

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 22 • 2/2020



www.ssdv.se

Vårdprogram för hudlymfom • PsoReg:s rapport
Avhandlingar från Göteborg och Linköping • Venereologinyheter
Framtidens histopatologi • PDF • 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 Ankarskär, elin@mediahuset.se

Annonser:

Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

**Omslagsbild:**

"Mot en ljusare framtid"

Foto: Christian Steczko Nilsson

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
Disputation vid Göteborgs Universitet.....	5
Association mellan fetmakirurgi och hudcancerincidens.....	9
När små detaljer har stor betydelse.....	13
Nytt nationellt vårdprogram för hudlymfom.....	14
Klämtar klockan för histopatologin?.....	18
Vad är nytt inom venereologin?.....	22
Privatpraktiserande Dermatologers Förening.....	25
Disputation vid Linköpings Universitet.....	27
PsoReg:s årsrapport 2019.....	31
Hudteckningar.....	45
Dermatoskopi quiz.....	53
Dermatoskopi quiz - Lösning.....	54
SSDV:s styrelse.....	55
Kalender 2020 - 2022.....	56

Corona, corona, corona!

Jag är väl knappast den enda som börjar bli riktigt trött på corona och dess konsekvenser för allt och alla, i stort som smått. För egen del började irritationen redan i mitten av 1990-talet. Den italienska eurodiskgruppen "Corona" fick ännu en hit med låten "Baby Baby" och jag avskydde låten från första stund. En minst sagt enfaldig och tjatig refräng och fånig musikvideo var i mina öron och ögon en plåga. Jag minns att jag brukade stänga av bilstereon och demonstrativt sluta dansa på dansgolven när låten spelades. Tittar man på videon idag kan man snabbt få associationer till Ischgl och afterski i Åre. Texten rymmer kryptiska meningar som "I want to roll inside your soul" och "Cold chill down on my spine". När covid-19 började uppmärksammas sms:ade jag en kompis, för övrigt oförstående för min aversion och glatt medtrallandes när det begav sig, "Kom ihåg var du hörde det först. Hon är ond". När sedan corona slog till på bred front kändes denna föraning eller domedagsvittring inte längre vare sig fyndig eller kul. Corona med covid-19 är förstas i första hand en tragedi för alla svårt sjukdomsdrabbade och deras anhöriga och en enorm påfrestning för alla drabbade samhällen världen över. Därtill kommer allt annat. Bland det värsta tycker jag är känslan av att befinna sig i stand by (förslag på nytt begrepp: *status coronarius*). Allt man skulle kunna eller vilja göra men förhindras pga restriktioner. Semesterplaner grusas, anhöriga kan/bör ej besökas och vad man än i övrigt planerar kastar corona sin mörka och misstänksamma skugga över planerna. En av årets dermatologiska höjdpunkter, Värmötet, har fått ställas in. Allt heder och tack till kollegorna i Västerås som inte bara lagt mycket tid och kraft på det ursprungliga gedigna och intressanta programmet utan nu även snabbt och konstruktivt styrt om till en endagars webbkonferens inkl. SSDV:s årsmöte. Hatten av! En positiv effekt av detta kan möjligen vara att man hittar och lär sig andra forum och teknik för framtida möten.

Även om många har erfarenheter av att personal inkl. underläkare omfördelas till att bemanna vårdavdelningar för covid-19, innebär vardagen för de flesta av oss dermatologer kanske inte att vi i första hand konfronteras med corona annat än indirekt. Patienter bokar av, bokas om, flyttas fram och prioriteras om. Inte bara en, utan två, kanske tre gånger. Vi väntar till hösten, i bästa fall kan ni kallas då. Remisser bedöms striktare och återsänds med en obehaglig känsla av att den här kommer nog tillbaka. Inte nu men senare. Om *apokalypsen* är Corona i form av en diskodrottning från 90-

talet, blir dess *eskatos* berget av väntande patienter och framskjutna åtgärder som kommer att sluka landets hudmottagningar när corona är över. Tills dess skulle man kanske börja göra som Astrid Lindgren* gjorde för att snabbt kommentera det otäckta men samtidigt oundvikliga, och inleda dagen med tre höga "corona, corona, corona" och sen inte tänka mer på det. För det kommer att gå över. Man kan inte tro annat.

I detta nummer

Corona tills trots har artikelförfattare och D&V:s redaktörer inte legat på latsidan. Tvärtom är det ett välfyllt, om än något försenat nummer ni nu håller i era händer. SSDV:s ordförande Ada Girmita skriver sin sista ordförandetext och sammanfattar bl.a. sin tid som ordförande och SSDV:s ST-representant Malin Krantz ger en övergripande bild av det nya BT/ST-konceptet. Nu bjuds på en fin sammanställning över nytt vårdprogram för kutana lymfom, patientfall och spännande teknik för snabb vävnadsanalys samt intressant samband mellan fetma och hudcancer. PsoReg bidrar med sin årsrapport och läs gärna två mycket intressanta och var för sig personliga och trevliga referat från avhandlingar. Sist men inte minst, Quiz och nya fyndiga hudteckningar! God läsning!

P.S.

Med detta nummer gör jag min sista medverkan som redaktör i SSDV. Åtta år har passerat och det är dags att lämna över till någon annan. Jag kommer dock att stanna kvar som en av redaktörerna för D&V. Ny redaktör i SSDV och chefredaktör för D&V utses vid årsmötet.

*"Döden, döden, döden" – så sägs det att Astrid Lindgren började sina telefonsamtal med sin syster för att ha ämnet avklarad.



Christian Steczko Nilsson

Chefredaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Annons

Tack för den här gången!

Jag skriver dessa rader mitt i en pandemi utan precedensfall när alla uppmanas att stanna hemma utom oss. Vi behövs i allra högsta grad oavsett specialitet, alla kan bidra och jag hoppas verkligen att ni är friska eller kommer att bli friska snart. Mycket är fortfarande okänt om covid-19, såväl riskfaktorer som kliniska tecken. Anekdotisk evidens om hudutslag dyker upp i olika sammanhang och det känns logiskt, huden är trots allt vårt största organ med omfattande inbyggt immunförsvar. Lika mycket diskuteras hydroxiklorokin, vilket vi är mycket bekanta med, som behandling för åtminstone en del av patienterna. Med vilken verkningsmekanism som läkemedlet skulle kunna fungera kan man diskutera. Det skulle kunna vara via bindning till DNA, stabilisering av lysosomala membran, hämning av prostaglandinsyntes, interferens med monocytarnas produktion av interleukin-1 och/eller ökning av pH i intracellulära sura vesikler. Säkert är att forskningen kommer att ta upp detta ganska snart och då kommer vi dermatologer att ha mycket att säga i frågan, det är jag helt övertygad om.

Fysiska och virtuella möten

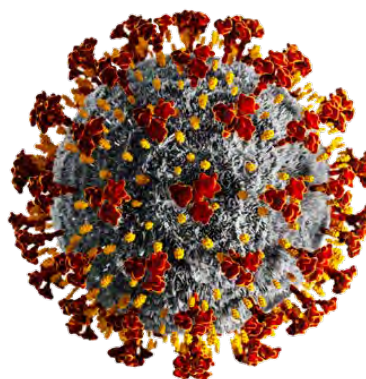
Normalt sett brukar jag vid den här tiden på året berätta lite om kommande vårmöte, denna gång är det planerat att hållas i Västerås i slutet av maj. Fantastiskt program, enastående föreläsare, men när jag skriver dessa rader är det oklart om vi kommer att kunna hålla mötet som planerat. När ni får tidningen i handen är detta troligtvis redan beslutat men jag kan i alla fall berätta att vi redan nu försöker förbereda för att åtminstone delar av mötet kan hållas digitalt. Detta väcker också frågan: hur blir det i framtiden? Kommer vi framöver att kunna ses "in real life" på möten eller kommer allt mer och mer ske i det virtuella rummet? Personligen tycker jag att även om kunskapen överförs lika bra så kommer man i så fall att sakna informella diskussioner och möjligheterna till interhumana interaktioner. Detta är självklart en större fråga, AAD tittar på den och jag skulle gissa att EADV gör likadant. Våra interaktioner med olika läkemedelsbolag kommer också att bli påverkade i det virtuella rummet med mindre möjligheter för att känna, lukta eller testa. Vi är redan vana vid teledermatologi på flera ställen i landet, likadant är vi medvetna om att det genom denna metod ibland kan vara svårt att diagnostisera. Gällande bedömning och behandling av hudsjukdomar passar det för vissa bra med enbart en snabb konsultation via olika hudläkardrivna nätbaserade tjänster men i ganska många fall behövs ett möte "face to face", inte minst för kirurgiska ingrepp.

Framtidsspaning

En annan sak som kommer att påverka oss mycket är den omtalade ändringen från AT/ ST till BT, d.v.s. bastjänstöring. Denna förändring var ursprungligen planerad att träda i kraft i sommar, men detta blir nu uppskjutet p.g.a. pandemin. Blir detta bättre eller sämre för hudläkare? Jag är optimist men framtiden kommer att utvisa. Ett annat projekt som rullar vidare är det som involverar NPO (nationella programråden)/NAG-grupperna (nationella arbetsgrupperna), nästa styrelse kommer säkert att ha detta högt upp på agendan.

Styrelsearbetet

När jag från valberedningen för 3 år sedan fick en förfrågan om att hjälpa till med styrelsearbetet hade jag ingen aning om hur spännande och lärorikt det skulle vara. Jag är oerhört tacksam för att jag fick ert förtroende



och blev aktuell för detta uppdrag. Jag kan bara uppmanera er alla att testa vid något tillfälle. Det innebär förvisso en del jobb men även en fantastisk tillfredsställelse när olika deluppdrag är klara.

Jag fick jobba med en extraordinär grupp av människor som alla brinner för specialiteten och gör det yttersta för att saker och ting ska rulla på bättre och i tid. Det krävs både kunskap, vilja och oräddhet men vilket "Ju huu" när allt faller på plats! Tack än en gång alla i styrelsen och Agneta som är adjungerad men en lika värdig medlem vid alla möten! Tack också valberedningen som jobbar hårt för att få det att fungera samt lycka till ni som så småningom kommer att ta över i styrelsen!

Med en förhoppning om att vi kommer att kunna ses även i framtiden! Tvätta händerna, ta hand om er och om våra patienter!



Ada Girnita
Ordförande SSDV
ada.girnita@ki.se

Hur ser din ST ut?

Hej kära ST-kollegor,

I Skåne regnar det. Idag. Igen. Vintern kom aldrig, inte en enda snöflinga stannade på marken. Hösten tog aldrig slut – men å andra sidan började våren rekordtidigt. I Lund har redan blåsippor och påskliljor slagit ut. Allt eftersom dagarna ljusnar återvänder energin och med den en spirande inspiration för årets uppdrag och utmaningar – jag hoppas att ni också känner det!

Först vill jag passa på att ge er ett första smakprov på årets ST-träff. Vi har för ST-träffen 2020 bokat in oss på Happy Tammsvik, en färgsprakande konferensanläggning där vi i ST-kommittén hoppas att ni vill träffa oss 16-17 november 2020! Börja redan nu mjuka upp chefen för att få åka på årets utbildning.

ST-träffkommittén sitter som bäst och börjar kontakta föreläsare för att spika schemat, och vi tror inte att ni kommer att bli besvikna. Förhoppningen är att alla föreläsarna är ordnade till styrelsemötet vid årsmötet i Västerås så att styrelsen kan godkänna planeringen – och sen kommer inbjudan ut innan sommaren. Träffen kommer att bjuda på några välkända moment, nyare favoriter, något helt nytt inslag – och en utmaning. Håll till godo – mer info kommer!

Hur ser din ST ut? Själv gör jag ST på en större "landsortsklinik" (Helsingborg). I min mening den bästa av två världar. Jag får både den breda dermatologin, men också förmånen att komplettera med sidotjänstgöring på universitetssjukhusets högspecialiserade avdelningar. Hur din ST ser ut beror till stor del på vilken klinik du jobbar på och hur dermatologin styrs i din region. Flera regioner har vårdval, men vårdvalen ser olika ut i de olika regionerna. På vissa ställen tar nu även privata aktörer inom vårdvalet ett utbildningsansvar genom att erbjuda ST-tjänster, vilket är mycket glädjande. Det finns dock skillnader i utformningen av våra ST-tjänster som vi bör jobba med. Den som sitter på en mindre klinik eller en vårdvalsklinik kanske inte får se så mycket högspecialiserad dermatologi, och den som gör ST på en universitetsklinik kanske aldrig får se den "vanliga" dermatologin. Bägge tjänsterna har sina brister. Det har nog hittills varit mer självklart att ST-läkare från den "lilla" kliniken måste fullgöra sin ST genom tjänstgöring på den "stora" kliniken, än tvärt om. Men för att vi som färdiga specialister ska hålla en relativt enhetlig och hög kompetensnivå är det viktigt att utbytet sker åt bägge hållen. SSDV:s utbildningsgrupp kommer under våren att träffas för att diskutera hur vi ska jobba för att uppnå detta.

AT/BT/ST – Sveriges utbildning av de yngre läkarna byggs om från grunden. Som ni säkert redan hört kommer läkarutbildningen att omformas till 6 år och göra det möjligt att söka legitimation redan efter examen från universitetet. Därefter söker man bastjänstgöring (BT) som en grund i den följande specialisttjänstgöringen (ST). Detta gör också att allmäntjänstgöringen (AT) kommer att fasas ut och ersättas med det nya systemet. De nya reglerna för BT och ST träder i kraft redan i sommar, men det finns inga förslag för hur övergången från det gamla till det nya systemet ska ske. Socialstyrelsen har skickat ut styrdokument för hur de olika tjänstgöringarna ska gå till och vilka regler som gäller. SSDV med flera andra specialitetsföreningar har betts granska de delar som rör respektive specialitet. Både SSDV:s styrelse och utbildningsgruppen sitter med dessa frågor nu. Framförhållningen och betänketiden när sådana dokument skickas ut för granskning verkar ofta vara begränsad.

BT inleder alltså ST och görs under minst 6 månader. Av dessa ska



minst 3 månader göras inom allmänmedicin respektive akut sjukvård. Vad jag förstår diskuteras vad som menas med "akut sjukvård". Menar man det som patienterna söker för på "vanliga akuten", eller kan även dermatologi med akuta/jourpatienter räknas? Totalt bör BT inte innefatta mer än 4 placeringar.

Fullgjord ST, inklusive BT, är målbaserad men ska ske under minst 5,5 år. Det vetenskapliga och kvalitetsarbetet ser ut att strykas och ersätts istället av "deltagande i implementerings- respektive utvecklingsarbete". En del ST-mål flyttas till målen för BT. För ST kommer omformulerade och nya a- och b-mål, medan c-målen förblir ungefär desamma. Däremot ökas kraven för intyg på varje mål. Hur dessa intyg skall utformas och genomföras lämnar inte Socialstyrelsen någon närmare beskrivning av.

Handledaren för BT kan vara ST-läkare, medan handledaren för ST-läkaren ska vara färdig specialist inom ST-läkarens huvudområde.

Vi som redan börjat ST omfattas fortsättningsvis av de tidigare reglerna och målen. Angående de nya lämnas en del utrymme för frågor om utformning och genomförande. Några tydliga svar tycks inte finnas – men hur våra kommande kollegors framtid utformas blir vi nog varse för eller senare.

Slutligen vill jag skicka med er att jag hoppas att era chefer förstår värdet av kontinuerlig utbildning och årligt deltagande på ST-träffen. Förhoppningsvis är läget lugnare i höst så att vi kan ses 16-17 november på Happy Tammsvik!



Malin Krantz

ST-representant i SSDV
ST-läkare, Hudmottagningen, Helsingborgs lasarett

Avhandling Sam Polesie

Metotrexat och risk för hudmelanom

Nedan följer en kort bakgrund till frågeställningen samt en sammanställning av huvudresultaten.

Forskning är roligt. Det blir extra roligt om drivkraften bakom den är frågor som du själv ställt och som får konsekvens för klinisk praxis.

För några år sedan demonstrerades en patient på vår klinik på en av våra konferenser. Han hade en utbredd psoriasis och diskussionen kretsade kring fortsatt behandling. Detta brukar ju inte vara några större svårigheter för hudläkare, men just denna patient hade opererat ett invasivt melanom några år tidigare. Efterföljande kontroller hade varit utan anmärkning. Så nu stod vi där med en patient med utbredd psoriasis samt tidigare melanom. En kollega föreslog metotrexat (MTX). En annan kollega invände och refererade då till en australiensisk publikation från Melbourne där patienter med reumatoid artrit som använt MTX hade en ökad risk för melanom jämfört med bakomliggande befolkning (2). I ljuset av detta ströks MTX bland tillgängliga behandlingsalternativ. Men jag kunde inte riktigt släppa denna problemställning. Detta var ju en intressant fråga som dessutom fick konsekvenser för vårt kliniska beslut. Varför inte fördjupa sig i

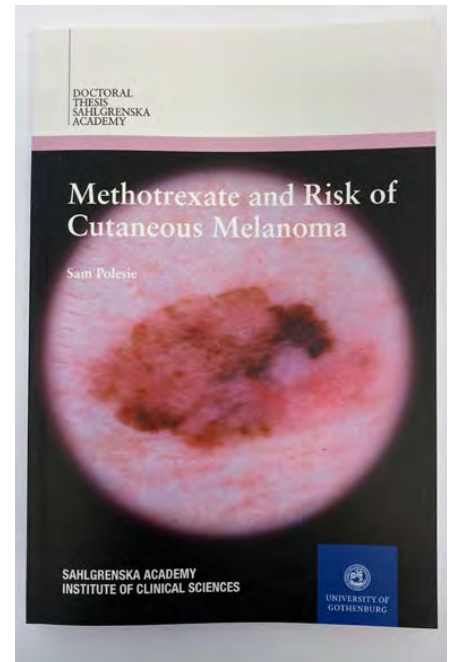
detta vidare. Så frågan jag ställde mig var:

Är användning av MTX associerat med en ökad risk för melanom?

Efter en litteraturgenomgång insåg jag att det i princip bara var denna australiensiska publikation som låg till grund för vårt beslut den dagen. En tid senare hade vi ett första utkast på ett forskningsprotokoll. För att komma närmre svaret på frågan i min avhandling utnyttjade jag svenska hälso- och sjukvårdsregister samt befolkningsregister som finns tillgängliga via socialstyrelsen och statistiska centralbyrån. I delarbete I-IV utfördes retrospektiva komparativa kohortstudier. Patienter som använt MTX jämfördes med ålders- och könsmatchade individer som var oexponerade för läkemedlet. Kohorterna utgjordes av 100 000 MTX-exponerade och 500 000 MTX-oexponerade individer.

I **delarbete I** såg vi en riskökning för melanom hos de individer som exponerades för MTX. Däremot var riskökningen i absoluta tal låg och innebar att 1250 individer skulle behöva exponeras för MTX åtminstone en gång ("ever-exponering") för att kunna förklara ett fall av melanom (3).

I **delarbete II** undersökte vi om det förelåg



Avhandling

ett dos-respons-sammanhang. Om nu MTX ökar risken för melanom borde ju de med högre dos ha en ökad risk. Något sådant samband kunde vi inte påvisa (4).

I **delarbete III** analyserade vi om det var några skillnader i fördelningen av melanom-stadium vid diagnostidpunkt samt melanom-specifik död. Vi kunde inte påvisa några skillnader i patologiskt stadium vid diagnos bland de individer som fått MTX jämfört med de oexponerade. Däremot var den melanom-specifika dödligheten ökad bland patienter som blivit MTX-exponerade (5).

Delarbete IV var den studie som vi borde haft tillgång till vid vår kliniska konferens några år tidigare. Här inkluderade vi enbart patienter som hade en sjukhistoria av melanom och MTX-behandling efter denna diagnos. Motsvarande patienter bland de MTX-oexponerade kontrollerna sovrades ut och vi kunde inte påvisa hållpunkter för att MTX, efter ett första primärt melanom, ökade risken för ett nytt primärt melanom (6).



Från vänster: John Paoli, Sam Polesie, Åke Svensson och Amra Osmancevic.

Delarbete V genomfördes som en fall-kontroll studie från en svensk kohort av patienter med psoriasis. Här valde vi ut de patienter som tidigare var cancerfria och insjuknade i melanom (fall). För varje fall valdes 10 stycken ålders- och könsmatchade kontroller ut på motsvarande datum som fallet fick melanomdiagnos. Vid denna tidpunkt var kontrollerna tvungna att vara cancerfria. Med denna matchningsstrategi identifierade vi 395 fall (patienter med psoriasis och melanom) och 3 950 kontroller (patienter med psoriasis utan melanom). I efterföljande analyser undersökte vi om fallen hade en högre exponering av MTX än kontrollerna. Det hade de inte (7).

I **delarbete VI** skiftades fokus och detta kretsade kring dermatoskopi. Dermatoskopiska karaktäristika hos melanom som uppstått hos organtransplanterade patienter undersöktes. Utseendet hos dessa jämfördes med ålders- och könsmatchade kontroller. Några säkra skillnader kunde inte observeras (8).



Sam Polesie

Avdelningen för Dermatologi och venerologi,
Institutionen för kliniska vetenskaper,
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
sam.polesie@vgregion.se



Från vänster: Sam Polesie och Åke Svensson

Den 5 december 2019 försvarade specialistläkare Sam Polesie sin avhandling *Methotrexate and Risk of Cutaneous Melanoma* (1).
Huvudhandledare: Amra Osmancevic, **bihandledare:** John Paoli, **opponent:** Åke Svensson, Lunds universitet.

Direktlänk till avhandlingen: <http://hdl.handle.net/2077/60781>

Direktlänk till kappan: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/60781/3/gupea_2077_60781_3.pdf

Referenslista:

1. Polesie S. Methotrexate and Risk of Cutaneous Melanoma. 2019. Sahlgrenska Academy. University of Gothenburg.
2. Buchbinder R, Barber M, Heuzenroeder L, Wluka AE, Giles G, Hall S, Harkness A, Lewis D, Littlejohn G, Miller MH, Ryan PF, Jolley D. Incidence of melanoma and other malignancies among rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Arthritis Rheum*. 2008;59(6):794-799.
3. Polesie S, Gillstedt M, Sonnergren HH, Osmancevic A, Paoli J. Methotrexate treatment and risk for cutaneous malignant melanoma: a retrospective comparative registry-based cohort study. *Br J Dermatol*. 2017;176(6):1492-1499.
4. Polesie S, Gillstedt M, Paoli J, Osmancevic A. Methotrexate Exposure and Risk of Cutaneous Malignant Melanoma: No Evidence of a Dose-response Relationship. *Acta Derm Venereol*. 2018;98(9):888-895.
5. Polesie S, Gillstedt M, Paoli J, Osmancevic A. Methotrexate and melanoma-specific mortality. *J Eur Acad Derm Venereol*. 2019;33(3):e123-e125.
6. Polesie S, Gillstedt M, Paoli J, Osmancevic A. Methotrexate treatment in patients with a history of cutaneous melanoma and the risk of a consecutive primary melanoma: A national retrospective registry-based cohort study. *Amer Acad Dermatol* 2017;77(1):161-163.
7. Polesie S, Gillstedt M, Paoli J, Osmancevic A. Methotrexate treatment for patients with psoriasis and risk of cutaneous melanoma: a nested case-control study. *Br J Dermatol*. 2020. Jan 25. [Epub ahead of print]
8. Polesie S, Gillstedt M, Zaar O, Osmancevic A, Paoli J. Dermoscopic Features of Melanomas in Organ Transplant Recipients. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(12):1180-1181.

