis Sverige AB, i syfte att stödja svensk forskning inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar. Stipendiet delas ut i samband med SSDV:s årsmöte då också mottagaren av stipendiet uppmuntras hålla en kort presentation om sitt forskningsprojekt.

Vem kan söka?

SSDV:s medlemmar verksamma i forskningsprojekt som syftar till förbättrad vård och behandling eller ökad förståelse kring kroniska inflammatoriska hudsjukdomar. Stipendiets storlek är 100 000 kronor.

Ansökan:

Ansökan ska innehålla en projektbeskrivning på maximalt 3 sidor med syfte, mål, relevans, projektplan (inklusive tidsplan och budget), samt CV med publikationslista. Stipendiet är inte avsett för finansiering av resor till kongresser och dylikt.

Ansökan skickas till:

SSDV:s kansli

E-mail: info@ssdv.se

SSDV tillbanda senast 22 mars 2020.

Beslutskommittén:

I beslutskommittén ingår Ada Girnita (SSDV:s ordförande) samt 3–4 forskningsmeriterade



specialister. Beslut om stipendiat tas senast den 15 april. Stipendiet delas ut i samband med SSDV:s årsmöte den 28 maj 2020 på Värmötet i Västerås. Efter beslut om stipendiat kommer Novartis att få ta del av ansökningarna.

Sponsor:

Novartis Sverige AB

SDKO:s Nyhetsbrev 2020

Här kommer nyhetsbrevet för medlemmar i Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi, med information om vad som hänt under 2019 samt tips på kurser och kongresser under 2020.

Resebidraget höjs markant

Resebidraget höjs nu till 8000 SEK från 1 januari 2020. Ansökningar från SDKO:s medlemmar tas emot fortlöpande av sekreterare Ingela. ahlnde@skane.se. Styrelsen har utifrån SDKO:s ekonomi rätten att besluta om hur många bidrag som maximalt kan delas ut per år. Resebidraget ska användas för besök på annan vårdenhet. Ansökan är enkel. Mer information finns på SSDV:s hemsida under SDKO/Stipendier och Resebidrag/SDKO:s Resebidrag. På hemsidan kan du även läsa reserapporter av medlemmar som tidigare fått anslag.

Utbildningsstipendium

SDKO kommer att avsluta utdelningen av Utbildningsstipendiet.

Lag om estetiska behandlingar

SDKO har fått en remiss från Svenska Läkarsällskapet (SLS), via SSDV, gällande ny lag om estetiska behandlingar, "Stärkt skydd för den enskilde vid estetiska behandlingar. Ny lag om kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar" (Ds 2019:20). Styrelsen har synpunkter på formuleringar och anser bland annat att dermatologer bör finnas med i klartext när det gäller exempel på vilka specialister som kan/bör utföra kirurgiska ingrepp. Styrelsen utformar remissvar i samråd med Intressegruppen för Estetisk Dermatologi.

Nationellt vårdprogram för skivepitelcancer i huden och Merkelcellscancer

Arbetet fortskrider mot ett nationellt vårdprogram för skivepitelcancer i huden. Tidigare riktlinjer från SDKO omarbetas och uppdateras. Remissrunda ett är planerad till 15 april 2020. Ett nationellt vårdprogram för Merkelcellscancer är också under produktion under 2019-2020. Första remissrunda planeras under våren 2020. SDKO är representerade i båda arbetsgrupperna.

Efudix

Önskemål har under året inkommit till SDKO

om att Efudix ska bli lättare att förskriva genom att licenskravet avskaffas. Bakgrunden har bland annat varit en artikel som visar en fördel gentemot andra topikala alternativ (Jansen MHE, Kessels J, Nelemans PJ, et al. Randomized Trial of Four Treatment Approaches for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2019;380(10):935-946). SDKO har tagit beslut om att engagera sig i frågan. Styrelsen har inkommit med en skrivelse till Mylan/Meda respektive till Läke-medelsverket. Återrapporteringen (nov 2019) från Mylan är att man aktivt arbetar med detta.

Euromelanoma 2020

Euromelanoma organiseras i Sverige för trettonde gången och det sker under veckan 11-15 maj 2020. Temat för årets kampanj är "The fight against skin cancer begins in your head". SDKO:s styrelsemedlem Dr. Åsa Ingvar, Lund, gör sitt fjärde år som nationell koordinator. För 2021 söker vi en ny nationell koordinator som vill ta över detta stimulerande arbete. Intresserade kan höra av sig till asa.ingvar@skane.se för mer information. Övrig aktuell information finner du på <https://ssdv.se/sdko/euromelanoma> samt <https://www.euromelanoma.org/intl>.

Styrelsemedlem i SDKO

Vill du vara med och påverka vad som händer nationellt och regionalt inom hudcancerområdet? Är du engagerad i hudcancerverksamheten i din region eller på din klinik? Är du disputerad eller doktorand med forskningsområde hudcancer? Eller är du verksam både som dermatolog och patolog? Vi söker flera nya entusiastiska styrelsemedlemmar till SDKO - anmäl gärna ditt intresse till sekreterare Ingela. ahlnde@skane.se. Arbetet sker helt ideellt men är mycket givande. Är du intresserad av hudcancer, ta chansen att få vara med och arbeta i SDKO:s styrelse!

Medlemsavgift

SDKO kommer fortsätta att ha en medlemsavgift på 100 kr under 2020. För närvarande går medlemsintäkterna i huvudsak direkt till SDKO:s resebidrag. Allt för att komma medlemmarna till godo.

Årsmöte

Alla SDKO:s medlemmar hälsas varmt välkomna till SDKO:s årsmöte 26 maj 2020

klockan 16-17 i samband med SSDV:s vårmöte i Västerås.

Kurser och kongresser

Inga kurser är planerade i SDKO:s regi kommande år. Tips på övriga kurser och kongresser följer nedan.

- SSDV:s vårmöte 27-29 maj, Västerås
- 5th Nordic Dermoscopy Course, 2-3 april, Göteborg. <http://nordicdermatologycourses.org/nordic-dermoscopy-course/>
- 7th Nordic Course on Skin Surgery, 6-7 maj 2021, Köpenhamn. <http://nordicdermatologycourses.org/nordic-course-on-skin-surgery/>
- SK-kursen Hudtumörer, 5-9 oktober, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.
- EADV Fostering courses. <https://www.eadv.org/eadv-school/>
 - o Surgery on cadavers, 2-4 april, Verona, Italien (Specialists).
 - o Summer school: Dermoscopy, 29 juni – 3 juli, Thessaloniki, Grekland (Residents and Specialists).
 - o Skin Cancer, 11-13 september, Trieste, Italien (Residents and Specialists).
 - o Mohs micrographic surgery, 14-16 oktober, Valencia, Spanien (Residents).
- ESMS Mohs Surgery Course <http://esms-course.org/> (datum ej klart).
- 16th EADO congress, 22-25 april, Vilnius, Litauen. <https://eado2020.com>
- Hugh Greenway's 37th annual superficial anatomy and cutaneous surgery course, UC San Diego School of Medicine, La Jolla, USA (datum ej klart). <https://cme.ucsd.edu/superficialanatomy/index.html>
- 1st IDS (Int. Dermoscopy Society), Regional Meeting, Warszawa, Polen, 15-17 oktober 2020. <http://www.dermoscopy2020.com/>
- Basic Dermoscopy, onlinekurs samt International short course on Dermoscopy, Graz, Österrike (datum ej klart). <http://www.medunigraz.at/en/dermoscopy/>

Bästa hälsningar,
Styrelsen för SDKO

Annons

Annons

Regionmöte Uppsala-Örebro med avtackning av professor Magnus Lindberg

Höstens regionmöte i Uppsala-Örebroregionen arrangerades av Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro, och ägde rum i Bohmansonsalen den 17 oktober 2019. Det blev ett stort regionmöte med närmare 100 deltagare. Mötet kombinerades med samtidig avtackning av professor Magnus Lindberg, som nu går i pension efter 45 års framgångsrik karriär. Deltagarna kom från Sörmland, Värmland, Dalarna och såklart Örebro men även från Storbritannien och Polen.

Magnus Lindberg var Örebros första professor i dermatologi och har under de senaste decennierna bidragit med ett stort antal publikationer på PubMed omkring Quality of Life i relation till olika hudsjukdomar bl.a. psoriasis, atopiskt eksem, iktyos, handeksem, akne och hirsutism.

Regionmötet inleddes av överläkare Anna Josefson, verksamhetschef på hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro, som välkomnade alla.

The DLQI journey: turning the idea into reality

Professor Andrew Y. Finlay, Cardiff University, Storbritannien, tackade professor Lindberg för allt han har bidragit med inom dermatologin och höll i en mycket intressant första föreläsning. Den handlade om DLQI (Dermatology Life Quality Index), från idé till klinisk verklighet. DLQI omnämns i nationella riktlinjer i mer än 35 länder, har översatts till fler än 115 språk, återfinns i över 3600 citat i publicerade artiklar och det finns 1261 artiklar på PubMed som använder DLQI i sina studier och resultat.

Professor Finlay förklarade att man tidigare hade olika index för olika hudåkommor, exempelvis Psoriasis Disability Index, Eczema Disability Index och Cardiff Acne Disability Index. Dessa var svåra att använda i kliniken och ett mer övergripande livskvalitetsmått i relation till hudsjukdomar behövdes.

Professor Finlay genomförde tillsammans med dr. Gul Karim Khan en studie där 120 personer med olika hudsjukdomar intervjuades angående hur sjukdomarna och behandlingen av dessa påverkade deras liv. Ur studien utarbetades 10 frågor som därefter har omarbetats till dagens DLQI.

DLQI fick enligt professor Finlay sin "lift off" mellan 2005 - 2010, då multipla önskemål om översättning och validering internationellt efterfrågades. Professor Finlay berättade dock att DLQI inte är ett perfekt verktyg och att det har framkommit en hel del kritik gentemot DLQI genom åren. I slutändan är det dock ett enkelt verktyg som är lätt att använda i kliniken, det tar inte mer än 2 minuter att fylla i, man kan lätt räkna ut en poängscore, det är lätt att förstå och

det finns i enbart en upplaga som är copyrightskyddad!

I Cardiff har de även personal som ansvarar för och arbetar med översättningsgiltighet av DLQI. Professor Finlay betonade vikten av detta då det genom åren har skett stora modifieringar vid översättning vilket sedan resulterat i att den översatta versionen haft betydligt fler frågor än originalversionen. Vi fick även veta att det finns en DLQI-app som man kan ladda ner och använda i sin kliniska vardag.

Slutligen framförde professor Finlay att "nothing lasts forever...". Även om DLQI har använts flitigt under en 25-års period är idag många andra instrument för skattning av livskvalitet under utveckling. Syftet med dessa är såklart att göra dermatologi till en mer patientcentrerad specialitet.



Professor Magnus Lindberg



Professor Andrew Y. Finlay

Where do the staphylococci come from?

Dagens andra föreläsning hölls av professor Bo Söderquist, läkare vid infektionskliniken samt klinisk mikrobiologi, Universitetssjukhuset Örebro, som pratade om PJIs (prosthetic joint infections) och var stafylokocker kommer ifrån.

Professor Söderquist berättade för oss att han har delat rum med professor Lindberg på Campus i många år, och de har tillsammans publicerat en artikel om "atopic dermatitis and gut microbiota".

Enligt "The Swedish Knee Arthroplasty Register" har antalet knäartroplastiker/knäledsplastiker ökat genom åren. En av tio kvinnor har fått någon form av knäledsplastik. Infektionsstatistiken för TKA (Total Knee Arthroplasty) är ca 1% och för höftledsplastik ca 0,5%, men enligt professor Söderquist ser man betydligt fler fall i den kliniska vardagen.

Vid PJI gör man en "two-stage exchange" operation där hela protesens avlägsnas i ett första steg. I tillägg ges långvarig antibiotikabehandling. Efter eradikering av mikroorganismerna, opereras ett nytt implantat in i ett andra steg.

