

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 28 • 4/2021



**ST-kurs psoriasis och eksem • DVSS utbildningsdag och årsmöte
Vulvamottagning i Umeå • SSAMD:s höstmöte
Erfarenheter av Mohs kirurgi i Lund • Reflektioner från en nordsjöseglats**

Annons



Svenska Sällskapet för

Dermatologi och Venereologi

SSDV:s kansli, Att: Agneta Andersson
S:t Johannesgatan 22, 753 12 Uppsala

Chefredaktör:

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Christian Steczkó Nilsson

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Ansvarig utgivare:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Ordförande SSDV:

Amra Osmancevic
amra.osmancevic@vgregion.se

Hemsida:

ssdv.se

Produktion:

Mediahuset i Göteborg AB, avd syd
Bankgatan 20, 233 31 Svedala
Tel 031-707 19 30

Layout:

Camilla Wixenius, camilla@mediahuset.se

Annonser:

Jean Lycke, jean@mediahuset.se

Tryck:

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsbild:

Båten Sisusa på svaj vid Yttre Hebriderna.

Foto: Ylva Lundquist

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-kurs Psoriasis och eksem.....	7
DVSS utbildningsdag och årsmöte.....	9
Digitalt kursprogram i dermatoskopi.....	11
Photocall Allergy to Ketoprofen.....	12
Kontaktallergi mot hexavalent krom.....	14
Vitamin D and Vitamin D-binding Protein in Psoriasis	19
Risk of recurrence after radiotherapy of	
Lentigo Maligna.....	20
SSAMD:s höstmöte.....	22
Erfarenheter från Vulvamottagning i Umeå.....	24
Egeninjektioner med kortison och behandling	
med botulinumtoxin vid HS.....	28
Fysisk aktivitet vid psoriasis.....	31
Erfarenheter av Mohs kirurgi i Lund.....	32
Tredje vaccindos mot SARS-CoV-2.....	37
Nordsjösegls.....	38
Digital dermatoskopikurs.....	43
Dermatologisk färdighetsträning.....	44
Dermatoskopikviz.....	49
Dermatoskopikviz - Lösning.....	50
SSDV:s styrelse.....	51
Kalender 2022.....	52

Var bor du?

Den varma sommaren 2014 skuggade jag en senior kollega under de dagliga ronderna på en medicinavdelning vid ett mindre landsortssjukhus. Kollegan inledde konsekvent varje patientkontakt under rondan med samma fråga; – ”Var bor du”? Sedan följde frågor om gatunamn, sevärdheter, färdvägar och kända ortsprofiler i det ena samtalet efter det andra. I bakgrunden stod jag, underläkaren, med papper och penna redo att anteckna betydelsefulla uppgifter relevanta för det aktuella medicinska tillståndet. Väntan blev lång, och pappret förblev tomt, så när som på några oregelbundna blommönster i kanterna nedklottrade i ett försök att fördriva tiden.

Min frustration och otålighet steg i takt med sommarhettan. Hur kunde detaljer om bostadsorten vara viktigare än specifika frågor om det medicinska tillståndets natur? Så här 7 år och många patientmöten rikare undrar jag om det inte var jag som misstog mig.

Det är väl känt att patient-läkarrelationen har stor betydelse i modern hälso- och sjukvård. Ofta är besökstiderna korta och kraven på ett tidseffektivt patientsamtal därefter. Min dåvarande kollega var på många sätt den gamla skolans doktor, någon som lät sin egen agenda styra i mötet med patienten. Den patientcenterade konsultation som idag lärs ut på de flesta läkarutbildningar i Norden är förstås en annan, men samtidigt tror jag att min dåvarande kollega med sin egen modell var något viktigt på spåren.

Han lät sin egen nyfikenhet ta plats i samtalet och inledde med att utforska ett område där patienten satt inne på merparten av kunskapen. På så sätt visade han intresse för patienternas personliga förhållanden samtidigt som den inbyggda ojämligheten i patient-lä-karkonsultationen utjämnades. Det var ett effektivt sätt att bekräfta och få patienten att känna sig sedd, snabbt etablera kontakt och skapa förtroende. Även om jag upplevde att den efterföljande mer medicinskt orienterade delen av samtalet var oproportionerligt kort, flöt det som regel snabbt och smidigt och avslutades ofta med en känsla av samförstånd.

Jag uppskattar att dermatologi är en klinisk specialitet. Ofta kan diagnos ställas enbart efter undersökning eller bedömning av en hudmanifestation på foto. I och med det kan det vara en extra stor utmaning att låta patientsamtalet ta plats. Samtidigt är det nödvändigt för att individanpassa information och behandling efter patientens preferenser och förbättra följsamhet till givna råd och ordinationer. Beslutsfattandet blir helt enkelt lättare när patient-läkarrelationen är god. När jag verkligen lyckas skapa kontakt med en patient upplever jag att stämningen i rummet blir mer uppsluppen. Ytterligare en dimension i arbetet tillkommer, någonting unikt att ta med sig från varje patientmöte – en glädje som för mig är viktig för att hålla gnistan uppe i det patientnära arbetet framöver.

Tidvis kan det förstås kännas omständligt, tidskrävande och svårt att nå dit. Men ibland kan man komma en god bit på väg bara genom att fråga: ”Var bor du?”

I detta nummer ...

... får ni bland annat ta del av referat från kurser och utbildningsdagar, reflektioner från en nordsjösegls och som vanligt ett spännande dermatoskopikviz.

God läslust!



Josefin Ulriksdotter

Chefredaktör

josefin.ulriksdotter@skane.se

Annons

Äntligen är vi på väg tillbaka!



Över ett års varierande grad av skyddsåtgärder och isolering har lämnat djupa spår i vårt sätt att leva, arbeta, bete oss mot varandra, planera, organisera vardagen och aktiviteter. Förutom fysisk påverkan och alla ändringar vi anpassat oss till så har vi blivit mentalt inställda på att nästan genomföra allt med försiktighetsåtgärder, gärna med rekommenderat avstånd och helst på distans från andra människor i många olika sammanhang.

Att Folkhälsomyndigheten nu tagit bort alla restriktioner har kommit lite förhastat eftersom vi har anpassat oss till den "isolerade", distanserade och även oförutsägbara vardagen som just i samband med pandemins utbrott slagit ner på oss som en blixtnär från klar himmel, när vi minst kunnat ana det eller förbereda oss. Nu upplever vi det omvända, att komma tillbaka till det restriktionsfria samhället utan någon egentlig förberedelse vilket kan kännas lite märkligt.

I min värld, utan restriktioner, blev flera disputationer och härliga disputationer förverkligade. Det tog inte lång tid innan första kongressresan till Marseille planerades och vi hann diskutera bl.a. hudlymfom runt samma bord. Det kändes lite konstigt att igen anlända till flygplatsen efter drygt 1,5 års aktivt undvikande. Eftersom det var en internationell flygresan var vi ändå beordrade att bära munskydd under nästan hela resan men också på flygplatserna och i alla inomhusmiljöer.

Covidpass kändes mycket mer betydande än våra vanliga nationella pass. Även om glädjen att kunna komma tillbaka till föreläsningsslokaler var överväldigande fanns dock där ändå varannan stol markerad som icke användbar just för att vi skulle fortsätta hålla avstånd. Allt annat var som vanligt. Just den känslan att kunna krypa ner i en bekväm stol (nästan som i en biosalong) kändes välkomnande. Självklart glömmar man inte alla fikapauser med all exotisk mat, frukter och kaffe som serverades mellan härliga igenkännande hälsningar, prat och skratt.

Det är den sociala delen från ett riktigt fysiskt möte som är ovärderlig och oersättlig. Det kanske är som med mycket annat i livet att man blir mer medveten och bättre uppskattar saker och dess värde när man först förlorat det.

Utöver min iver att ta emot alla senaste kunskaper, forskning samt

nya behandlingsmöjligheter gällande hudlymfom saknade jag något. Jag skulle gärna ha velat se hela mitt arbetsteam på plats och i synnerhet min hudlymfomsjuksköterska som står för den ovärderliga kontakten med våra patienter, ser till att alla ordinationer följs, sköter om försämringar och oro hos patienter och verkställer alla planerade besök och bokningar.

Fortbildning har en oerhört viktig plats i våra liv just för att vi skall kunna möta de växande behoven att utöver att diagnosticera och adekvat behandla också kunna informera och bemöta våra patienter på ett bättre sätt.



För att vi skall kunna utveckla och erbjuda den bästa vården till våra patienter måste vi ständigt införskaffa oss och tillämpa nya kunskaper och färdigheter. Därför är vår forskning, utveckling och våra utbildningar i synnerhet fortbildningar av oersättligt värde.

Tack vare en otrolig framgång att snabbt framställa vaccin mot covid-19 och att så många i den svenska befolkningen redan fått sin andra dos har vi nu lyckats återvända till ett mer "vanligt" samhälle. Våra förhoppningar är att så gott som majoriteten av jordens befolkning blir vaccinerade och att antalet smittade och de som dör av covid-19-relaterade komplikationer minimeras.

Vi måste bekänna att utan forskning, utbildning och utveckling skulle denna pandemi ta mycket längre tid att bekämpa eller möjligtvis segra över mänskligheten.



Amra Osmanovic

Ordförande SSDV

Universitetssjukhusöverläkare, Docent
Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
amra.osmanovic@vgregion.se

Vill du vara med och utforma nästa års ST-träff?

ST-träffskommittén planerar och förbereder varje år SSDV:s höstmöte ("ST-träffen"). Tre av oss blir nu färdiga specialister varför vi söker nya medlemmar till gruppen.

Om du är intresserad av att vara med kontakta SSDV:s ST-representant Malin Krantz på malin_krantz@hotmail.com.

Adressändring!



Om du flyttar eller byter arbetsplats så glöm inte att meddela din nya adress till SSDV:s kansli på info@ssdv.se

Annons

Annons

Psoriasis och eksem

– ST-kurs med fläckar, finlir och fysisk närvaro!

Det var med stor förväntan som jag och två av mina ST-kollegor en tidig höstmorgon tog tåget från Falun till Linköping för att delta i kursen "Psoriasis och Eksem med lokal-, ljus- och systembehandling".