Annons

Annons

Association mellan fetmakirurgi och hudcancerincidens

Bakgrund

Fetma ökar risken för ett flertal allvarliga sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, typ 2-diabetes, muskuloskeletala störningar, andningsproblem, infertilitet och cancer. Efter rökning och infektion utgör fetma den tredje vanligaste riskfaktorn för cancer (1). Man har även sett att risken för att drabbas av någon eller några av de vanligaste cancerformerna, såsom bröstcancer, levercancer, njurcancer, bukspottkörtelcancer och magsäckscancer ökar med stigande Body Mass Index (BMI) (2, 3). Enligt Cancerfondsrapporten 2018 är hudcancer den cancersjukdom som ökar mest i Sverige. Det gäller såväl malignt melanom som skivepitelcancer, vilka utgör de två vanligaste maligna hudcancer typerna. Samma utveckling ser man även globalt - framförallt i Nordamerika, Europa och Australasien (4). Men trots att utvecklandet av nya behandlingar - exempelvis immunterapi - har lett till en förbättrad 5-årsöverlevnad, finns det fortfarande ett behov av ökad förståelse för bakomliggande mekanismer och riskfaktorer.

Ett flertal studier tyder på att fetma kan utgöra en riskfaktor för skivepitelcancer och melanom (5, 6). Man har bland annat sett att en hög fettkonsumtion är förenat med en ökad skivepitelcancer risk, särskilt hos personer med tidigare diagnosticerad hudcancer (7). Epidemiologiska studier och djurmodeller



indikerar att fetma kan påverka initiering, progression och metastasering av melanom. Exempelvis har ett samband mellan fetma och Breslowtjocklek beskrivits (8). Fetma och hudpigmentering är även genetiskt sammankopplade. Ett välstuderat exempel utgörs av ärftlig brist på Proopiomelanokortin (POMC) vilket leder till svår fetma. Dessutom är det vanligt att individer med POMC-brist har rött hår och ljus hy (9). Man har även observerat att möss

som genetiskt modifierats för att bli överviktiga, och möss med dietinducerad fetma i sin tur uppvisar större melanomtumörer och fler av melanommetastaser jämfört med möss med normal kroppsvikt (8). Fettceller i underhuden utsöndrar hormoner, cytokiner, kemokiner, fria fettsyror och andra lipider och dessa faktorer har föreslagits som mekanismer vilka kan påverka hudtumörtillväxt (6).

Med bariatrisk kirurgi uppnår man den mest omfattande och långsiktiga viktnedgången hos patienter med fetma. Detta har bevisats i ett flertal befolkningsstudier och randomiserade kontrollerade studier. Bariatrisk kirurgi leder även till minskad risk för allvarlig sjukdom och minskad dödlighet (10-12) och har tidigare även visat sig minska cancer risken hos patienter med fetma (13). I en studie i Swedish Obese Subjects (SOS) rapporterades att den totala cancer incidensen minskade efter bariatrisk kirurgi (14). Men när studien publicerades 2009, var antalet cancerfall för lågt för att kunna göra analyser på specifika cancerformer och det var i och med det omöjligt att dra några slutsatser om exempelvis hudcancer risk. I vår nuvarande studie har vi en uppföljningstid på 18,1 år (median), och därmed ett tillräckligt antal hudcancerfall för att undersöka sambandet mellan bariatrisk kirurgi och malign hudcancer inklusive melanom.



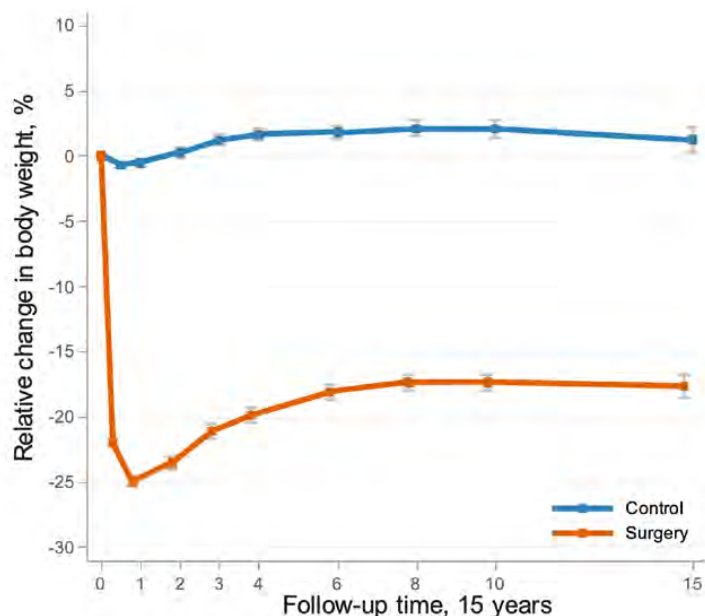
SOS-studien (Swedish obese subjects)

SOS-studien är en pågående, prospektiv, matchad interventionsstudie som startades 1987 av professor Lars Sjöström. När studien startades var det huvudsakliga syftet att studera dödlighet, men även att studera effekterna av viktoperationer på hjärt-kärlsjukdom, diabetes, gallsjukdom, livskvalitet och kostnadseffektivitet (15). Studien omfattar totalt 4 047 patienter varav 2 007 genomgått en överviktsoperation och 2 040 patienter utgör en kontrollgrupp som fått konventionell fetmabehandling på vårdcentraler. Grupperna matchades för 18 variabler inklusive kön, ålder, antropometriska mätningar, kardiovaskulära riskfaktorer, psykosociala variabler och personlighetsdrag. Patienter i såväl kirurgi- som kontrollgrupp genomgick en grundläggande undersökning ungefär fyra veckor före interventionsstart. Under hela uppföljningstiden har varje patient genomgått 10 kliniska undersökningar och fyllt i frågeformulär. Centraliserade biokemiska undersökningar har genomförts vid matchningstillfället, den grundläggande undersökningen, och efter 2, 10, 15 och 20 år. Studien leds och koordineras från SOS-sekretariatet, Institutionen för medicin, Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet av professor Lena Carlsson Ekander. Alla patienter som är kvar i studien har genomgått 15-årsundersökning och 20-årsundersökningar planeras vara slutförda 2021. Uppföljningsundersökningarna har genomförts på 25 kirurgkliniker och 480 vårdcentraler i Sverige. Uppföljning av patienterna sker även via ett antal svenska register. I denna studie har registerdata om cancer-

incidens, dödsfall och utvandring inhämtats från Cancerregistret, Dödsorsaksregistret, och Patientregistret hos Socialstyrelsen och befolkningsregistret hos Statistiska centralbyrån. SOS-studien är världens mest omfattande studie vad gäller långtidseffekter av viktoperation jämfört med konventionell fetmabehandling.

Resultat

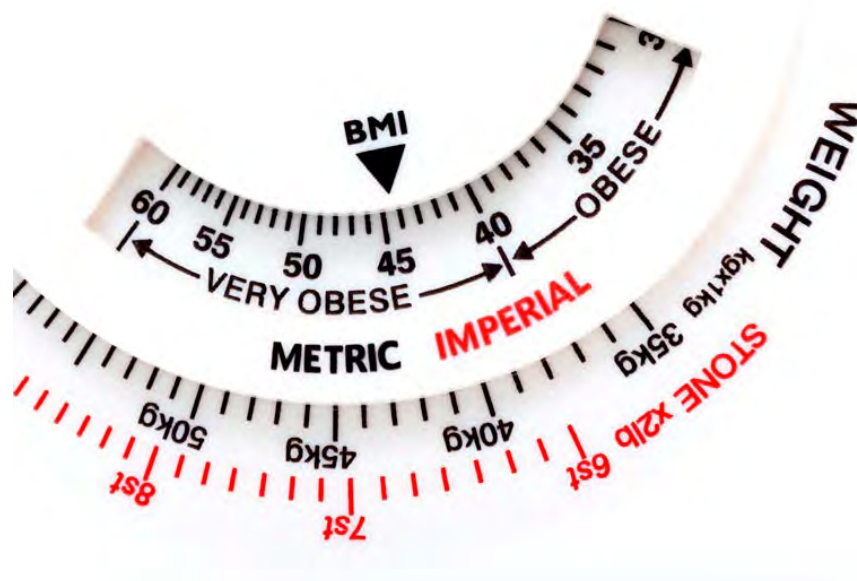
Medelåldern vid studiestart var 48,7 år i kontrollgruppen och 47,2 år i kirurgigruppen. BMI var 40,1 i kontrollgruppen och 42,4 i



Figur 1. Relativ ändring i kroppsvikt över tid för kontroller och opererade patienter.

kirurgigruppen. Majoriteten av de 2007 patienterna i kirurgigruppen (68,1%) - genomgick vertical banded gastroplasty medan 13,2 % genomgick gastric bypass och 18,7% genomgick gastric banding. I kirurgigruppen var den genomsnittliga viktnedskningen 2 år efter kirurgi 28,7 kg. Efter 10 och 15 år var viktnedskningen 21,1 kg respektive 21,6 kg i kirurgigruppen (se Figur 1). Viktnedskningen i kontrollgruppen var försumbar under hela tidsperioden.

Under uppföljningsperiodens dryga 18 år utvecklade 23 individer i kirurgigruppen elaktad hudcancer, dvs skivepitelcancer eller malignt melanom. I kontrollgruppen observerades motsvarande 45 hudcancerfall. I en gemensam analys av dessa maligna hudcancerhändelser analyserade vi incidensgrad, samt riskreduktion med kirurgi i de två grupperna. Incidensgraden för malign hudcancer per 1 000 personår var 1,2 i kontrollgruppen och 0,7 i kirurgigruppen. Risken för hudcancer, justerat för kön, ålder, BMI, rökning och alkoholintag minskade med 41 procent efter operation. Denna riskreduktion var inte associerad med BMI, kroppsvikt, insulinnivåer, blodglukosnivåer, diabetes, systoliskt eller diastoliskt blodtryck eller serum triglycerider. När vi enbart analyserade melanomfall vilka var 29 i kontrollgruppen och 12 i kirurgigruppen resulterade detta i en incidensgrad per 1 000 personår på 0,8 i kontrollgruppen och 0,3 i kirurgigruppen för melanom. Riskminskningen för melanom i kirurgigruppen var 57 procent. *Numbers needed to treat* (NNT) för att förhindra en melanomhändelse under 20 år



med bariatrisk kirurgi var 106. Antalet dödsfall med melanom som dödsorsak var 7 i kontrollgruppen och 2 i kirurggruppen.

Diskussion

Vår studie visar att bariatrisk kirurgi är associerat med minskad förekomst av malign hudcancer (skivepitelcancer och melanom kombinerat) och melanom hos individer med fetma. Bariatrisk kirurgi bör dock inte ses som en hudcancerbehandling. Snarare ger dessa fynd ytterligare stöd för att det finns en koppling mellan fetma och malign hudcancer och för tolkningen att viktminskning minskar incidensen av hudcancer hos patienter med fetma. En viktig observation är att BMI inte kunde förutsäga den förebyggande effekten av bariatrisk kirurgi på hudcancerincidens. Det är möjligt att den minskade risken för hudcancer efter operationen snarare är associerad med efterföljande förändringar i metaboliska eller endokrina processer hos patienten. Man vet sedan tidigare att bariatrisk kirurgi leder till en minskning av cirkulerande biomarkörer som associeras med cancer och som även är relaterade till inflammation, cellproliferation och angiogenes. Ett exempel är hormonet leptin, vilket utsöndras av fettväv och bland annat påverkar aptit, och som visat sig vara förknippat

med lymfkörtelmetastas hos melanompatienter (16). En annan viktig observation är att melanomceller, men inte melanocyter, uttrycker leptinreceptorn (17). Fetma leder även till ett tillstånd av kronisk systemisk inflammation vilket kan utgöra en gynnsam miljö för tumörtillväxt (18). Man har även observerat att α -melanocytstimulerande hormon (α -MSH) – som är involverat i energihomeostas och hudpigmentering – minskar uttrycket av vidhäftningsmolekyler på melanomceller vilka normalt stimulerar immuncellinteraktioner. Därmed minskar immunsystemets förmåga att upptäcka tumörceller (19). Andra faktorer som kan påverka förekomsten av melanom är förändringar i livsstil, som ökad fysisk aktivitet, eller förändringar i diet efter operationen. Fetma och stillasittande livsstil är sammanlänkade tillstånd och långvarigt stillasittande har förknippats med ökad cancerincidens och dödlighet (20). Bariatrisk kirurgi förändrar gastrointestinal anatomi och leder till neurologiska och fysiologiska förändringar som påverkar hypotalamisk signalering, tarmarnas hormoner, gallsyror och mikrobiomet. Dessa förändringar leder till förändrat ätbeteende och förändrade matpreferenser, och patienter har visat sig föredra en kost med reducerat kaloriinnehåll efter gastrisk bypassoperation (21).

Med en pågående global fetmaepidemi vet vi att vi kommer att se en ökning av många allvarliga sjukdomar, inklusive hudcancer. Resultaten från vår studie, som visar på en association mellan reducerad risk för hudcancer, inklusive melanom, och bariatrisk kirurgi hos patienter med fetma, hoppas vi kan leda till en bättre förståelse för underliggande och påverkbara riskfaktorer.



Magdalena Taube

PhD, Wallenberglaboratoriet,
Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet,
magdalena.taube@wlab.gu.se

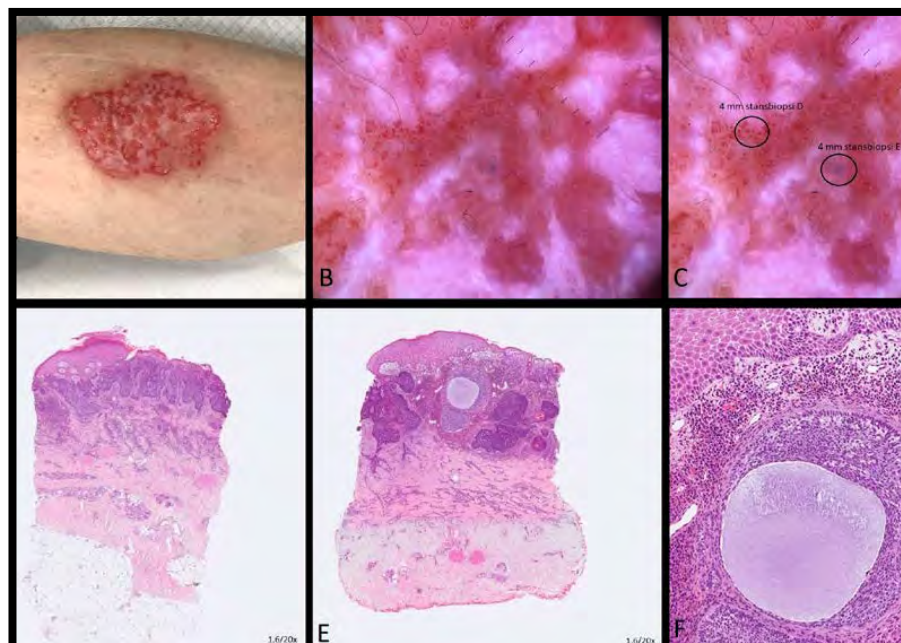
Referenser:

1. Renehan AG, Soerjomataram I. Obesity as an Avoidable Cause of Cancer (Attributable Risks). *Recent Results Cancer Res.* 2016;208:243-256.
2. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body fatness and cancer—Viewpoint of the IARC working group. *N Engl J Med.* 2016;375(8):794-798.
3. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2008;371(9612):569-578.
4. Karimkhani C, Green AC, Nijsten T, et al. The global burden of melanoma: results from the Global Burden of Disease Study 2015. *Br J Dermatol.* 2017;177(1):134-140.
5. Clement E, Lazar I, Muller C, Nieto L. Obesity and melanoma: Could fat be fueling malignancy? *Pigm Cell Melanoma Res.* 2017.
6. Karimi K, Lindgren TH, Koch CA, Brodell RT. Obesity as a risk factor for malignant melanoma and non-melanoma skin cancer. *Rev Endocrin Metab Disord.* 2016;17(3):389-403.
7. Ibiebele TI, van der Pols JC, Hughes MC, Marks GC, Williams GM, Green AC. Dietary pattern in association with squamous cell carcinoma of the skin: a prospective study. *Am J Clin Nutr.* 2007;85(5):1401-1408.
8. Skowron F, Berard F, Balme B, Maucourt-Boulch D. Role of obesity on the thickness of primary cutaneous melanoma. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2015;29(2):262-269.
9. Farooqi S, O'Rahilly S. Genetics of obesity in humans. *Endocrine Rev.* 2006;27(7):710-718.
10. Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med.* 2007;357(8):753-761.
11. Carlsson LM, Peltonen M, Ahlin S, et al. Bariatric surgery and prevention of type 2 diabetes in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2012;367(8):695-704.
12. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007;357(8):741-752.
13. Tee MC, Cao Y, Warnock GL, Hu FB, Chavarro JE. Effect of bariatric surgery on oncologic outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2013;27(12):4449-4456.
14. Sjöström L, Gummesson A, Sjöström CD, et al. Effects of bariatric surgery on cancer incidence in obese patients in Sweden (Swedish Obese Subjects Study): a prospective, controlled intervention trial. *Lancet Oncol.* 2009;10(7):653-662.
15. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial—a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* 2013;273(3):219-234.
16. Oba J, Wei W, Gershenwald JE, et al. Elevated serum leptin levels are associated with an increased risk of sentinel lymph node metastasis in cutaneous melanoma. *Medicine.* 2016;95(11).
17. Ellerhorst JA, Diwan AH, Dang SM, et al. Promotion of melanoma growth by the metabolic hormone leptin. *Oncol Rep.* 2010;23(4):901.
18. Lund AW, Medler TR, Leachman SA, Cousens LM. Lymphatic vessels, inflammation, and immunity in skin cancer. *Cancer Discov.* 2016;6(1):22-35.
19. Eves PC, MacNeil S, Haycock JW. α -Melanocyte stimulating hormone, inflammation and human melanoma. *Peptides.* 2006;27(2):444-452.
20. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;162(2):123-132.
21. Al-Najim W, Docherty NG, le Roux CW. Food Intake and Eating Behavior After Bariatric Surgery. *Physiol Rev.* 2018;98(3):1113-1141.

Annons

När små detaljer har stor betydelse

- A. Makroskopisk bild.
 B. Dermatoskopisk bild med en blå clod centralt i bilden.
 C. Områden som blev biopserade.
 D. 4 mm stansbiopsi från det dermatoskopiskt mer ospecifika området.
 E. 4 mm stansbiopsi centrerad kring den blå cloden.
 F. Samma cystiska lesion man ser på bild E men förstörd.
 D-F: Hematoxilin-eosinfärgning.



Sjukhistoria

En 75-årig man med mycket få tidigare vårdkontakter sökte sin vårdcentral på grund av en lesion på höger underben. Lesionen hade vuxit långsamt under 15 års tid. Den vätskade och för att torka ut den hade patienten använt sig av en hårtork.

Bedömning och behandling på Hudmottagningen

Läkare på vårdcentralen remitterade patienten till bensårsmottagningen vid Linköpings Universitetssjukhus med frågeställning bensår, skivepitelcancer alternativt pyoderma gangraenosum. I samband med besöket noterades ett 60 x 80 mm stort erytematöst plack på höger underben. Dermatoskopiskt var lesionen till stor del ospecifik med röd bakgrund och polymorfa kärl. I ett område sågs dock en blå clod som mätte ungefär 0.5 mm. Detta fynd ingav misstanke om basaliom. En 4 mm stansbiopsi togs från området med den blå cloden och

ytterligare en biopsi togs från det mer ospecifika området. Efter granskning hos patologen stod det klart att det rörde sig om basaliom Glas typ II med en cystisk lesion centralt i stansen som motsvarade den blå cloden. Slutdiagnos efter excision blev också basaliom, Glas typ II.

Diskussion

Blå clods är ett dermatoskopiskt tecken som har relativt hög sensitivitet för basaliom (1). I detta fall fanns det enbart en blå clod som totalt utgjorde mindre än 0.1% av basaliomets yta medan resterande del av lesionen var ospecifik dermatoskopiskt.

Fallet illustrerar betydelsen av att handläggande hudläkare anger lokalisering av områden av särskilt intresse i biopsierna vilket ger granskande patolog möjlighet att återkoppla specifikt angående dessa. I Linköping digitaliseras samtliga histopatologiska bilder och hudkliniken har tillgång till dessa bilder, vilket ökar möjligheten till dermatologisk-histopatologisk

korrelation i den kliniska vardagen. Fallet kan förhoppningsvis stimulera till ett ökat intresse för histopatologi och dermatoskopi!



Johan Olsson

ST-läkare, Hudmottagningen
 Universitetssjukhuset i Linköping
 Histopatologi av Rachel Froes, dubbelspecialist
 inom patologi och dermatologi i Linköping

Referenser:

1. Lallas et al.: Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Future Oncol* 2015;11:2975-84.

Nytt nationellt vårdprogram för hudlymfom

I december 2019 fastställde RCC i samverkan ett nytt nationellt vårdprogram för hudlymfom (1). Vårdprogrammet riktar sig till sjukvårdspersonal som träffar patienter med dessa sjukdomar, men det finns även avsnitt i vårdprogrammet som riktar sig direkt till patienter. Förhoppningen är att vårdprogrammet ska förenkla arbetet för sjukvården och ge en jämlik vård med hög kvalitet till patienter med hudlymfom.

Arbetet med att ta fram ett nytt nationellt vårdprogram påbörjades i januari 2018 på uppdrag av RCC (regionalt cancercentrum). Vårdprogramgruppen består av dermatologer, onkologer, patologer, hematologer, en sjuksköterska och en patientrepresentant med intresse för hudlymfom. Det har varit ett intensivt arbete där gruppen har träffats vid ett flertal tillfällen under två års tid. Som ordförande för vårdprogram hudlymfom vill jag börja med att tacka de kollegor som har bidragit med sin tid och kunskap och därmed gjort arbetet med vårdprogrammet möjligt.