Det finns fler än 50 arter av stafylokocker som kan orsaka post-operativa infektioner. Infektionsbenägenheten och vilka arter som ses varierar mellan olika kroppsdelar.

Flera studier har visat att infektioner i ledplastiker framför allt orsakas av multiresistenta bakterier från sjukhusmiljön och vårdpersonalen, snarare än från patientens hudflora vilket man trodde tidigare.

Varför har det betydelse? Jo, i Sverige rekommenderas pre-operativa åtgärder som patienten får instruktioner om att genomföra inför varje större operation, exempelvis att duscha hela kroppen med Descutan/klorhexidin för att minimera antalet hudbakterier. Det finns dock egentligen inga studier gjorda som visar på nyttan med detta.

Psychodermatology in clinical practice

Dagens tredje föreläsning hölls av professor Anna Zalewska-Janowska från Polen som pratade om psykodermatologi i klinisk praxis. Detta är ett väldigt intressant ämne. Publiken var enormt delaktig under föreläsningen och ställde relevanta frågor angående sådant som vi möter i vår kliniska vardag.

Professor Zalewska-Janowska berättade om den resa hon gjort för att slutligen landa i att hon känner att hon kan handlägga och bemöta denna svårbehandlade grupp av patienter på ett bra sätt. Hon betonade även hur värdefullt det är för denna patientgrupp. Professor Zalewska-Janowska betonade flera gånger att hon bryr sig väldigt mycket om patienterna men tycker ännu mer om sig själv! Hon syftade då på att den enskilde läkaren som handlägger denna patientkategori inte ska glömma bort sig



Professor Anna Zalewska-Janowska

självt och riskera att själv bli utmattad. Dessutom framhöll hon att det är väldigt viktigt att jobba multidisciplinärt när det gäller denna patientkategori. Hon beskrev intressant nog att ca 5 minuter av negativa känslor kan orsaka 6 timmars ökad kortisolutsöndring. Detta ger ett ökat stresspåslag och verkar samtidigt immunhämmande. På lång sikt drabbas man av ned-satt stresstolerans och ökad infektionsbenägenhet bland annat vid långvarig psykisk ohälsa. Hon berättade även att det finns en samverkan mellan centrala nervsystemet och immunologiska systemet, "brain-skin axis". Ett "bio-psycho-socialt" förhållningssätt är viktigt i klinisk praxis, där "bio-" representerar hudkostymen, "psycho-" involverar stressfaktorer som allergener och UV-ljus och "social-" patientens DLQI.

Brachytherapy in non-melanoma skin cancer

Dagens fjärde föreläsning hölls av dr. Bengt Johansson, överläkare, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro, som pratade om brakyterapi vid "non-melanoma" hudcancer.

Brakyterapi utgör mer än bara palliativ behandling. Det är snarare ett komplement till kirurgi. Flera tumörer kan behandlas lokalt, till exempel skivepitelcancer och basaliom. Brakyterapi är radioterapi i kontakt med tumören. Recidivfrekvensen förmedlades vara jämförbar som vid kirurgi. Brakyterapi når ett djup i huden på 5 mm. Det kosmetiska resultatet kan vara mer tilltalande än efter en kirurgisk intervention, speciellt då hudtumörerna ofta sitter i ansiktet och där finns det risk för stympande kirurgi och icke-radikala excisioner.



Sällsynta patientfall presenterade av deltagarna

Efter alla dessa varierade, viktiga och mycket intressanta föreläsningar, presenterade en del deltagare från regionen komplicerade och sällsynta dermatologiska fall.

Kollegorna i Örebro bidrog med 5 patientfall från deras kliniska vardag:

- Atypisk variant av speckled lentiginous nevus (nevus spilus)
- Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques (ELRP) eller som det även kallas nevus spilus-like pigmentation
- Dermatomyositis
- Svårt, tidigare uppmärksammat fall av neurosyfilis med vanföreställningar

- Systemisk kontaktallergisk reaktion mot kobolt i en höftprotes, med generaliserad klåda som hudreaktion

Sörmland bidrog med två intressanta fall:

- Langerhans cellhistiocytos
- Aplasia cutis congenita vid Adams-Oliver syndrom

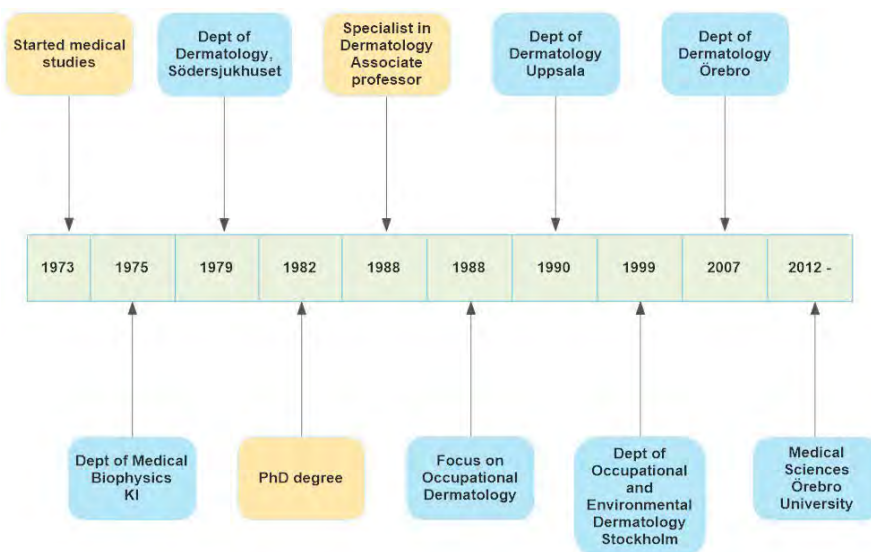
45 years in 45 minutes

Sista föreläsningen hölls av professor Magnus Lindberg. Han sammanfattade sin händelserika karriär med rubriken 45 år på 45 minuter. Detta var spännande 45 minuter där professorn gick igenom hur det hela startade, sin karriärtidslinje, några av hans många projekt och publikationer, redogjorde för det stora intresset för arbets- och miljödermatologi samt kollegorna han under åren rekryterat för forskning. Hans fokus under alla dessa år har varit "basic science", arbets- och miljödermatologi samt undervisning.

Doktor Lindberg hade i huvudsak 3 frågeställningar som utgångspunkt kring arbets- och miljödermatologi:

1. På vilket sätt kan man lära sig mer om arbetsomständigheterna för patienter inom olika yrken? Detta är viktigt för omhändertagandet av patienterna.
2. Hur kan man "mäta" och uttrycka den allergiska belastningen på de olika hudåkomorna för den enskilde patienten, befolkningen och samhället? Detta är viktigt när man ska tänka ut ett ekonomiskt perspektiv, kring prioriteringar och möjligheter att förbättra patientvården.
3. Hur kan man utveckla och förbättra kliniska team som arbetar med yrkesdermatologi?

Detta engagemang har lett till att professor Lindberg har kunnat bygga upp ett multidisciplinärt team på Universitetssjukhuset i Örebro



Magnus Karriärtidslinje



Sång till Magnus

Melodi 1: Apans sång (Djungelboken)
Melodi 2: Var nöjd med allt som livet ger (Djungelboken)

Du kungen är för oss alla här,
professor på 5:ans höjd
Du har nått opp, till högsta topp,
men nu så är du nöjd!

I dina spår vill vi följa,
lära allt du kan
Med karriär, i hudbarriär,
Du, Magnus, är vår man

Refräng:

Obidoo, vi vill ju va' som du
Skriva PEK som du, nå ut som du, duu
Det vill vi nu, vi vill bli bra
Lära oss, konst att handleda

Sara, Wasim och Maria,
fler finns, nämner några få
Som sagt "yes please!"
till din expertis,
för att forskningsmålen nå

Din hemlighet vill vi veta,
så säg oss hur det går till?
Då blir vi alla visst,
professorer till sist,
Och det är vad vi vill!

Refräng:

Obidoo, vi vill ju va' som du
Skriva PEK som du, nå ut som du, duu
Det vill vi nu, vi vill bli bra
Lära oss, konst att handleda

Försök inte lura oss gosse,
handbollstakten sitter i
Ett handledsskott av vår "mästershot"
träffar målet just mitt i

Vi kommer dig självfallet sakna,
kanske stanna lite till?
Du är oss kär, och välkommen här,
närhelst du kan och vill!

Men du kan också...

(Melodi 2)

Va' nöjd med, allt som livet ger
och allt som i Grythyttan sker,
glöm bort eksem, student och kömiljard
Var glad och nöjd, för vet du vad,
ett liv med kärlek gör en glad
Var nöjd med livet du och Berit har



som arbetar med yrkesdermatologiska patienter och frågeställningar.

Mot slutet av denna givande dag uttryckte professorn vilket privilegium det har varit att under 45 års tid arbeta inom dermatologi! Han uttryckte sin tacksamhet över att han har fått möjligheten att arbeta med trevliga, intressanta och varma personer och att han har lärt sig betydelsen av att arbeta i team där olika kompetenser möts och interagerar.

Professor Lindberg kommer fortsättnings-

vis att vara seniorprofessor. Han kommer inte att ha svårt att fylla sin tid med sina många intressen och olika engagemang såsom Örebro Medical History Association, släktforskning, traktorkörning, läsning samt som biträdande redaktör vid Acta Dermato-Venereologica.

Samtliga närvarande läkare tackade av professor Lindberg under middagen. Överläkare Karolina Evenhamre hade även skrivit en låt som kollegorna sjöng tillsammans. Låttextern börjar med "du kungen är för oss alla här..."



Ghena Shabana och Frida Elfsten

ST-läkare vid Hudkliniken,
Universitetssjukhuset Örebro

Annons

Hudauskultation på St. Luke's International Hospital i Tokyo

Val av land

Som ST-läkare på hudkliniken vid Gävle sjukhus så har jag haft det stora privilegiet att få genomföra en auskultationsmånad i valfritt land. Valet för min del föll naturligt på Japan då jag vid första besöket för 4 år sedan genast blev hänryckt av deras kultur, historia, gastronomi och allmänna gästvänlighet. Två år efter besöket så blev det ytterligare en visit och förtjusningen växte ännu mer. Vid denna sejour dök idén upp om att koppla in yrket och på sådant vis få en inblick i hudsjukvården i landet. Sagt och gjort, något år och ett par formaliakompletteringar senare så lyckades jag tillbringa septembermånad i Tokyo på St. Luke's International Hospitals hudklinik.

Under auskultationsmånaden fick jag lära mig om allt i från det komplexa japanska sjukvårdssystemet, verksamhetsorganisationen på hudkliniken, fördelning av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier, till sjukdomspanoramat bland befolkningen, enskilda medicinska handläggningar och kirurgiska tekniker.

Ingång 26 - Hudkliniken

På St. Luke's International hospitals hudklinik arbetade tre överläkare, två specialister och två ST-läkare. Det fanns 2 UVB-boxar, inget badkar och ingen Buckyapparat. Inneliggande vård kunde erbjudas till fem patienter med sjukdomstillstånd av svårare art. Bland dessa patienter fick jag möjlighet att se linjär IgA-dermatos, flertal facials herpes zoster, eczema herpeticum, läkemedelsutlöst bullös pemfigoid samt Stevens Johnsons syndrom. Arbetsdagen började strikt kl. 8:00 med avdelningsrund där samtliga tjänstgörande läkare och en sjuksköterska deltog. Detta pågick i ungefärligen 45 minuter för att sedan övergå till sedvanligt mottagningsarbete fram till 13:00-13:30 då man höll lunch i ynka 15 minuter. Eftermiddagen inleddes sedan med antingen biopsitagnings, bildrund, operation eller PAD-rond. Arbetsdagen avslutades regelrätt 18:00 fränsett torsdagen då man var kvar till kl. 19:00.

Jämförelse

Större skillnader som observerades under auskultationen fränsett förvisso de långa arbetsdagarna var bland annat att venerologi inte är en del av specialiteten utan åligger istället urologerna att handlägga. Som specialintresserad av just denna del så tyckte jag personligen att det var beklagligt då jag innan resan var förväntansfull inför att få fördjupa mig i deras venerologiska problemställningar, inte minst gällande resistensproblematiken för *Mycoplasma genitalium*.