I samband med att jag påbörjade min ST-tjänst i fjol grep covid-19 ett hårt tag om Sverige och därefter har inte de fysiska mötena med nationella föreläsare och ST-kollegor varit möjliga. Det hårda greppet hade nu glädjande lättat (om än litet) och Birgitta Stymne välkomnade oss till en kurs i fysisk form i Linköping 13–17 september! Inför kursstart presenterades ett gediget schema, som skulle täcka upp mycket av det som dermatologins värld har att avslöja om psoriasis, eksem och mycket mer:

Dag 1

- Vad är eksem och urtikaria? (Chris Anderson)
- Små barn med eksem (barnläkare Lennart Nilsson)

Dag 2

- Dendritic cells (Virolog Melissa Govenader)
- Vad en dermatolog ska kunna om immunologi (Experimentell allergologi, Maria Jenmalm)
- Vad en dermatolog ska kunna om atopiskt eksem (Chris Anderson)
- Medfödd reaktivitet i huden (Chris Anderson)
- Handdermatoser (Albert Duvetorp)

Rundvandring på Hudkliniken, Linköpings Universitetssjukhus

Dag 3

- Psoriasis (Charlotta Enerbäck)
- Psoriasis – utbredning och svårighetsgrad (Birgitta Stymne)
- Peroral systembehandling (Tore Särnhult)

Dag 4

- Biologiska läkemedel för behandling av psoriasis (Toomas Talme)
- Vad en dermatolog ska kunna om psoriasisartrit (Reumatolog Muna Saleh)



- Vad kan mindfulness bidra med till patient och dermatolog? (Ola Schenström)

Coronasäker middag på Yogi, centrala Linköping

Dag 5

- Ljusbehandling (Birgitta Stymne)
- Klimatvård (Birgitta Stymne)
- Psoriasisforskning och samsjuklighet (Charlotta Enerbäck)

Examination och frågestund

Som schemat avslöjar innefattade kursen föreläsningar om vanliga hudsjukdomar och behandling av dessa. Immunologins roll vid psoriasis och eksem lyftes flera gånger ingående och på ett begripligt sätt av Thomas Talme, Charlotta Enerbäck och Maria Jenmalm och deras insatser får en stjärna i kanten. Därtill presenterade Tore Särnhult en gedigen genomgång av peroral systembehandling, vars vikt och plats inte får försummas i dagens virvelvind av nyfunna biologiska läkemedel. I tillägg redogjorde Birgitta Stymne för behandling av psoriasis där andra trogna tjänare så som ljusboxen, klimatvård och tjäran fick utrymme. Däremellan vävdes gästspel in av barnläkare, reumatolog och virolog som alla bidrog till kliniskt och teoretiskt värdefull kunskap om sådant som inte dermatologen handskas med på daglig basis. En interaktiv föreläsning om handdermatoser av Albert Duvetorp uppskattades enormt. Utöver detta fanns inslag med frågesport för interaktion, mindfulness och mjukglassfestival!

Även om jag uppskattat de tidigare ST-kurserna i digital form, så kommer man



Socialstyrelsens rapport "Utvärdering av vård vid psoriasis" visar på stora regionala skillnader och specifika förbättringsområden

Hur arbetar ni på din klinik med följande:

- Flera verksamheter behöver erbjuda
 - individuell genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor vid svår psoriasis
 - strukturerad uppföljning av behandlingseffekten
 - medicinsk fotvård
 - klimatvård
- Öka täckningsgraden i PsoReg – 80%
 - Hur arbetar ni med det?

Välj 1-2 förbättringsområden och diskutera i gruppen Redovisa sedan!



inte ifrån att man längtat efter fysisk närvaro som i september 2021 blev verklighet. Birgitta Stymne gick tidigt ut med planen om en fysisk, coronasäker kurs och styrde med bravur skutan från början till slut. Detta på ett covid-säkert sätt och mig veterligen utan efterföljande covid-utbrott hos ST-kollegor runtom i landet. Vid tillfällen som dessa blir det så tydligt att vi behöver samlas för att knyta kontakter och utbyta erfarenheter sinsemellan.

Tack för en lärorik fysisk kurs – Birgitta och samtliga föreläsare. Låt oss göra sådana här igen!



Amanda Rödö

ST-läkare, Hudkliniken i Falun



Många intressanta föreläsningar under DVSS utbildningsdag

Även i år ställde pandemin till det och DVSS årsmöte och utbildningsdag fick hållas digitalt.

Tekniken var på gott humör hela dagen och fungerade klockrent. Styrelsen hade med gemensamma krafter ordnat programmet med föreläsare från olika delar av vårt avlånga land. En trevlig landningssida fanns tillgänglig där företag delgav oss information och nyheter.

Petra Svensson, ST-läkare hudkliniken i Skövde, Erytrodermi

Dagen börjar i Skövde med att Petra pratar om erytrodermi, den röda huden. Hon nämner att det är ovanligt men att det kan bli allvarligt. De vanligaste orsakerna är försämring av inflammatoriska hudsjukdomar (t.ex. psoriasis och atopisk dermatit), lymfom och läkemedel. 25-30% är av okänd orsak. Petra avslutar sin föreläsning med ett spännande patientfall.

Thomas Schough, sjuksköterska Sachsska barnsjukhuset SÖS, Smörjskola

Från Skövde förflyttar vi oss till Stockholm och Thomas på Sachsska barnsjukhuset. Här får vi ta del av hur de arbetar i team med specialistsjuksköterskor med inriktning mot barn och ungdomar, hudläkare och barnläkare. Till Sachsska kommer familjerna på remiss till sjuksköterskorna som träffar familjerna och har smörjskola. Under smörjskolan tar de upp utlösande och försämrade faktorer. Familjen får vara delaktiga i vilka produkter som de ska använda för en ökad följsamhet. Efter en tid kommer familjerna på uppföljning för att se om behandlingen fungerat som önskat eller om det funnits några hinder.

DVSS årsmöte

Sedvanliga årsmötesförhandlingar hölls med god hjälp från Inger Torpenberg på Svensk sjuksköterskeförening. Hanna Blomgren från Lund blev nyinvald i styrelsen.

Robert Holik, Hudläkare i Karlstad, Bensår: venöst, arteriellt eller.... skumt?

Efter årsmötet fortsätter resan vidare och vi hamnar i staden där sola skiner, alltså Karlstad. Här får vi ta del av Roberts "alltid ok omläggning" samt vikten av att alltid börja matlagningen med sju bitar Schweizernöt. "För du vet inte om det får plats efter maten". Under sin föreläsning lyfter han vikten av att ta ABI (ankel-/armtryckindex), helst nästan innan du sagt "Hej!" till patienten. Utifrån ABI får du stor information tillsammans med varningsklockor (extrem smärta, lila-röd hud, nekros, ben eller sena i dagen eller tumörös sårbotten) om vilken typ av sår det rör sig om. Han visar på en cirkel där att 50% av såren är gröna (venösa, bra ABI, utan varningsklockor). 50% är röda och hälften av dem utgörs av arteriella sår med dåligt ABI med varningsklockor, och hälften av "skumma" sår t.ex. vaskulitsår, med bra ABI men med varningsklockor.



Petra Svensson



Eva Aspelin

**Eva Aspelin, sjuksköterska
Hudkliniken Sahlgrenska universitets-
sjukhuset, PsoReg**

Vi lämnar Karlstad och åker vidare längs västkusten och hamnar på Sahlgrenska och hos Eva som rapporterar om nyheter som har kommit i PsoReg och vad som planeras komma.

**Petra Liljegren, Sjuksköterska
hudkliniken i Kalmar, Bemötande vid HIV**

Från Göteborg åker vi vidare till Kalmar och Petra som under våren 2021 deltog i uppdragsutbildningen "Dermatologisk omvårdnad inom venereologi" på Göteborgs universitet. Under utbildningen fick studenterna göra en examinationsuppgift som Petra nu redovisar för oss. Petra lyfter det fortsatta stigma som HIV utgör i samhället. I slutet på sin redovisning berättar hon om ett patientfall där patienten skulle fundera på PrEP. Tyvärr hann patienten inte påbörja sin PrEP innan HIV var ett faktum.

**Alexandra Sjöholm, vice ordförande
och sjuksköterska på
Sahlgrenska universitetssjukhuset,
Information om tumörutbildningen**

Efter besöket i Kalmar tar vi oss tillbaka till Göteborg och till Alexandra som informerar oss om den planerade uppdragsutbildningen på Göteborgs universitet våren 2022. Kursen kommer att vara inriktad på tumörsjukdomar och planeras att gå på distans med träff två till fyra dagar i Göteborg. Kursen är sökbar från vecka 39 2021.

Efter att Alexandra informerat om kursen skedde utlottning av nästa års anmälningsavgift. Vinnare var Anna Davidsson i Malmö.

Helena Molin, sjuksköterska i Kalmar och DVSS kassör informerade om nästa års utbildningsdagar och årsmöte som är planerat att hållas i Kalmar 16-17/9 – 2022.

Nu håller vi alla tummar för att vi kan ses på fysiskt möte 2022.



Lovisa Svanström & Helena Molin

Sjuksköterskor på Hudkliniken,
Länssjukhuset Kalmar



Healthcert Certificate and Professional Diploma Courses in Dermoscopy

Jag har under det senaste året haft möjligheten att gå ett digitalt kursprogram i dermatoskopi genom Healthcert Education. Det bestod av tre kurser: Professional Certificate of Dermoscopy, Advanced Certificate of Dermoscopy och Professional Diploma of Dermoscopy. Dessa kurser gavs online med förslag på kurstakt men med möjlighet att göra dem i sitt eget tempo.

Varje kurs var uppbyggd på liknande sätt men med ökande svårighetsgrad. Innan kursen gjordes en "pre-course reflective activity" bestående av artikelläsning samt en individuell reflektion i hur den nyvunna kunskapen skulle omsättas praktiskt. Därefter följde åtta moduler med fokus på olika ämnen. Varje modul bestod av en inspelad föreläsning på 50–90 minuter samt tips på rekommenderade artiklar relaterade till ämnet. Föreläsarna var olika internationellt erkända dermatoskopister, bland andra Giuseppe Argenziano, Cliff Rosendahl, Harald Kittler och Iris Zalaudek. För att träna på ämnet följde sedan falldiskussioner med dermatoskopibilder samt kunskapsfrågor. I efterhand kunde man jämföra sina svar med övriga deltagare från hela världen. Även ett korrekt besvarat "multiple choice exam" krävdes för att godkännas på varje modul. Under mitten samt i slutet av kursen fanns möjlighet att följa ett live-sänt webinar med Aimilios Lallas som sammanfattade modulerna och svarade på frågor. Varje kurs avslutades sedan med en "post-course reflective activity" för att knyta ihop säcken; ett pedagogiskt bra drag för att sammanfatta höjdpunkterna under inläringen och fördjupa kunskapen.

Den första kursen tog upp olika algoritmer, "chaos and clues"-metoden, benigna respektive maligna icke-melanocytära lesioner, nevi, ansiktslesioner, akrala lesioner och melanom.

Den andra kursen berörde rosa tumörer, nagellesioner, mucosala lesioner, keratinocyt cancer, svåra benigna lesioner, ovanliga hudtumörer, knepiga melanom samt dermatoskopi inom övrig dermatologi.

Den tredje och sista kursen handlade om screening av barn, unga vuxna samt äldre patienter, lesioner vid olika hudtyp, olika typer av lesioner (platta/nodulära, pigmenterade/icke-pigmenterade), handläggning av patienter med multipla nevi samt ytterligare djupdykning i hudtumörer.

Det har varit väldigt givande att följa detta program och kurserna kan varmt rekommenderas till intresserade kollegor som vill lära sig mer dermatoskopi. Mitt varmaste tack till Diagnostiskt Centrum Hud för detta stipendium!



Ellinor Leijonhufvud

Specialistläkare, Diagnostiskt Centrum Hud, Stockholm

Information om en ny app: DLQI

Det finns nu en DLQI-app utvecklad vid universitetet i Cardiff. Appen kan laddas ned kostnadsfritt till mobiltelefon eller surfplatta. Du hittar den genom att söka på "DLQI: the official app".