Vårdprogrammet riktar sig till sjukvårdspersonal som handlägger patienter med hudlymfom, men det finns även delar som riktar sig direkt till patienter och anhöriga då vårdprogrammet också innehåller patientinformation. Syftet med vårdprogrammet är att ge uppdaterad kunskap om hur man ska utreda, behandla och följa upp patienter med hudlymfom.

Historik om hudlymfom

Mycosis fungoides beskrevs första gången 1806 av Jean-Louis Alibert som hade en patient med svampliknande tumörer. 1870 beskrev Ernest Bazin stadierna patch, plack och tumör vid mycosis fungoides. Albert Sézary rapporterade 1938 en triad av erythrodermi, förstörade lymfkörtlar och avvikande celler i blod: Sézarys syndrom. Omkring 1975 myntades begreppet "primära kutana lymfom" (hudlymfom) då det uppmärksammades att flera lymfom vid diagnos endast fanns i huden och hade en annorlunda klinik jämfört med systemiska lymfom. Härefter har det kommit flera internationella behandlingsriktlinjer för primära kutana lymfom, varav de senaste ligger till grund för vård-



Delar av vårdprogramgruppen i samband med vårdprogramsmöte 6 februari 2019. Från vänster: Christina Goldkuhl, Martin Erlanson, Ulrika Hansson, Christer Jansson, Annika Aronsson, Katarzyna Prystupa Chalkidis, Thomas Relander, Julie Christiansen, Emma Belfrage, Annika Inerot och Hanna Brauner.

programmet. Ur svenskt perspektiv skrev Annika Aronsson 2009 ett svenskt vårdprogram för primära kutana lymfom som var ett viktigt styrdokument gällande utredning och behandling av denna sjukdomsgrupp.

Diagnoser som omfattas av vårdprogrammet

Huden utgör en del av vårt immunsystem och alla varianter av lymfocyter förekommer i huden. Hudlymfom är per definition ett lymfom som uppstår primärt i huden och som vid diagnos, i de allra flesta fall, endast finns i huden. Hudlymfom utgör cirka 2 % av alla lymfom och den årliga incidensen är cirka 1:100 000. Det är en heterogen grupp av ovanliga sjukdomar, som skiljer sig åt avseende klinik, behandling och prognos. De uppdelas utifrån om de uppstår hos T- eller B-lymfocyter. Primära kutana T-cellslymfom (CTCL) utgör cirka 70-80% och primära kutana B-cellslymfom (CBCL) utgör cirka 20-30%. Det vanligaste hudlymfomet är mycosis fungoides som är



År 1806 beskrevs den första patienten med mycosis fungoides av Jean-Louis Alibert. Wellcome Library, London. Wellcome Images images@wellcome.ac.uk <http://wellcomeimages.org> Pian Fungoide Description des maladies de la peau observees l'Hopital Saint-Louis Jean Louis-Marie Alibert Published: 1806.

ett T-cellslymfom med en årlig incidens på cirka 0,6:100 000. Klassifikation av hudlymfom (2-4) är viktigt då dessa sjukdomar skiljer sig åt gällande klinisk bild, behandlingar och prognos. Initialt i arbetet med vårdprogrammet beslutades vilka hudlymfom som skulle ingå i vårdprogram hudlymfom (Figur 1). En del hudlymfom är mycket ovanliga och har ett aggressivt förlopp och finns redan med i andra vårdprogram, såsom vårdprogrammet för T-cellslymfom.

Vetenskaplig evidens bakom vårdprogrammet

Hudlymfom är ovanliga sjukdomar och i viss mån saknas det större randomiserade kontrollerade studier avseende behandling. Behandlingsriktlinjer i det nya nationella vårdprogrammet bygger därför till stor del på beprövad erfarenhet och aktuella internationella guidelines (5-7). Ofta finns det flera olika behandlingsalternativ för en och samma patient med mycosis fungoides och förutom sjukdomens stadium får andra faktorer såsom patientens förutsättningar vägas in vid val av behandling. För utförliga behandlingsrekommendationer vid olika hudlymfom hänvisas till vårdprogrammet.

Internationella behandlingsvariationer vid hudlymfom förekommer

På ett övergripande plan är det svenska nationella vårdprogrammet överensstämmande med internationella behandlingsriktlinjer, men det är anpassat utifrån svenska förutsättningar.



Patient med mycosis fungoides med både patch, plack och tumör.

Hudlymfom - klassifikation

Kutana T-cellslymfom (CTCL)

- Mycosis fungoides
- Varianter av MF:
 - Follikulotrop MF
 - Pagetoid retikulos
 - Granulomatösslack skin
- Sézarys syndrom
- Primärt kutana CD30+ lympfoproliferativa sjukdomar:
 - Primärt kutant anaplastiskt storcelligt lymfom
 - Lymfomatoid papulos
- Subkutant pannikulitliknande T-cellslymfom
- Extranodalt NK/T-cell lymfom av nasal typ
- Kroniskt aktiv EBV infektion
- Primärt kutant perifert T-cellslymfom, ovanliga subtyper
 - Primärt kutant gamma/delta T-cellslymfom
 - Primärt kutant aggressivt epidermotropt CD8+ cytotoxiskt T-cellslymfom
 - Primärt kutant akraitt CD8+ T-cellslymfom
 - Primärt kutant CD4+ små/medium T-cells lympfoproliferation
- Primära kutana perifera T-cellslymfom, UNS

Kutana B-cellslymfom (CBCL)

- Primärt kutant marginalzonslymfom
- Primärt kutant follikelcenterlymfom
- Primärt kutant diffust storcelligt B-cellslymfom, leg-type
- EBV+ mukokutant ulcer
- Intravaskulärt storcelligt B-cellslymfom

Diagnoser som ingår i vårdprogram hudlymfom

Swerdlow SH et al. WHO classification of Tumours haematopoietic and lymphomatoid tissues. Revised 4th edition. IARC, Lyon 2017.
 Elder DE et al. WHO classification of Skin Tumours. 4th ed. IARC, Lyon, 2018.
 Willenroth J et al. The 2018 update of WHO-classification for primary cutaneous lymphomas. Blood. 2019 Apr 18;133(16):1703-1714.

Figur 1. Hudlymfom som ingår i nationellt vårdprogram för hudlymfom.

Beroende både på varierande tillgång till behandlingar och olika behandlingstraditioner så skiljer sig alltså behandling av hudlymfom något åt i olika länder. Exempel på detta är histondeacetylshämmare (HDACi) mot mycosis fungoides som varit godkända av FDA (U.S. Food and Drug Administration) sedan 2006, men som inte är godkända av EMA (European Medicines Agency). HDACi har dock en begränsad effekt med ORR (overall response rate) på cirka 30 %. Ett annat exempel är topikal senapsgas, som har använts mot mycosis

fungoides sedan 1950-talet. 2013 godkände FDA en färdig topikal beredning av senapsgas (också kallad chlormethine) och 2017 godkändes den av EMA, men först 2020 har den blivit tillgänglig i Sverige (8). Topikal senapsgas har en ORR på cirka 60 % vid tidig MF, men cirka 25 % av de behandlade patienterna får biverkan hudirritation där också kontaktallergi är vanligt förekommande. Ytterligare ett exempel på varierande tillgång till behandling är mogamulizumab, som är en ny monoklonal antikropp mot CCR4 (CC chemokine receptor 4), med indikation refraktär sjukdom eller recidiv av mycosis fungoides och Sézarys syndrom. 2018 godkände FDA och EMA mogamulizumab, men i skrivande stund tillhandhålls det inte i Sverige (9). Total skin electron beam therapy (TSEBT) finns inte tillgängligt i Sverige utan vid behov får patienten remitteras till Danmark. Extracorporeal fotofores (ECP) för patienter med Sézarys syndrom finns numera tillgängligt på alla universitetssjukhus i Sverige. Vårdprogramgruppen kommer fortsatt att bevaka nya behandlingar och införa dessa i vårdprogrammet när det finns tillräckligt med evidens och erfarenhet.

Kontaktsjuksköterska behövs

Med stöd av RCC rekommenderar vårdprogrammet tillgång till kontaktsjuksköterska för patienter med hudlymfom. Patienter som handläggs av onkolog eller hematolog har i dagsläget nästan alltid en namngiven kontaktsjuksköterska. Däremot har de flesta hudkliniker inga kontaktsjuksköterskor för hudlymfom. Många patienter får sin diagnos på en hudklinik och flertalet patienter med tidig sjukdom följs på en hudklinik. Vårdprogram-

gruppen har här identifierat ett behov av kontaktsjuksköterska för patienter med hudlymfom även på hudkliniker.

Gemensam hudlymfommottagning ger flera fördelar

Sedan flera år finns det på Skånes universitetssjukhus i Lund och på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm en gemensam hudlymfommottagning två gånger per månad med onkolog och dermatolog. Liknande mottagning har även nyligen startats på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Det finns flera fördelar med detta arbetssätt och de läkare som arbetar med denna mottagning får en betydande erfarenhet av dessa ovanliga sjukdomar. Olika behandlingar kan bestämmas direkt vid ett och samma besök utan remisser mellan hudläkare och onkolog. Det finns dessutom goda möjligheter att utvärdera både etablerade och nya behandlingar. Mottagningen utgör underlag för forskning och ger framför allt god kontinuitet för patienterna. Denna mottagning

lämpar sig till exempel för diagnosställande av ovanliga hudlymfom eller patienter med avancerad sjukdom med systembehandling.

Nya samarbeten kring hudlymfom och behov av nationell MDK

Arbetet med att ta fram ett nytt nationellt vårdprogram har varit lärorikt och skapat möjligheter till ett nationellt nätverk för hudlymfom, då kollegor med intresse för hudlymfom har träffats vid flera tillfällen. Under arbetets gång har det framkommit ett behov av att starta upp en nationell MDK (multidisciplinär konferens) för denna patientgrupp, vilket stöds av RCC. Detta arbete är nu i startgroparna och förhoppningsvis kommer en nationell MDK för hudlymfom en gång per månad att bli verklighet inom en snar framtid.

Framtiden

Vårdprogramgruppen har gjort ett omfattande arbete som ligger till grund för det nya nationella vårdprogrammet för hudlymfom och

kommer att uppdatera det efter hand. Under arbetets gång har det identifierats ett behov av kontaktsjuksköterska och nationell MDK för att förbättra vården för denna patientgrupp.

Hör gärna av er om ni har synpunkter på vårdprogrammet eller har andra frågor!



Emma Belfrage

Ordförande för vårdprogram hudlymfom
Biträdande överläkare, Hudmottagningen,
Skånes universitetssjukhus, Lund
emma.belfrage@skane.se

Vårdprogramgruppen för Hudlymfom

Annika Aronsson, dermatolog
Emma Belfrage, dermatolog, ordförande
Hanna Brauner, dermatolog
Julie Christiansen, dermatolog
Britt-Marie Coffey, sjuksköterska (från 2020)
Mats Ehinger, patolog (adjungerad)
Martin Erlanson, onkolog
Yvonne Eklund, dermatolog
Carina Gjertz, sjuksköterska (har slutat)
Christina Goldkuhl, onkolog

Hans Hagberg, onkolog (har slutat)
Ulrika Hansson, patolog
Annica Inerot, dermatolog
Ingemar Lagerlöf, hematolog
Amra Osancevic, dermatolog
Katarzyna Prystupa Chalkidis, dermatolog
Thomas Relander, onkolog
Hanna Velin, dermatolog (från 2019)
Anders Österborg, onkolog (från 2019)
Christer Jansson, patientrepresentant

Referenslista

1. RCC. Vårdprogram hudlymfom [internet]. Stockholm: RCC;2019. [citerad 16 mars 2020]. Hämtad från: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/hudlymfom/vardprogram/>
2. Swerdlow SH et al. WHO classification of Tumours haematopoietic and Lymphomatoid tissues, Revised 4th edition. IARC, Lyon 2017.
3. Elder DE et al. WHO classification of Skin Tumours. 4th ed. IARC, Lyon, 2018.
4. Willemze R et al. The 2018 update of WHO-classification for primary cutaneous lymphomas. Blood. 2019 Apr 18;133(16):1703-1714.)
5. Trautinger F et al. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome – Update 2017. Eur J Cancer 2017; 77: 57-74.
6. Willemze R et al. Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol (2018); 00:1-11.
7. Gilson D et al. British Association of Dermatologist and U. K. Cutaneous Lymphoma Group guidelines for the management of primary cutaneous lymphomas 2018. Br J Dermatol. 2019 Mar;180(3):496-526.
8. Lessin SR et al. JAMA Dermatol. 2013 Jan;149(1):25-32.
9. Kim YH et al. Mogamulizumab versus vorinostat in previously treated cutaneous T-cell lymphoma (MAVORIC): an international, open-label, randomised, controlled phase 3 trial. Lancet Oncol. 2018 Sep;19(9):1192-1204.

Annons

Klämtar klockan för histopatologin?

Första erfarenheterna av ex vivo-konfokallasermikroskopi i Helsingborg

Bakgrund

Under 2018 fick hudmottagningen vid Helsingborgs lasarett ett alldeles nyutvecklat ex vivo-konfokallasermikroskop installerat. Det finansierades av Gorthonstiftelsen och är utvecklat av Mavig, München. En prototyp av mikroskopet utvecklades i USA i början av seklet men kom enbart att användas i enstaka publikationer. Den färdiga produkten Viva-scope 2500 bygger på prototypen, men är på många punkter förbättrad med flera nya funktioner och är den första maskin som saluförts. Hittills har något tiotal maskiner sålts.

Tekniken möjliggör en direkt undersökning och en avbildning av hudpreparat på cellnivå. Bilden korrelerar väl med den bild som ses i mikroskop vid en histopatologisk undersökning. Fördelen är att undersökningen och bildtolkningen kan ske, bedside, inom några minuter!

Teknik

Konfokallasermikroskopi är en välbeprövad teknik som används inom många forskningsfält. Apparaturen är dyr i inköp. Inom dermatologi är in vivo-maskiner relativt välstuderade och i första hand används in vivo-mikroskopet för att diagnostisera och marginalbestämma melanocytära lesioner. Fördelen med apparaturen är att den går att använda när lesionerna sitter kvar på patienten (in vivo). Man får vid undersökningen en bild av lesionen från epidermis och ned i övre delen av dermis, och överensstämmelsen mellan histopatologi och konfokalmikroskopi är god. I Sverige finns ett fåtal in-vivo maskiner som, enligt uppgift, inte används i någon större utsträckning i kliniskt bruk. I övriga Europa är användningen något större. Tekniken är dock ganska tidsödande och maskinerna är fortfarande klumpiga, vilket klart begränsar användandet. Precis som med dermatoskopi är resultatet av undersökningen användarberoende, och bildtolkningen kräver relativt mycket träning.

Konfokallasermikroskopi

I korthet innebär tekniken att ett objekt (hudytan vid in vivo-undersökning och hudpreparat vid ex vivo-undersökning) belyses med en fokuserad laserstråle och sedan mäter en detektor hur mycket av ljuset som reflekterats av strukturer i objektet, exempelvis melanin, cellkärnor eller hemoglobin. Laserstrålen flyttas sedan och undersöker en punkt vid sidan om och proceduren upprepas tills hela ytan är scannad. Varje punkt som undersöks motsvarar en pixel i den bild som successivt ritas upp av en programvara. I in vivo-konfokalmikroskopi utgörs bilderna av gråskala, olika nyanser av vitt, grått och svart beroende på hur mycket som reflekterats tillbaka till detektorn. Tekniken benämns reflektanskonfokalmikroskopi.

Fluorescens

Vid ex vivo-konfokalmikroskopi utnyttjar man förutom reflektans (Figur 1) även fluorescens (Figur 2). Genom att addera ytterligare en laserkälla med en annan våglängd och att först färga preparatet med ett fluorescerande färgämne kan man få ytterligare en bild av preparatet, nämligen den fluorescenskonfokalmikroskopiska. I de första prototyperna gjordes dessa bilder i "grönskala" och fluorescenssignalen ritades med olika intensitet av grön. Färgämnet färgar in cellkärnor som därmed framträder tydligt.

Digital färgning

För dermatologer och patologer är varken reflektans, fluorescens, gråskala eller ens grönskala speciellt upphetsande och tekniken förblev en prototyp ganska länge. 2015-2016 flyttades utvecklingen till Mavig i Tyskland och någon kläckte idén att istället för gråskala byta till "rosaskala" och grönskala till "lilaskala", för att därefter kombinera de två bilderna till en "digital stain" (Figur 3). Plötsligt känner varenda dermatolog och patolog igen en bild som i hög utsträckning liknar ett hematoxylin-eosin-färgat histopatologiskt glas och får ett imponerat leende i blicken och tänker "det här är häftigt, riktigt häftigt!"

Fördelar med ex vivo-mikroskopet

Konfokalmikroskopets två största fördelar är den enkla hanteringen som krävs för att få en högkvalitetsbild på cellnivå samt den snabba analysen. Bara minuter efter att preparatet lämnat patienten är det möjligt att analysera och få en bra, bedömningsbar bild.

Det är just i snabbheten vi ska hitta rätt nisch för tekniken. Att kunna få en snabb och tillräckligt pålitlig diagnos för att kunna komma vidare i behandling eller terapival kan ge uppenbara fördelar för både patienten och behandlande läkare.

Nackdelar

Ex vivo-tekniken medger en bedömning av ytan av ett preparat. Behöver vi undersöka preparatet mer på djupet (exempelvis för att se tvärsnittet av ett operationspreparat) måste preparatet delas och en mer traditionell histopatologisk utskärning göras. Detta måste naturligtvis göras med eftertanke för att inte förstöra den påföljande histopatologiska analysen som vi fortfarande är beroende av.

Tekniken är långt ifrån mogen att ersätta vanlig histopatologi, som fortfarande har en överlägsen bild och framför allt innebär en möjlighet till såväl nedsnittning, kompletterande färgningar som immunfärgningar.

För en korrekt och valid diagnos är histopatologin fortfarande tveklöst ohotad.

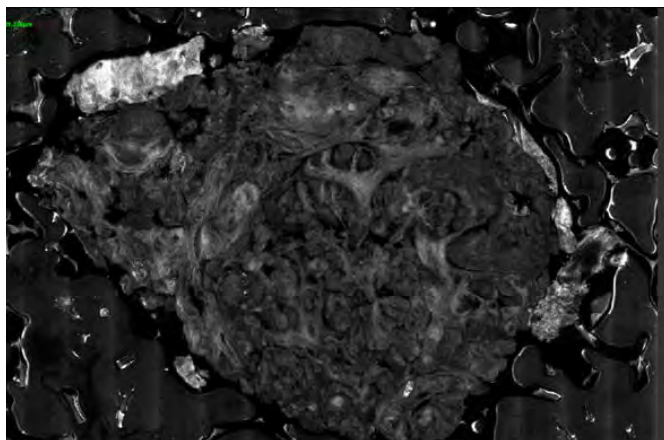
Hittills har man inte heller hittat något bra sätt att färga melanocyter och därför är metoden i dagsläget, med nuvarande färgningar, inte lämplig för melanocytära lesioner. Basalcellscancer och skivepitelcancer är det som hittills är mest studerat.

Framtidsutsikter: Mohs kirurgi

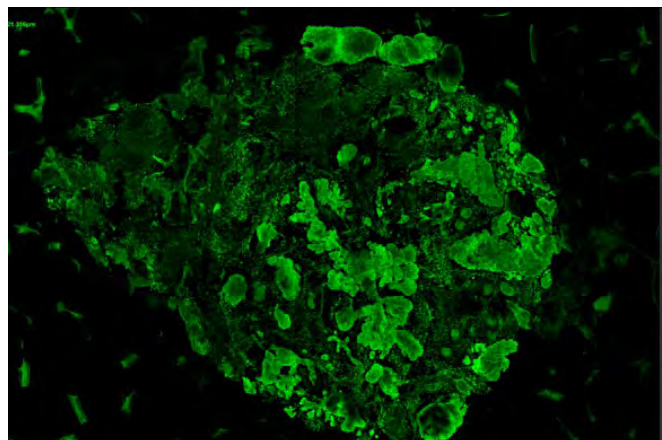
Tekniken är framför allt testad och utvecklad för Mohs kirurgi, där radikalitetsbedömningen av hela bottenytan av excisionspreparatet utgörs av hornstenen i metoden. Idag utförs detta med hjälp av snabbfrysning och färgning samt sedvanlig undersökning i ljusmikroskop. Naturligtvis vore det tilltalande att med hjälp av en snabb och korrekt ex vivo-analys av excisionspreparatet kunna korta tiderna mellan seanserna i kirurgin.

I dagsläget används denna ex vivo-teknik vid Mohs kirurgi bland annat vid Universitetet i Barcelona, men ännu enbart inom ramen för studier. Man gör analysen först i ex vivo-konfokalmikroskop och sedan bekräftas den med konventionell histopatologi. Man litar dock så mycket på sin ex vivo-bedömning att såret kan slutas enbart efter konfokalbedömning.

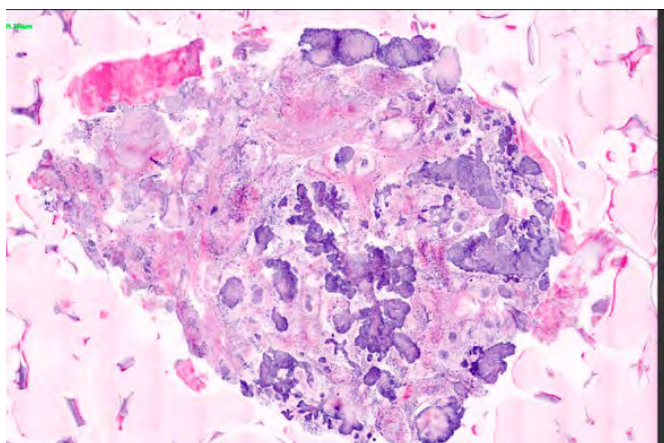
Bilderna visar vad som kliniskt och dermatoskopiskt misstänktes vara ett basaliom. Tumören curetterades och snittytan av curettaget (undersidan) lades mot glaset för undersökning. (Vinkelrätt mot vanlig histopatologisk undersökning)



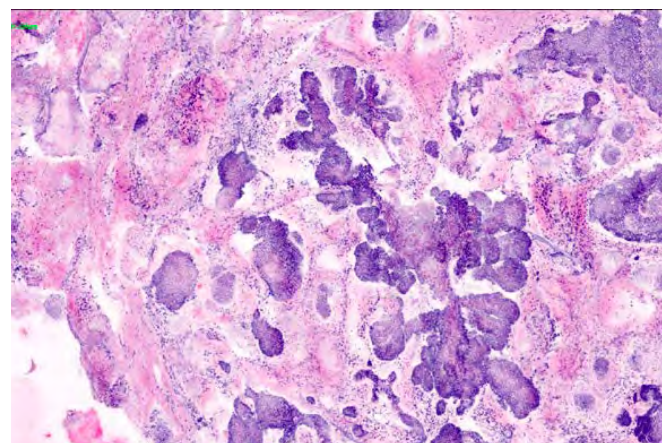
Figur 1. Reflektanskonfokalmikroskopi



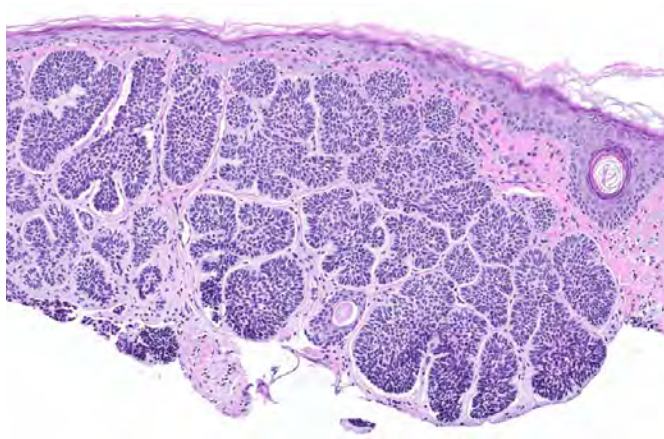
Figur 2. Fluorescenskonfokalmikroskopi



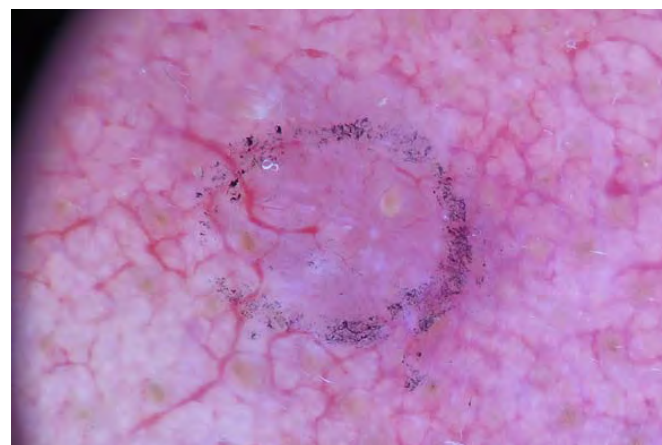
Figur 3. "Digital stain". De två bilderna är kombinerade och färgade digitalt.