En annan observation jag gjorde var att hudtumörer utgjorde en liten del av det dagliga arbetet vilket obestriddligen kunde förklaras av det föredömliga förhållningssättet som majoriteten av befolkningen verkade ha mot solen.

Vad gäller psoriasis så användes ej metotrexat som systemisk behandling. Faktum är att läkemedlet inte ens har indikation för sjukdomen i landet och utskrevs därmed endast som del av DMARDs (disease-modifying antirheumatic



Några av läkarkollegorna på hudkliniken. Från längst upp till vänster i rangordning : dr Zenke, dr Markus, prof Arai, Imad Ghafoor, dr Nakano. Längst ned: dr Shibuya och dr Shizuka



drugs) behandling mot psoriasisartrit via reumatologernas försorg. Man föredrog antingen apremilast eller direktinsättning av biologika där det inte var helt ovanligt att man initierade behandling med antingen IL-23 eller IL-17 hämmare istället för TNF- α -antagonist, naturligtvis beroende av sjukdomsgrad och subjektivt skattad påverkan på livskvalitet.

Infektioner som herpes simplex och bältros diagnostiserades strikt kliniskt och det fanns inget utrymme för PCR- eller serologiprovtagning i utredningssyfte. När det gällde alopecia areata och vitiligo så kämpade man ihärdigt med UVB-behandlingar och i utvalda fall även Ditrinol vid den förstnämnda sjukdomen.

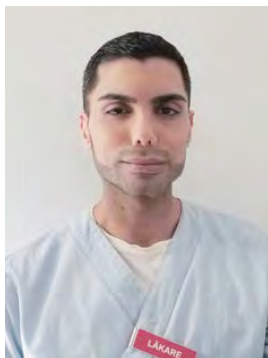
Samtliga biopsitagningar oberoende av storlek utfördes fullkomligt sterilt med full mundering och visir samt att man i vartenda fall alltid deponerade minst två suturer efter genomfört ingrepp. Ur kirurgisk aspekt så var man mycket generös med avlägsnande av benigna hudlesioner, däribland besvärande akrokordon, seborroiska keratoser och epidermala cystor.

Givetvis fanns det ett par andra skillnader, men även många likheter.

Slutsats

Sammantaget så var min auskultationsmånad i Japan en oerhört lärorik och rolig månad som jag sent i seniliteten kommer att glömma. Det var en ytterst utbildningsvänlig klinik med hög kompetens och stort intresse för forskning. Jag lyckades knyta värdefulla bekantskaper där vi idag öppet kan diskutera diverse medicinska frågeställningar.

Jag vill med denna artikel passa på att tacka min givmilda klinik som gett mig denna fantastiska möjlighet till förkovran samt hoppas jag på att fler kollegor runt om i landet ges liknande möjligheter.



Imad Ghafoor
ST-läkare, Hudkliniken
Gävle sjukhus



Taxichaufför som skyddar sig mot solexponering av händer



PAD-rond en tisdagseftermiddag

Annons

Huvudlöss och dykning

Jag befinner mig på 12 meters djup i Röda havet. Jag är viktlös, avslappnad och njuter av dyket. Det är 31 grader varmt i vattnet och dyket är tyvärr snart slut. Vi har varit under ytan i 68 minuter nu, och rör oss långsamt uppåt. Det är en fantastisk känsla att kunna vistas i en annan värld på det här sättet! Då dyker tanken upp i mitt huvud. Tanken som så många andra dykare har tänkt i samma situation: om jag skulle ha huvudlöss, skulle de då ha drunknat nu? Den frågan dyker upp i flera forum på nätet men inget riktigt svar tycks finnas. Väl hemma i Sverige igen beslutade jag mig för att söka efter svaret. Det var ganska tunnsått med studier kring detta men det fanns en studie som i kontrollerad miljö jämfört att dränka löss med att kväva dem. Allt under ordnade former, med kontrollgrupper och etiskt tillstånd.

Do drowning and anoxia kill head lice? Den frågan ställer sig författarna Candy K, Brun S, Nicolas P, Durand R, Charrel RN, Izri A i *Parasite* 2018;25:8. För försöket samlades löss in från människovärdar genom luskamning. Bara de löss som var friska, oskadade och aktiva fick delta i studien. Skadade eller inaktiva



Arabian Angelfish



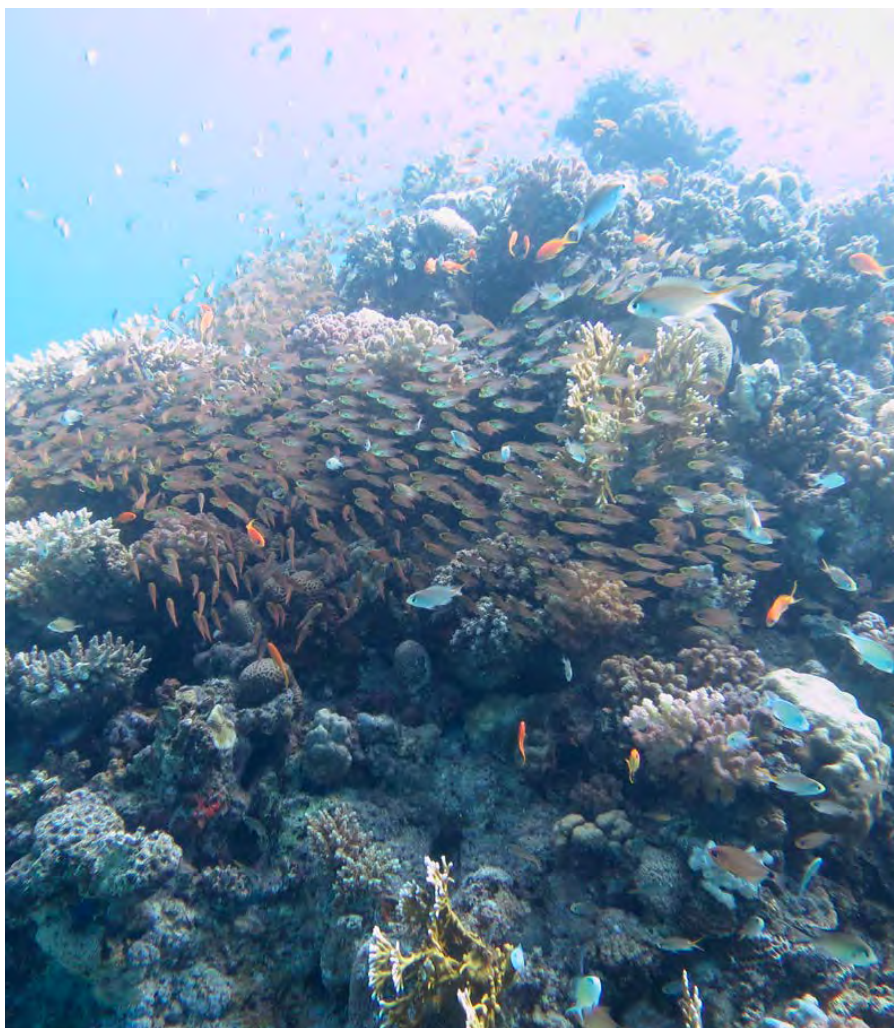
Bluespotted ray

löss valdes bort. Cirka 1800 löss lottades till att antingen kvävas, dränkas eller vara kontroller. Alla kvävningsförsöken utfördes under samma förutsättningar vad gäller föda, vatten- och lufttemperatur (25 ± 2 grader $^{\circ}\text{C}$) och luftfuktighet.

För att utvärdera effekten av anoxi, utsattes grupper av löss för anoxi genom att inneslutas i lufttäta förpackningar under olika långa tider. Överlevnad efter nedsänkning i vatten utvärderades tidsmässigt på samma sätt. För båda försöken fanns kontrollgrupper som inte utsattes för dränkning eller kvävning.

Det visade sig att löss är mycket duktiga på att hålla andan. I anoxisk miljö överlevde 100% i 8 timmar och 12,2% överlevde i 14 timmar. I kontrollgruppen levde nästan hälften (48,9%) av lössen efter 14 timmar. Efter 16 timmars anoxi hade dock 100% av lössen dött. När det gäller nedsänkning i vatten var lössen fridykare av extrema mått. Efter 6 timmars dykning levde 100% och efter 24 timmar var fortfarande hälften (50,9%) av lössen vid liv. Man kunde konstatera att vatten inte penetrerade lössens respiratoriska system. När forskarna istället provade med dimetikon/cyclometikon och etanol, penetrerade vätskorna andningssystemen och dödade lössen på 30 minuter.

Så det är alltså meningslöst att försöka dränka sina löss i badkaret. Men besvarar den här studien min fråga? De här försöken var gjorda i kranvatten, i en temperatur som var flera grader kallare än det varma och salta vattnet i Röda havet, så frågan är ändå inte riktigt besvarad. Om jag hade haft löss, hade de då drunknat i Röda havet? Jag vet inte, men jag tror att de hade överlevt.



Vy med koraller och fiskstim



Giant moray



Ingela Präst

ST-läkare och randande vid Hudkliniken
Universitetssjukhuset Örebro

ESMS Mohs Surgery Course

November 1-2 2019, Amsterdam

Våren 2019 hade vi förmånen att få DCH-stipendiet för att kunna delta i European Society of Micrographic Surgery (ESMS) Mohs Surgery Course, som hölls i Amsterdam 1-2 november samma år. Det var drygt 90 deltagare på kursen, varav 8 stycken från Sverige. Vi mötte kollegor från hela Europa och även från USA. Nästan hälften av kursdeltagarna kom från Holland.

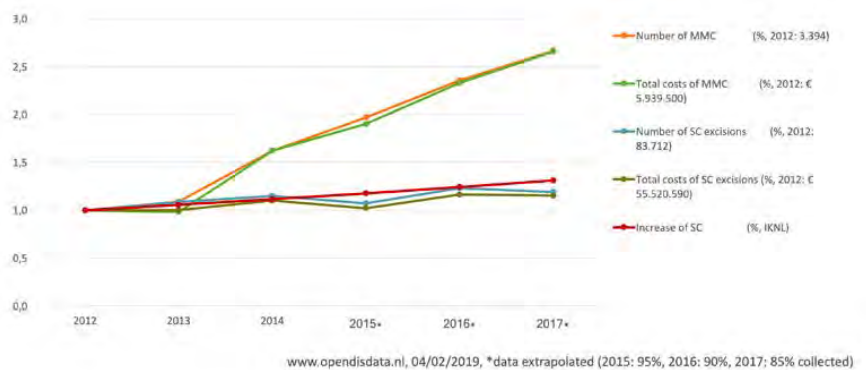
På Hudkliniken på Sahlgrenska har vi ett väl fungerande Mohsteam under ledning av dr John Paoli. Vi utför ungefär 150 Mohsoperationer per år och vi utgör därmed det största centrat för Mohs kirurgi i Sverige. Antalet operationer ökar för varje år. Indikationerna för Mohs kirurgi nationellt är morfebasaliom, mikronodulära basaliom eller annan högaggressiv form av basaliom, i huvud-halsregionen. Målet med Mohs kirurgi är att få det radikalt vid första operationen, enligt principen "the first treatment should be the last treatment".

Vi har båda precis börjat i teamet och såg denna kurs som en bra grund både teoretiskt och praktiskt. Den innebar även en möjlighet att träffa andra Mohskollegor, både erfarna dermatokirurger men också nybörjare som vi.

Det var två fullspäckade dagar med ett varierat program. Vi startade med teoretisk förmiddag på De Veranda, strax söder om citykärnan och inte långt ifrån Mohs Klinieken, Amsterdam. Den mycket erfarna dr Martino Neumann som har varit med sedan 80-talet pratade om Mohs historia och grundläggande koncept. Därefter förelästes det om Mohsteknik, hur man kan starta en egen Mohsklinik, samt om vidare indikationer (andra diagnoser) för Mohs. Mellan föreläsningarna fick vi också live följa en Mohsoperation från deras egen Mohsklinik. Under lunchen förflyttade vi oss till Mohs Klinieken, där vi delades in i smågrupper och hade så kallade "group sessions". De olika delarna som avhandlades var bland annat rekonstruktionstekniker, labteknik, patologi, ansiktsanatomi och nervblockader.