Efter en enkel inmatning får användaren direkt en DLQI-poäng samt en förklaring till vad denna poäng står för. De tio senaste inmatningarna sparas och visas. Appen finns idag endast tillgänglig på engelska. Data förblir konfidentiell på respektive mobiltelefon och är inte tillgänglig för någon annan.

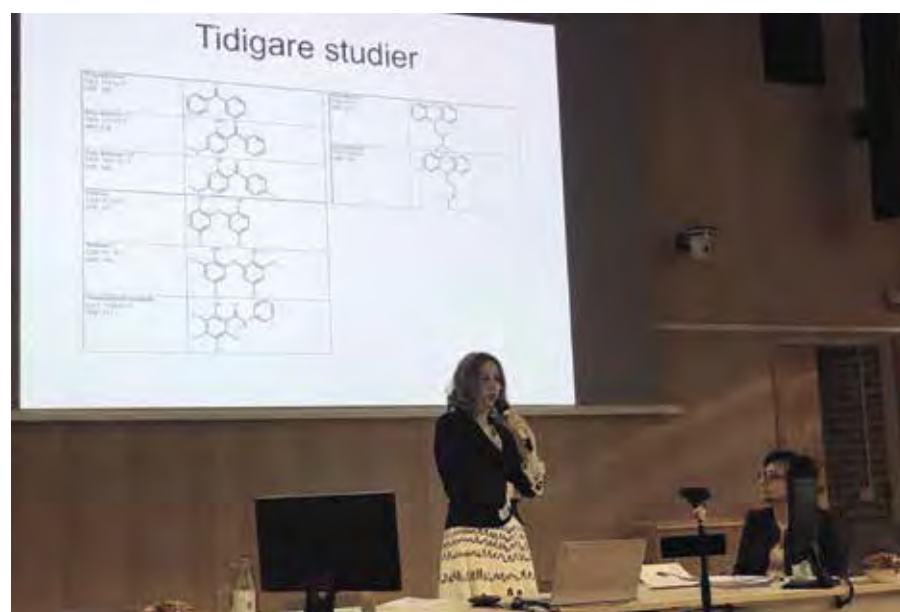
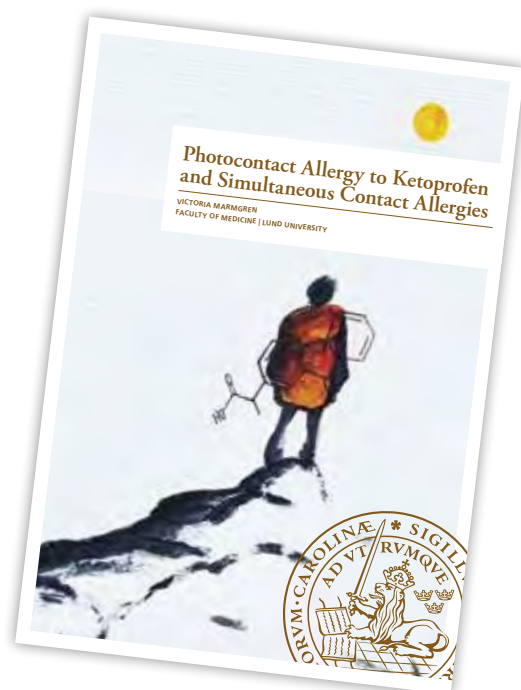


Photocontact Allergy to Ketoprofen and Simultaneous Contact Allergies

Victoria Marmgren defended her doctoral thesis, "Photocontact Allergy to Ketoprofen and Simultaneous Contact Allergies" on Friday, October 22, 2021. The opponent was Associate Professor Amra Osmanovic (University of Gothenburg). The main supervisor was Senior Professor Magnus Bruze (Lund University). The thesis is available from: <https://portal.research.lu.se/en/publications/photocontact-allergy-to-ketoprofen-and-simultaneous-contact-allergy>.

Ketoprofen is a non-steroidal anti-inflammatory drug with analgesic, antipyretic, and anti-inflammatory properties. It is available in both oral and topical formulations. Photocontact allergy to topically applied ketoprofen has been the most frequent side effect of the formulation, and is fairly well studied. The risk of development of photocontact allergy and of persistent photosensitivity as the result of photosensitization has led to warnings and

restricted distribution of ketoprofen-containing gels. Apart from the risk of developing a photoallergic contact dermatitis upon repeated exposure to ketoprofen, sensitized individuals show higher rates of photocontact and contact allergy to some other sensitizers. Simultaneous photocontact allergic reactions to benzophenones, fentichlor, chlorpromazine, bithionol, tetrachlorosalicylanilide and promethazine were described in patients with photocontact allergy to ketoprofen in the mid 2000s. Similarly, an overrepresentation of contact allergy to fragrance mix I and *Myroxylon pereirae* in the same group has been known for decades. There is no known common mechanism of simultaneous photocontact and contact allergy, but several research groups have suggested the possibility of cross-reactivity between ketoprofen, which is a substituted benzophenone, and other chemicals with a benzophenone moiety.



This thesis forms a part of the search for an explanation of the phenomenon of simultaneous contact allergies in individuals with photocontact allergy to ketoprofen. A broad perspective is essential in order to understand any phenomenon, which in this case means that we need to obtain better knowledge of which sensitizers individuals with photocontact allergy to ketoprofen may react to more often compared to controls.

Study I examined the possibility of simplifying the procedure of photopatch testing with ketoprofen, and found that reliable results can be obtained by shortening the occlusion time from 24 hours to 1 hour, with no need to change other parameters such as concentration or UVA dose. Studies II, III, and IV were concerned with the epidemiology of simultaneous contact allergy in patients with photocontact allergy to keto-

profen. **Study II** revealed that patch testing with some of the individual components of fragrance mix I (cinnamal, cinnamyl alcohol, eugenol and isoeugenol) produced significantly higher numbers of positive patch test reactions in those with photocontact allergy to ketoprofen compared to controls. Similarly, **Study IV** found that a number of sensitizers tested within the baseline series led to significantly higher rates of contact allergy in those with photocontact allergy to ketoprofen than in dermatitis patients and in the general population. **Study III** confirmed a clinical suspicion that contact allergy to oxidized linalool and oxidized limonene was indeed overrepresented in the ketoprofen group.

The clinical relevance of these findings is yet to be investigated, but this thesis discusses some of the hypotheses proposed by various researchers in order to explain the phenomenon of simultaneous contact allergies that arise in connection with photosensitization to ketoprofen. Although no definite explanation can be given to date, the main goal of this research is to gain a better understanding of the epidemiology of simultaneous contact allergy, which can act as a building block in future research.

Referenser:

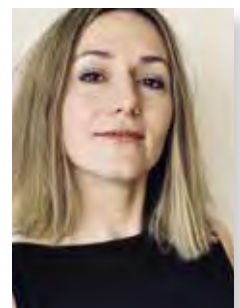
1. Marmgren V, Hindsén M, Zimerson E, Bruze M. Successful photopatch testing with ketoprofen using one-hour occlusion. *Acta Derm Venereol* 2011;91(2):131-136.
2. Marmgren V, Mowitz M, Zimerson E, Hindsén M, Bruze M. Contact allergy to fragrance mix I and its components in individuals with photocontact allergy to ketoprofen. *Contact Dermatitis* 2021;85(6):660-670.
3. Bruze M, Marmgren V, Antelmi A, Hindsén Stenström M, Svedman C, Zimerson E and Mowitz M. Contact allergy to oxidized linalool and oxidized limonene is over-represented in individuals with photocontact allergy to ketoprofen. *Acta Derm Venereol* 2021;101(5); 1-6.
4. Marmgren V, Mowitz M, Zimerson E, Hindsén M, Bruze M. Surprising results of patch testing with the baseline series in patients with photocontact allergy to ketoprofen. In manuscript.



From left to right: opponent Associate Professor Amra Osmancevic, Victoria Marmgren, main supervisor Professor Magnus Bruze.



From left to right: the chair of the defence ceremony Professor Cecilia Svedman, member of the defence committee Associate Professor Kathrin Zeller, opponent Associate Professor Amra Osmancevic, Victoria Marmgren, member of the defence committee Associate Professor Niels Bendsøe, member of the defence committee Professor Emeritus Krister Nilner.



Victoria Marmgren

MD, PhD

Department of Dermatology and Venereology,
Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg/
Lund University, Sweden
victoria.marmgren@vgregion.se

Kontaktallergi mot hexavalent krom med fokus på cement

Krom är ett grundämne, en metall, och förekommer i många olika former och oxidationstillstånd med olika utseende och egenskaper. Krom finns överallt runt omkring oss, synligt exempelvis i form av förkromade ytor och osynligt i sina saltformer som exempelvis i läder och cement. I naturen förekommer krom framför allt i sin trevärda form och utgör som sådan inget hot mot hälsan, snarare tvärtom då krom finns i många livsmedel och anses vara ett essentiellt ämne med möjlig effekt på metabolismen. Genom olika typer av mänskliga aktiviteter kan det ske en oxidation av trevärt krom till sexvärt krom. Sexvärt krom är hälsovådligt och exponering kan leda till cancerutveckling i olika organ, där ökad risk för lungcancer är den mest studerade. Sexvärt krom är också ett potent allergen och kan som sådant leda till mycket svårt och behandlingsrefraktärt handeksem. En av de vanligaste exponeringsvägarna för sexvärt krom är hantering av cement och cementinnehållande byggmaterial. Arbetsrelaterat kontaktallergiskt eksem orsakat av cement har inneburit och innebär fortfarande i många delar av världen, ett allvarligt problem för drabbade cementarbetare och deras familjer eftersom eksemet kan bli så svårt att det omöjliggör fortsatt arbete med händerna.

Under 60- och 70-talen var kontaktallergiskt eksem på grund av sexvärt krom i cement den vanligaste orsaken till invalidiserande arbetsrelaterad hudsjukdom i flera skandinaviska länder, inklusive Sverige.

Försök att lösa problemet ledde till utveck-

lingen av en metod att reducera halten sexvärt krom i cement till trevärt krom genom tillsats av ett ämne som heter järnsulfat. Forskningsarbetet, lett av professor Sigfrid Fregert och kemist Birgitta Gruvberger, genomfördes på Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen,

då lokaliserad i Lund, delvis i nära samarbete med Cementa i Malmö. Bakom utvecklingen av metoden låg många års arbete som också inbegrep praktisk utvärdering av hur cementens kvalitet påverkas av tillsatsen. Slutsatsen blev att järnsulfat inte medför några negativa effekter på cementens kvalitet. Kostnaden för tillsats av tillräcklig mängd järnsulfat i cement är försumbar, uppskattningsvis ca 1% av cementens värde. Forskningen som bedrevs utgör ett föredömligt exempel på att lösningsorienterad forskning kan innebära samarbete mellan industri, sjukvård och universitet med stor allmännytta.

Metoden infördes och lagstiftning skedde sedermera i flera av de skandinaviska länderna under 80-talet. Uppföljning visade goda resultat med kraftigt minskad prevalens av insjuknade cementarbetare, vilket ledde till att metoden uppmärksammades även i andra europeiska länder. Sedan 2005 regleras halten sexvärt krom i cement även inom EU och här syns samma positiva effekter. För individen har denna preventiva åtgärd inneburit enorm nytta och för samhället en kostnadsnyttoeffekt.