Figur 4. Närbild

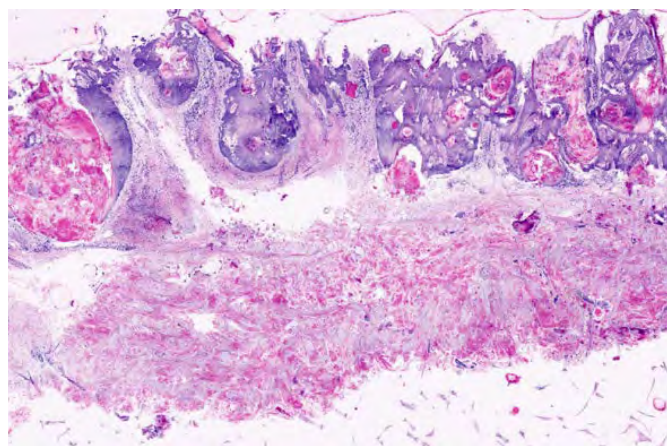


Figur 5. Histopatologi (tvärsnitt)

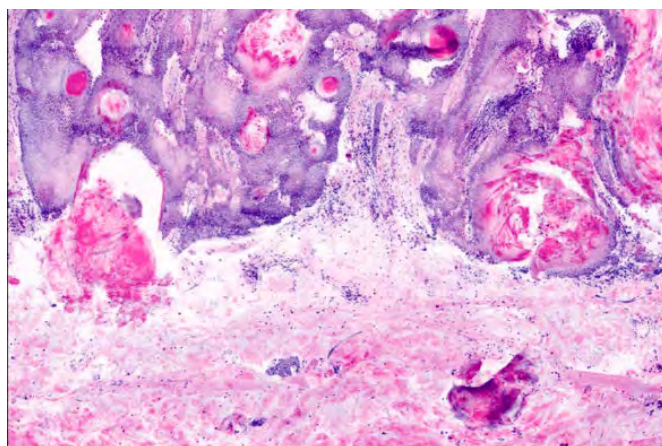


Figur 6. Dermatoskopi

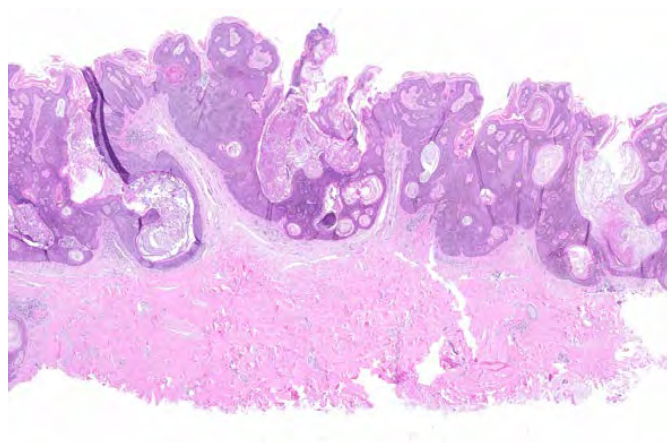
Kliniskt misstänkt seborroisk keratos. Shavad, och därefter skars en "skiva" som analyserades från sidan. Samma orientering som vanlig histopatologisk bedömning.



Figur 7. Översiktssbild



Figur 8. Närbild



Figur 9. Histopatologi (samma orientering)



Figur 10. Klinisk bild

Svårigheten att få ett bra bedömbart resultat ligger framför allt i att få det färskt preparatet tillräckligt platt och jämnt pressat mot glaset innan man tar bilderna. Minsta luftbubbla ger en yta som inte går att bedöma. Att kunna tolka bilderna kräver också en dermatopatologisk kunskap.

Rutindermatologi nästa?

Eftersom ex vivo-tekniken inte är spridd utanför högspecialiserade centra finns inte mycket beskrivet kring användning inom vanlig rutindermatologi. Det är emellertid lätt att föreställa sig användningsområden som exempelvis för att bekräfta en diagnos av basaliom vid curettage, och möjligheten att utföra Mohsliknande kirurgi utan tillgång till ett riktigt Mohs-labb.

På Helsingborgs lasarett och i samarbete med SUS Lund planerar vi inom kort att starta ett antal studier inom ett doktorandprojekt, för att bekräfta teknikens användbarhet vid rutindermatologi. Ett etikgodkännande finns redan på plats och det enda som saknas just nu är tid. I figurer 4-10 visas exempel på hur ett par tumörer kan visualiseras i ex vivo-konfokallasermikroskopet och hur snarlika bilderna från konfokalmikroskopet är med de histopatologiska preparatbilderna.



Fredrik Johansson
ST-läkare, Hudmottagningen,
Helsingborgs lasarett



Kari Nielsen
Överläkare, docent, Hudmottagningen
Helsingborgs lasarett och
Skånes Universitetssjukhus, Lund.

Annons

Vad är nytt inom venereologin?

Referat från Sektionen för venereologis utbildningsdag 24 januari 2020

Aterigen dags för sektionens "Lilla julafton" riktad till STI- och relationsintresserad personal inom hälso- och sjukvård. Utbildningsdagen var som vanligt förlagd till den vackra Karolina Widerströmsalen i Läkarsällskapets lokaler i centrala Stockholm.

Arne Wikström, sektionens ordförande, var som brukligt ciceron för den välbesökta dagen.

("Citationsmarkerade" rubriker är krönikörens egna).

Mycoplasma genitalium – "venereologins fula ankunge"

Huvudtalare var Jörgen Skov-Jensen, Köpenhamn, flankerad av Carin Anagrus, Eva Björnelius och Arne Wikström.

Den snabbt förlöpande antibiotikaresistensen tornar upp sig som ett stort terapeutiskt problem, trots tillgång till effektiv och snabb testning med möjlighet till resistensvärdering för förstahandsmedlet azitromycin.

Provtagning bör vara riktad mot utredning av symtomgivande fall som kräver terapiåtgärd. Partnerbehandling kan ifrågasättas. Spontanläkningen är runt 50% inom 1 år. Det förekommer normalt ingen immunitetsutveckling. Risker för bestående men är sannolikt liten, men den psykosociala påverkan desto större.

I framtiden kan, när terapiindikation föreligger, synergistisk behandling med doxycyklin 200 mg dagligen i 7 dagar följt av specifik *Mycoplasma genitalium* (MG)-terapi komma att bli nytt förstahandsval då minskning av bakteriemängden förbättrar MIC-värdet för valt preparat i andra ledet. Aktuella riktlinjer uppdateras kontinuerligt på www.ssdv.se.

Eventuella nya preparat riskerar även de att gå resistensödet till mötes, förutom den ofrånkomliga påverkan av bakteriefloran i luftvägar och tarm.

Genitala dermatoser – "systemterapi eller systematisk lokalbehandling?"

Elisabet Nylander, Umeå, gav en elegant exposé över våra vanligare dermatoser med ofta underskattat inslag av genital lokalisering som vid psoriasis (30-45 %), eksem med p.g.a. barriärskadan kanske livslång ökad hudkänslighet och varianter av lichen där endast hud-lichen



Som vanligt var det högt i tak!

planus (LP) ger mer beständig utläkning i 65-70 % av fallen. Erosiv LP med kronisk ärrläkning spontanläker i princip aldrig.

Lichen sclerosus et atrophicus, - "den vita lichen", svarar bra på underhållsbehandling med potenta lokala steroider, medan biologiska läkemedel och våra vanligare systembehandlingar har högst varierande nyttoeffekt.

Terapivalet ska anpassas individuellt och ersätter inte en konsekvent lokalbehandling av lämplig sort, vilken i sin tur minskar risken för senare malignitetsutveckling.

Vid vulvodyni är ingen behandling bättre än placebo – placebo är ibland till och med bättre!

Glöm inte att fråga efter underlivsbesvär och ta väl hand om din patient!

Uppdaterade STI-riktlinjer – "kända rätter, delvis ny kryddning"

Lars Falk, Linköping, presenterade kort de mer näraliggande förändringarna för klassificering av syfilis (smittsam och anmälningspliktig infektion inom 1 år från smittotillfälle, behandling 1 dos benzatpenicillin i.m.), förenklad behandling av gonorré för alla lokaler (ceftriaxon 1 g x 1 i.m. och slopat azitromycintillägg) med sedvanlig test-of-cure efter 2 veckor samt förslag till ny klamydiabehandling med doxycyklin 100 mg x 2 i 7 dagar, vilket även är relevant start vid underliggande LGV, samtidig



Före detta stadsläkaren i Stockholm, professor Klas Linroth, hängde med så gott det gick

rektal klamydia och som synergi-behandling vid MG (se ovan). Ytterst är justeringarna avsedda att harmoniera med övriga EU.

Se även algoritmen för specifik uretrit (www.ssdv.se).

Från STRAMA-håll framfördes undran om den medicinska vinsten av ändrad klamydiado-sering motiverar 14 kg extra antibiotika-utsläpp i närmiljön?

En konsensusinriktad diskussion förs för närvarande mellan representanter från venereologsektionen och STRAMA.

Hepatit B och C – "vad vi alla borde besinna – ta provet!"

Stephan Stenmark, Umeå, smittskyddsläkare och STRAMA-ordförande, gav våra immunologiska mekanismer ett ansikte när han tydliggjorde varför vi noga måste kontrollera serologi för hepatit B (HBV) och C (HCV) inför våra immunmodulerande systemterapi. Även hos en smittad till synes leverfrisk person finns till och från temporär virusaktivering som förstärks symtomlöst under immunhämning och riskerar att brisa och leda till dödlig hepatit vid utsättning av den immunhämmande terapi.

Förutom biologiska läkemedel kan perorala steroider i så modest dosering som >10 mg dagligen under 4 veckor ses som högriskterapi – däremot räknas metotrexat och azatioprin

något oväntat som lågriskpreparat ur denna aspekt.

Läs mer på www.rav.nu.

Man bör överväga att sätta in intermittent bromsmedicin hos patienter med positiv serologi. Ring en kompis = infektionskollega!

WHO har som mål att minska den globala incidensen av både HBV (ca 270 milj./år) och HCV (ca 71 milj./år) med 90-100% samt mortaliteten med 65% innan 2030. Man beräknar att 10-20 % av befolkningen i Afrika och Asien är HBV-bärare.

HBV är ovanlig i Sverige (30-40 000 smittade?), kan enkelt förebyggas med vaccin som ska komma all vårdpersonal till del (på arbetsgivarens bekostnad) och nu även inlemmas i den allmänna barnvaccinationen (på regionala initiativ), i dagsläget med 90% täckning. Medicinsk terapi (pegylerat interferon alt. nukleosidanaloger) är biverkningsrik och inte lika effektiv som vid HCV, där det i sin tur saknas vaccinationsmöjlighet.

HCV spontanläker i 15-30% inom 1 år, men ger i normalfallet en kronisk inflammation med långsam progress och successiv cirrosutveckling hos upp till 40 % inom 30 år. Risken för cancerutveckling i denna grupp är 4-5% /år.

Peroral terapi med kombinerade proteas- och polymerashämmare ger 90-100 % utläkning efter kort tids behandling och med få biverkningar – hittills har denna kommit 15 000 svenska patienter till del.

Chemsex – "som att hålla bränsle på lustens låga"

Nicklas Dennermalm, RFSL (Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter), föreläste om detta för många av oss nya koncept med sexualiserat droganvändande framför allt praktiserat bland HBTQ-personer (homosexuella, bisexuella, transpersoner och queerpersoner) och innefattar en blandning av nar-kotiska och medicinska preparat som syftar till hämningsbefriad och utdragen sexuell utlevelse.

Vanliga preparat är GHB (gammahydroxybutyrat)/GBL (gamma-butyrolakton), kristallint metamfetamin, amfetamin, ecstasy, kokain, ketamin, mefedron, sildenafil, med flera.

Risken för fysisk och psykisk ohälsa och beroendeproblematik med stora sociala konsekvenser är överhängande. Drogavvänjningen är utdragen och vanligt sex upplevs väl lustfattigt, grått och trist.

Fenomenet ska inte misstas för PrEP (preexpositionsprofylax)-behandling mot HIV (vilken fungerar över förväntan men också, som befarat, fört med sig en kraftig ökning av STI i användargruppen), vilken är av stor relevans för de som ägnat sig åt chemsex.



Podiet med delvis ny inramning

För dig som vill veta mer finns information på www.sexperterna.org/chemsexmottagningen respektive en belysande nyhetsartikel i Dagens Nyheter, del 2, 2020-01-27.

Jämlik vård – "män kan visst våldtas!"

Lena Maltzman, KK och Finn Filén, Venhälsan, båda från Södersjukhuset i Stockholm föreläste kring akut omhändertagande och uppföljning efter sexuella övergrepp.

På sjukhuset finns en redan 2005 uppstartad och sedan 2015 könsneutral, kostnadsfri och heldygnsöppen akutmottagning. Spårsäkrings-sats ("rape kit") används upp till 1 vecka efter övergreppet som komplement till övriga rättsmedicinska åtgärder.

Man räknar med att 20% av alla kvinnor och 5 % av alla män någon gång under livet utsatts för sexuella övergrepp i någon form, varav 1-2% av män i vuxen ålder.

Mörkertalet är dock stort då vi ofta har svårt att se män som våldtäktsoffer. HBTQ-personer är i hög grad utsatta och det rör sig ofta om relationsvåld.

Uppföljning av män sker vid Venhälsan, men generellt bör man undvika att sprida denna på olika mottagningar.

I övriga landet, där kirurgjouren oftast är den primära instansen, blir vidareremittering rimligare.

Sex som självskadebeteende

Cecilia Fredlund, Linköping, presenterade sin avhandling – *Adolescents selling sex and sex as self-injury* – och resonerade kring denna problematik.

Tvångsmässighet och att via fysisk smärta "försvinna bort" från sin inre psykiska dito med vidhängande ångestreducering är en förklaringsmodell.

Ofta finns det tidigare sexuella övergrepp i anamnesen, negativ association kopplad till sex och/eller osäker sexuell identitet. Det rör sig normalt inte om suicidönskan. Inslag av PTSD är vanligt liksom av sexuellt våld.

Vilka är de juridiska aspekterna av självmalt beteende visavi utsatthet?

Skuld, skam, svek, hot, rädsla, oro av oändlig karaktär är ofta återkommande känslor.

Som vårdgivare ska vi lyssna, reflektera, formulera, bekräfta, försöka att normalisera och behandla individen som en jämlike.

Använd gärna det framtagna frågeformuläret SEXIT till hjälp!

(Som lästips kan rekommenderas Caroline Engvalls böcker: "14 år till salu" och "Skamfläck".)

Epilog

Även en välfylld dag har ett slut och med en lätt antydan till träsma och avslutande mingel i garderobskön, gick alla hem till sitt, inspirerade inför kommande utmaningar.

Väl mött igen om ett år då vi kan emotse en heldag kring könsdysfori!

Vid pennan:



Per Anders Mjörnberg
Sektionens utsände

Annons

Funderar du på att börja arbeta privat? Du kanske redan har börjat?

Då kan du ha glädje av att läsa denna artikel. Privatpraktiserande Dermatologers Förening, PDF, är en ideell förening som startades för 45 år sedan. Syftet var att tillvarata privatläkarnas intressen och att samla medlemmarna 1-2 ggr per år för att utbyta erfarenheter och dela kunskaper.

Till att börja med arbetade flertalet på den s.k. nationella taxan eller på etableringsrätt men med åren när marknaden har ändrats har vi medlemmar som arbetar på vårdavtal, vårdval, helt privat med hudsjukvård, med estetisk dermatologi eller en kombination. Även du som är anställd på en privat läkarmottagning eller är offentliganställd och arbetar deltid som konsult kan ha glädje och nytta av att ansluta dig till PDF.

Numera träffas vi en gång per år, i slutet av augusti månad, när vi har vårt årsmöte.

Då är alla medlemmar med personal välkomna. Vi anordnar utbildning från torsdag eftermiddag till lördag lunch för läkare såväl som för annan personal under trevliga former. Detta är ett utmärkt tillfälle för "nätverkande",

kollegor emellan, och är mycket uppskattat av övrig personal som ju sällan har tillfälle att träffa likasinnade och som har få utbildningsmöjligheter. Årets möte kommer att hållas 20-22 augusti på Lundsbrunn Konferens och Spa utanför Skara. Anläggningen har en lång historia men är helt nyrenoverad. Schemat finner du på pdf.nu.

Det är tack vare hemsidesbolaget som vår förening har möjlighet att anordna ett möte av denna storlek. Vi brukar vara mellan 110 och 140 medverkande inklusive våra samarbetspartners ifrån industrin. Hemsidan, pdf.nu, startades av några entusiastiska PDF-medlemmar i slutet av 90-talet. Syftet var att underlätta kontakten medlemmar emellan och att vara ett forum för privatarbetande såväl som för offentliganställda hudläkare. På hemsidan har vi ett fint samarbete med industrin som här har möjlighet att informera om sina nyheter.

Låter detta intressant? Du som vill bli medlem, behöver rekommendation av två hudläkare. Namnen mailas tillsammans med dina uppgifter och ett kort CV till vår kassör, Björn

Sonesson, info@hudlakarmottagningen.se. Efter godkännande av PDF:s styrelse blir du medlem. Medlemsavgiften är 500 kr/år.

Hoppas vi ses på Lundsbrunn!



Agneta Augustsson
Ordförande PDF



Annons

Kyriakos Orfanidis

Disputation vid Linköpings Universitet

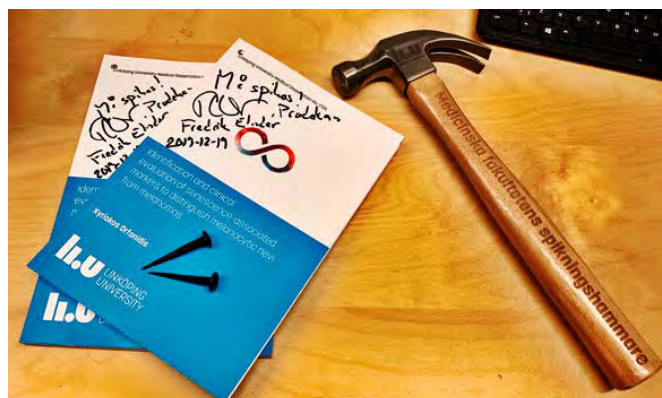
Jag heter Kyriakos, är 36 år gammal och kommer ursprungligen från Rhodos, Grekland. Jag läste medicin i Aten och för 8 år sedan fick jag börja min ST inom dermatovenereologi vid Hudkliniken på Universitetssjukhuset i Linköping där jag arbetar numera som specialistläkare. Parallellt, har jag hållit på med mina doktorandstudier med fokus på melanocytbiologi. Denna långa resa resulterade i min disputation den 17 Januari 2020, då jag försvarade min avhandling *“Identification and clinical evaluation of senescence-associated markers to distinguish melanocytic nevi from melanomas”*.

Opponent vid disputationen var docent John Paoli, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet. Betygsnämnden bestod av professor Karin Jirström från Lunds Universitet och professor Jonas Broman samt professor emeritus Olle Stål från Linköpings Universitet. Docent Ingrid Synnerstad, Linköpings Universitet, har varit huvudhandledare och MD/forskarassistent Jakob Wikström, Karolinska Institutet, bihandledare. Samtliga studier som ingår i avhandlingen har utförts vid Linköpings Universitet. Professor Karin Öllinger och hennes labbgrupp som består av Petra Wäster, Ida Eriksson och Linda Vainikka samt överläkare inom patologi Katarzyna Lundmark, professor emeritus Inger Rosdahl och docent Oliver Seifert har ingått i forskargruppen.

Ovannämnd avhandling är en sammanläggningsavhandling med 3 delarbeten numrerade enligt förteckning i slutet av artikeln samt inledande sammanfattning. Kort sagt, melanocyter i nevi anses i motsats till melanom ha avtagande förmåga att föröka sig efter ett visst antal celledelningar på grund av cellåldrande. Påvisande av cellåldrande-markörer skulle därför kunna förbättra diagnostiken av svårbedömda lesioner.



Till vänster John Paoli och till höger Kyriakos Orfanidis



Avhandlingen

De idag rutinmässigt använda cellåldrande-markörerna saknar dock förmåga att skilja nevi från melanom. Det övergripande syftet med denna avhandling har varit att identifiera nya cellåldrande-markörer för att förbättra melanomdiagnostiken.

I studie I etablerade vi en cellmodell med nevus-efterliknande egenskaper bestående av melanocyter som åldras. Med genuttrycksanalys studerades cellåldrande-markörer som kunde skilja nevi från melanom. Proteinet tubulin β -3 identifierades som en potentiell diagnostisk markör. Minskning av tubulin β -3 och förbehandling med tubulin-destabiliserande läkemedel i melanocyter visade sig inducera ett tillstånd som liknar cellåldrandet.