Som alla kurser hade även denna en trevlig kursmiddag som hölls på Restaurant De Kas. I ett växthus med egenodlade grönsaker fick vi avsmaka en fantastisk 5-rätters meny och gavs ytterligare möjlighet att fördjupa de sociala kontakterna med våra kollegor.

Expansion MMS: more costs?

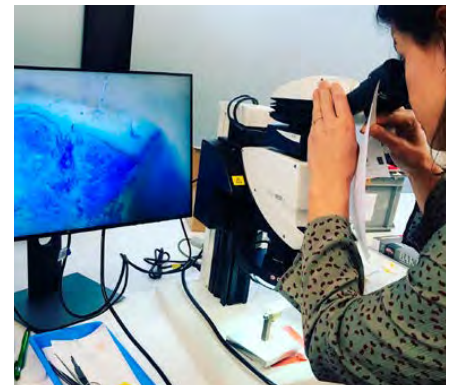


Graf: Jorrit Therra

Dag 2 inleddes på Mohs Klinieken med fler "group sessions". Detta format med smågrupper upplevde vi som extra givande då det gav tillfälle till interaktiva diskussioner. Efter en kort lunch förflyttade vi oss tillbaka till De Veranda för avslutande föreläsningar. Här avhandlades bl.a. instruktioner kring utskärningar och s.k. "mapping" av tumören, Mohs kirurgi i USA och Holland (som har mycket vidare indikationer för Mohs kirurgi) samt kombinationen av Mohs och laser för bättre kosmetiskt resultat.

Det vi tar med oss hem efter dessa dagar är bland annat hur väl utvecklad patologi-bedömningen av preparat från Mohs kirurgi är hos kollegor utanför Sverige. De flesta Mohskirurger både bedömer och färgar sina egna preparat, vilket gör hela processen smidigare, till skillnad från hur det är i Sverige där vi tar hjälp av en dermatopatolog. Detta är något som vi skulle kunna fundera på att utveckla även inom vår enhet.

En annan intressant observation fick vi med oss från dr Jorrit Terra, ordförande för the Dutch Mohs Society. Han kunde visa att trots ökad incidens av NMSC (non-melanoma skin cancer) samt ökat antal Mohsoperationer är kostnaden för dessa cancer i Holland oförändrad! Slutsatsen man kan dra av detta är att Mohs kirurgi är en mycket kostnadseffektiv metod där vi vet att vi opererar radikalt vid första operationen.



Sammanfattningsvis var det en väldigt intressant och lärorik kurs och vi är tack-samma att DCH-stipendiet gjorde det möjligt för oss att gå den!



Julia Fougelberg & Hannah Ceder
Specialistläkare och ST-läkare, Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Annons

SSDV:s höstmöte

– från parasitologi till dermatopatologi

Nationella ST-träffen för blivande dermatovenereologer ägde rum 11–12 november 2019 och arrangerades återigen på stadshotellet i Varberg. ST-träffen lockade till sig drygt 100 ST-läkare från hela landet, från Luleå i norr till Malmö i söder.

Under två dagar fick vi ST-läkare tack vare inspirerande föreläsare möjlighet att bredda våra kunskaper inom en rad olika områden. David Phillips fängade genast vår uppmärksamhet och belyste hur man med små medel kan påverka utfallet i olika kommunikations-sammanhang. Chefsjurist Ulf H. Fröberg, med över 40 års erfarenhet inom det medicinska området, bidrog med sin expertis och sitt kunnande. Dr Carl Swartling delade med sig av sin enorma kunskap om och erfarenhet av behandling med botulinumtoxin inom medicinsk dermatologi. Dr Sam Polesie belyste viktiga kutana tecken vid internmedicinsk sjukdom, dr Elisabet Holst föreläste om parasiter i huden, dr Bertil Persson om "danger zones" vid ansiktskirurgi samt dr Karim Saleh om grundläggande dermatopatologi.

SSDV:s ordförande dr Ada Girnita och utbildningsansvariga dr Josefin Lysell passade på att under träffen uppdatera oss kring bland annat aktuella frågor rörande specialiteten, kommande årets planering och utbildningstillfällen.

Under årets ST-träff implementerades även "Speeddating for dermatologists" som gick ut på att man under ett par minuter per samtal fick möjlighet att prata med så många ST-kollegor som möjligt för att på så sätt inspirera och lära känna varandra ytterligare.

Träffen avslutades med ett kunskapsquiz och dr Ola Kristiansen från Gävle kammade hem det åtråvärda priset – ett dermatoskop!

Sammanfattningsvis var 2019 års ST-träff mycket uppskattad, välorganiserad och lärorik.

Å samtliga ST-kollegors vägnar vill jag tacka organisationskommittén, samtliga föreläsare, representanter från läkemedelsindustrin och alla andra som bidragit till att ST-träffen återigen blev en succé!

Vill även passa på att tacka dr Karim Saleh för hans stora engagemang som SSDV:s



Kursdeltagarna



Avslutande kunskapsquiz

ST-representant och kursledare för SSDV:s höstmöte (nationella ST-träffen) när uppdraget nu överläts till dr Malin Krantz.

Vi ser redan nu fram emot nästa års träff och ryktena säger att den kommer att arrangeras i Stockholmstrakten.



Tanja Gavric

ST-läkare, Hudkliniken
Hallands sjukhus Halmstad



Karim Saleh föreläser om dermatopatologi

Svårbehandlad tinea corporis

Kontaktsak

Kliande utslag på kroppen.

Bakgrund

27-årig frisk kvinna. Ursprung: Bangladesh.

Aktuellt sjukdomsförlopp

Juli 2018: Debut av kliande fläck i ansiktet, patienten bodde då i Bangladesh.

November 2018: Patienten har nyligen flyttat till Sverige, och blir under denna period gravid. I samband med detta sprider sig hudutslaget till större delen av kroppen.

April 2019: Patienten träffar en hudläkare. Svampodling visar växt av trichophyton interdigitale. Kliniskt är utslaget nu mycket utbredd. Patienten ordinerar utvärtes behandling med terbinafin. Man planerar redan nu för insättning av systemisk behandling efter partus.

Juli 2019: Ingen effekt av lokalbehandling med terbinafinkräm och tineans utbredningsområde innefattar nu större delen av bål, glute och proximala nedre extremitet. På grund av extrem klåda börjar svampinfektionen att bli outhärdlig för patienten som nu är gravid i vecka 35. Zinksalva och kombinationspreparat med ekonazol och triamcinolon provas mot klådan utan effekt. Efter diskussion med specialistmödravården tas beslut om insättning av peroral terbinafin.

Augusti 2019: Ännu ingen effekt av peroral terbinafin. I samma veva föds en frisk flicka. Peroral behandling med terbinafin fortgår och amning avstås.

September 2019, tidigt: Den nu några veckor gamla flickan får en ringformad lesion på kinden, odling verifierar Trichophyton interdigitale. Flickan erhåller lokalbehandling med terbinafinkräm.

September 2019, sent: Flickan har ingen effekt av utvärtes behandling med terbinafin. Mammans utslag är fortsatt lika utbredda. En svampinfektion med en terbinafin-



Dekolletage.



Hyfer av Trichophyton interdigitale från patienten observerat i fluorescensmikroskop på Hudkliniken SÄS.

resistent dermatofyt börjar nu misstänkas. Mamman får behandling med peroral itra-konazol och efter 4 veckor är hon i stort sett besvärsfri och svampodlingen blir negativ. Flickan får behandling med utvärtes ekonazol utan effekt, men man använder då en kräm innehållande ciclopirox (pyridonderivat) inköpt i Bangladesh, och lesionen på kinden läker då snabbt.

Diagnos: Terbinafinresistent Trichophyton interdigitale

Slutsats/att ta med sig

Terbinafinresistens hos dermatofyter finns beskrivet, särskilt i Indien (1) (samt i grannländerna Pakistan och Bangladesh), och kan vara bra att ha i åtanke om patienten ej svarar på sedvanlig behandling.

Vid avsaknad av effekt av peroral terbinafin skall man dock i första hand säkra att patienten har fått i sig medicinen, särskilt när det gäller barn. Illamående och kräkningar kan förekomma som biverkan och uppträknad av tabletten är inget som barnet gärna berättar då det leder till att de måste svälja en ny tablett!

För närvarande finns inga standardiserade metoder för resistensbestämning av dermatofyter tillgängliga i Sverige. Denna analys går dock i särskilda fall att beställa från t.ex. Danmark. Flera olika resistensmekanismer finns beskriva (2). Det kliniska förloppet och avsaknad av effekt



Överarm.

av peroral terbinafin efter 4 veckors behandling kan vara vägledande i det enskilda fallet.



Eira Forsberg

ST-läkare, Hudkliniken
Södra Älvsborgs Sjukhus

Referenser:

1. Singh A, Masih A, Khurana A, Singh PK, Gupta M, Hagen F, et al. High terbinafine resistance in Trichophyton interdigitale isolates in Delhi, India harbouring mutations in the squalene epoxidase gene. *Mycoses*. 2018;61(7):477-84.
2. Martinez-Rossi N, Peres N, Rossi A. Antifungal Resistance Mechanisms in Dermatophytes. *Mycopathologia*. 2008;166:369-83.

Annons

Disputation vid Lunds Universitet

På luciadagen 2019 försvarade Kerstin Lundh framgångsrikt sin avhandling "Contact allergy to Asteraceae plants with focus on German chamomile". Kerstin har i många år arbetat som överläkare vid Hudkliniken i Halmstad men också periodvis tjänstgjort vid Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen (YMDA), Lunds Universitet, Skånes Universitetssjukhus i Malmö. Samtliga studier som ingår i avhandlingen har utförts på YMDA i Malmö. Seniorprofessor Magnus Bruze har varit huvudhandledare och docent Monica Hindsén bihandledare. Professor emeritus Halvor Möller, docenterna Åke Svensson, Birgitta Gruvberger och Erik Zimerson har ingått i forskargruppen. Opponent vid disputationen var doktor Chris Lovell, Royal United Hospitals, Bath, Storbritannien.

Ovan nämnda avhandling är en sammanläggningsavhandling med 4 delarbeten numererade enligt förteckning i slutet av artikeln samt inledande sammanfattning ("kappa"). Sammanfattningen inkluderar bland annat en av opponent samt andra världsauktoriteter inom området lovordad, systematisk och noggrann genomgång av den botaniska taxonomin gällande familjen Asteraceae samt av olika kemiska ämnen som har identifierats inom Asteraceae.

Flera av de växter som tillhör familjen Asteraceae (Compositae/korgblommiga växter) är kontaktallergiframkallande. Många av de kända kontaktallergiframkallande ämnena tillhör den kemiska gruppen sesquiterpenlaktoner. I den svenska och olika internationella bassier som används vid diagnostiken av kontaktallergi ingår en mix bestående av 3 olika sesquiterpenlaktoner (SLM).

Vid exponering för sesquiterpenlaktoninnehållande växter uppkommer eksem hos individer som är kontaktallergiska mot dessa växter. Sådant eksem är vanligare hos individer som exponeras yrkesmässigt, men är inte ovanligt hos individer utan yrkesexponering. Vanliga lokaler för eksem är händer och ansikte. Ansiktseksemet kommer inte sällan under den soliga delen av året vilket indikerar en relation till ultraviolett ljus. Vid vissa svåra ljusrelaterade



Från vänster Magnus Bruze, Kerstin Lundh och Chris Lovell

hudsjukdomar som aktinisk retikuloid finns det en överrepresentation av kontaktallergi för SLM.

Handeksemet är ofta lokaliserat till handflatorna vilket antyder att systemisk kontakt via sesquiterpenlaktoninnehållande födoämnen som örter och sallad kan vara av betydelse. Vi har sett sådana patienter, och i litteraturen finns även fallrapporter om SLM-allergiska individer som får handeksem vid intag av örter och sallad.