Dessvärre fortsätter eksem orsakat av sexvärt krom i cement att utgöra ett allvarligt problem globalt. Miljontals arbetare världen över riskerar att insjukna och rapporter från spridda delar av världen som Israel, Australien, Indien och Turkiet påtalar problemet och behov av reglering av halten sexvärt krom i cement även i dessa länder.

Huvudsyftena med avhandlingen har varit och är:

- 1) Att belysa ett problem som trots att det sedan decennier finns en effektiv lösning fortfarande i allra högsta grad är aktuellt.
- 2) Att om möjligt verka för en fortsatt implementering av preventiva åtgärder i frågan.
- 3) Att för redan kromallergidrabbade individer, framför allt byggarbetare som exponeras i arbetet, försöka hitta alternativ som förhindrar elicitering av deras eksem, eller åtminstone minskar deras kliniska symptom.



Byggnadsarbetare i Kerala, Indien.

Cementindustrin är under press att minska sin negativa inverkan på miljön. Tillverkning och användning av cement utgör globalt sett ca 8% av de samlade koldioxidutsläppen. Olika forskningsinsatser och initiativ för att främja en mer hållbar cementproduktion pågår världen över. Nu är lämplig tidpunkt för världens cementproducenter att ta ansvar, inte bara för den globala miljön, utan också för de utsatta individernas arbetsmiljö. Detta kan ske mycket enkelt och utan stora kostnader genom tillsats av järnsulfat till cement.

Avhandlingen fokuserar alltså på en pågående arbetsmiljörisk i byggbranschen och olika metoder att minska den. Fynden i avhandlingen påvisar följaktligen också ett möjligt alternativ att förebygga elicitering av allergiskt kontakteksem orsakat av sexvärt krom hos kromallergiska individer.

Delarbetena i avhandlingen sammanfattas nedan. För att nå fram till huvudmålet med avhandlingen planerades initialt två delarbeten till att ingå i avhandlingen. De fick på grund av pandemin blåsas av strax innan studiestart. Målsättningen är att de ska kunna genomföras inom kort och därför nämns även dessa.

Studie I

En relativt hög frekvens av kontaktallergi mot sexvärt krom (3,6%) påvisades i den studerade populationen. Historiskt har arbetsrelaterad exponering för cement hos manliga byggarbetare varit den huvudsakliga orsaken till kontaktallergi mot sexvärt krom i Sverige. I vårt material fann vi stöd för att epidemiologin har ändrats och att kromallergi inte längre kan kopplas till manligt kön eller yrkesexponering.

Studie II

Olika kemikaliers förmåga att reducera sexvärt krom in vitro studerades och huvudsyftet med studien var att finna kandidatkemikalier för fortsatta undersökningar av skyddande barriärkrämer. Barriärkräm är en kräm avsedd att skydda huden mot skadlig exponering, exempelvis ett allergen i arbetslivet, och skulle kunna vara ett sätt att förebygga sensibilisering eller elicitering av ett allergiskt kontakteksem. Järnsulfat uppvisade den mest lovande reducerande kapaciteten av sexvärt krom, följt av glutation.

Studie III

På basen av fynd i studie II tillverkades och studerades olika barriärkrämers effekt. Barriärkrämer som innehöll järnsulfat eller glutation inhiberade elicitering av allergiskt kontakteksem hos kromallergiska individer när de epikutantestades med en spännings-



Murare i Kerala, Indien.

serie av sexvärt krom och cementextrakt. Skillnaden i reaktivitet mellan behandlad och obehandlad hud var signifikant för både järnsulfat och glutation.

Studie IV

Studien utvärderade effekten av en kommersiellt tillgänglig barriärkräm. Ett större antal forskningspersoner (16/18) uppvisade reaktioner på hud behandlad med den kommersiella barriärkrämen jämfört med obehandlad hud (13/18).

Studie V

Studien är en multicenterstudie där cement från olika delar av världen analyserades av-

seende halten sexvärt krom. Signifikant fler cementprover från länder utanför EU innehöll högre halter än 2 ppm sexvärt krom, det inom EU-reglerade gränsvärdet, vilket innebär en risk för sensibilisering.

De två planerade studierna som vi hoppas kunna genomföra är:

- ROAT-studie som avser utvärdera en skyddande barriärkräms effekt i en situation som efterliknar vardagsexponering.
- Fältstudie i Indien där kromallergiska arbetare (förutsatt att barriärkrämen visar skyddande effekt i ROAT-studien) ska använda barriärkrämen för utvärdering av klinisk effekt.

Referenser:

1. Lejding T, Mowitz M, Isaksson M, Bruze M, Pontén A, Svedman C, Zimerson E, Engfeldt M. A retrospective investigation of hexavalent chromium allergy in southern Sweden. *Contact Dermatitis*. 2018; 78(6):386-392.
2. Lejding T, Engfeldt M, Bruze M, Isaksson M, Svedman C, Zimerson E, Mowitz M. Can reducing cosmetic substances help prevent chromate contact allergy? *Contact Dermatitis*. 2020; 82(1):39-44.
3. Lejding T, Engfeldt M, Bruze M, Isaksson M, Svedman C, Zimerson E, Verma K, Mowitz M. Skin application of glutathione and iron sulfate can inhibit elicitation of allergic contact dermatitis from hexavalent chromium. *Contact Dermatitis*. 2020; 82(1):45-53.
4. Lejding T, Bruze M, Engfeldt M, Isaksson M, Svedman C, Zimerson E, Mowitz M. Can the reactivity to chromate be changed in patch testing using a barrier cream? *Dermatitis*. 2019; 31(6):373-377.
5. Lejding T, Persson L, Andersen K E, Bruze M, Derevyanko L, Elsner P, Goh C L, Gonçalo M, Goossens A, Gülgün M A, Isaksson M, Ljubovic Hadzavdic S, Matsunaga K, Mowitz M, Nixon R, Puangpet P, Pratt M, Shuttelaar M-L A, Sukakul T, Verma K, Zimerson E, Özkaya E, Svedman C. Analysis of hexavalent chromium in cement samples from countries within and outside the EU. A study from the International Contact Dermatitis Research Group (ICDRG). I manuskript.

**Tina Lejding**

Specialistläkare

Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen,
Skånes universitetssjukhus, Malmö.

Från vänster: biträdande handledare Magnus Bruze, ordförande i betygskommittén Åke Svensson, opponent Bjørge Eli Hollund, Tina Lejding, huvudhandledare Cecilia Svedman, biträdande handledare Martin Mowitz, biträdande handledare Marlene Isaksson.

Annons

Annons

Vitamin D and Vitamin D-binding Protein in Psoriasis and Effects of Treatment

The defense of the doctoral thesis by Maria S. Vandikas "Vitamin D and Vitamin D-binding Protein in Psoriasis and Effects of Treatment" took place at the University of Gothenburg on Friday, October 8, 2021. The opponent was Associate Professor Leena Koulou (Turku University, Finland). The main supervisor was Associate Professor Amra Osmancevic and the co-supervisor was Professor Kerstin Landin-Wilhelmsen (both from the University of Gothenburg). The thesis is available from: <http://hdl.handle.net/2077/69297>

SUMMARY

Topical vitamin D analogues constitute an established treatment for psoriasis but the role of vitamin D in the pathogenesis of the disease remains controversial. The in loco production and immunomodulatory effects of vitamin D need to be elucidated. Recently, the discussion about the role of vitamin D-binding protein (DBP) in inflammation and its impact on vitamin D physiology has surged.

The aims of the thesis were: i. to try to map the distribution of vitamin D metabolites in psoriatic skin using time-of-flight secondary ion mass spectrometry (ToF-SIMS) before and after ultraviolet B (UVB) phototherapy (Paper I); ii. to compare the serum levels of DBP in psoriasis with population-based controls (Paper II); iii. to study the effect of phototherapy (Paper II) and etanercept (Paper III) on vitamin D status

and DBP levels and iv. to test the free hormone hypothesis for vitamin D in psoriasis (Paper IV).

Skin biopsies from a patient with psoriasis, before and after UVB phototherapy were analyzed with ToF-SIMS. A case-control study including 68 patients with psoriasis were studied before and after UVB phototherapy and compared to 105 population-based controls. Twenty bio-naïve patients with moderate to severe psoriasis were treated with etanercept for 24 weeks and 15 matched healthy controls were followed in parallel. A cross-sectional study evaluating vitamin D status in 40 bio-naïve patients with psoriasis was performed.

Vitamin D metabolites were depicted in the skin with ToF-SIMS and information about the morphology of the skin and distribution and quantity of the metabolites in the skin was obtained simultaneously (Paper I). DBP serum levels were higher in patients with psoriasis compared to population-based controls (Paper II). DBP levels were higher in those subjects with self-reported arthropathy compared to those without (Papers III and IV). UVB phototherapy did not affect serum DBP levels (Paper II) while serum DBP decreased during etanercept treatment (Paper III). Patients with adequate vitamin D levels improved most in their disease on etanercept treatment (Paper III). Total 25(OH)D was a reliable measure for vitamin D status (Paper IV).

In conclusion, ToF-SIMS is a potentially powerful tool to be used for the investigation of the vitamin D pathway in psoriatic skin and its possible local immunomodulatory effects in the inflammatory process. DBP might be a new inflammatory biomarker in psoriasis. There seems to be a synergic treatment effect between vitamin D and etanercept in psoriasis and further research into vitamin D supplementation during tumour necrosis factor- α inhibitor therapy is necessary. Measurement of total 25(OH)D reflected vitamin D status well in bio-naïve patients with psoriasis.

From left to right: the moderator of the dissertation, Professor Sirkku Peltonen, the chair of the assessment committee Professor Kristian Samuelsson, the main supervisor Associate Professor Amra Osmancevic, the second member of the assessment committee Professor Inger Gjerdtsson, Maria Siekleri Vandikas, the Opponent Associate Professor Leena Koulou and the third member of the assessment committee Associate Professor Åke Svensson.



Maria Siekleri Vandikas, MD, PhD

Department of Dermatology and Venereology,
Institute of Clinical Sciences, University of Gothenburg, Sweden

E-mail: maria.s.vandikas@gu.se

List of original papers included in the thesis:

1. Vandikas MS, Hellström E, Malmberg P, Osmancevic A. Imaging of vitamin D in psoriatic skin using time-of-flight secondary ion mass spectrometry (ToF-SIMS): A pilot case study. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 2019;189:154-60.
2. Vandikas MS, Landin-Wilhelmsen K, Holmäng A, Gillstedt M, Osmancevic A. High levels of serum vitamin D-binding protein in patients with psoriasis: A case-control study and effects of ultraviolet B phototherapy. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*. 2021;211:105895.
3. Vandikas MS, Landin-Wilhelmsen K, Polesie S, Gillstedt M, Osmancevic A. Impact of etanercept on vitamin D status and vitamin D-binding protein in bio-naïve patients with psoriasis. *Acta dermato-venereologica*. October 13, 2021. Online ahead of print.
4. Vandikas MS, Landin-Wilhelmsen K, Gillstedt M, Osmancevic A. Vitamin D-binding protein and the free vitamin D hormone hypothesis in bio-naïve patients with psoriasis. Submitted.