I studie II undersöktes en signalväg mellan melanomceller och fibroblaster, som kan underlätta melanomcellers förmåga att infiltrera och aktivt förstöra omgivande vävnad. Fibroblaster är en typ av bindvävsceller i läderhuden som tillverkar ämnen som finns mellan celler, s.k. extracellulär matrix. Ultraviolett (UV)-strålning visade sig, både i melanomceller och fibroblaster, främja signalvägen som resulterar i ökat proteinuttryck av FAP- α , ett protein som bidrar till nedbrytning av extracellulär matrix vilket kan underlätta infiltration av melanomceller. En sådan signalväg var inte funktionell i åldrande melanocyter.

I studie III visade vi att proteinet tubulin β -3 är en markör som underlättar diagnostik av nevi respektive melanom. Det diagnostiska kriteriet var tubulin β -3 gradienten som kunde ses i nevi men som ej var synlig i melanom. Olika mönster av tubulin β -3 vid analys av melanom beskrevs, kliniska associationer hittades och värdet av denna markör för att förutsäga sjukdomens förlopp undersöktes. Melanompatienter, vars melanom hade områden med förlust av tubulin β -3, hade fyra gånger högre progressionstakt av sjukdomen jämfört med patienter utan detta mönster.

Sammanfattningsvis har vi studerat cellåldrande-markörer som kunde skilja nevi från melanom och vi identifierade proteinet tubulin β -3 som en markör med diagnostiskt och förmodligen prognostiskt värde. Vi



Till vänster Kyriakos Orfanidis och till höger Jakob Wikström



Till vänster Ingrid Synnerstad och till höger Kyriakos Orfanidis



Hudkliniken i Östergötland

visade att UV-strålning inte bara främjar melanombildning utan också dess progression genom att öka en signalväg mellan melanomceller och fibroblaster som resulterar i extracellulär matrixnedbrytning.

Jag känner ett behov av att uttrycka min uppriktiga tacksamhet till alla dem som gjorde vägen till denna avhandling till en lång resa, full av äventyr och upptäckt. Till mina handledare Ingrid Synnerstad och Jakob Wikström, min chef Eva Ljunggren, professor Charlotta Enerbäck, professor emeritus Chris Anderson, överläkarna Birgitta Stymne och Katarzyna Lundmark. Till John Paoli, som jag hade äran att ha som opponent, och betygsnämnden. Till alla dessa människor som tog sig tid att läsa min avhandling, gav återkoppling och generöst delade med sig av sin expertis, särskilt överläkaren inom patologi Ismini Vassilaki, biologiforskare Pierre Charbord, Jeremie Charbord, Padraig D'arcy och Ety Bachar-Wikström samt mina kollegor på hudkliniken, Linköping Thomas Frödin, Rachel Cardoso Fróes, Gunnthorunn Sigurdardottir, Ema Micu och Georgios Xirotagoras.

Detta kapitel i mitt liv avslutades med en fest, full av kärlek och värme, där mina älskade människor, vänner, släktingar och kollegor delade denna glädje med mig. Klokare och mer erfaren efter denna fantastiska resa, har jag förstått att 'modet är att veta vad man inte ska frukta' (Plato).



Kyriakos Orfanidis

Specialistläkare,
Hudkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Inkluderade delarbeten

- I. Orfanidis, K., Wäster, P., Lundmark, K., Rosdahl, I., and Öllinger, K. (2017). Evaluation of tubulin β -3 as a novel senescence-associated gene in melanocytic malignant transformation. *Pigment Cell & Melanoma Research* 30, 243–254.
- II. Wäster, P., Orfanidis, K., Eriksson, I., Rosdahl, I., Seifert, O., and Öllinger, K. (2017). UV radiation promotes melanoma dissemination mediated by the sequential reaction axis of cathepsins–TGF- β 1–FAP- α . *British Journal of Cancer* 117, 535–544.
- III. Orfanidis, K.*, Lundmark, K.*, Synnerstad, I., Wikström, J.D., Wäster, P., Öllinger, K. (2019). The diagnostic value of tubulin β -3 immunohistochemistry to discriminate melanocytic nevi from melanomas. In manuscript.*Shared first authorship.

Annons

Annons

PsoReg:s årsrapport för 2019

Behandlingsalternativen vid svår psoriasis har ökat påtagligt under senare år. Det är inte så många år som det funnits tillgång till biologiska läkemedel. TNF-hämmarna var först ut: etanercept kom 2004, infliximab 2005 och adalimumab 2007. Därefter har ytterligare ett flertal nya läkemedel samt biosimilärer blivit tillgängliga. Finns det då inte några risker med dessa läkemedel och hur väljer vi det bästa läkemedlet till den enskilde patienten? Om vi sneglar mot reumatologin som fick tillgång till biologiska läkemedel 1999 är det välkänt långt utanför den specialiteten att de moderna läkemedlen inneburit en revolution. Reumatologerna var tidigt medvetna om att det kunde finnas en baksida med de nya behandlingarna i form av framförallt infektioner och maligniteter. De var väldigt noga med att följa sina patienter i kvalitetsregister både vad avser effekten av behandling och biverkningar. Detta synsätt har varit mycket framgångsrikt.

Behandling av svår psoriasis innebär ett stort antal överväganden inklusive handläggning av samsjuklighet. Det vore i analogi med reumatologins synsätt rimligt att alla med systembehandling för psoriasis följdes i ett kvalitetsregister. NPO Hud- och könssjukdomar och reumatologi har för 2020 satt som mål att täckningsgraden i PsoReg ska vara 80%. I arbetet med Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer har det framgått dels att det kan ta väl lång tid innan patienter med svår psoriasis får adekvat behandling och dels att underbehandling är ett reellt problem. Vid psoriasis är det fortfarande PASI och DLQI som är de mått som rekommenderas. Om man ska uppnå SSDV:s mål för framgångsrik behandling och följa denna över tid behövs ett kvalitetsregister.

PsoReg fungerar bra på många sätt men som också framgår i denna årsrapport finns det ett behov av att få tillgång till enklare datauttag för verksamheten. Denna fråga är högt prioriterad av PsoReg:s styrgrupp och en viktig del i att öka täckningsgraden i registret. Det är särskilt glädjande att det nu på PsoReg:s hemsida www.psoreg.se redovisas aktuell PsoReg utdata med hjälp av "Värden i siffror".

*Åke Svensson Docent
NPO Hud- och könssjukdomar*

Inledning

Psoriasis är en systemsjukdom som kräver multidisciplinär utredning, behandling, individanpassad terapi och noggrann monitorering (patientcentrerad vård). WHO har 2014 uppgäraderat psoriasis till en allvarlig, icke-smittsam kronisk sjukdom som kan leda till andra allvarliga sjukdomar (WHO Global report on psoriasis 2014; 67th world health assembly item 13.5, 2014). PsoReg, som startade med insamling av patientdata 2006, är det första nationella professions-initierade psoriasis-kvalitetsregistret i världen. PsoReg har dokumenterat brister i den svenska psoriasisvården. Regeringen har givit i uppdrag till berörda myndigheter att beskriva nuläget (Socialstyrelsen & SBU) samt att utarbeta nationella riktlinjer för vård vid psoriasis och att följa upp dessa (Socialstyrelsen). I detta arbete var PsoReg centralt, vilket bland annat konstateras av Socialstyrelsens generalsekreterare Olivia Wigzell i förordet till "Utvärdering av vård vid psoriasis – Huvudrapport med förbättringsområden" från december 2019. PsoReg har redan under etableringsfasen av NPO Hud- och könssjukdomar inrättat ett givande samarbete. PsoReg hjälper en underbemannad specialistvård att utvärdera levnadsvanor, behandling samt utfall vilket minskar kostnader och lidande för patienten.

Under 13 års registerarbete har PsoReg framgångsrikt jobbat med följande mål:

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

Myndigheter har i samarbete med PsoReg riktat särskilt fokus på den svenska psoriasisvården under 2019:

Socialstyrelsen

- har i mars 2019 publicerat slutversionen av "Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis"
<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/psoriasis/>

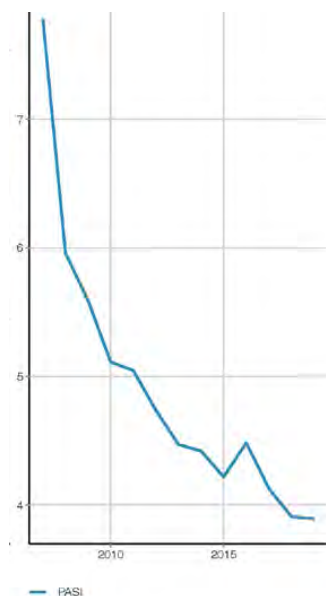
- samt i december 2019 "Utvärdering av vård vid psoriasis – Huvudrapport med förbättringsområden" Socialstyrelsen, december 2019.
www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-12-6477.pdf

Läkemedelsverket har i juni 2019 publicerat:

"Läkemedelsbehandling av psoriasis och psoriasisartrit – behandlingsrekommendation"
Information från Läkemedelsverket Årgång 30 • nummer 2 • juni 2019 www.lakemedelsverket.se



PsoReg:s Styrgrupp har 2019 lyft fram fyra kliniker: Falun, Kalmar, Kristianstad & Ryhov (med mottagningar i Jönköping, Nässjö och Värnamo) som visade ett särskilt engagemang i kvalitetsarbetet. Detta har premierats med tårtor.



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

Sedan starten av PsoReg för 13 år sedan har utfallet av psoriasisbehandlingen blivit kontinuerligt bättre. Som denna rapporten och publicerade studier visar (se www.pso-reg.se/publikationer) finns dock fortfarande en klar underbehandling som tyder på behovet av mer resurser för psoriasisvården samt nya och bättre läkemedel.

Samverkan med NPO Hud- och könssjukdomar

PsoReg har redan under etableringsfasen av NPO Hud- och könssjukdomar etablerat ett samarbete. PsoReg:s största utmaning är att öka täckningsgraden. PsoReg:s styrgrupp kämpar nu gemensamt med NPO Hud- och könssjukdomar och NAG psoriasis för att öka täckningsgraden. NPO Hud- och könssjukdomar har satt som mål en täckningsgrad på 80%. Åke Svensson, NPO Hud- och könssjukdomar & NAG psoriasis, är adjungerad till PsoReg:s styrgrupp. Två PsoReg styrgruppsmedlemmar, Amra Osmancevic och Ewa Wallin, ingår i NAG Psoriasis. Två PsoReg styrgruppsmedlemmar, Amra Osmancevic och Eva Aspelin ingår i RPT Psoriasis i Västra Götaland.

Direktkontakt med verksamheten

Sedan många år jobbar styrgruppen med att uppsöka enheter som önskar hjälp med PsoReg. Under 2019 har styrgruppsmedlem Ewa Wallin besökt kliniker i Lund och Umeå. Ewa var också inbjuden och talade om PsoReg vid Privatpraktiserande Dermatologers Förenings årsmöte i Falkenberg i augusti 2019.

Värden i siffror

Arbetet med att ha PsoReg med på "Värden i siffror" har framskridit under 2019; publikation av sex PsoReg kvalitetsindikatorer uppdaterat på kön är planerat från Q1 2020.

Systematisk arbete med datakvalitet

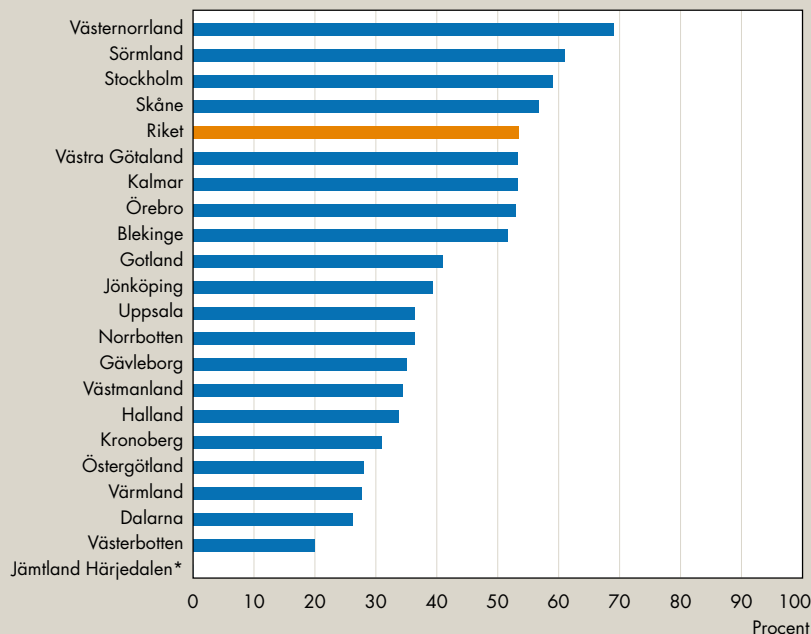
Vid årsskiftet 2018/19 hade det hos 37 patienter registrerats att läkemedlet metotrexat administrerades både som tablett- och som injektionsbehandling samtidigt. Detta berodde på felregistrering som har numera korrigerats.

"Fler verksamheter behöver erbjuda strukturerad uppföljning av behandlingseffekt", skriver Socialstyrelsen som har analyserat strukturerade uppföljningar med instrumenten PASI, DLQI och EQ-5D i PsoReg i rapporten "Utvärdering av vård vid psoriasis", se föregående sida, och fortsätter på sidan 25: "Det är stor variation mellan regionerna i strukturerad bedömning. I Region Västerbotten utvärderas knappt 20 procent av

personerna med svår psoriasis 2–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel i en strukturerad uppföljning. I Region Västernorrland utvärderas nästan 70 procent av personerna med svår psoriasis 3–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel (diagram 7). Dessutom är Region Västernorrland en av de regioner där biologiska läkemedel i hög utsträckning hämtas ut ..."

Diagram 7. Strukturerad uppföljning för att utvärdera behandlingseffekt

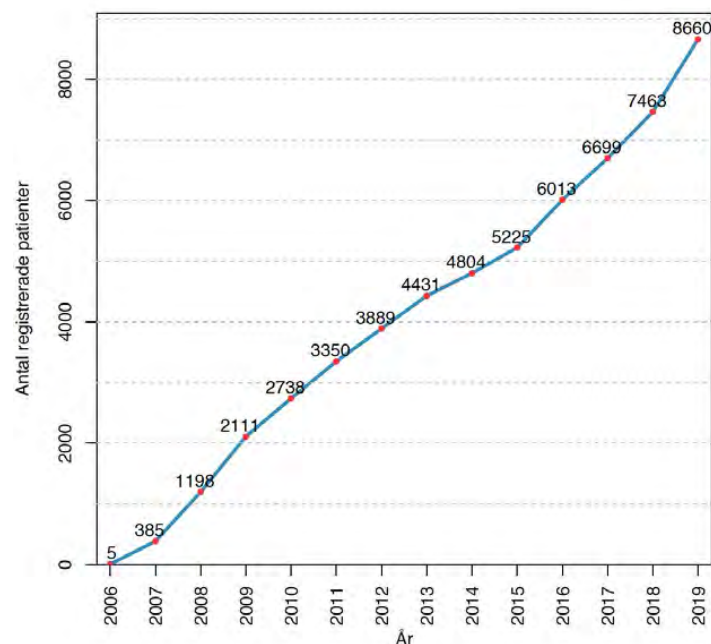
Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patientrapporterade mått 3 till 12 månader efter insättning.



* Det saknas data för Jämtland Härjedalen.

Källa: Nationella kvalitetsregistret för systembehandling av psoriasis (PsoReg).

Patientregistrering ackumulerat över tid



Figur 1: Antal patienter i PsoReg ackumulerat över tid.

Observera att detta är totala antalet unika registreringar i registret och inte antalet aktiva patienter det året.

Anslutning

Anslutningen är bra inom offentligt driven vård, alla läns- och universitetssjukhus är anslutna. Inom den privatdrivna vården är anslutningen fortfarande suboptimal.

Täckningsgrad

Ambitionen är att inkludera alla psoriasispatienter i riket som får systemterapi i PsoReg. Socialstyrelsen har gjort en täckningsgradsberäkning för PsoReg. I den mest angelägna målgruppen, patienter med biologisk behandling i landets kliniker, är täckningsgraden drygt 60%. Detta är alltför lågt!

Planer för kommande året för ökad täckningsgrad

- Lansering av PsoReg på "Värden i Siffror"
- Intensiverat samarbete med NPO/RPO Hud- och könssjukdomar och NAG Psoriasis
- Bättre synlighet av PsoReg, enklare datauttag samt uppsökande verksamhet
- Redovisning av resultat- och processindikatorer på www.psoreg.se via R-shiny*
- Lansering av webbaserade INCA-svar patientfrågeformulär via 1177/BankID*
- Förbättrat uttag av klinikdata i excelfiler direkt på www.psoreg.org.

* På icke-cancer INCA plattformen fanns det begränsningar utanför styrgruppens påverkansmöjlighet som vi hoppas löser sig under 2020

Vetenskapliga bidrag under 2019

Complete skin clearance and Psoriasis Area and Severity Index response rates in clinical practice: predictors, health-related quality of life improvements and implications for treatment goals. Jenny M Norlin et al. Br J Dermatol. 2019 Jul 20. doi: 10.1111/bjd.18361 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31325318

Treatment patterns and treatment burden of multiple switches – An analysis based on data from PsoReg, the Swedish Register for Systemic Treatment of Psoriasis. Frida Hjalte et al. Presentation på den nationella hälsoekonomiska konferensen (SHEA) i Örebro 12-13 mars www.oru.se/contentassets/eaf08c8e690c4d3181bca192604f854d/program-shea-2019.pdf

The pattern of comorbidity and its association with conventional and biologic systemic treatment: Results from a national cohort from people with psoriasis. Sofia Löfvendahl et al. Poster på den nationella hälsoekonomiska konferensen (SHEA) i Örebro 12-13 mars www.oru.se/contentassets/eaf08c8e690c4d3181bca192604f854d/program-shea-2019.pdf

Anslutning

Klinik	Antal patienter
PSO i Stockholm	992
Sahlgrenska US	530
Karolinska US	485
Södra Älvsborgs Sjukhus	400
Länsjukhuset Ryhov	324
SUS Malmö	305
US Örebro	279
Blekingesjukhuset	248
Uddevalla Sjukhus	238
US Linköping	238
Akademiska sjukhuset	223
Länsjukhuset Kalmar	213
Skaraborgs sjukhus	186
SUS Lund	183
Norrlands US	175
Sundsvalls sjukhus	165
P-Stockholm Hud Odenplan	160
Danderyds sjukhus	157
Vrinnevisjukhuset Norrköping	145
Sunderby sjukhus	126
Kristianstads sjukhus	123
Karlstads sjukhus	121
P-Kungsbacka	116
Falu Lasarett	100
Västerviks Sjukhus	88
Mälarsjukhuset	73
Västerås lasarett	69
P-Kungsholmens Hudklinik	67
Gävle sjukhus	63
Helsingborgs lasarett	63
Västra Frölunda sjukhus	60
Hallands sjukhus Halmstad	59
Lindesbergs Lasarett	40
Trelleborgs lasarett	40
Visby lasarettet	35
P-HudDoktorn i Örebro	29
P-Läkarhuset Utsikten	27
Södersjukhuset	23
P-Diagnostiskt Centrum Hud	20
Ängelholms sjukhus	19
P-Capio Specialisthuset Eslöv	17
P-VeritasKliniken Hud	13
Lasarettet Enköping	12
Växjö lasarett	12
Östersunds sjukhus	9
Nacka sjukhus	6
P-Kristianstadskliniken	5
P-Hudläkargruppen Mörbj	4
Ljunby Lasarett	3
P-SkinDoc	3
P-Tudorkliniken Halmstad	3
P-Sophiahemmet	2
PSO Malmö-Vellinge	2
Landskrona Lasarett	1
P-Hudläkaren i Umeå AB	1
P-Hudläkartjänst	1
P-Skin, Anedalskliniken	1
Totalt	7102

Tabell 1: Antal patienter i PsoReg vid årsskiftet 2019/2020.

Styrgruppen för PsoReg 2019

Ronny Lestander, verksamhetschef, primärvården Västerbottens län, Umeå

Annelie Edrén, verksamhetschef, Psoriasisföreningen i Stockholms läns mottagningar

Amra Osmancevic, överläkare, Hudkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Eva Aspelin, sjuksköterska, Hudkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

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

Bertil Born, patientföreträdare, Horda

Åke Svensson, docent, Lunds universitet och Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Malmö (adjungerad)

Ewa Wallin, sjuksköterska, Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Johanna Bråred Christensson, privatpraktiserande hudläkare, Citysjukhuset, Göteborg

Grigorios Theodosiou, hudläkare, Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Kari Dunér, överläkare, Hudmottagningen, Blekingesjukhuset, Karlskrona

Sara Lattanzi, hudläkare, Skin/Hudkliniken Carlanderska, Göteborg



NPO/RPO Hud- och könssjukdomar och NAG Psoriasis

Nationella programområden (NPO)

NPO Hud- och könssjukdomar är ett av 24 Nationella programområden, som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner.

Sjukvårdsregionala programområden (RPO)

De 24 nationella programområdena speglas på sjukvårdsregional nivå i sjukvårdsregionala programområden, RPO.

Nationella arbetsgrupper (NAG)

Nationella programområden tillsätter nationella arbetsgrupper (NAG) inom olika områden och vid behov för specifika frågor. NAG bistår NPO i att utföra dess uppdrag. NPO Hud- och könssjukdomar har tillsatt NAG Psoriasis.

Källa: www.skr.se, www.sodrasjukvardsregionen.se

Biologiska läkemedel, syntetiska läkemedel och biosimilarer

Biologiska läkemedel är proteiner som är så stora och komplexa att de inte kan produceras med kemisk syntes, såsom syntetiska läkemedel (t.ex. metotrexat), utan de måste produceras av levande celler. När ett syntetiskt läkemedel förlorat sitt patentskydd kan generiska läkemedel (generika) tillverkas som innehåller exakt samma verksamma molekyl som referenspreparatet. Den komplicerade tillverkningsmetoden för biologiska läkemedel ger däremot upphov till viss variation. En biosimilar är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel (det biologiska referenspreparatet) men som inte är 100% identiskt. Biologiska läkemedel brukar ha högre pris än syntetiska läkemedel och används vanligtvis när syntetiska läkemedels effekt inte är tillräcklig. Biologiska läkemedel består oftast av antikroppar riktade mot den pågående inflammationsprocessen i kroppen och ges

som injektioner. Behandling med biologiska läkemedel kombineras ibland med andra systemläkemedel, framför allt metotrexat. Biologiska läkemedel som är godkända för behandling av psoriasis är riktade mot:

Tumörnekrosfaktor (TNF):

Infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab. I denna gruppen finns biosimilarer.