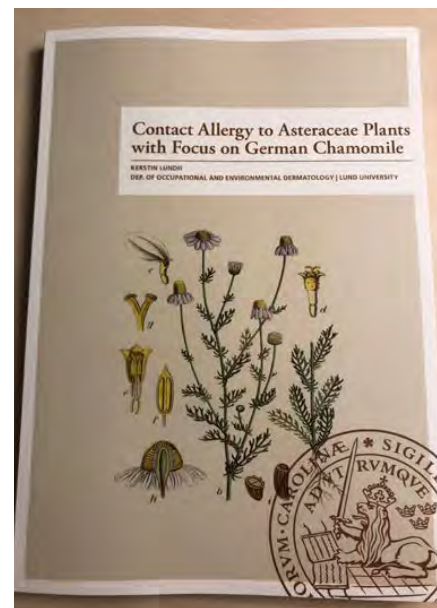
Huvudsyftet med avhandlingen har varit att undersöka om örter kan ge ett systemiskt allergiskt eksem och även att identifiera olika allergiframkallande ämnen i örter tillhörande familjen Asteraceae.

I det första delarbetet undersöktes 8 olika örter inom Asteraceae-familjen. Vid kontaktallergitestning på SLM-allergiska individer erhöles flest reaktioner för örter baserat på kamomill efterföljt av örter baserade på maskros och malört. De följande studierna, delarbeten 2-4, har därför utgått från örter av kamomill

(German chamomile; *Matricaria chamomilla*).

I det andra arbetet använde vi en metod som utvecklats på YMDA i Malmö. Metoden med epikutantestning av tunnskiktskromatogram kombinerar kemisk och biologisk metodik. 35 individer med kontaktallergi för SLM epikutantestades med tunnskiktskromatogram där örter separerats i flera olika fläckar. Reaktioner erhöles för många olika fläckar och med olika mönster hos olika individer vilket visar att många allergen finns i örter av kamomill och att kontaktallergi för örter kan baseras på flera olika allergen.

Det tredje delarbetet är ett mycket omfattande arbete av klinisk, experimentell natur. Arbetet utgår från individerna som testades i delarbete 2. Initialt utfördes epikutantestning av 57 individer med och utan kontaktallergi för SLM och örter av kamomill. Nickel, natriumlaurylsulfat och spädningar av örter testades. Då testreaktionerna försvunnit utfördes en oral provokation med örter eller placebo. För att möjliggöra en dubbelblind design tillverkades



kapslar med frystorkat te eller placebo som efter randomisering gavs till individer med och utan allergi. Till vår stora förvåning erhöles inga fynd som talade för systemisk allergisk dermatit trots att innehållet i "tekapslarna" fortfarande innehöll aktiva allergen.

Delarbete 4 är en fortsättning på delarbete 2 och utgår från de positiva reaktioner som erhållits för olika fläckar på tunnskiktskromatogram med kamomillte. Med gaskromatografi-mass spektrometri kunde 19 olika substanser som tillhör olika kemiska grupper som sesquiterpener, bensofenoner, flavoner och kumariner identifieras/indikeras. Sesquiterpenlaktonen matrikarin ("Matricaria chamomilla") som påvisas i teet, och som var det dominerande ämnet i fläck nr 5, har ansetts vara huvudallergien i tysk kamomill. Intressant nog, var det ingen av de SLM- eller örtteallergiska individerna som reagerade på ämnet när de epikutantestades med tunnskiktskromatogrammen.

Eftersom fotoaktiva ämnen som bensofenon och olika kumariner identifierats utfördes kompletterande fotolapptestning av 4 av de örtteallergiska individerna. Positiva reaktioner

erhölls på belysta områden med substanserna alantolakton (en individ) och 7-metoxikumarin (3 individer) medan obelysta områden av testsubstanserna var negativa. Reaktionsmönstren indikerar starkt att fotoallergi och fototoxicitet diagnostiserats för de båda substanserna. Individen med misstänkt fotoallergisk testreaktion för alantolakton har sedan flera år upplevt signifikant försämring sent varje vår och försommar.

Sammanfattningsvis har delarbetena i Kerstin Lundhs avhandling visat att en majoritet av de individer som är kontaktallergiska för SLM, som finns i nationella och internationella bassierier för epikutantestning, får eksem vid hudkontakt med olika örter. Örtte av kamomill gav flest eksemreaktioner. Däremot kunde det ej i en unik dubbelblind, randomiserad och kontrollerad studie med frystorkat örtte av kamomill visas att oralt intag av kamomillte ger uppblossning av eksem. Många olika kemiska substanser kan påvisas i kamomillte med utgångspunkt från epikutantestning med tunnskiktskromatogram, en metod som utvecklats på vår avdelning i Malmö. Ingen av individerna reagerade för den del av tunnskiktskroma-

togrammen som innehöll sesquiterpenlaktonen matrikarin. Fotolapptestning har starkt indikerat att 2 ämnen i korgblommiga växter som tidigare inte rapporterats vara fotosensibiliserande kan ge fotoallergiska och fototoxiska reaktioner. Detta har stor betydelse för framtida diagnostik av hudsjukdomar med misstänkt relation till växter och ljus.



Magnus Bruze

Huvudhandledare, Seniorprofessor
Enheten för yrkes- och miljödermatologi,
Lunds Universitet

Inkluderade delarbeten

1. Lundh K, Hindsén M, Gruvberger B, Möller H, Svensson Å, Bruze M. Contact allergy to herbal teas derived from Asteraceae plants. *Contact Dermatitis*. 2006;54:196-201.
2. Lundh K, Gruvberger B, Möller H, Persson L, Hindsén M, Zimerson E, Svensson Å, Bruze M. Patch testing with thin-layer chromatograms of chamomile tea in patients allergic to sesquiterpene lactones. *Contact Dermatitis*. 2007;57:218-23.
3. Lundh K, Gruvberger B, Persson L, Hindsén M, Svensson Å, Bruze M. Oral provocation of patients allergic to sesquiterpene lactones with German chamomile tea in order to demonstrate a possible systemic allergic dermatitis. Submitted.
4. Zimerson E, Lundh K, Ljungberg L, Hindsén M, Svensson Å, Bruze M. Identifying contact and photocontact allergens in German chamomile, an Asteraceae plant. In manuscript.

Annons

Maligna melanom hos patienter som remitterats från primärvården till en hudmottagning

Riskerar man att missa melanom i primärvården genom att inte undersöka hela hudkostymen?

Sammanfattning

Incidensen av malignt melanom (MM) och malignt melanom in situ (MIS) ökar i Sverige, de senaste åren med ca 5% per år. Västra och södra delen av Sverige har högst incidens av melanom i landet. Studier utomlands har visat att det bland patienter som remitterats till hudmottagningar pga specifika hudförändringar (indexlesioner) också förekommer att melanom diagnostieras på andra delar av kroppen (incidentella melanom). Någon studie specifikt av detta fenomen har inte gjorts i Sverige tidigare trots den höga incidensen av melanom och vikten av tidig diagnostik. Enligt gällande vårdprogram för melanom ska misstanke om melanom inte avskrivas innan en undersökning av hela hudkostymen gjorts, men det är tveksamt hur väl detta efterlevs i praktiken i primärvården.

Syftet var därför att studera patienter som diagnostiserats med MM och MIS (inkluderar lentigo maligna) på en hudmottagning efter remiss från primärvården, med följande frågeställningar:

- Hur stor andel av MM/MIS är incidentellt upptäckta?
- Har helkroppsundersökning genomförts i primärvården före remiss?
- Utifrån detta, riskerar man att missa MM/MIS i primärvården om inte helkroppsundersökning utförs på alla patienter med frågeställningar om hudlesioner?

Studien gjordes som en journalgranskning, och indikerade i slutänden att ca en fjärdedel av melanomen diagnostiserades efter remiss från primärvården var incidentellt upptäckta, vilket påvisar vikten av att undersöka hela huden hos patienter med oro för hudförändringar.

Introduktion

År 2016 diagnosticerades sammanlagt 4143 fall av malignt melanom (MM) i Sverige, varav 154 fall i Halland (1). Samma år avled 514 personer av MM, varav 24 i Halland (2). Enligt de senaste årens statistik är incidensökningen för MM i Sverige drygt 5% per år, särskilt intressant är den fortsatta ökningen även av invasiva MM. En artikel i Läkartidningens temanummer om MM 2017 belyser också incidensskillnaderna mellan olika delar av Sverige, där den västra och södra delen har högst incidens i landet, vilket också speglas i den senaste kvalitetsregistreringsrapporten för hudmelanom (3,4). Tidig diagnostik av MM eller melanom in situ (MIS) är viktig då MM och MIS som är tunnare än 1 mm vid excision ger nästan 100-procentig bot (4,5).

Studier utomlands har visat att det bland patienter som remitteras till hudklinik på grund av en specifik hudförändring (indexlesion) också förekommer att MM diagnostiseras på andra ställen på kroppen (inci-

dentella melanom) medan indexlesionen i slutänden är benign (6-9). I de internationella studier som gjorts med fokus på incidentell upptäckt av MM/MIS utgjordes så mycket som drygt en tredjedel (7,9) till hälften (8) av diagnostiserade MM/MIS av incidentellt upptäckta melanom. En av studierna rapporterade 3 incidentella MM/MIS hos knappt 500 patienter, i denna studie var dock diagnosen för indexlesionerna oklar (6).

Det finns ingen studie i Sverige som specifikt tittat på andelen incidentella MM eller MIS, men i en studie på 1562 patienter som remitterats från primärvården till Hudkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade 12 av 56 patienter med MM eller MIS (21%) ett incidentellt sådant (10). Den faktiska andelen patienter i studiepopulationen med incidentella melanom motsvarar därmed 0,8%, vilket stämmer väl in med internationella resultat (0,8% respektive 0,6%) (6,7). Fler svenska studier skulle dock behövas för att undersöka om andelen incidentella melanom stämmer med internationella studier.

Enligt punkt 5.4 i det svenska nationella vårdprogrammet för MM ska patienter som söker med oro för hudförändringar erbjudas en undersökning av hela hudkostymen innan misstanke avskrivas (13). Det finns inga studier på hur detta faktiskt efterlevs i praktiken, men erfarenhetsmässigt prioriteras detta ofta bort i primärvården, bland annat på grund av tidsbrist, medan det regelmässigt erbjuds patienter som väl kommer till hudklinik.

Syftet med studien var att studera patienter som diagnostiserats med MM och MIS (inkluderar lentigo maligna) på en hudmottagning efter remiss från primärvården, med fokus på följande frågeställningar:

- Hur stor andel av MM/MIS är incidentellt upptäckta?
- Har helkroppsundersökning genomförts i primärvården före remiss?
- Utifrån detta, riskerar man att missa MM/MIS i primärvården om inte helkroppsundersökning utförs på alla patienter med frågeställningar om hudlesioner?

Metod

Studien är gjord som en retrospektiv observationsstudie. Med utgångspunkt i diagnosen PAD-verifierat MM eller MIS (inklusive lentigo maligna) som ställts på Hallandskustens Hudmottagning Kungsbacka mellan januari 2014 och augusti 2018 identifierades patienter som ursprungligen remitterats från primärvården. Patienter som gick på kontroll efter tidigare MM/MIS eller som ej remitterats från primärvården exkluderades.

Datainsamling gjordes genom journalgranskning där patientens kön, ålder, var på kroppen melanomet satt, dess tjocklek enligt Breslow, andel

in situ lesioner, uppgifter om eventuella metastaser samt remissinstans registrerades i ett Excelark som därefter avidentifierades. Utifrån den ursprungliga remissen avgjordes om melanomet var indexlesion eller incidentellt upptäckt utifrån den kliniska beskrivningen, samt om det i remissen angivits om helkroppsundersökning genomförts i primärvården.