Risk of recurrence after radiotherapy of lentigo maligna – 10 years, experience

Lentigo maligna (LM) och lentigo maligna melanom (LMM) är de vanligaste melanocytära maligniteterna i huvud- och halsområdet. Kirurgisk behandling med excision är förstahandsval men kan ibland vara utmanande på grund av förändringarnas storlek och lokalisering. Det finns därför ett behov av andra behandlingsalternativ.

På Hudkliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad har Buckybehandling mot LM använts sedan 2009, dels som primär terapi för lesioner som inte är lämpliga för kirurgisk behandling, dels som komplement till kirurgi eller som recidivprofylax.

Syftet med detta vetenskapliga arbete var att undersöka recidivrisk efter Buckybehandling av LM hos individer som behandlats på Hudkliniken i Karlstad mellan 2009 och 2019.

Trettiofem individer som hade genomgått Buckybehandling identifierades. Journaluppgifter inhämtades avseende kön, ålder,

diagnosår, lesionens storlek och lokalisering, djup längs med adnexa, behandlingsprotokoll (inklusive konstorlek/marginal), recidiv, biverkningar, andra melanomdiagnoser och dödsfall under uppföljningsperioden. Individerna hade genomgått Buckybehandling med antingen 140 Gy ("lågdos") eller 150 Gy ("högdos"). Uppföljningstiden var två år eller mer i 69% av fallen.

Recidivrisk var 17% (6/35) och det var ingen skillnad mellan de två olika behandlingsprotokollen. Variabler som var associerade med recidiv var lesionens lokalisering samt behandlingsmarginal (konstorlek). En fjärdedel (3/12) av de individer som hade LM på näsan fick recidiv vilket kanske kan förklaras av att näsan är ett område med hyperplastiska adnexstrukturer vilket kan medföra ojämn strålningseffekt. Det är också en konvex yta och det blir av den anledningen svårare att uppnå ett exakt strålfält. En fjärdedel (2/8) av de som hade fått behandling med för liten dos (d.v.s. mindre än 10 mm marginal åt alla håll) fick recidiv vilket stödjer uppfattningen att god marginal är nödvändigt. Behandlingen tolererades väl med få biverkningar och fina kosmetiska resultat.

Resultaten i detta arbete stämmer överens med liknande studier t.ex. Hedblad et al¹, vilket tyder på att Buckybehandling är ett effektivt alternativ för att behandla LM.

Vid förfrågan kan hela arbetet, inklusive referenslista, skickas per mejl.

Ett stort tack till mina handledare Robert Holik och Daniel Andernord!

Referenser:

1. Hedblad MA, Mallbris L. Grenz ray treatment of lentigo maligna and early lentigo maligna melanoma. J Am Acad Dermatol. 2012; 67(1):60-8.



Svåravgränsad stor lentigo maligna där Buckybehandling kan övervägas.



Hanna Gezelius (f.d. Forsman)

Mottog SSDV:s ST-pris för bästa vetenskapliga arbete 2021
Specialistläkare, Hudkliniken, Centralsjukhuset Karlstad

Utbildningsdag

Sektionen för venereologi och genitala dermatoser

Fredagen den 28/1 2022 på Läkaresällskapet, Stockholm

Tema: Konsydfori och "What's new inom venereologi"

08.30-09.00	Registrering
09.00-09.10	Introduktion, Arne Wikström, dermatovenereolog, ordförande venereologisektionen, Stockholm
09.10-10.00	Utredning vid könsdysfori med Cecilia Dhejne, psykiater, Anova Stockholm
10.00-10.30	FIKA
10.30-11.20	Hormonbehandling vid könsdysfori med Mats Holmberg, endokrinolog, Anova Stockholm
11.25-12.15	Könsbekräftande kirurgi med Antti Mikkola, plastikkirurg, Karolinska Solna
12.15-13.15	LUNCH
13.15-13.45	Nya STI-riktlinjer
13.45-14.30	Kraftig syfilisökning och hur går det med PrEP-mottagningen på Venhälsan med Finn Filén, infektionsläkare och dermatovenereolog, Venhälsan, Stockholm
14.30-14.50	FIKA
14.50-15.20	STI under Covid-pandemin med Per Anders Mjörnberg, dermatovenereolog.
15.20-15.30	Diskussion och avslutning, Arne Wikström, Stockholm

Varmt välkomna!

Sista anmälningssdag är 1/12 2021, men i mån av plats tas anmälningar emot även efter detta datum. För anmälan se SSDV.se.

Mvh Styrelsen

Spännande föreläsningar och falldiskussioner under SSAMD:s höstmöte i Örebro

Äntligen fick vi möjlighet att ordna ett fysiskt möte! Eftersom det var oklarheter in i det sista valde vi att förkorta Svenska sällskapet för arbets- och miljödermatologis (SSAMD:s) höstmöte till en dag istället för två. Vi lyckades genomföra ett hybridmöte med 21 personer på plats och 34 personer på länk. För oss som var på plats kändes det otroligt roligt att få träffas igen och prata om allt möjligt under kaffet och lunchen. Vi hann också med en rundvandring i hudkliniken nya, fina lokaler där många fastnade i det nya testrummet och labbet.

Dagen inleddes av Mihály Matura, Skövde, som ledde själva årsmötet. Efter det hade vi med oss Marlène Isaksson, Malmö, på länk och hon hjälpte oss att reda ut en del be-

grepp gällande kortisonallergi samt hur man tolkar relevansen och korsreaktioner. Kortisonpreparaten indelas i 4 grupper, A-D, där D delas in i D1 samt D2. Korsreaktioner är 6-7 gånger vanligare inom grupperna än mellan dem. Misstanke om kortisonallergi bör väckas vid eksem som försämras vid behandling med kortison. Uppkomst av fjärrlesioner samt generaliserade utslag förekommer även efter lokal applikation av kortison. Noterbart är att systemiska reaktioner med ipsilateral toxikodermi finns beskrivet. I svensk basserie finns två markörer för kortisonallergi, tixokortolpivalat samt budesonid. Utredningen kan kompletteras med steroidserien samt de kortisonpreparat som patienter använder. Man ska då använ-

da rena steroider i lämplig vehikel, då den vehikel steroiderna på marknaden återfinns i ger en bättre penetrans och den antiinflammatoriska effekten kan ge ett falskt negativt resultat. En spädningsserie kan vara till stor hjälp där man ofta ser en kraftigare reaktion i lägre koncentrationer på grund av att den antiinflammatoriska effekten minskar. Det är av stor vikt med sen avläsning (dag 7) då upp till 30% av kortisonallergierna missas vid enbart tidig avläsning (dag 3).

Efter lunch föreläste Martin Mowitz, Malmö, om glukossensorer och andra medicintekniska produkter. Tillverkare av medicintekniska produkter har tyvärr ingen skyldighet att tillhandahålla information om vilket material som används i produk-



Martin Mowitz föreläste om hudreaktioner mot medicintekniska produkter.



Mihály Matura ledde själva årsmötet.



Från vänster: Louise Fornander, Helena Arvidsson och Anna Josefson från AMD-teamet, Universitetssjukhuset Örebro.

ten, vilket kan orsaka bekymmer. Produkter som är i kontakt med huden under lång tid kan ge upphov till kontaktallergiska reaktioner. Under de senaste åren har diabeteshjälpmedel varit dominerande bland de produkter som ger kontaktallergiska besvär. De allergener som varit aktuella är framför allt isobornylakrylat och kolofonium. Ett stort problem för drabbade patienter är att samma ämnen återfinns i flera olika pro-

dukter, vilket gör det svårt att hitta alternativ som ej ger hudreaktioner. Andra exempel på medicintekniska produkter som kan ge kontaktallergi är kompressionsstrumpor som innehåller oktylisotiazolinon, en antimikrobiell tillsats, och ultraljudsgel som innehåller metyldibromoglutatonitril. Tina Lejding, Malmö, bidrog med ett spännande patientfall.

Under kaffet diskuterades justeringar av

de rådlappar som vi ger till våra patienter. De patientfall som drogs under eftermiddagen gav upphov till intressanta diskussioner då det inte fanns någon självklar lösning. Inese Hauksson, Malmö, var först ut och berättade om annorlunda bekymmer av medicintekniska produkter. Hon berättade om två patienter, som båda använder insulinpumpar och som båda fått ömmande knutor i området runt nålen. Den ena patienten har effekt av antihistamin, men inte den andra. Trots epikutantest, biopsi, RAST och ROAT finner man inte orsaken till besvären. Har någon stött på något liknande?

Därefter tog Ina Anveden Berglind, Stockholm, vid och visade att det är viktigt att tänka lite bredare i den kliniska vardagen. Hon berättade om en kvinna som arbetar på en handelsträdgård och som vid första avläsningen hade positiva testreaktioner mot, bland annat, propylenglykol och cetylalkohol. Man kompletterade då utredningen med nya ämnen, som också visade sig ge positiva testreaktioner. Budskapet är därmed att positiva testreaktioner inte utesluter att ytterligare ämnen kan vara aktuella och bidra till besvär av kontaktallergi.

Mihály Matura, Skövde, avslutade patientfallsdragningen med att berätta om en målare som får snabba reaktioner, såsom klåda och svullnad, av vattenbaserade målarfärger. Två timmar efter arbetet går besvären över. Pricktest och öppen test har varit negativa. Vad kan det vara? Efter diskussioner kom råd om provokation med målarfärg för att följa förloppet, epikutantest, samt pricktest med målarfärg.

Sammanfattningsvis en inspirerande och lärorik dag i Örebro.

AMD-teamet
Universitetssjukhuset Örebro (USÖ) genom



Anna Josefson
överläkare, Hudkliniken, USÖ.



Vulvamottagning ur ett dermatovenereologiskt perspektiv, en utmaning och en viktig uppgift

I Umeå har vi sedan väldigt många år en vulvamottagning, den första i Sverige, och där vi fortfarande träffar patienter varje vecka.

Vulvamottagningen är en uttalat tvärprofessionell verksamhet, där vi själva sedan många år kommit fram till den form som vi tycker fungerar optimalt. De specialister som ingår i vulvateamet har alla olika kunskaper, som tillsammans ger den helhet som behövs för att utreda, diagnostisera och behandla dessa patienter. Uppbyggnaden av Vulvamottagningen på HudSTD-kliniken började genom att samma dermatovenereolog och gynekolog under flera år tillsammans såg alla patienter. Det fanns ingen tidigare samlad erfarenhet att bygga på utan vi fick själva forma verksamheten, vidareutveckla den och genom kontinuerlig dokumentation, forskning och utvecklingsarbete bygga upp en kunskaps- och

erfarenhetsbank. Vulvamottagning är ingen verksamhet man kan sköta på egen hand, utan kräver ett väl hopsvetsat team med goda kunskaper och insikt om varandras kunskaper. Vulvamottagningen bygger på ett tvärprofessionellt samarbete mellan i första hand dermatovenereolog, specialisttandläkare, dermatopatolog, kurator och specialutbildad sjuksköterska. Vi har även andra specialister knutna till oss som gynekolog, öronläkare, medicinläkare och även ett laboratorium. Förutom den medicinska behandlingen erbjuds kvinnor, med t.ex. erosiv lichen planus och vulvodyn, individuella- och parsamtal hos mottagningens kurator och ibland psykolog.