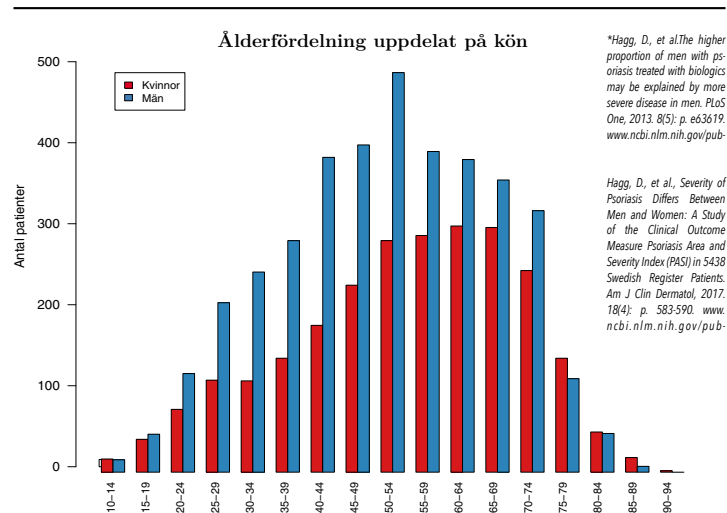
Interleukiner (IL):

IL-12/23 Ustekinumab
IL-17A Ixekizumab
Brodalumab
Sekukinumab
IL-23 Guselkumab
IL-23A Risankizumab

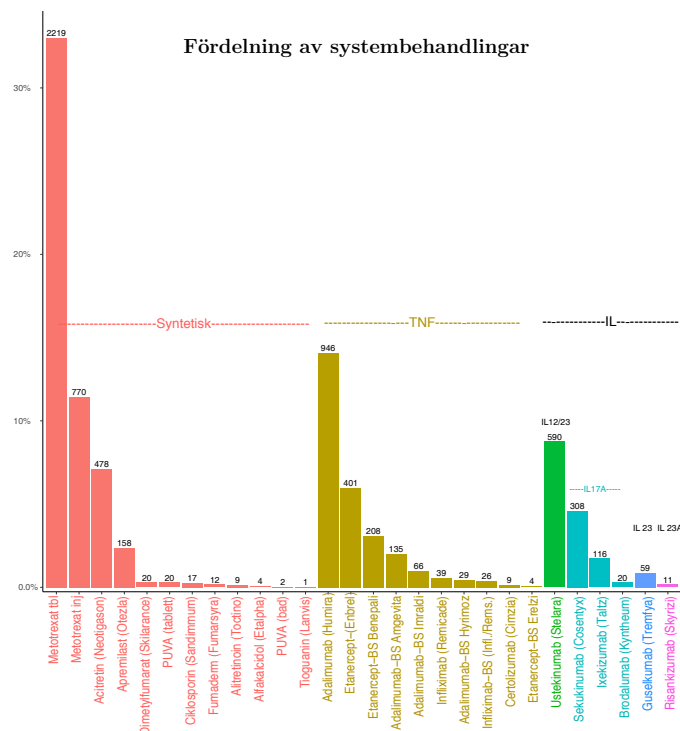
Det sker även en utveckling inom gruppen syntetiska läkemedel, "Andra generationens syntetiska läkemedel" såsom apremilast och dimetylfumarat

Del II

I del II av rapporten visas konkreta exempel från psoriasisvården i Sverige med särskild hänsyn till PsoReg:s mål. Figurerna baseras på senaste registreringen av alla patienter under året 2019.

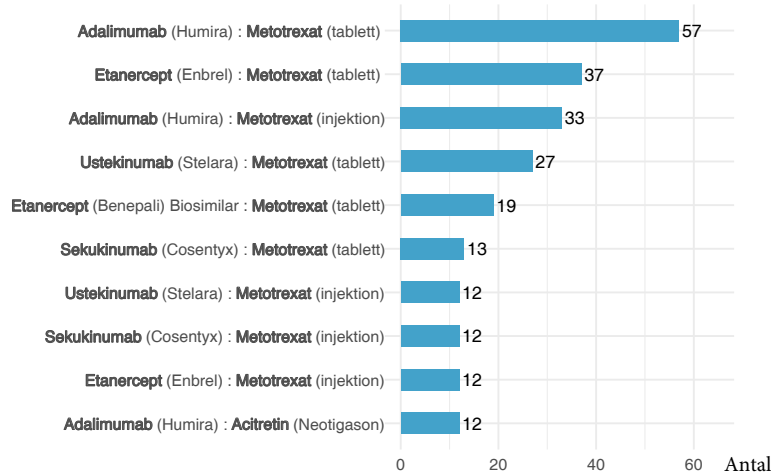


Figur 2: Åldersfördelning för patienterna i PsoReg, könsuppdelat. Generellt är män överrepresenterade. Detta kan dock bero på att män oftare har en svårare sjukdom.*



Figur 3: Samtliga pågående systembehandlingar i PsoReg vid årsskiftet 2019/2020. En patient kan stå på mer än en systembehandling samtidigt.

Fördelning av kombinationsbehandlingar



Figur 4: De 10 vanligaste kombinationsbehandlingarna i PsoReg vid årsskiftet 2019/2020.

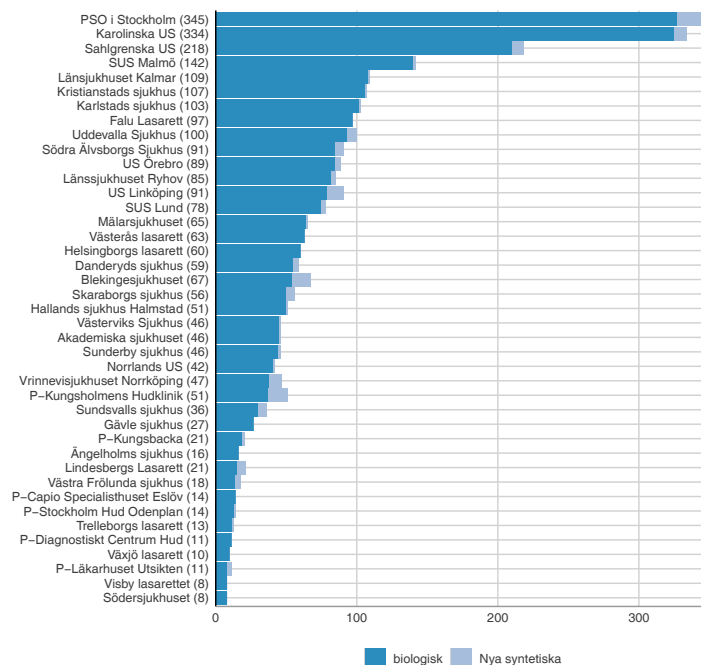
Fördelning av systembehandlingar de senaste 5 åren

Systembehandling	2015	2016	2017	2018	2019
Acitretin (Neotigason)	9.35	8.94	8.62	8.04	7.69
Adalimumab (AMGEVITA) Biosimilar	0.00	0.00	0.00	0.01	1.62
Adalimumab (Humira)	12.74	12.89	13.36	13.38	13.68
Adalimumab (Hyrimoz) Biosimilar	0.00	0.00	0.00	0.00	0.24
Adalimumab (Imraldi) Biosimilar	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
Alfakalcidol (Etalpa)	0.08	0.07	0.06	0.06	0.05
Alitretinoin (Tocino)	0.10	0.12	0.09	0.13	0.13
Apremilast (Otezla)	0.95	2.17	2.12	2.16	2.20
Brodalumab (Kyntheum)	0.00	0.00	0.00	0.13	0.23
Certolizumabpegol (Cimzia)	0.02	0.02	0.09	0.16	0.12
Ciklosporin (Sandimmun)	0.71	0.63	0.54	0.48	0.45
Dimetylfumarat (Skilarence)	0.00	0.00	0.05	0.21	0.31
Etanercept-Biosimilar	0.04	0.81	2.53	2.82	2.76
Etanercept (Enbrel)	9.61	7.80	6.59	7.48	6.31
Etanercept (Erelzi) Biosimilar	0.00	0.00	0.00	0.06	0.05
Fumaderm (Fumarsyra)	0.48	0.39	0.37	0.26	0.22
Guselkumab (Tremfya)	0.00	0.00	0.00	0.24	0.72
Infliximab-Biosimilar	0.00	0.20	0.36	0.36	0.35
Infliximab (Remicade)	1.47	1.12	0.81	0.70	0.63
Ixekizumab (Taltz)	0.00	0.00	0.62	1.12	1.48
Metotrexat	54.83	52.60	50.65	48.67	46.83
PUVA	0.50	0.46	0.42	0.38	0.37
Risankizumab (Skyrizi)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.13
Sekukinumab (Cosentyx)	0.92	2.80	3.80	4.06	4.13
Tioguanin (Lanvis)	0.06	0.03	0.03	0.03	0.03
Ustekinumab (Stelara)	8.16	8.94	8.88	9.06	8.50
Totalt	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

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

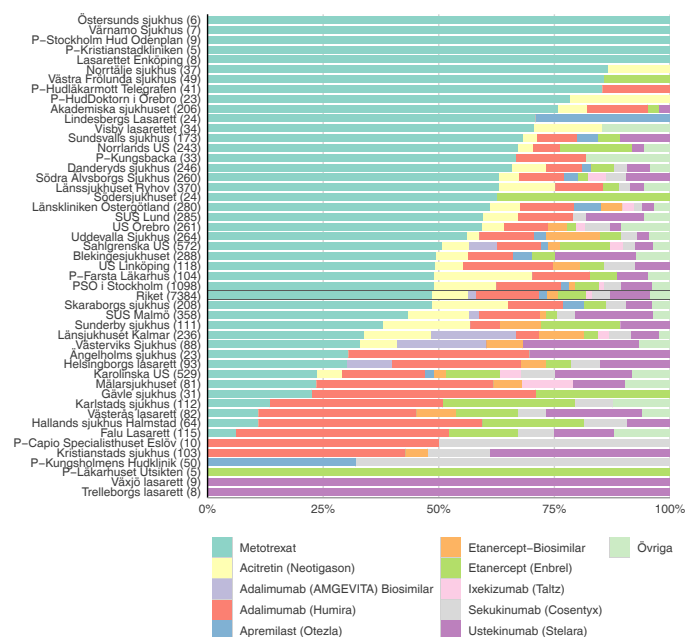
Klinikrapport

Antal patienter som får biologiska- och nya syntetiska läkemedel



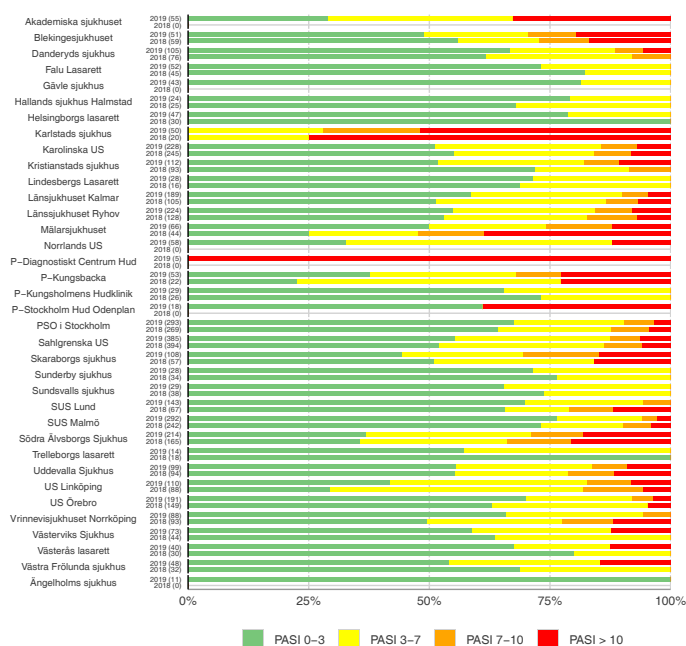
Figur 5: Antal patienter som gick på en biologisk behandling eller en ny syntetisk behandling vid årsskiftet 2019/2020. Nya syntetiska läkemedel; för närvarande ingår endast Apremilast och Dimetylfumarat i läkemedelsgruppen.

Fördelning systembehandlingar uppdelat på klinik



Figur 6: Fördelning av aktiva systembehandlingar vid årsskiftet 2019/2020. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "Övriga". Sjukhus med färre än 5 registreringar redovisas inte. Behandlingar med färre än 5 registreringar på ett sjukhus redovisas inte heller.

PASI, jämförelse mellan år

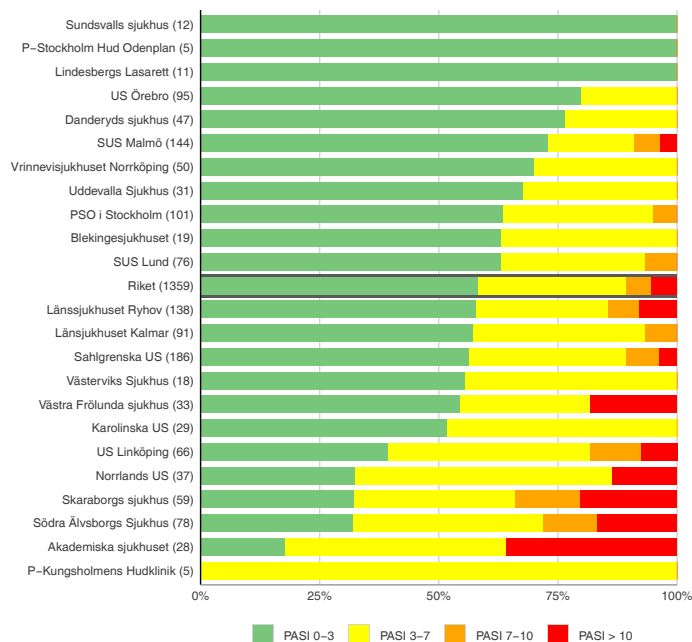


Figur 7: Senaste mätningen av PASI per individ vid respektive år. År 2019 jämförs med år 2018. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

Psoriasis Activity and Severity Index (PASI) är ett kliniskt mått för psoriasis sjukdomens utbredning och svårighetsgrad. PASI = 0 innebär inga psoriasisfläckar alls och PASI över 10 ses som gränsen till svår psoriasis.

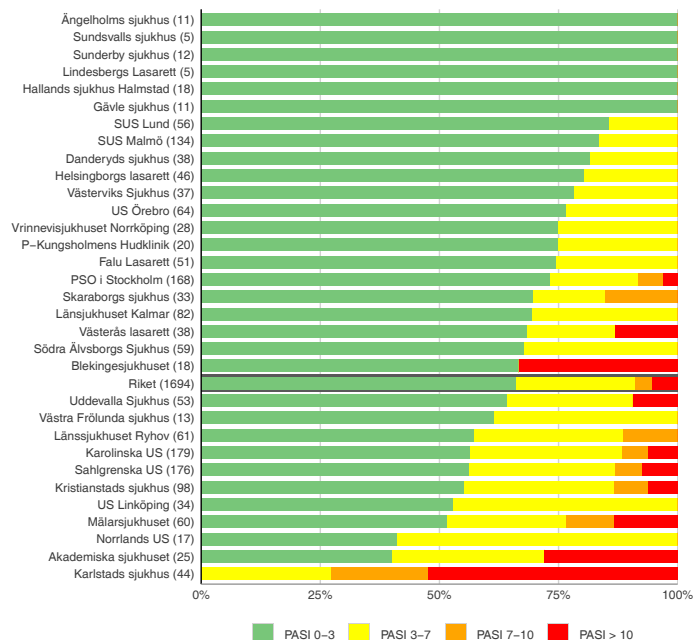
Behandlingsmålet PASI <3 innebär låg sjukdomsaktivitet på en begränsad del av kroppen.

PASI, patienter med endast syntetiska läkemedel



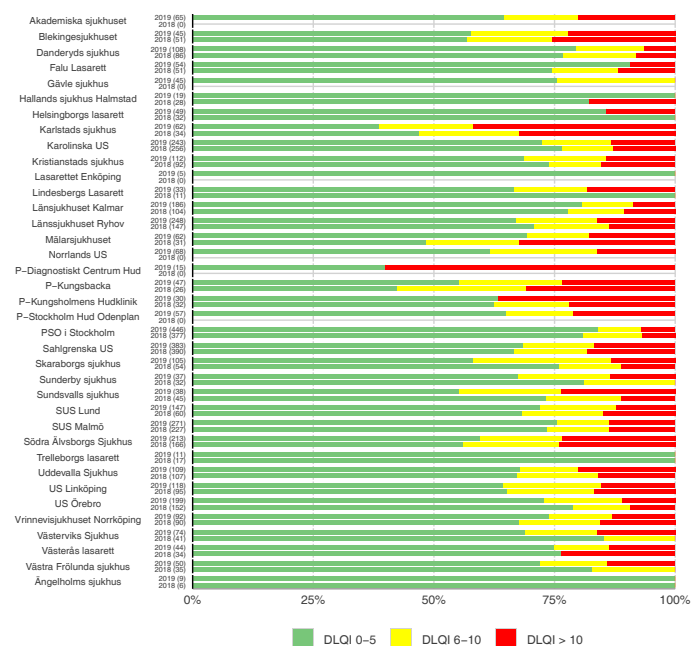
Figur 8: Senaste mätningen av PASI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Detta behandlingsmål uppnås dock bara för runt hälften av patienterna under behandling med syntetiska läkemedel. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

PASI, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



Figur 9: Senaste mätningen av PASI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är sex kliniker där alla patienter under biologisk läkemedelsbehandling uppnår detta. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

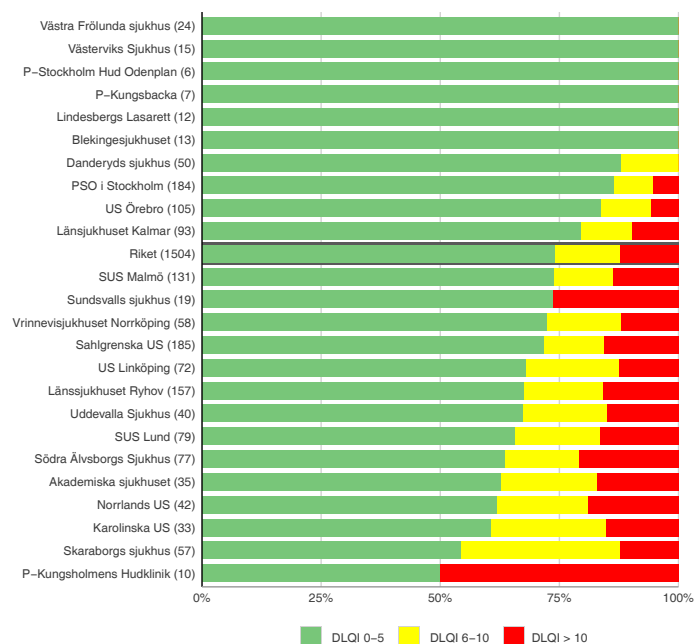
DLQI jämförelse mellan år



Figur 10: Senaste mätningen av DLQI per individ vid respektive år. År 2019 jämförs med år 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

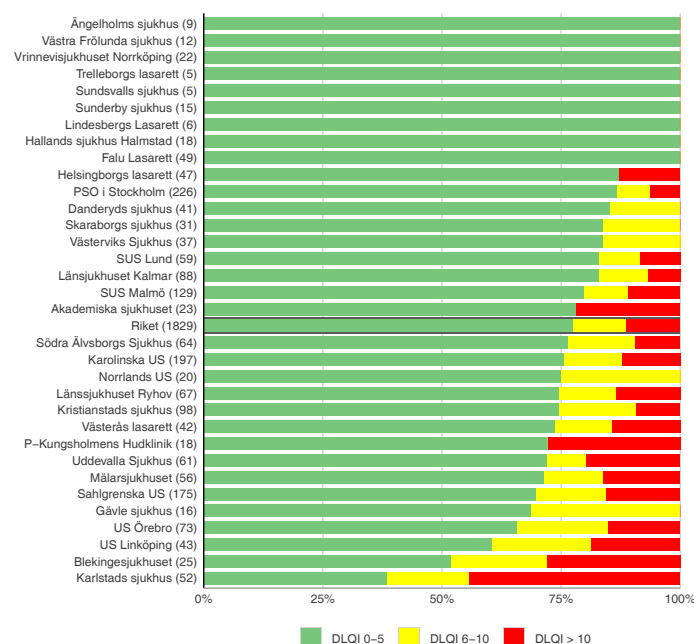
Dermatology Life Quality Index (DLQI) är ett standardiserat formulär angående hur patienten för närvarande upplever psoriasisjukdomens påverkan på sin livskvalitet. Skalan sträcker sig från 0 (vilket innebär ingen påverkan på livskvaliteten) till 30 (vilket innebär maximal påverkan på livskvaliteten).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

DLQI, patienter med endast syntetiska läkemedel



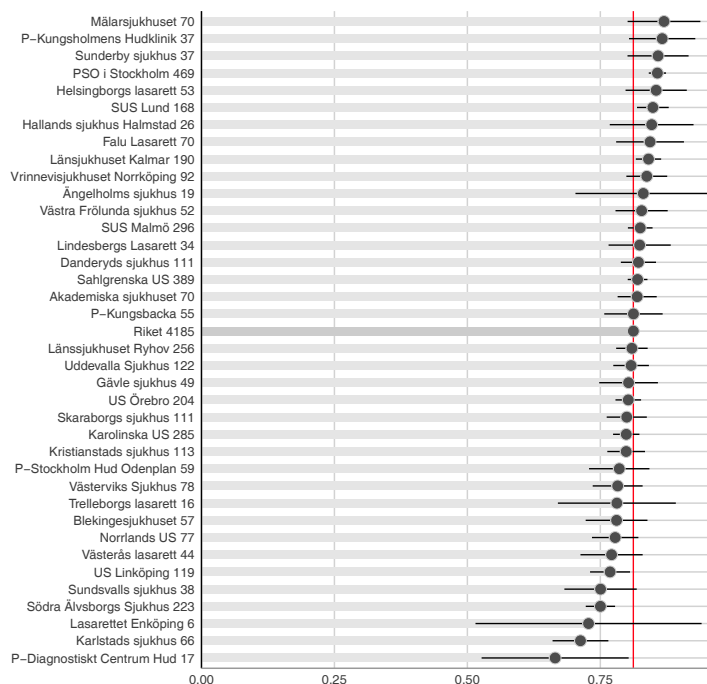
Figur 11: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är sex kliniker där alla patienter under syntetisk läkemedelsbehandling uppnår detta. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

DLQI, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



Figur 12: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Det är nio kliniker där alla patienter under biologisk läkemedelsbehandling uppnår detta. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

EQ-5D klinikinivå



Figur 13: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2019. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 5 registreringar ej visas.