Då studien är en retrospektiv journalgranskning som resulterat i anonymiserade data utan att patienters diagnostik och behandling påverkas, samt att publicering inte planerats utöver redovisning inom de berörda specialiteterna (dermatologi och allmänmedicin), bedömdes att inget etikgodkännande behövdes för studien. Studien är godkänd av verksamhetschefen på Hallandskustens Hudmottagning Kungälv, och datahanteringen av Hallands sjukhus PUL-ombud. Data har registrerats i kodade Exceldokument i avsedd katalog på Region Hallands intranät, samt helt avidentifierat under bearbetningen.

Bearbetning av data

Deskriptiv statistik där andelen incidentellt upptäckta MM/MIS redovisats som absoluta tal, samt som procentandel av det totala materialet. Könsfördelning, patienternas ålder och kroppslokal för melanomen har redovisats på samma sätt och jämförts med tidigare studier på området. Andel MIS och tjockleken av MM har delats upp utifrån kön för att få fram könsspecifika genomsnitts- och mediansiffror. Åldersfördelning har presenterats utifrån det totala materialet samt könsuppdelat.

P-värden har räknats fram i SPSS. Mann-Whitney test användes för att jämföra Breslowtjocklek mellan MM som indexlesion och incidentellt, samt bedöma skillnaden i Breslowtjocklek och åldersfördelningen mellan könen. Chi-Square test användes för att bedöma melanomens fördelning på olika kroppslokaler mellan de olika kategorierna av melanom samt andelen MM och MIS av de olika kategorierna av melanom. Kruskal-Wallis test användes för att bedöma Breslowtjockleken och ålder relaterat till melanom som indexlesion eller incidentellt.

Resultat

Totalt återfanns 227 anmälningar till Cancerregistret och/eller PAD-svar gällande MM eller MIS (inklusive lentigo maligna) under åren 2014-augusti 2018 (Figur 1). Av dessa exkluderades 117 fall, varav majoriteten, 65 patienter, redan kontrollerades regelbundet på Hudmottagningen Kungälv pga tidigare MM, MIS eller annan hudåkomma. Ytterligare 36 patienter kom till Hudmottagningen via egenremiss, 11 patienter (varav en hade 2 lesioner) för kontroll efter excision av MM/MIS hos inremitterande (kirurgklinik, primärvård), och 4 kom på remiss från annan remissinstans än primärvården (företagshälsovården, medicinklinik, digitalt vårdbesök).



Figur 1. Inkluderade och exkluderade patienter.

Av de kvarstående 108 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna för studien var majoriteten remitterade från offentliga (n=69) och privata (n=26) vårdcentraler i Kungälv-området, med en liten andel patienter från andra delar av Region Halland (n=7), och ytterligare en mindre grupp från Västra Götalandsregionen (n=6). Två av patienterna hade två maligna förändringar vid första besöket, i båda fallen ett MM och ett MIS vardera, vilket resulterade i totalt 110 melanomfall. I dessa remisser var båda lesionerna omnämnda, och räknas därmed båda som indexlesioner.

49 av patienterna var kvinnor (45%) och 59 var män (55%). Patienterna var mellan 22 och 93 år vid diagnos med medelålder 64,7 år samt medianålder 68 år (Tabell 1). Männen var äldre än kvinnorna vid diagnos med medelålder 70,2 år och medianålder 72 år jämfört med medelålder 58,1 och medianålder 62 år.

Totalt återfanns 110 lesioner: 57 MM (Breslowtjocklek 0,2-8 mm), 52 MIS samt 1 MM-fall där indexlesionen utgjordes av en kutan metastas av MM, där efterföljande utredning påvisade ytterligare kutana och interna metastaser, med oklarhet i primärtumörens lokalisering.

Sammantaget kategoriserades 27 av lesionerna (24,5%) som incidentellt upptäckta (6 vid önskan om hjälp med helkroppsundersökning) varav 19 var MIS och 8 var MM (Tabell 1). Andelen incidentellt upptäckta MM blev därmed 14,0% (8 av 57) och andelen incidentellt upptäckta MIS blev 36,5% (19 av 52). Utöver patienten vars indexlesion visade sig vara en metastas, konstaterades positiv sentinel node biopsi hos 2 av de 57 MM-patienterna (3,5%). Ingen av patienterna med positiv sentinel node biopsi hade incidentellt MM.

Det totala antalet inkommande remisser under studieperioden kan inte anges exakt på grund av att samtliga remisser fram till augusti 2017 var i pappersformat och antalet inkomna hade inte loggats. Från september 2017 infördes dock ett digitaliserat system. Mellan september 2017 och augusti 2018 inkom 1974 remisser, med ett genomsnitt på 164,5 remisser per månad, vilket under studieperioden (56 månader) extrapolerat ger en summa på 9212 remisser. Detta skulle innebära att 0,3% av de remitterade patienterna under studieperioden hade incidentella melanom.

Av de 54 fall där man kunde avgöra om ett MM var incidentellt fynd eller inte var 8 (14,8%) incidentella. För MIS var motsvarande andel 19 av 44 fall (43,2%). Denna skillnad, med en övervikt av MM som indexlesion, visade statistisk signifikans (p=0,003).

Utöver de incidentella lesionerna fanns 12 fall (10,9%) där det inte gick att utläsa indexlesion från journalen. I 4 MM-fall och 8 MIS-fall är det alltså oklart om det rör sig om indexlesioner eller incidentella lesioner, se Tabell 1.

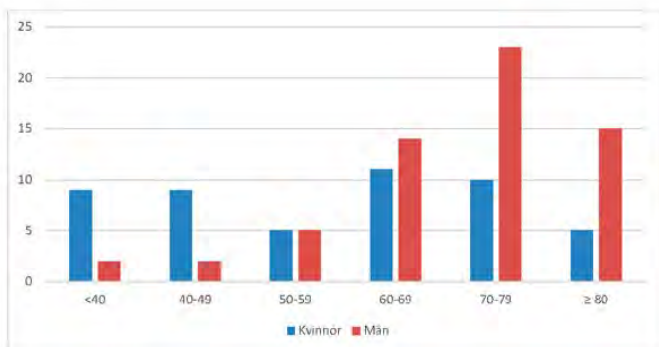
	Lesioner				MIS			Ålder Intervall (medel;median)
	Totalt (incidentella)	Index	Incidentella	Oklar index	Index	Incidentella	Oklar index	
Samtliga	110 (27)	46 (79%)	8 (13,8%)	4 (6,9%)	25 (48,1%)	19 (36,5%)	8 (15,4%)	22-93 (64,7;68)
Kvinnor	49 (13)	21	2	1	11	12	2	22-93 (58,1;62)
Män	61 (13)	25	6	3	14	7	6	24-90 (70,2;72)

Tabell 1. Kategorisering av lesionerna och könsfördelning av patienterna.

I Tabell 2 visas hur lesionernas antal och karaktär varierade med åldern, där flest antal lesioner återfanns hos patienter 70-79 år. Antalet fall där indexlesionen utifrån remissen var oklar var också högre hos de äldre patienterna (60 år och uppåt). Figur 2 visar fördelningen av det totala antalet lesioner utifrån ålder och kön, där ålderskillnaden mellan kvinnor och män vid diagnostillfället var statistiskt signifikant (p < 0,005).

Ålder	Samtliga lesioner	Indexlesioner	Incidentella lesioner	Oklar indexlesion
<40	11	9	2	0
40-49	11	7	4	0
50-59	10	7	3	0
60-69	25	17	6	2
70-79	33	19	7	7
≥80	20	12	5	3

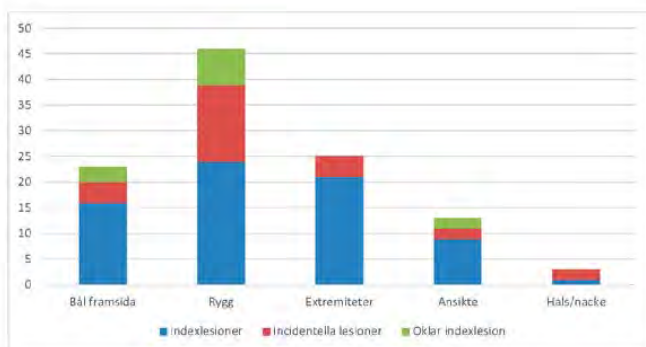
Tabell 2. Fördelning av lesioner utifrån ålder.



Figur 2. Fördelning av lesionerna utifrån ålder och kön.

Av samtliga 108 patienter framgick det endast i 3 fall att hela hudkostymen undersöktes hos inremitterande och i övriga fall var detta oklart. En av de 3 patienter där hela hudkostymen undersöktes remitterades för hjälp med helkroppsöversyn utan specificerad indexlesion men visade sig ha ett incidentellt MIS. De andra 2 patienterna hade ingen incidentell lesion.

Fördelningen av lesionerna per kroppslokal visas i Figur 3. Den absolut vanligaste kroppslokalen för MM/MIS var på bålen (n=68), varav hälften på ryggen (n=34). 25 lesioner återfanns på extremiteterna, 13 i ansiktet och 3 på hals/nacke. Av de 27 incidentella lesionerna återfanns 19 på bålen (varav 12 på ryggen), 4 på extremiteterna, 2 i ansiktet samt 2 på halsen. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i melanomens fördelning på kroppen vid jämförelse av incidentella och icke-incidentella fall ($p=0.14$). 14 av patienterna med incidentella melanom hade en indexlesion som utgjordes av basaliom, aktinisk keratos eller skivepitelcancer, 4 hade seborroiska keratoser, 1 hade ett nevus och 2 patienters indexlesioner hade läkt ut till första bedömningen hos hudläkare.



Figur 3. Lesionernas lokalisering på kroppen.

De kvarstående 6 patienterna remitterades för hjälp med översyn av hudkostymen, och där fanns ingen specifikt misstänkt lesion definierad i remissen.

Breslowtjockleken skilde sig åt mellan kvinnor och män med MM, där medelvärde för kvinnor var 0,83 mm och för män 1,05 mm. Bland männen återfanns det allra tjockaste melanomet med Breslowtjocklek 8 mm. Medianvärdet för kvinnor och män var mer likt, 0,5 mm respektive 0,63 mm. Skillnaden i Breslowtjocklek mellan könen var dock inte statistiskt signifikant ($p=0.45$). Kvinnorna hade sammanlagt 48 lesioner, varav 23 MM (47,9%) och 25 MIS (52,1%), männen hade sammanlagt 60 lesioner, varav 34 MM (55,7%) och 27 MIS (44,3%).

Breslowtjockleken skilde sig också åt mellan de incidentella melanomen och melanomen som utgjorde indexlesion (Tabell 3). Medelvärde för de incidentella melanomen var 0,63 mm och medianvärdet var 0,53 mm. För gruppen där indexlesionen var oklar utifrån journaluppgifterna var motsvarande medelvärde 0,85 mm och medianvärdet var 0,65 mm. För gruppen där melanomet utgjorde indexlesion var medelvärde 1,03 mm och medianvärdet 0,6 mm ($p=0.71$).

	Samtliga fall		Kvinnor		Män	
	Medelvärde (n)	Median	Medelvärde (n)	Median	Medelvärde (n)	Median
Samtliga MM	0.84 (57)	0.6	0.83 (23)	0.5	1.05 (34)	0.63
Indexlesioner	1.03 (45)	0.6	0.91 (20)	0.6	1.15 (25)	0.65
Incidentella lesioner	0.63 (8)	0.53	0.5 (2)	0.5	0.68 (6)	0.55
Oklar indexlesion	0.85 (4)	0.65	0.5 (1)	0.5	0.97 (3)	0.8

Tabell 3. Breslowtjocklek (mm) hos samtliga MM, samt utifrån könsfördelning och kategori av lesion.