Vulvamottagningar är således ett gränsområde där många olika aktörer behövs. Det är viktigt att just dermatovenereologer initierar vulvamottagningar eftersom den största delen av patienterna (cirka 60%) har

en dermatologisk diagnos och dessa är vi ju vana vid att diagnostisera. Många patienter tillhör också åldersgruppen där förekomsten av sexuellt överförda infektioner (STI) är som högst och STI-tester är ju en vanlig del av våra utredningar. Många av de dermatoser som handläggs på den "vanliga hudmottagningen" ger också förändringar i vulva (eller genitalt hos män), men kan ge en annan bild på denna lokal.

Vid vår vulvamottagning är de vanligaste diagnoserna dermatoser som lichen sclerosus, (erosiv) lichen planus, eksem och psoriasis, infektioner som långvariga, recidiverande candidainfektioner och olika smärttillstånd, s.k. vulvadyssestestillstånd. Vi har också en liten, men växande grupp av patienter som gått igenom benmärgstransplantation och i efterförloppet drabbats av graft-versus-host-sjukdom (GVHD). På senare år har andelen patienter med dysplas-



ier i vulva också ökat. Sedan har vi förstås patienter med andra, svåra diagnoser, men där antalet patienter per diagnos är litet och en liten andel patienter där det inte är möjligt att ställa en diagnos, precis som på vilken mottagning som helst. Förekomsten av genitala sjukdomar är högre hos kvinnor och symptomen är vanligen mer uttalade hos kvinnor, vilket ytterligare gör att behovet av vulvamottagningar är stort.

En del sjukdomar har också en malign potential vilket gör det viktigt att uppmärksamma dem. Lichen sclerosus som ger vita intensivt kliande förändringar i underlivet och hos kvinnor även perianalt (märkligt nog mycket sällan hos män) är en dermatos där patienterna söker till hud-, kvinnoklinik eller i öppenvården, men när behandlingen krånglar ska dermatovenereologer vara redo att ta hand om patienten. Gränsen mellan lichen sclerosus och lichen planus är flytande, det finns övergångsformer, och även dessa patienter besvärar av klåda. Den svåraste diagnosen, en av de svåraste vi som dermatovenereologer möter, är slemhinnevarianten av lichen planus, erosiv lichen planus. Det är en sjukdom där patienten har symptom från slemhinnorna framför allt i mun och underliv, och ibland även från esofagus, öron och anus. Slemhinnan lossnar och lämnar en rå yta som är mycket smärtsam. Erosiv lichen planus är en kronisk sjukdom som inte läker ut även om symptomen kan variera, men när förändringarna läker (tillfälligt) så får man ärrskumpning med andra svåra symptom, med sammanväxningar. Det är min bestämda uppfattning att det finns odiagnostiserade patienter med erosiv lichen planus vid ÖNH-, medicin-, och kvinnokliniker samt hos tandläkare. Vår

viktigaste uppgift är att sprida kunskap om åkomsten och hitta dessa patienter. Patienter med mindre uttalade symptom av olika orsaker ska vi självklart hjälpa, men de hittar oss och vi dem.

Smärtpatienter är en annan stor grupp som handläggs av många olika aktörer och vid flera kliniker. När vi startade vulvamottagningen betraktades lokaliserad provocerad vulvodyni (f.d. vulvavestibulit) som en inflammatorisk sjukdom eftersom området i vestibulum vulvae dominerades av inflammatoriska celler. Vi såg dock att de studier som var gjorda inte hade använt några friska kontroller, varför vi då gjorde vår första studie inom området och rekryterade både patienter och friska frivilliga kvinnor. Slutatsen av studien blev att friska kvinnor har lika mycket inflammationsceller och åkomsten är alltså inte en inflammation. Efter många år har pendeln svängt och tillståndet betraktas och handläggs nu som ett smärttillstånd.

Det finns många andra diagnoser och tillstånd vi möter vid vulvamottagningen och många av dem är en utmaning för den vulvaintresserade läkaren och förstås för patienten. Jag tycker att det är viktigt att vi som dermatovenereologer engagerar oss i dessa patienter, deras sjukdomar och deras symptom eftersom mer än hälften av sjukdomarna tillhör vår specialitet. Dermatovenereologer är viktiga som vulvadoktorer (vulvologer) eftersom vi är vana vid dermatoser och vana vid att inspektera hela huden, inte bara det genitoanala området. Eftersom många av sjukdomarna är kroniska, en del med en malign potential, har vi nytta av vår vana vid att ta biopsier. Frikostighet med biopsier är en viktig del av omhändertagandet. Det är ock-

så viktigt att bedriva kontinuerlig forskning och utvärdering eftersom vulvasjukdomar är ett område som kräver mycket utvecklingsarbete och där mer studier behövs. För att kunna bedriva detta arbete krävs att patienterna samlas till en mottagning, där man får tillräcklig erfarenhet. Sjukdomarna kräver också att patienterna får komma regelbundet. Vi har utvecklat, utprovat och publicerat våra behandlingsmetoder och studier av våra patienter. Vi har också betonat helhetssynen på våra patienter, vilket vi uppnår genom våra olika infallsvinklar, kunskaper och studier.

Sammanfattningsvis är arbetet med och på en vulvamottagning en viktig del av dermatovenereologers ansvarsområde, en stor och spännande utmaning och ett fantastiskt arbete.

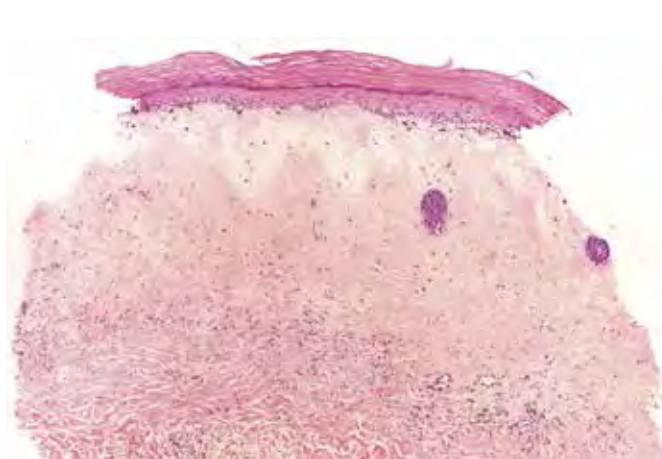


Elisabet Nylander

Professor, överläkare,
Umeå Universitet och
Hud- och STD-kliniken/
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå



Wickhams striae i munslemhinnan hos patient med lichen planus.



Histologisk bild av lichen sclerosus.

Annons

Annons

Egeninjektioner med kortison och behandling med botulinumtoxin vid hidradenitis suppurativa

Inledning

I maj 2020 tilldelades jag SPIRA-stipendiet för ett projekt som jag, tillsammans med min kollega Carl Swartling, genomförde på Kungsholmens Hudklinik i Stockholm. SPIRA-stipendiet tilldelas varje år specialläkare eller ST-läkare för vårdutvecklande insatser för personer med psoriasis, hidradenitis suppurativa (HS) eller atopiskt eksem. Stipendiet tilldelades med motiveringen att "projektet är spännande, ambitiöst och pragmatiskt upplagt samt kan ha potentiellt stor patientnytta".

Det primära syftet med vår studie var att studera effekten av egeninjektioner med kortison i abscesser, injektionsbehandling med botulinumtoxin samt att undersöka förebyggande åtgärder i en klinisk kontext. Detta genom att skapa en multidisciplinär HS-mottagning som bygger på förebyggande medicinsk behandling, akutbehandling och livsstilsåtgärder för att uppnå minskad morbiditet samt bättre livskvalitet.

Bakgrund

HS är en kronisk inflammatorisk hudsjukdom som påverkar apokrina svettkörtlar och hårfolliklar. Inflammationen varierar i svårighetsgrad och kan resultera i fistelgångar samt svår ärrbildning med stora psykosociala påfrestningar.

Ofta ses diagnostiska fördröjningar, enligt vissa studier på uppemot 10–12 år, samt inkorrekta bedömningar med i genomsnitt tre tidigare feldiagnoser.

Prevalensen vid rökning är dubbelt så hög och andra riskfaktorer är övervikt, kvinnligt kön och genetisk predisposition. Behandlingsarsenalen sträcker sig från topikal behandling till systemiska alternativ här bland antibiotika, biologiska läkemedel samt kirurgisk intervention och laser.

Intralesionella kortisoninjektioner är idag standardbehandling av abscesser. Detta är främst baserat på klinisk beprövad erfarenhet och resultatet från mindre studier bekräftar inflammatorisk kupering samt tillfredsstäl-

lande smärtlindring. En snabb reversering av abscesser med hjälp av kortisoninjektioner kan reducera ärr och fistelbildning vilket kan minska behovet för laserbehandling samt kirurgisk intervention.

Injektioner bör ges inom få dygn efter debut för optimal läkning. Detta behov av följsamhet har sjukvården oftast svårt att uppfylla vilket kan fördröja behandlingen och följaktligen öka risken för komplikationer. Dessutom har en god egenvårdsförmåga vid injektionsbehandling visat sig vara av vikt för att uppnå bättre behandlingsresultat vid vissa kroniska sjukdomar här bland vid diabetes mellitus.

Flera observationsstudier samt en randomiserad placebo-kontrollerad pilotstudie har funnit en association mellan HS och hyperhidros och därmed har man avprövat botulinumtoxininjektioner som behandling. Resultatet av dessa studier indikerar att botulinumtoxin reducerar den inflammatoriska kaskaden, minskar bakteriemängd som resultat av svettreduktion samt har en direkt påverkan på apokrina svettkörtlar. Baserat på botulinumtoxins inflammationsreducerande potential skulle behandling även vid normohidros och hypohidros kunna vara gynnsam.

På basis av detta designade vi på Kungsholmens Hudklinik en studie där vi undersökte egeninjektioner med kortison i abscesser, livsstilsåtgärder samt injektioner med botulinumtoxin var 3:e till 6:e månad.

Metod

Samtliga patienter som uppfyllde diagnostiska kriterier för HS, fick muntlig samt skriftlig information om sjukdomen. Fokus sattes på tre aspekter: livsstilsåtgärder, förebyggande medicinsk behandling och akutbehandling. För varje patient registrerades bakgrundsdata, komorbiditet samt sjukdomsstadie och utbredning.

Injektionsteknik genomgicks med teoretisk bakgrund, hygieniska förhållningsregler samt möjliga biverkningar och komplikatio-

ner. Vi använde triamcinolonacetonid (10 mg/mL), 0,1–0,25 ml vid liten/måttlig abscess samt 0,25–0,5 mL till stora abscesser.

Patienter med hyperhidros erbjöds även botulinumtoxininjektioner av toxintyp B i de lokaliseringar där sjukdomsaktivitet förelåg. Enligt utarbetat protokoll skedde uppföljning över telefon en gång per månad av sköterska i tillägg till läkarbesök var 3:e månad.