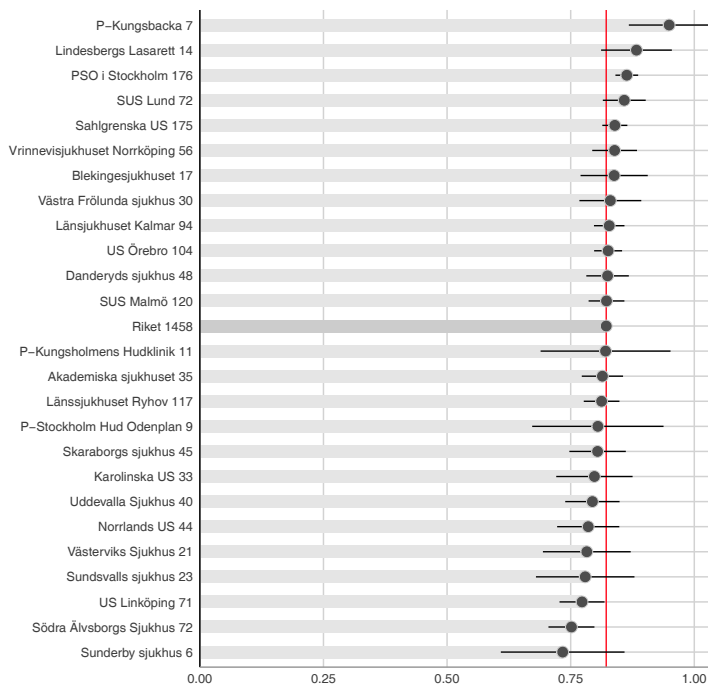
EQ-5D det generiska livskvalitetsmättet

ska (idealt) skatta påverkan av den hälsorelaterade livskvaliteten av alla sjukdomar. EQ-5D är framtagen av EuroQol-gruppen och är baserad på 5 dimensioner som besvaras med 'inga problem', 'en del eller måttliga problem' eller 'extrema problem':

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

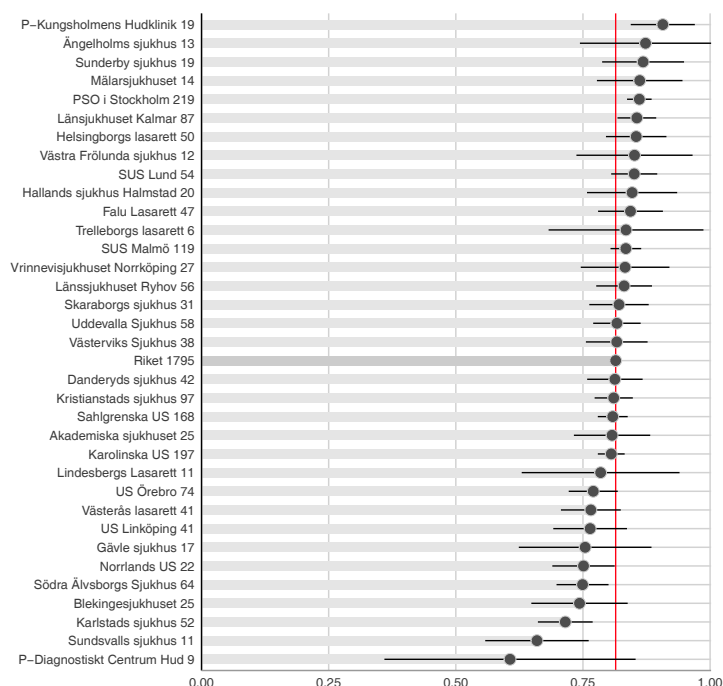
EQ-5D stödjer således ett holistiskt synsätt av systemsjukdomen psoriasis. EQ-5D värdet 1 motsvarar fullständig hälsa och 0 sämst tänkbara hälsa. EQ-5D kan även räknas om till kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

EQ-5D klinikinivå, patienter med syntetiska läkemedel



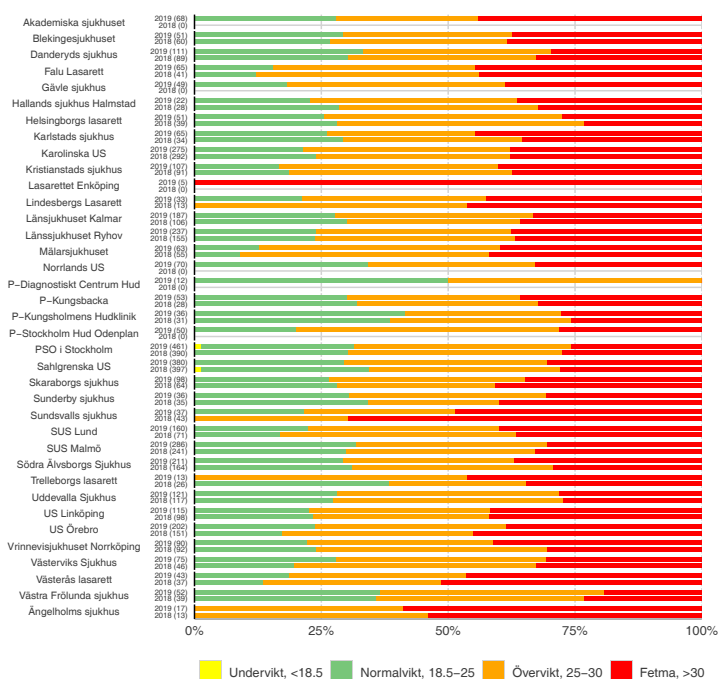
Figur 14: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2019, endast konventionella patienter. Figuren visar medelvärden och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 5 registreringar ej visas.

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



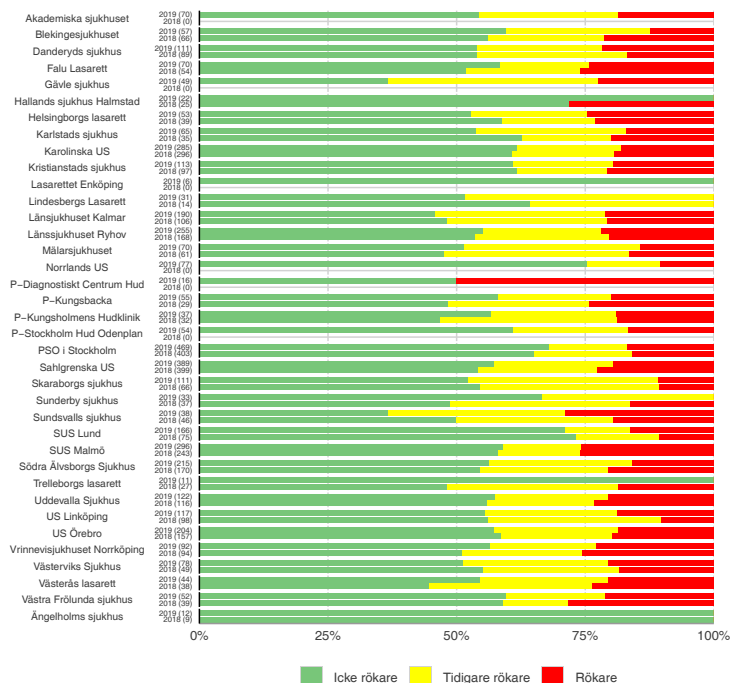
Figur 15: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2019. Figuren visar medelvärden och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 5 registreringar ej visas.

BMI jämförelse mellan 2019 och 2018



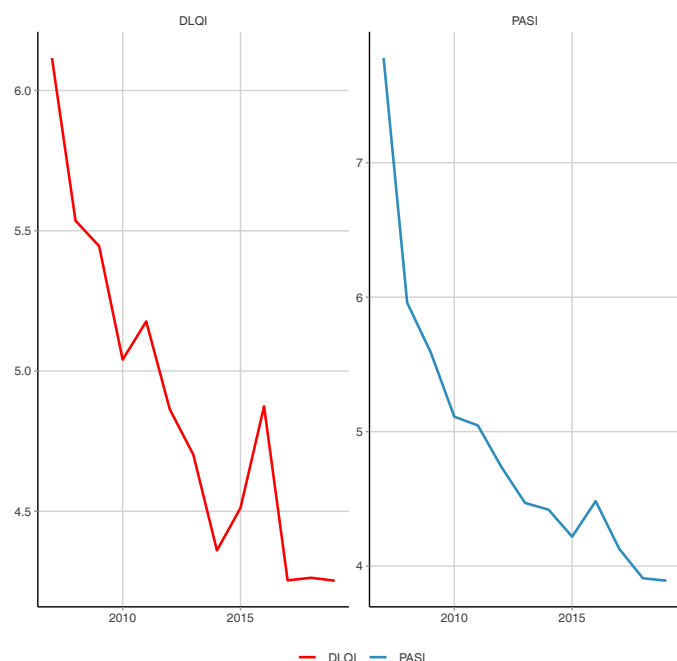
Figur 16: Senaste mätningen av BMI per individ vid respektive år. År 2019 jämförs med år 2018. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus. Figuren visar tydligt behovet av att arbeta med denna frågan, 3/4 delar av patienterna har övervikt eller fetma, medan hälften av individerna i den generella befolkningen har övervikt eller fetma enligt www.folkhalsomyndigheten.se.

Rökning jämförelse mellan 2019 och 2018



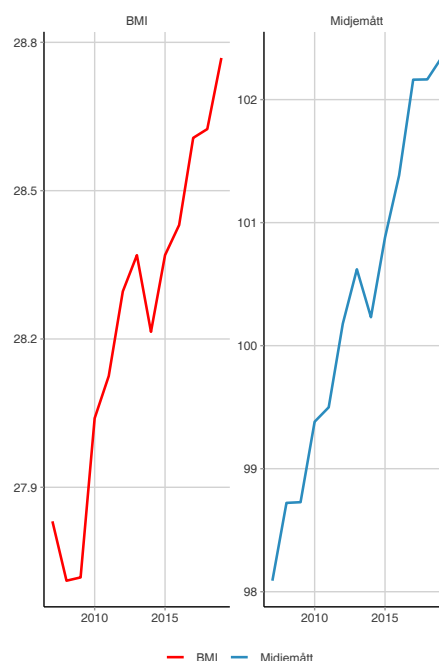
Figur 17: Senaste mätningen av rökning per individ vid respektive år. År 2019 jämförs med år 2018. Individer i den generella befolkningen i åldern 16-84 år som uppgav att de rökte tobak dagligen var 2018 sju procent enligt www.folkhalsomyndigheten.se. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

Förbättring av utfallsmått sedan 2007



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

Hälsoparameter sedan 2007



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

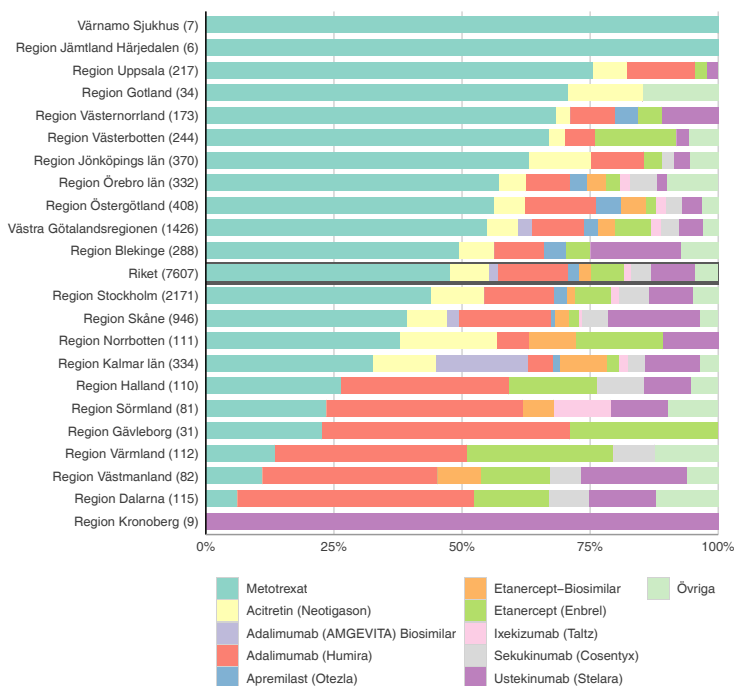
Regionsrapport

Patienter per Region

Region	Antal patienter
Region Stockholm	1940
Västra Götalandsregionen	1415
Region Skåne	778
Region Östergötland	383
Region Örebro län	348
Region Jönköpings län	324
Region Kalmar län	301
Region Blekinge	248
Region Uppsala	235
Region Halland	178
Region Västerbotten	176
Region Västernorrland	165
Region Norrbotten	126
Region Värmland	121
Region Dalarna	100
Region Sörmland	73
Region Västmanland	69
Region Gävleborg	63
Region Gotland	35
Region Kronoberg	15
Region Jämtland Härjedalen	9
Totalt	7102

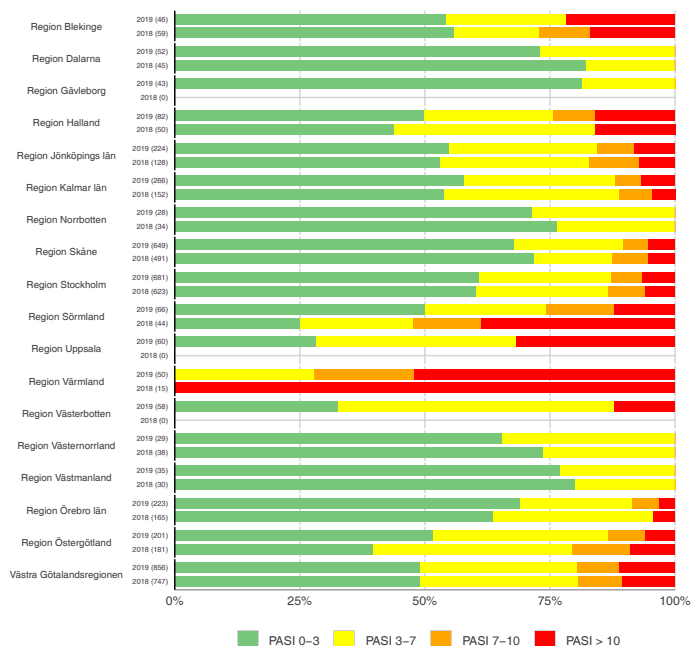
Tabell 3: Antal patienter i PsoReg vid årsskiftet 2019/2020 uppdelat på regioner.

Fördelning av systembehandlingar på regionsnivå



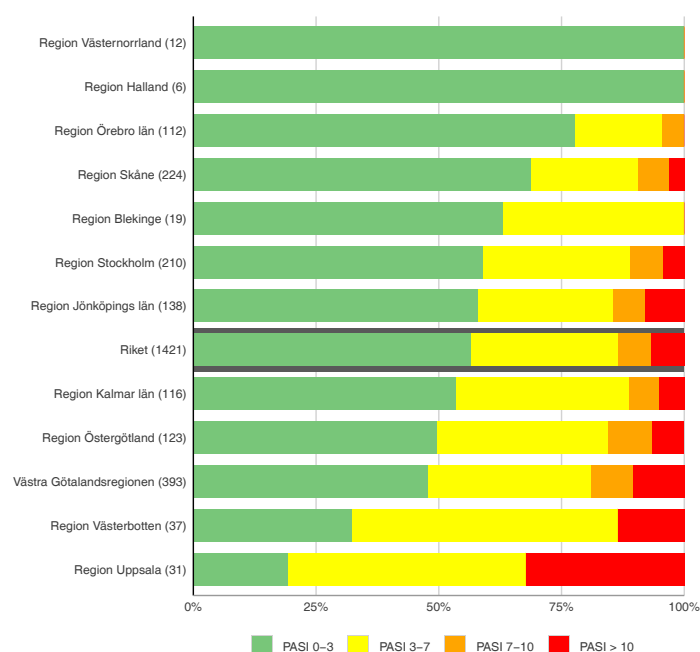
Figur 20: Fördelning av aktiva systembehandlingar vid årsskiftet 2019/2020. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "Övriga". Regioner med färre än 5 registreringar redovisas inte. Behandlingar med färre än 5 registreringar inom en region redovisas inte heller.

PASI regionsnivå, jämförelse mellan år



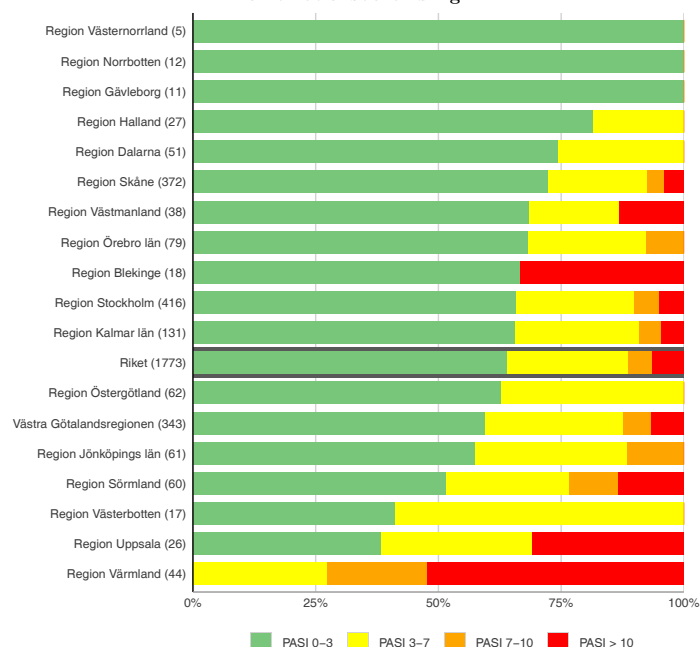
Figur 21: Senaste mätningen av PASI per individ vid respektive år. År 2019 jämförs med år 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuell region.

PASI regionsnivå, patienter med endast syntetiska läkemedel



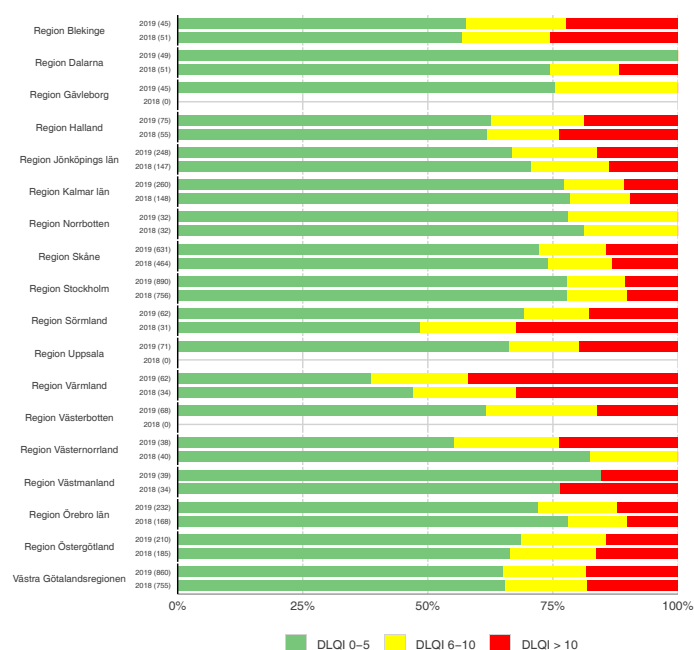
Figur 22: Senaste mätningen av PASI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. I två regioner uppnås detta behandlingsmål av alla registrerade patienter med syntetisk läkemedelsbehandling. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuell region.

PASI regionsnivå, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



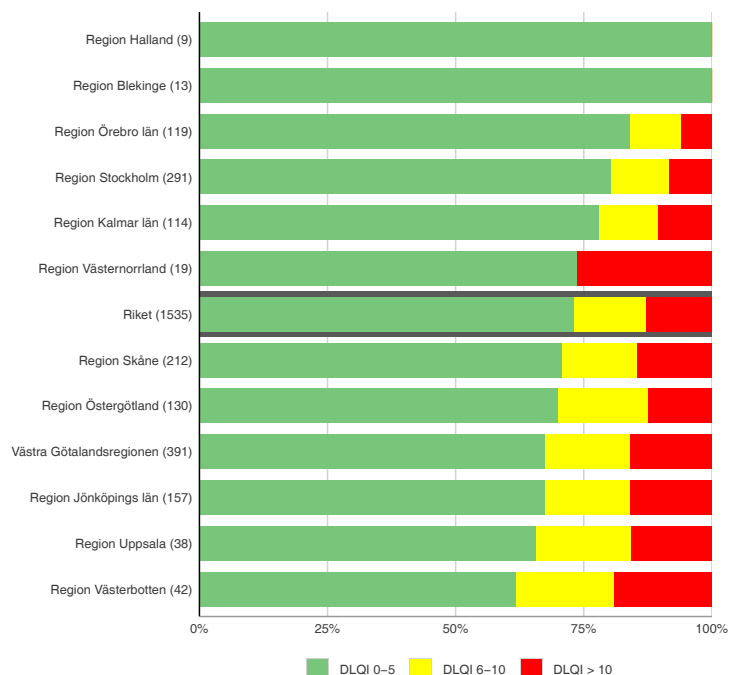
Figur 23: Senaste mätningen av PASI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör PASI vara < 3 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. I tre uppnås detta behandlingsmål av alla registrerade patienter med biologisk läkemedelsbehandling. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuell region.

DLQI regionsnivå, jämförelse mellan år



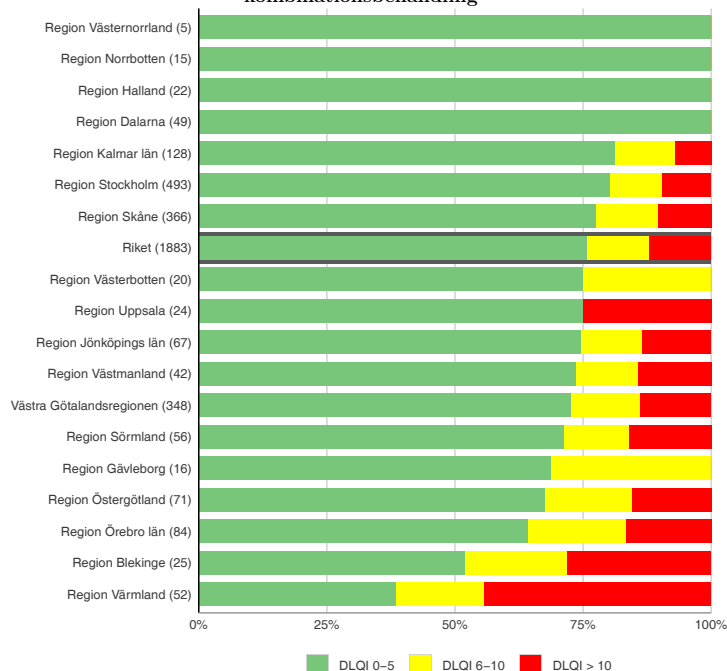
Figur 24: Senaste mätningen av DLQI per individ vid respektive år. År 2019 jämförs med år 2018. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuell region.