Diskussion

Studien visade att 24,5% av melanomen var incidentellt upptäckta, vilket är en något lägre siffra jämfört med internationella studier, där resultaten visat att från 31% upp mot över 50% är incidentella melanom (7-9). Baserat på en uppskattning av det totala antalet remisser under studieperioden är andelen incidentella melanom hos alla remitterade patienter 0,3%, något lägre än siffrorna i de tidigare studier som citerats: 0,6%, 0,8% och 0,8% (6,7,10). Denna skillnad kan dock sannolikt delvis förklaras av att man i denna studie räknade med alla remisser till hudklinik oavsett frågeställning medan endast remisser med tumörfrågeställning räknades med i två av de andra studierna (7,10). I en studie från Storbritannien uppmättes incidentella MM i genomsnitt tunnare (0,42 mm) jämfört med MM som indexlesion (0,93 mm) (7), en trend som också kan anas i denna studies material (0,63 respektive 1,03), dock utan statistisk signifikans. Internationellt sett utgjordes ungefär en tredjedel av de incidentella melanomen av MIS (6,7), medan motsvarande andel i den här studien var nästan tre fjärdedelar. De enda svenska data på incidentella melanom som återfanns vid litteratursökning inför studien visade på 21% incidentella melanom, varav även där tre fjärdedelar var MIS, vilket är mer i linje med denna studies resultat (10). I detta material gick det dock inte att utläsa om det fanns skillnader i Breslowtjocklek mellan indexlesioner och incidentella melanom, och studiens huvudsyfte var inte att studera incidentella melanom.

Gällande generella data stämmer patienternas median- och medelålder ganska bra överens med den senaste nationella kvalitetsregistreringen om MM i Sverige, liksom att de kvinnliga patienternas MM var tunnare enligt Breslow än männens (3).

Utifrån remisserna går det i de allra flesta fall inte säkert att vare sig bekräfta eller utesluta att patienten vid initial bedömning genomgått en fullständig undersökning av hudkostymen. I de 3 fall där inremitterande läkare uppgett att fullständig undersökning gjorts fanns i 2 fall en specificerad indexlesion (MIS respektive MM), medan 1 av patienterna remitterades för helkroppsundersökning pga svårbedömda nevi utan specificerad indexlesion (där fanns ett MIS). Utöver detta fanns 5 fall med incidentella lesioner där inremitterande redan från början önskat hjälp med undersökning av hudkostymen utan specifik misstanke.

Baserat på underlaget går det alltså inte att uttala sig om kvaliteten på undersökning av hela hudkostymen i primärvården. Fler helkroppsundersökningar efter dermatoskopiträning inom primärvården vore önskvärdt då det är känt sedan tidigare att erfarna användare med utbildning i dermatoskopi har en högre träffsäkerhet i diagnostiken av pigmenterade lesioner och därför hittar tunnare MM i genomsnitt samt fler MIS jämfört med läkare utan denna kompetens (14,15). Detta ger också en bättre prognos för enskilda patienter (5).

Studiens resultat är viktiga på så sätt att de påvisar risken att missa MM/MIS om inte hela hudkostymen undersöks när patienter söker för hudförändringar eller tar upp frågor om sådana i samband med besök i primärvården av annat skäl. Risken ökar naturligtvis ju fler riskfaktorer för melanom som patienten redan har (t.ex. ålder, uppgiven hög solexponering, stort antal nevi på kroppen, förekomst av multipla stora nevi, ljus hudtyp, tidigare historik av hudcancer, samt hereditet) (5,16). Då studiematerialet kommer från en selekterad grupp patienter (remitterade från primärvården för diagnostik och behandling hos specialist i dermatologi) går det inte heller okritiskt att generalisera resultatet till en oselektad primärvårdspopulation där patienter i alla åldrar söker vård för en stor mängd olika tillstånd, där frågeställningarna kring patientens hudlesioner inte alltid är huvudsak till patientkontakten.

För att bättre kunna bedöma kvaliteten på helkroppsundersökningar i primärvården skulle en ny studie på området behöva bra information om hur undersökningen i primärvården utförts (hela hudkostymen eller riktat, med eller utan dermatoskop). Det skulle också vara intressant att efterfråga motivet till att inremitterande eventuellt avstått från sådan

undersökning. Rent spekulativt kan flera förklaringar tänkas förekomma såsom tidsbrist, upplevd otillräcklig kompetens, farhågor kring patientens inställning till sådan undersökning, samt att man vid remittering av en indexlesion oavsett karaktär medvetet eller omedvetet lämnar över ansvaret för fullständig undersökning till mottagande instans eller kombinationer därav. Sådan information vore intressant för framtida förbättringsarbeten genom utbildnings- och informationsinsatser till både personal och patienter inom primärvården.

Sammanfattningsvis indikerar denna studie att ca en fjärdedel av alla MM/MIS hos patienter som remitterats från primärvården till Hudmottagningen i Kungälv är incidentella vilket är siffror i paritet med tidigare svenska data. Även om flera av resultaten i studien inte var statistiskt signifikanta sågs intressanta trender som bör undersökas mer noggrant i framtida studier. Utifrån denna studie kan inte heller orsaken till att melanomen missats i primärvården bedömas och ytterligare studier behövs för att ta reda på hur diagnostiken kan förbättras. Dock påvisas vikten av att undersöka hela hudkostymen innan melanom kan avskrivas, i enlighet med rekommendationerna i gällande vårdprogram.

Handledare: John Paoli, docent, universitetssjukhusöverläkare, Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Katrin Ekstorm-Hughes

ST-läkare i allmänmedicin
Vårdcentralen Kungälv

Referenser

- (1) Socialstyrelsen S. Statistikdatabas för cancer. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/cancer>. Accessed Feb 18, 2018.
- (2) Socialstyrelsen S. Statistikdatabas för dödsorsaker. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/dodsorsaker>. Accessed Feb 18, 2018.
- (3) Regionalt c. Regionalt cancercentrum i SamverkanHudmelanom - Årsrapport nationellt kvalitetsregister. Diagnosår 1990- 2015. 2017; Available at: <https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/hud/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsregisterrapport-hudmelanom-1990-2016.pdf>.
- (4) Ingvar C, Eriksson H. Varannan timme får en svensk ett nytt malignt melanom: Incidens, utfall och prevention. *Läkartidningen* 2017 May 9;114(19):884.
- (5) Lyth J, Mikiver R, Nielsen K, Isaksson K, Ingvar C. Prognostic instrument for survival outcome in melanoma patients: based on data from the population-based Swedish Melanoma Register. *Eur J Cancer* 2016 May;59:171-178. doi:171-178.
- (6) Moran B, McDonald I, Wall D, O'Shea SJ, Ryan C, Ryan AJ, et al. Complete skin examination is essential in the assessment of dermatology patients: findings from 483 patients. *Br J Dermatol* 2011 Nov;165(5):1124-1126.
- (7) Aldridge RB, Naysmith L, Ooi ET, Murray CS, Rees JL. The importance of a full clinical examination: assessment of index lesions referred to a skin cancer clinic without a total body skin examination would miss one in three melanomas. *Acta Derm Venereol* 2013 Nov;93(6):689-692.
- (8) Viola KV, Tolpinrud WL, Gross CP, Kirsner RS, Imaeda S, Federman DG. Outcomes of referral to dermatology for suspicious lesions: implications for teledermatology. *Arch Dermatol* 2011 May;147(5):556-560.
- (9) Kingsley-Loso JL, Grey KR, Hanson JL, Raju SI, Parks PR, Bershow AL, et al. Incidental lesions found in veterans referred to dermatology: the value of a dermatologic examination. *J Am Acad Dermatol* 2015 Apr;72(4):651-5.e1.
- (10) Johan Dahlén Gyllencreutz. Benefits and risks with digital dermoscopy and teledermoscopy. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/53617/1/gupea_2077_53617_1.pdf: University of Gothenburg. Sahlgrenska Academy. Institute of Clinical Sciences. Department of Dermatology and Venereology; 16-Nov-2017.
- (11) Regionala Cancercentrum S. Nationellt vårdprogram, Malignt Melanom, version 2.0. 2017; Available at: https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/hud/vardprogram/NatVP_malignt_melanom_ver.2.1_170621_2018.
- (12) Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 2002 Mar;3(3):159-165.
- (13) Rosendahl C, Williams G, Eley D, Wilson T, Canning G, Keir J, et al. The impact of subspecialization and dermatoscopy use on accuracy of melanoma diagnosis among primary care doctors in Australia. *J Am Acad Dermatol* 2012 Nov;67(5):846-852.
- (14) Rastrelli M, Tropea S, Rossi CR, Alaibac M. Melanoma: epidemiology, risk factors, pathogenesis, diagnosis and classification. *In Vivo* 2014 Nov-Dec;28(6):1005-1011.

Annons

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. Från och med nu går det att sända in abstract enligt nedan.

Priser

Två stycken priser för bästa poster kommer att delas ut på 5000:- vardera. Upp till sex accepterade abstracts kommer att få hela kongressavgiften betald.

Abstract

Riktlinjer för innehåll

- Arbetet ska innehålla nya data från klinisk eller experimentell dermatovenereologisk forskning, dock ej sponsrade fas III/IV läkemedelsprövningar.
- Abstractet kan skrivas på svenska eller engelska.
- Titeln får vara maximalt 150 tecken.
- Samtliga författare samt deras affiliering (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 abstractet.

Urval

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

Viktiga datum

28 februari 2020 – deadline för insändning.

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

Kontakt

Abstracts 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.

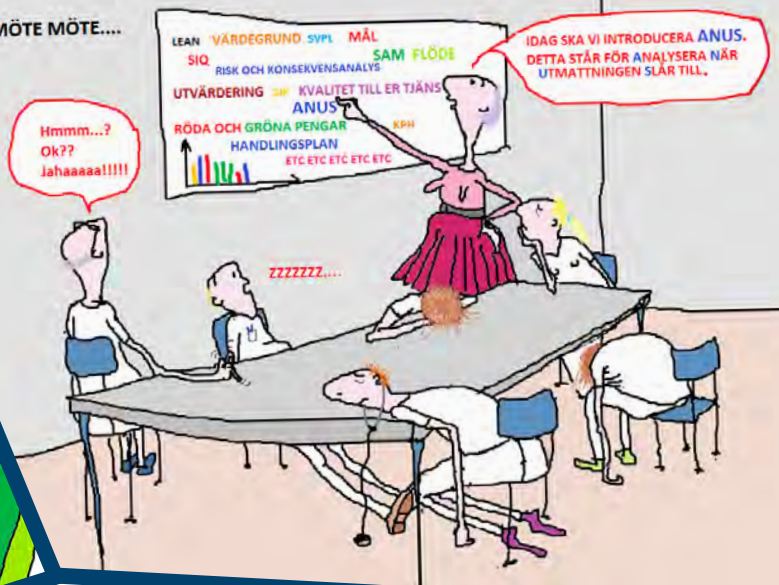


EN DERMATOLOGS VARDAG

RANDNING PÅ PATOLOGEN



MÖTE MÖTE MÖTE....



JAG VET INTE OM JAG ÄR JÄTTENÖJD?

KOM IGEN!!!!!!
JAG ÄR
SKITNÖJD!!!!!!

BÄTTRE ÄN INNAN
I ALLA FALL!!



YRKES- OCH MILJÖDERMATOLOGISK MOTTAGNING



Ylva Lundquist
ST-läkare,
Hudmottagningen,
Ängelholms sjukhus



SSDV:s vårmöte ersätts vart tredje år av NCDV

I samband med NCDV och SSDV:s årsmöte i Göteborg 2019, framfördes förslag om att vart tredje år ersätta SSDV:s vårmöte med Nordiska kongressen (NCDV) och att förlägga SSDV:s årsmöte i anslutning till kongressen. Efter ytterligare diskussioner har SSDV nu beslutat att införa denna nya rutin som inletts i samband med NCDV 2019. Nästa gemensamma nordiska möte blir i Köpenhamn 2022.



Svensk basserie 2020

Eventuella ändringar i Svenska basserien föreslås av Arbetsgruppen för epikutantestning på basen av evidensbaserade studier utförda av Svenska kontaktdermatitgruppen i samband med det möte som hålls vid Svenska Sällskapet för Arbets- och miljödermatologis workshop varje höst. Mötesdeltagarna fattar beslut om föreslagna ändringar skall genomföras.

Svensk basserie för år 2020 ändras ej. Tre planerade ändringar skjuts fram till år 2021.