Tabell 1:

Frågor vid telefonkonsultation var 4:e vecka.

- Sjukdomsaktivitet (skattning 0–10)
- Smärta (skattning 0–10)
- Antal suppurande lesioner den senaste veckan
- Antal egeninjektioner den senaste månaden
- Gick lesionen i regress?
Om ja, efter hur många dagar?
- Biverkningar
- Komplikationer

Tabell 2:

Undersökning vid kliniskt besök var 3:e månad.

- Antal sinusformationer
- Antal ärr
- DLQI
- BMI
- HDSS (hyperhidrosis disease severity scale)

Resultat

Studiens datainsamling pågår fortfarande och statistiska analyser är under bearbetning. Preliminära resultat tyder på reducerad sjukdomsaktivitet, smärtlindring samt reduktion i DLQI i genomsnitt från 22,8 till

8,1 vid kortisoninjektioner och 24,2 till 8,2 vid botulinumtoxininjektioner. I genomsnitt injicerades triamcinolonacetonid var 9:e vecka.

Projektet har nu varit i gång i cirka 1,5 år och under denna tid har vi inte registrerat några biverkningar till kortisoninjektionerna här bland inga registrerade fall av infektion, blödning eller hudatrofi.

I frågeformulär framgick det att patienter fann egenbehandling av kortisoninjektioner enkla att administrera samt mycket effektiva, framför allt om de gavs i ett tidigt skede. En fördel som många lyfte fram var möjligheten till snabb behandling. Många av patienterna har anhöriga som administrerar injektionerna.

Tabell 3: Patientcitat

- Effekten inträder minuter till få dagar efteråt. Även koständringar har hjälpt mig till stor del.

- Känns skönt att ha kortisoninjektionerna tillgängligt hemma även om botulinumtoxin är den behandling som fungerat allra bäst för min del.
- Egeninjektioner fungerar väldigt bra. Framför allt om det ges så fort en ny böld uppstår. Min sambo hjälper mig med sprutorna, och jag är nöjd med behandlingen.
- I början var jag skeptisk till sprutor eftersom jag är spruträdd men nu fungerar det faktiskt bra.

Framtidsperspektiv

Vår studie tyder på att egeninjektioner hos HS-patienter är ett säkert och effektivt behandlingsalternativ som reducerar inflammation samt minskar risk för ärrbildning. Studien indikerar även att botulinumtoxininjektioner verkar ha en gynnsam effekt vid HS. Dock behövs mer omfattande studier för att verifiera dessa fynd.

I dagsläget existerar inga nationella riktlinjer för behandling av HS. Ambitionen med denna småskaliga studie är att sätta grund för vidare forskning, gärna i form av en svensk multicenterstudie. Förhoppningsvis kan vi i framtiden skapa ett nationellt register för dessa patienter. Ett sådant register skulle både säkerställa likvärdig och patientsäker vård samt möjliggöra vidare forskning för denna utsatta patientgrupp.



Pegah Kafi

Specialistläkare

Kungsholmens hudklinik

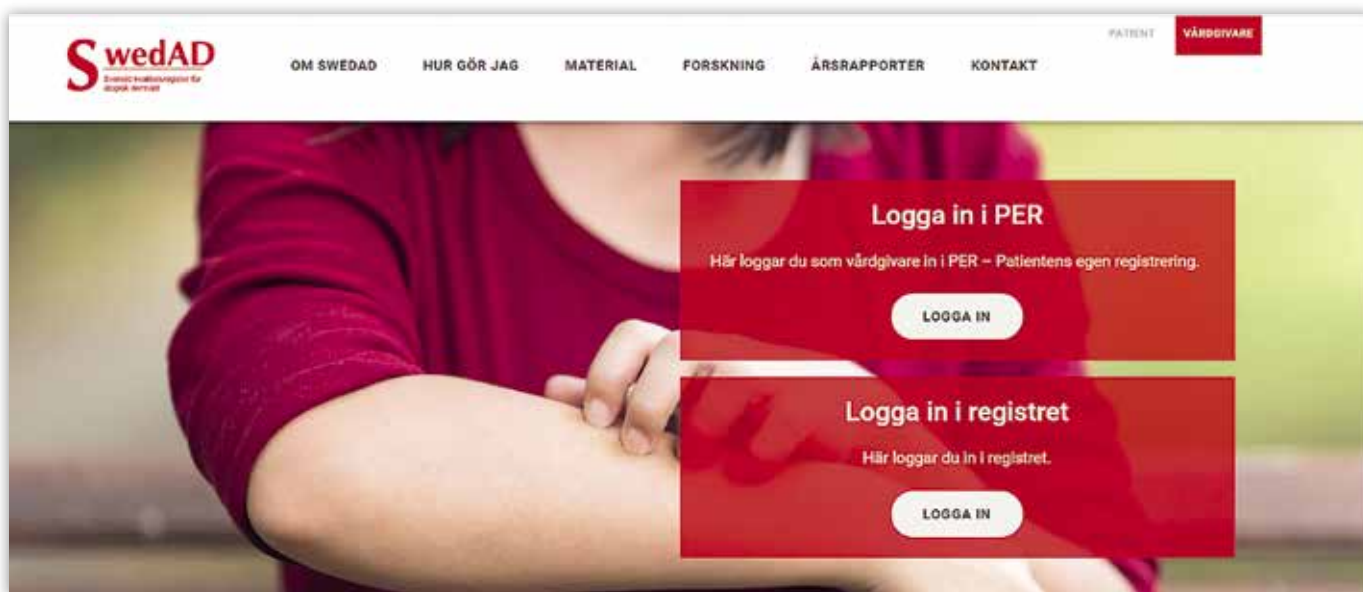
Ökande registrering i SwedAD

2020 tilldelades jag SPIRA-stipendiet för att utveckla och implementera det nationella kvalitetsregistret för atopisk dermatit, SwedAD. Sedan ansökan skrevs har antalet användare och antalet patienter i SwedAD ökat mångfalt.

Den 1 september 2019 startades SwedAD för nationellt bruk. Registret är tänkt att inkludera majoriteten av alla patienter med atopisk dermatit (AD) som får systemisk behandling. Det är idag okänt hur många patienter som står på systemisk behandling för AD i Sverige. Då ansökan till SPIRA-stipendiet skrev i mars 2020 hade 11 olika hudkliniker rekryterat 118 patienter till SwedAD. Karolinska universitetssjukhuset är centralt personuppgiftsansvarig för SwedAD (ansvarig myndighet) och hudläkarna Maria Bradley och Emma Johansson är registerhållare. De har tillsammans med koordinatör Maria Lundqvist, forskningssjuksköterska, Axel Svedbom, dataanalysansvarig, och Lina Ivert, hudläkare, bildat en arbetsgrupp för att implementera och utveckla registret. Arbetet syftar till att för vårdgivarna underlätta



Registerhållarnas arbetsgrupp; Emma Johansson, registerhållare, Maria Lundqvist, koordinatör, Axel Svedbom, ansvarig för dataanalys. Saknas på bilden; Maria Bradley, registerhållare, Lina Ivert, hudläkare



På SwedADs hemsida <https://swedad.nu> finns information om hur vårdgivare och patienter kan använda registret. Via logga in-rutorna kan vårdgivare logga in för att registrera i SwedAD via användarnamn och lösenord alternativt via e-tjänstekort. Patienten kan logga in via bankID för att registrera självskattning.

registreringen samt att synliggöra registret för sjukvården och för patienterna. Målet är att alla patienter med systemiskt läkemedel mot AD i Sverige ska erbjudas deltagande i SwedAD och att täckningsgraden ska vara minst 80%. Vi sökte SPIRA-stipendiet för att 1) förbättra rutiner och dataplattform för användare samt att 2) tillhandahålla information om SwedAD till sjukvården och till patienter genom nödvändiga dokument via hemsidan <https://swedad.nu>.

Tack vare SPIRA-stipendiet kunde vi under 2020 införa patientregistrering genom inloggning via patientens BankID. Alla patientens självskattningar t.ex. hälsorelaterad livskvalitet (DLQI), symptom av AD (POEM), klåda (pruritus-NRS) och självskattade depressionsymptom (MADRS-S) kan patienten nu själv registrera genom inloggning med sitt BankID på sin egen

smartphone, en läsplatta på hudmottagningen eller sin egen dator dagen innan besöket. Vårdgivaren behöver bara importera uppgifterna i SwedAD och kan sedan använda resultatet av patientens självskattning som beslutstöd för vidare omhändertagande i samband med besöket. Detta arbetssätt har underlättat för vårdgivarna att registrera patienterna under löpande mottagning. Därtill har vi kunnat utveckla en hemsida där all information om SwedAD finns tillgänglig för vårdgivare, patienter och forskare. På hemsidan finns också möjlighet att enkelt logga in i SwedAD för både patient och vårdgivare. I samarbete med SwedADs styrgrupp, med representanter från alla universitetskliniker, från privatläkare och från patientföreningen Atopikerna, har vi informerat om registret runt om i landet för att öka täckningsgraden. I slutet av oktober hade 32 olika hudkliniker

registrerat totalt 497 patienter, och antalet patienter fortsätter att öka vecka för vecka. Tack vare stipendiet har vi kunnat genomföra förbättringar som ligger till grund för att registret hittills har kunnat implementeras på ett framgångsrikt sätt.



Emma Johansson

Överläkare

Hudkliniken, Karolinska universitetssjukhuset

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev!

Vill du ta del av senaste nytt inom Dermatologi & Venereologi?

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev genom att följa denna länk:

mediahuset.link/nyhetsbrev_DoV



Fysisk aktivitet vid psoriasis

Marcus Schmitt-Egenolf Professor, legitimerad läkare, dermatolog, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, dermatologi, Umeå universitet, Umeå, Centrum för läkemedelsepidemiologi (CPE), Karolinska Institutet, Stockholm

Agneta Ståhle Professor emerita, specialistsjukgymnast hjärt- och kärlsjukdomar, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för fysioterapi, Karolinska Institutet, Stockholm

Inledning

Vid psoriasis är fysisk aktivitet indicerat i kombination med farmakologisk behandling. Även om forskningen är begränsad tyder den på en positiv, additiv effekt av läkemedelsbehandling och fysisk aktivitet. Rökfrihet och hälsosamma matvanor är också indicerat. Regelbunden fysisk aktivitet är även möjligen relaterad till minskad risk för att utveckla psoriasis (1). Vid psoriasis föreligger ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Innan behandling med fysisk aktivitet inleds, görs en individuell riskbedömning för kardiovaskulär komplikation vid fysisk aktivitet. Samtidig hjärt-kärlsjukdom ska dessutom vara optimalt behandlad.

Effekter av regelbunden fysisk aktivitet vid psoriasis

Personer med psoriasis och övervikt kan reducera sjukdomsaktiviteten genom regelbunden fysisk aktivitet och hälsosam kost. I en randomiserad kontrollerad studie jämfördes aerob fysisk aktivitet i 40 minuter (till exempel raska promenader), 3 gånger per vecka kombinerat med kostomläggning under 20 veckor med bara rådgivning om viktminskning (2). Sjukdomsaktiviteten reducerades med 48% (95% CI 33–58%) i interventionsgruppen och med 25% i kontrollgruppen (95% CI 18–33%) enligt Psoriasis Area and Severity Index (PASI), ($p=0,02$).