DLQI regionsnivå, patienter med endast syntetiska läkemedel



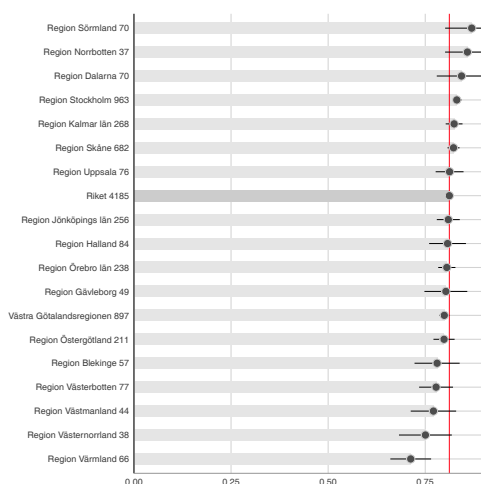
Figur 25: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. I två regioner uppnås detta av alla registrerade patienter med syntetisk läkemedelsbehandling. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuell region.

DLQI regionsnivå, patienter med biologiska läkemedel inkluderar kombinationsbehandling



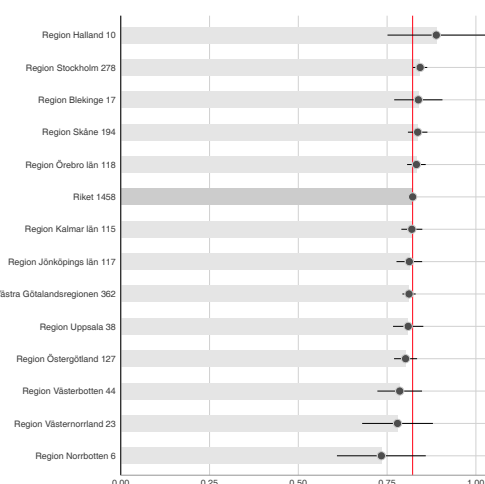
Figur 26: Senaste mätningen av DLQI per individ under 2019. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens behandlingsrekommendationer för systemisk behandling av psoriasis bör DLQI vara ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. I fyra regioner uppnås detta av alla registrerade patienter med biologisk läkemedelsbehandling. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuell region.

EQ-5D regionsnivå



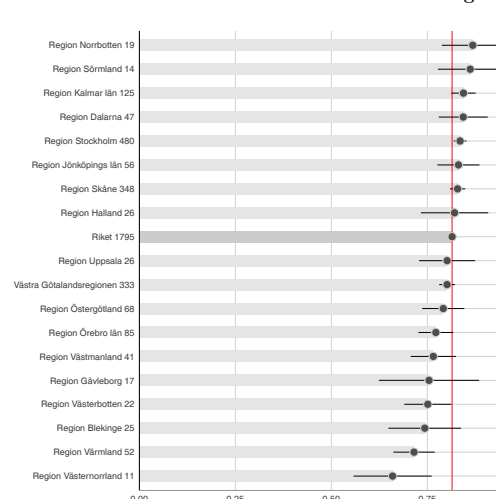
Figur 27: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2019. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent. Observera att regioner med färre än 5 registreringar ej visas.

EQ-5D regionsnivå, patienter med syntetiska läkemedel



Figur 28: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2019, endast konventionella patienter. Figuren visar medelvärden och konfidensintervall på 95 procent. Observera att regioner med färre än 5 registreringar ej visas.

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



Figur 29: Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2019. Figuren visar medelvärden och konfidensintervall på 95 procent. Observera att regioner med färre än 5 registreringar ej visas.

Annons

Annons

EN DERMATOLOGS VARDAG

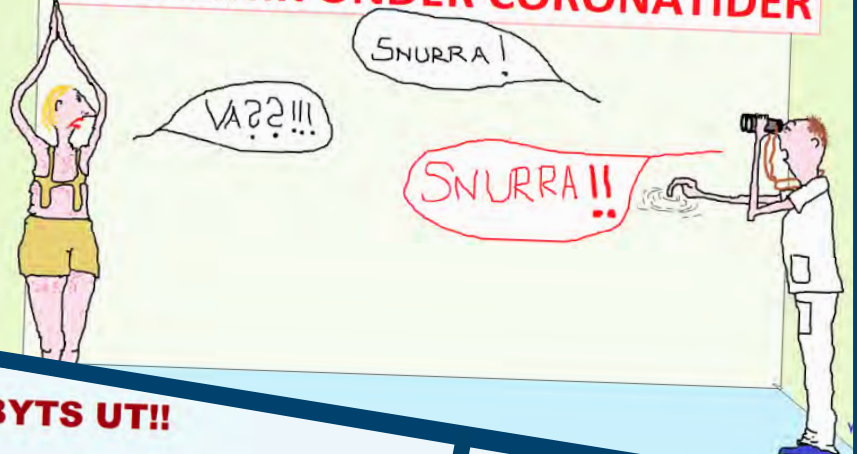
DERMATOLOGENS TYPISKA ARBETSSTÄLLNING



VISNINGSROND KL 12



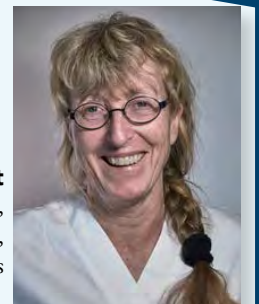
HUDKLINIK UNDER CORONATIDER



K(O)RONAN BYTS UT!!



Ylva Lundquist
ST-läkare,
Hudmottagningen,
Ängelholms sjukhus



Nu kan ni anmäla er till PDF:s årsmöte 20-22 augusti 2020

Bästa PDF-medlemmar!

Hjärtligt välkomna till PDF:s årsmöte. Mötet kommer att vara på Lundsbrunns kurort i Västergötland, 20 min utanför Lidköping. Föreläsningarna börjar på torsdag eftermiddag och avslutas på lördag lunch som vanligt.

Det spännande programmet finns på pdf.nu. Hotellrummen kan variera något i standard men är alla bra. De 40 första som anmäler sig får de bästa rummen ovanför SPA-avdelningen.

Anmälan görs som vanligt via pdf.nu



SAVE THE DATE

DVSS årsmöte 18-19 september i Lund



Fotograf: Kennet Ruona & Karoline Saether



VÄLKOMMEN TILL SSDV:S VÅRMÖTE 2020

ONLINE FRÅN
VÄSTERÅS

28 MAJ



Med anledning av Corona-pandemin har styrelsen i SSDV tillsammans med värdkliniken i Västerås beslutat att ändra utformningen av SSDV:s vårmöte i Västerås 2020. Konferensen kommer att kortas ned till en dag och enbart sändas via video.

Datomet är torsdagen den 28 maj, och dagen kommer förutom det ordinarie årsmötet innehålla keynote-föreläsningarna. Årsmötesförhandlingarna kommer att hållas på tidigare aviserad tid. Konferensen sänds via webben och mer information kommer närmare inpå det aktuella datumet.

Utlysning av SSDV:s Fortbildningsstipendium 2020

Pausad p.g.a. covid-19.

Definitivt besked efter sommaren.

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

Vem kan söka?

Alla SSDV:s medlemmar har möjlighet att ansöka om stipendiet.

Stipendiesumma:

Sammanlagt 50 000 kr kan fördelas på 1-3 stipendiater. Pengarna skall användas för att fi-

finansiera kostnaderna för resa, logi och eventuella utbildningar. Stipendiet är inte avsett för finansiering av resor till kongresser.

Ansökan:

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

Ansökan skickas till:

SSDV:s kansli: Agneta Andersson

E-mail: info@ssdv.se

SSDV tillbanda senast 18 oktober 2020.

Beslutskommittén:

Är ännu inte utsedd. Beslut och meddelande



Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

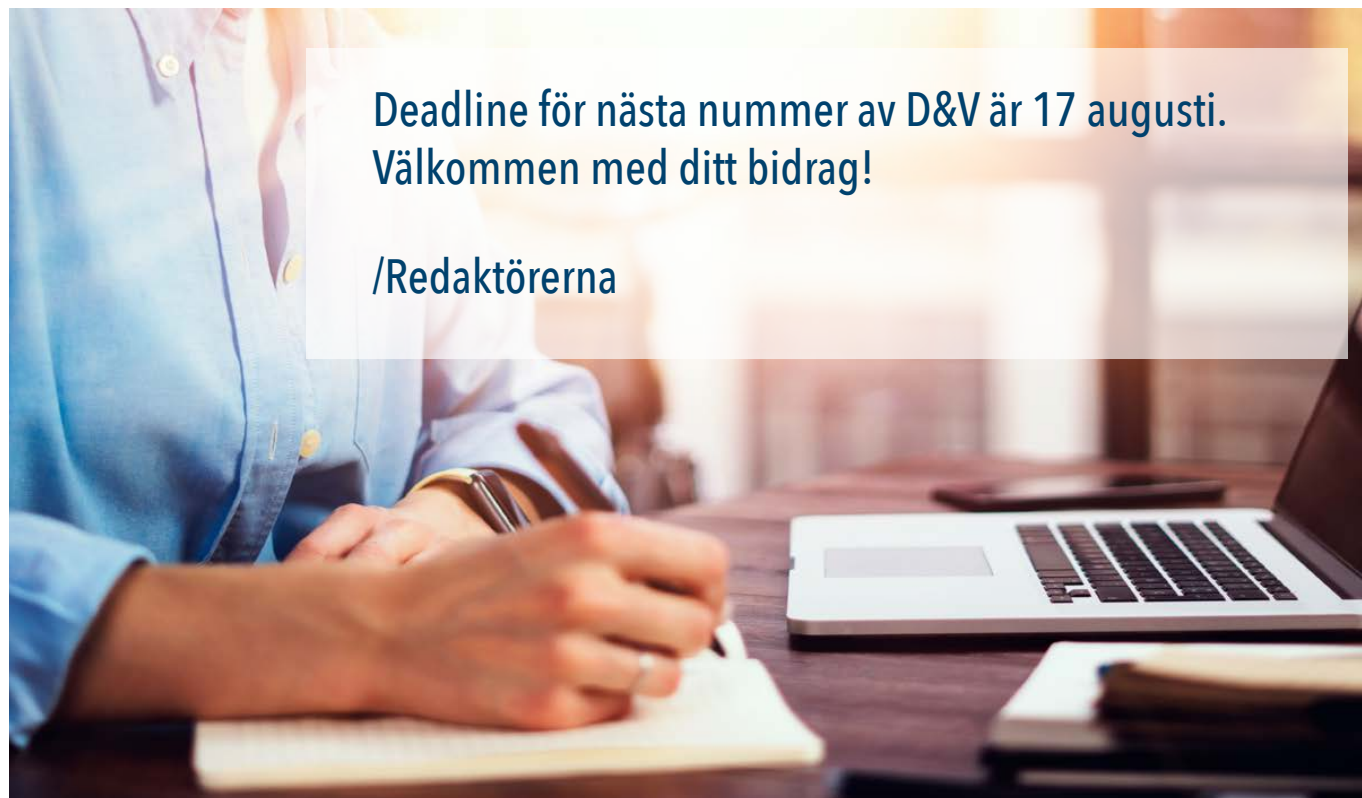
till pristagarna beräknas till den 31/10. Efter beslut om stipendiat(-er) kommer Janssen-Cilag att få ta del av ansökningarna.

Krav på stipendiater

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

Sponsor:

Janssen-Cilag AB



**Deadline för nästa nummer av D&V är 17 augusti.
Välkommen med ditt bidrag!**

/Redaktörerna



Third Nordic Course in Virtual Dermatopathology 10-11 Sept, 2020 in Reykjavik, Iceland

The course is intended for trainees and specialists in dermatology, pathology and dermatopathology. The focus is on clinical-pathologic correlation using virtual (digital) slides and the course is more advanced than the basic dermatopathology courses in Nordic dermatology residencies.

Participants will be introduced to the digital software, followed by informative lectures by the faculty on various aspects of dermatopathology.

In the self-assessment exam, participants will get first hand experience using their laptops to access the software, which contains cases with clinical information and photographs, as well as digital slides. This will be followed by case discussions by the speakers.

Further information on the Programme, Venue and Registration is available at <https://nordicdermatology.com/nivdp-welcome/>

We extend a warm welcome to you to join us in Reykjavik and hope to see you there.

Ellen Mooney, MD, Chair
Nordic Institute of Virtual Dermatopathology
Hafnarfjörður, Iceland

Ismini Vassilaki, MD, Co-Chair
Karolinska University Hospital
Solna, Sweden

SSDV utlyser två stipendier till 3rd Nordic Course in Virtual Dermatopathology

SSDV utlyser två stipendier à 5000 SEK för resekostnader till 3rd Nordic Course in Virtual Dermatopathology, 10-11 september 2020 i Reykjavik.

Ansökan som skall innehålla motivering samt CV görs till: info@ssdv.se

Mer info via ssdv.se

Bästa SSDV-medlemmar!



Euromelanoma-veckan ställs in!

Till följd av den situation vi befinner oss i med Covid-19-epidemin har jag, i samråd med SDKO, beslutat att ställa in screeningdelen av Euromelanoma-kampanjen. Detta är i linje med vad regionerna nu rekommenderar för att begränsa smittspridning och spara personella och materiella resurser till det viktiga arbetet med epidemin. Även om vi nu inte kommer gå vidare med hudcancerscreeningen så kommer det informationsmaterial som vi sammanställt ändå användas för att sprida information om hudcancer, om än lite senare än planerat.

Det viktigaste nu är dock att vi alla bidrar på det sätt vi kan med att hålla sjukvården flytande under den enorma belastning som nu kommer.

Med vänliga hälsningar,

Åsa Ingvar

CANCELLED

Sektionen för venerologi utlyser Utbildningsstipendium 2021

Namn på stipendiet:

Sektionen för venerologis utbildningsstipendium 2021

Antal stipendier:

1

Syfte:

Att skapa ett stipendium för en av SSDV:s medlemmar att fördjupa sig inom venerologi via möten som på grund av höga kostnader sällan finansieras av huvudmannen.

Möte:

STI & HIV 2021 World Congress Amsterdam, Nederländerna, 14-17 juli.

Stipendiesumma:

Stipendiet utgörs av summa 10 000 SEK.

Sökande:

Sökande skall vara medlem i SSDV.

Ansökan:

En formell ansökan ska skickas in elektroniskt till Sektionen för venerologi, sekreterare Sinja Kristiansen, sinja.kristiansen@skane.se

Sista ansökningsdatum är den 30/11, 2020. För sent inkommen ansökan kommer ej att skickas vidare till bedömningskommittén. Ofullständig ansökan kommer att skickas åter till sökande för komplettering.

Ansökan ska innehålla:

- Kostnadskalkyl (anges i SEK) för sökt möte.
- Motiveringsbrev inklusive information om hur den nyvunna kunskapen kommer att utnyttjas av stipendiaten.
- *Curriculum vitae* inklusive kontaktuppgifter (namn, adress, mail, telefonnummer).
- Rekommendationsbrev från medlem i sektionen för venerologi (kollega, handledare eller huvudman).
- Intyg/godkännande från huvudmannen om att stipendiaten kommer att beviljas ledighet för att genomföra mötet, om aktuellt. Huvudmannen skall vara beredd att betala för hela utbildningen för att i efterhand fakturera 10 000 SEK, alternativt om beloppet understiger 10 000 SEK, det faktiska beloppet till sektionen för venerologi senast 31/12, 2021.

Bedömningskommitté:

Styrelsen för sektionen för venerologi

Urvalskriterier:

Stipendierna är avsedda för nyblivna specialister inom 5 år efter erhållet specialistbevis. Bedömningskommittén kommer endast att granska fullständiga ansökningar (kostnadskalkyl, motiveringsbrev, CV, rekomen-

dationsbrev samt godkännande från huvudman). Sökandens CV, motiveringar och innehållet i rekommendationsbrevet bör vara avgörande i bedömningsgruppens beslutstagande. Bedömningen går till så att den sökande som bedöms mest värd stipendiet tilldelas 3 poäng; nästa sökande 2, poäng och en tredje sökande, 1 poäng. Den som erhåller flest poäng belönas med stipendium. Helst skall alla i kommittén vara överens om valet av stipendiat men vid behov är det majoritetens röst (åtminstone 4 av 6 röster) som avgör.

Tidpunkt för genomförande av kurs/utbildning:

2021.

Stipendiets utlysning:

Stipendiet utlyses senast den 9 oktober via mailutskick till alla SSDV:s medlemmar samt under rubriken "Sektionen för venerologis utbildningsstipendium" på SSDV:s hemsida (www.ssdv.se).

Val av stipendiater:

Stipendiaten kontaktas av sektionen för venerologis styrelse med besked senast den 20/12, 2020. Övriga sökanden meddelas om beslutet via mail. I samband med SSDV:s vårmöte 2021 utdelas diplom till stipendiaten.

Uppföljning:

Stipendiaten förväntas presentera sin nyvunna kunskap efter genomgången deltagande på möte exempelvis via en kort kommunikation i samband med SSDV:s vårmöte påföljande år eller en rapport publicerad i Dermatologi & Venerologi.

Sinja Kristiansen & Arne Wikström

Sekreterare respektive Ordförande
Sektionen för venerologi



Annons

Dermatoskopiquiz

I detta nummer av D&V ber jag er att bedöma ett fall inskickat av dr. Emanuela Micu, Vrinnevisjukhuset Norrköping. Patienten är en 80-årig man med flera hudtumörer tidigare inklusive ett melanom för många år sen som uppvisar en tumnagel med utseende enligt nedan. Han har relativt nyligen upptäckt missfärgningen på tumnageln och minns ej något trauma.

Skicka gärna era förslag på diagnos samt handläggning 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



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 21 • 1/2020

Facit:

I förra numret av D&V fick ni spela "en skall bort" genom att bedöma fyra icke-pigmenterade lesioner där tre hade samma diagnos och en hade en annan. För godkänt svar krävdes att man gissade vilken skulle bort men också angav vad det var för specifika diagnoser på samtliga fall.

Fall 1: Här ses dermatoskopiskt ett strukturlöst generellt mönster med vitrosa bakgrund, multipla "short fine telangiectasias" och flera små blågrå globules i periferin främst kl. 5-6. Histopatologiskt bekräftades en superficiell basalcellscancer.

Fall 2: Här ses återigen ett strukturlöst generellt mönster med vitrosa bakgrund men även ljusbruna pigmentrester perifert vilket kan tyda på hypomelanotiskt melanom. Vi ser även polymorfa blodkärl med punktata blodkärl perifert

kl. 11-12 och kl. 5-7 samt en variant av förgrenade kärl kl. 2. Vidare ses små bruna dots perifert kl 1. Sammanfattningsvis har vi minst tre kriterier (ljusbruna pigmentrester perifert, polymorfa kärl och atypiska dots) som talar för hypomelanotiskt melanom vilket sedermera bekräftades efter excision.

Fall 3: Denna lesion är också dermatoskopiskt strukturlös och vitrosa. Ställvis kan man ana små "shiny white blotches and strands" och enstaka "short fine telangiectasias". PAD bekräftade en superficiell basalcellscancer.

Fall 4: Den sista lesionen är återigen dermatoskopiskt strukturlös och vitrosa med små "shiny white blotches and strands" kl. 10" short fine telangiectasias" centralt i lesionen och en yttlig ulceration kl. 9. Även här bekräftades en superficiell basalcellscancer.

Korrekt svar på alla fyra fall angavs av följande skickliga dermatoskopister:

- **Jenna Pakka**, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- **William Troensegaard**, Diagnostiskt Centrum Hud, Malmö
- **Hannah Ceder**, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- **Philip Curman**, Karolinska Universitetssjukhuset
- **Marta Hubacz**, Centrallasarettet Växjö

Ett hedersomnämmande får även de dermatoskopister som hade rätt diagnos på alla tre fall av superficiell basalcellscancer men annan diagnos på fall 2:

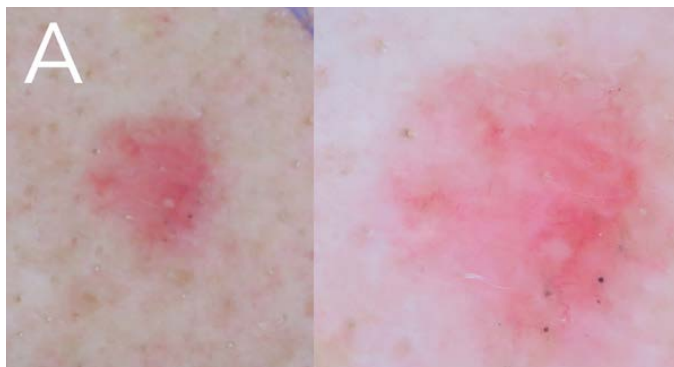
- **Korina Tryfonos**, Centralsjukhuset Karlstad

Tack till alla som skickade in svar!

John Paoli

Universitetssjukhusöverläkare, docent,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

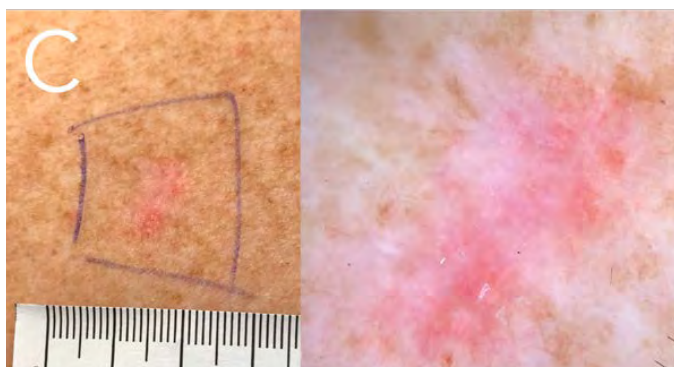
Fall 1



Fall 2



Fall 3



Fall 4



SSDV:s styrelse



Ordförande
Ada Girnita
(Stockholm)



Utbildningsansvarig
Josefin Lysell
(Stockholm)



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



Vice ordförande
Amra Osmancevic
(Göteborg)



ST-representant
Malin Krantz
(Helsingborg)



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



Sekreterare
Susanna Sandberg
(Karlstad)



**Ledamot 1
(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 Osmancevic (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

SSDV:s Vårmöte ONLINE

2020-05-28

Online

AAD Summer Meeting

2020-08-13 - 2020-08-16

Seattle, USA

34th IUSTI Congress: Taming the tide of STI & HIV

2020-09-03 - 2020-09-05

Bucharest, Romania

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

SSDV:s Sydsvenska höstmöte

2020-09-16

Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus Lund

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

SSDV:s Västsvenska Dermatologimöte

2020-11-13

Wallenbergssalen, Wallenberg konferenscentrum

ST-kurs: Pediatrisk dermatologi

2020-12-07 - 2020-12-09

Stockholm, Sverige

5th Nordic Dermoscopy Course - NYTT

DATUM - 14-15 januari 2021

2021-01-14 - 2021-01-15

Göteborg

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. 23	17 augusti	7 oktober
Nr. 24	26 oktober	16 december

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

**OBS! Covid-19 kan påverka dessa möten,
håll er uppdaterade på
www.ssdv.se/kalender**