Nya och uppdaterade riktlinjer för behandling av STI (version 5) finns nu tillgängliga via ssdv.se

/Sektionen för Venereologi

Dags att betala medlemsavgiften till SSDV för 2020

Logga in och betala via hemsidan www.ssdv.se.

Har ni glömt ert medlemsnummer kan ni e-maila Agneta (info@ssdv.se)



Höjning av SDKO:s resebidrag

SDKO önskar stimulera till ett ökat kunskapsutbyte och höjer från 1 januari 2020 resebidraget till 8000 SEK.

Ansökningar från SDKO:s medlemmar tas emot fortlöpande under året av sekreterare ingela.ahnlide@skane.se. Är du ännu inte medlem i SDKO kan man lätt gå med på SSDV.se. Resebidraget ska användas för besök på annan vårdenhet och syftet är att öka kompetensen i svensk sjukvård om utredning och behandling av olika typer av hudtumörer och vaskulära anomalier.

Ansökan är enkel och består i en kort beskrivning av sökanden samt en motivering till besöket på den mottagande vårdenheten. Mer information finns på SSDV:s hemsida.



EBDV
European Board of Dermato-Venereology



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 juli, augusti varje 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 1 maj 2020 (vilket även är sista dag för ansökan till UEMS-EBDV Board Examination 2020).

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

OBS! Utbetalas efter att tentamen genomförts.

Ansökningar tas emot från **1 februari 2020**.

Sista anmälningsdag **1 maj 2020**.

Sista dag för betalning **15 maj 2020**.

Datum för prov **31 juli-1 augusti 2020**.





Ansök om SPIRA-stipendiet 2020

För vårdutvecklande insatser inom psoriasis, HS eller atopiskt eksem

Psoriasis, hidradenitis suppurativa (HS) och atopiskt eksem är komplexa immunologiska sjukdomar med samsjuklighet och stor påverkan på patientens livskvalitet. Omhändertagandet ställer inte bara krav på vården, det finns även ett stort behov av kunskap hos de som lever med de olika sjukdomarna.

För sjunde året har SSDV glädjen att dela ut SPIRA-stipendiet för vårdutvecklande insatser inom psoriasis, HS eller atopiskt eksem. Syftet med stipendiet är att främja och belöna insatser som förbättrar vården för personer som lever med dessa sjukdomar. Genom att stimulera till nya idéer vill vi uppmärksamma och uppmuntra vårdpersonal att hitta nya sätt att utveckla omhändertagandet av dessa grupper.

Stipendierna utses av en kommitté under ledning av SSDV och finansieras av AbbVie. Den totala stipendiesumman på 150 000 kronor kommer att fördelas mellan 1 till 3 stipendiat enligt kommitténs bedömning. Stipendiet delas ut vid SSDV:s vårmöte i Västerås 27–29 maj 2020.

Vem kan söka?

Sökande kan vara specialistläkare eller ST-läkare med medlemskrav i SSDV. Sjuksköterska kan vara medsökande utan medlemskrav i SSDV.

Projektet kan handla om utvärdering av behandling, uppföljning av behandlingsmål, om att främja patientutbildning, kommunikation och följsamhet till behandling/vårdplan eller om utveckling av verktyg för screening av samsjuklighet inom psoriasis, HS eller atopiskt eksem.

Ansökningsformulär hittar du via QR-koden nedan eller här: <https://ssdv.se/nyheter/447-ansok-om-spira-stipendiet-2020>

För mer information om stipendiet kontakta:

Ada Girnita, ordförande SSDV
ada.girnita@ki.se

Sista ansökningsdag är den 31 mars 2020!

Välkommen med din ansökan!



Dermatoskopiquiz

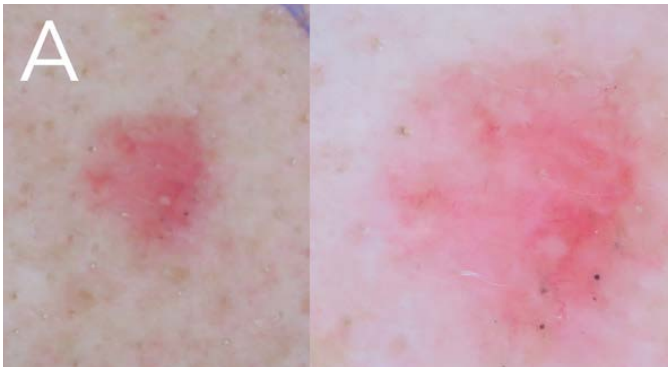
I detta nummer av D&V får ni spela "en skall bort". Här får ni bedöma fyra icke-pigmenterade lesioner där tre har samma diagnos och en har en annan. För godkänt svar krävs att man gissar vilken som ska bort men också att man anger vad det är för specifika diagnoser på samtliga fall. Lycka till!

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

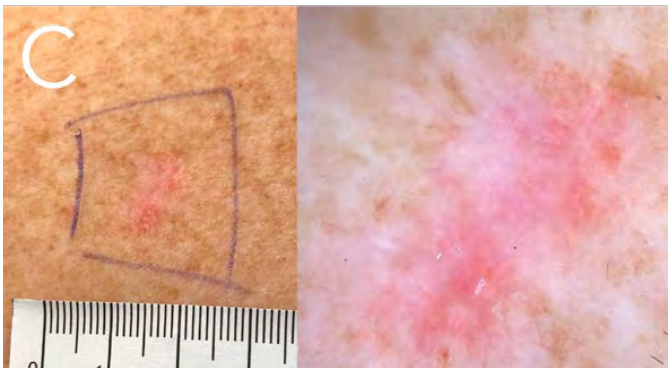
Fall 1



Fall 2



Fall 3



Fall 4



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 20 • 4/2019

Facit:

I förra numret av D&V fick ni svara på en lite annorlunda quiz. Ni fick bedöma tre bilder som alla visade olika diagnoser men som också hade en sak gemensamt. Den gemensamma nämnaren var att det handlade om kollisioner mellan två olika diagnoser.

Fall 1. Man, 62 år. Ländrygg centralt. Här ses ett sammansatt nevus med ett globulärt mönster centralt i den lätt upphöjda dermala komponenten och ett s.k. "patchy network" i periferin. Kl. 7 ses ett gråaktigt strukturlöst område med multipla små mörkgrå komedoliknande öppningar som skiljer sig morfologiskt. Detta är en seborrhoisk keratos som kolliderar med nevuset.

Fall 2. Man, 45 år. Thorakalrygg centralt. Här ses två uppenbart olika mönster till vänster och höger. Den mindre runda lesionen till vänster är ett dermatiskt nevus med typiskt globulärt mönster med jämn ljusbrun pigmentering i dess "globules". Till höger ses ett sammansatt nevus med central brungrå hyperpigmentering och perifert "patchy network" med fin symmetri.

Fall 3. Kvinna, 65 år. Höger tinning. Här ses huvudsakligen en ljusbrun lesion med hjärnliknande strukturer och enstaka spridda små komedoliknande öppningar som vid en seborrhoisk keratos men som kolliderar kl 3-5 med en blågrå pigmenterad struktur och nedom denna ses spridda kärl som är linjära

(delvis förgrenade) men även glomerulära på en vitaktig strukturlös bakgrund. Glomerulära kärl pekar förstås mot Bowen men förgrenade kärl och blå pigmentering pekar ännu tydligare mot rätt diagnos som är basalcellscancer.

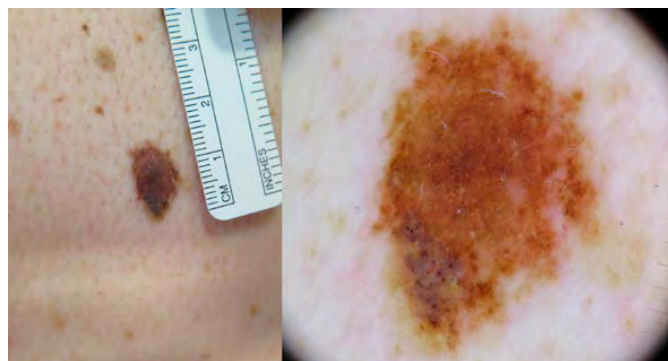
Korrekt svar på alla tre fallen angavs tyvärr inte av någon men ett hedersomnämmande får **Ghena Shabana**, Universitetssjukhuset Örebro, som hade rätt svar på två av fallen.

Tack till alla som skickade in svar!

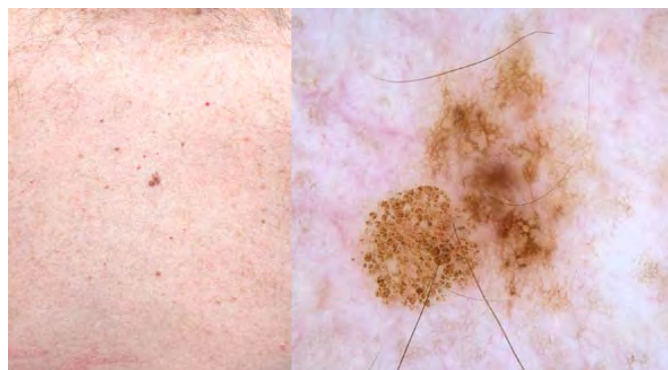
John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

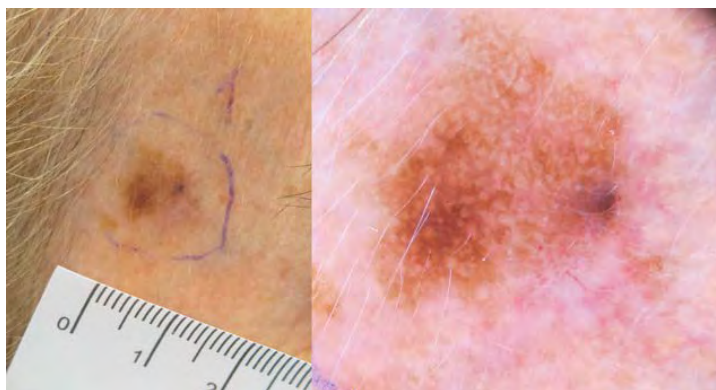
Fall 1: Man, 62 år. Ländrygg centralt.



Fall 2: Man, 45 år. Thorakalrygg centralt.



Fall 3: Kvinna, 65 år. Höger tinning.



SSDV:s styrelse



Ordförande
Ada Girnita
(Stockholm)



Utbildningsansvarig
Josefin Lysell
(Stockholm)



**Utbildningsansvarig,
suppleant**
Desiree Wiegleb Edström
(Örebro)



Vice ordförande
Amra Osancevic
(Göteborg)



ST-representant
Malin Krantz
(Helsingborg)



**ST-representant,
suppleant**
Karolina Rosendahl
(Umeå)



Sekreterare
Susanna Sandberg
(Karlstad)



**Ledamot 1
(repr. privatpraktiserande)**
MariHelen Sandström
Falk
(Göteborg)



Ledamot 1, suppleant
Lena Holm
(Stockholm)



Skattmästare
Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Skövde)



**Ledamot 2
(repr. venerologi)**
Arne Wikström
(Stockholm)



Ledamot 2, suppleant
Petra Tunbäck
(Göteborg)



Redaktör
Christian Steczko Nilsson
(Örebro)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venerologi

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 Walhammar (Göteborg)

Valberedning
Virginia Zazo (Umeå)
Sammankallande
Anna Bergström (Uppsala)
Anna Josefson (Örebro)
Karim Saleh (Lund).

Ansvarig för hemsidan:
Christian Steczko Nilsson (Örebro)

SSDV:s kalender 2020 - 2022

AAD Annual Meeting

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

Handeksem - en folksjukdom med långtgående konsekvenser

2020-03-25
TBD

5th Nordic Dermoscopy Course

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

SSDV:s Västsvenska möte

2020-04-17
Skövde

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 Vårmöte

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

AAD Summer Meeting

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

16th BADV Congress

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

NIVDP - Nordic course in Virtual Dermato Pathology

2020-09-10 - 2020-09-11
Reykjavik, Island

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. 22	16 mars	13 maj
Nr. 23	17 augusti	7 oktober
Nr. 24	26 oktober	16 december

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