Dermatologiskt livskvalitetsindex (DLQI) minskade signifikant ($p=0,02$) hos individer med psoriasis som hade deltagit i ett multidisciplinärt utbildningsprogram med 14 olika komponenter, inklusive fysisk aktivitet, 1 timme per vecka i 12 veckor, där deltagarna introducerades till olika former av fysisk aktivitet som utfördes individuellt eller i grupp (3).

Den funktionella kapaciteten hos personer med psoriasisartropati kunde, i en randomiserad klinisk studie, förbättras genom muskelstärkande fysisk aktivitet två gånger i veckan under 12 veckor (4).

Tvärsnittsstudier, baserade på frågeformulär, visade att individer med psoriasis var mindre fysiskt aktiva och hade högre BMI jämfört med kontroller. Det senare har även visats i psoriasisregister på nationell nivå.

För personer med psoriasis och normal kroppsvikt saknas studier varför inga diagnosis-specifika rekommendationer ges till denna grupp.

Verkningsmekanismer

Effekter av fysisk aktivitet vid psoriasis skulle kunna relateras till:

- minskad låggradig kronisk inflammation
- förbättrad mitokondriefunktion i huden
- minskad oxidativ stress
- sänkta nivåer av serumlipider

Rekommenderad fysisk aktivitet vid psoriasis

Personer med psoriasis och samtidig övervikt eller fetma bör rekommenderas aerob fysisk aktivitet tillsammans med kostomläggning för att:

- minska sjukdomsaktivitet (++)

Rekommenderad fysisk aktivitet vid psoriasis uppfyller inte de allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet. Komplettera med muskelstärkande fysisk aktivitet enligt de allmänna rekommendationerna om fysisk aktivitet om hälsotillståndet tillåter.

Aerob fysisk aktivitet			Muskelstärkande fysisk aktivitet			
Intensitet	Duration minuter/vecka	Frekvens dagar/vecka	Antal övningar	Repetitioner	Set	Frekvens dagar/vecka
Måttlig	Minst 150	3–7	Evidens saknas			
eller						
Hög	Minst 75	3–5				
eller						
kombinerad måttlig och hög intensitet i minst 90 min/vecka (30 min, 3 dgr/v)						

Måttlig intensitet: 40–59 % VO_{2R}, RPE 12–13. Hög intensitet: 60–89% VO_{2R}, RPE 14–17. VO_{2R} = VO_{2max} · VO₂ i vila.

Referenser

1. Frankel HC, Han J, Li T, Qureshi AA. The Association Between Physical Activity and the Risk of Incident Psoriasis. *Archives of dermatology*. 2012;148(8):918–24.
2. Naldi L, Conti A, Cazzaniga S, Patrizi A, Pazzaglia M, Lanzoni A, et al. Diet and physical exercise in psoriasis: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*. 2014;170(3):634–42.
3. Bostoen J, Bracke S, De Keyser S, Lambert J. An educational programme for patients with psoriasis and atopic dermatitis: a prospective randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2012;167(5):1025–31.
4. Roger-Silva D, Natour J, Moreira E, Jennings F. A resistance exercise program improves functional capacity of patients with psoriatic arthritis: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol*. 2018;37(2):389–95.

Denna artikel är en sammanfattning av kapitlet "Fysisk aktivitet vid psoriasis" ur boken FYSS 2021.



Boken ges ut av Läkartidningen Förlag AB på uppdrag av YFA, Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet. Boken som är på 500 sidor finns att beställa på <https://shop.lakartidningen.se/butik/bocker/fyss-2021-reviderad-upplaga/>

Erfarenheter av Mohs kirurgi i Lund

Mohs kirurgi eller "Complete circumferential peripheral and deep margin assessment" utvecklades på 1930-talet av den amerikanske allmänkirurgen Fredric E Mohs. Metoden byggde då på fixation av vävnaden in vivo med zink-klorid i kombination med speciell utskärning, märkning, kartläggning och mikroskopisk verifiering av radikalitet. Med den svenska upptäckten av lokalbedövningsmedlet lidokain på 1940-talet och införandet av kryosnittning på 1950-talet blev metoden både enklare, snabbare och mer smärtfri varför den kom att användas allt mer framför allt i USA, Australien, Tyskland, Holland och Spanien. Till Sverige kom Mohs kirurgi i mitten av åttiotalet då metoden började användas på hudkliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

De stora fördelarna med Mohs kirurgi är att den möjliggör 100% kontroll av samtliga begränsningsytor och därmed säkerställer att tumören är fullständigt avlägsnad sam-

tidigt som tekniken är vävnadssparande då så mycket frisk vävnad som möjligt bevaras. Detta medför större valmöjligheter av rekonstruktiva metoder, vilket är av vikt i det

kosmetiskt känsliga ansiktet där majoriteten av de svåravgränsade tumörerna uppstår.

Frekvensen icke radikala excisioner vid svåravgränsade basaliom typ II–III i ansiktet ligger på mellan 20 och 50% vid konventionell kirurgi medan man vid Mohs kirurgi når så låga siffror som 1–3%. Det finns således stora fördelar med Mohs kirurgi såväl för patienten som för sjukvården.

I Lund började vi fundera över att införa Mohs kirurgi våren 2008. Katarina Lundqvist hade under många år arbetat halvtid på patologen och kunde dessutom kryo-



En av våra nya operationssalar.



Kryosnittning.

snittning. Jag själv hade mångårig gedigen kirurgisk erfarenhet och på vårt tidigare forskningslaboratorium, en våning upp från operationsrummen, stod ett fint mikroskop och en gammal kryostat som flera år tidigare hade köpts in för ett forskningsprojekt. Lokalerna användes sparsamt och som verksamhetschef kunde jag snabbt ta beslut om att dra igång verksamheten. Ingela Ahnlide på hudkliniken i Helsingborg, också hon med stor erfarenhet av dermatologisk kirurgi, kom snabbt med i planeringen. Vi kontaktade John Paoli i Göteborg och fick komma på ett mycket lärorikt studiebesök. Efter inköp av labbutrustning för preparering och färgning, iordningställdes Mohslabbet, samt i nära anslutning en mikroskoperingsplats. Hösten 2008 startade vi med att operera några mindre bålbasaliom med Mohsteknik.

Uppstarten gick mycket enklare än vad vi förväntat vilket gav oss råg i ryggen. Våren 2009 började vi köra Mohs kirurgi på regelbunden basis cirka en gång per månad. Jag och Ingela som operatörer och Katarina bedömde preparaten. En deltidsanställd BMA gjorde dessutom att vävnadsprepareringen nu gick fort och smidigt. Vi började med två patienter per tillfälle och hann operera 18 patienter första året. De första fem åren höll det sig kring 20-talet patienter per år av flera skäl. Vi hade bara två operationsrum och dessa var inte samlokaliserade med Mohslabbet. Vi hade också köer till konventionell kirurgi och ville inte få några undanträngningseffekter. De första åren, när ryktet spred sig i Södra sjukvårdsregionen, fick vi också många patienter med relativt stora tu-

mörer som opererats flera gånger tidigare vilket gjorde både kirurgin, diagnostiken och inte minst rekonstruktionerna svåra. Vi hade därför mycket strikta indikationer, i stort sett endast typ III basaliom, huvudsakligen recidivtumörer och lokaliserade på och runt näsa och ögonlock.

2015 skaffade vi ytterligare en kryostat och ökade till tre patienter per tillfälle. Uppföljningen av opererade patienter visade på mycket goda resultat varför vi kände oss mogna att effektivisera hanteringen på labbet. Samtliga läkare lärdes upp och sköter numera den mikroskopiska radikalitetsbedömningen helt själva. 2017 var vi uppe i 89 patienter och insåg att våra befintliga operationslokaler var för små, omoderna och svårarbetade. Antalet övriga operationer ökade också snabbt och skulle vi kunna expandera verksamheten så krävdes nya lokaler. Det gamla forskningslabbet stod oanvänt sedan forskningen flyttat till nya lokaler och efter två års projektering och byggnation stod en ny modern tumörmottagning färdig på bottenplan. En våning upp kunde vi ta i bruk en toppmodern operationsavdelning med tre rymliga salar med adekvat luftväxling, servicelokaler samt Mohslabb med två moderna kryostater och dubbla mikroskop, allt till en kostnad av 22 miljoner. I år har vi, med undantag för sommaruppehåll i stort sett opererat Mohs kirurgi varje torsdag, fem patienter per tillfälle och kommer att ha opererat över 200 tumörer med Mohs kirur-

gi under året. Under en Mohsdag tjänstgör 2–3 läkare, 3 operationssköterskor, en BMA och ett labbiträde. Vanligtvis opereras patienterna med 2–3 seanser och rekonstrueras samma dag. Nationella rekommendationer för Mohs kirurgi följs. Väntetid efter preoperativ bedömning ligger stabilt på 2–3 månader trots ett ökat inflöde av remisser från syd- och mellan-Sverige. Trots en ökande Mohsverksamhet har den tredje operationssalen medfört att även väntetiderna till konventionell kirurgi har minskat och ligger inom medicinsk prioritet.

Expansionen har också varit möjlig genom att fler kollegor introducerats i verksamheten. Undertecknad blev certifierad av European Society of Micrographic Surgery (ESMS) 2020 efter audit av John Paoli och i skrivande stund kommer Ingela Ahnlide också att certifieras. Åsa Ingvar och Karim Saleh står inom kort på tur att uppfylla certifieringskraven. Katarina Lundqvist som dragit ett stort lass med att bygga upp labbet och lära oss andra den svåra konsten att bedöma preparaten själva, står sedan på tur liksom Johan Kappelin från Helsingborgskliniken och med tiden Johan Palmgren från oss i Lund. Vår fantastiskt hängivna operations- och laboratoriepersonal är dock helt avgörande för att verksamheten ska fungera så effektivt och de klagar aldrig även om det ibland även innebär arbete långt ut på kvällen.

Ex vivo konfokalmikroskopi är en teknik



Mikroskopisk bedömning.



Studiebesök i Barcelona.

som sannolikt med tiden delvis kommer att ersätta kryosnittning, färgning och montering i samband med Mohs kirurgi. Därmed kommer hanteringen att bli enklare och snabbare. Vi beslöt oss därför för att 2019 göra ett studiebesök på dermatologiska kliniken på Universitat de Barcelona där Javiera Pérez Anker kört konfokalmikroskopi vid Mohs kirurgi i 2 års tid. Vi sökte och fick SSDV:s fortbildningsstipendium för några av oss och kliniken stod för resterande kostnader. Kari Nielsen och Fredrik Johansson från hudkliniken i Helsingborg som har det enda ex vivo konfokalmikroskopet i Skåne följde med och vi fick en tvådagarskurs i ex vivo-tekniken samt insyn i hur deras verksamhet fungerar. Vi besökte också Eduardo Nagore i Valencia som också han har erfarenhet av tekniken och stor Mohsverksamhet.

Det blev några mycket lärorika dagar samtidigt som vi fick bekräftat att vi, med endast 9 recidiv på 796 operationer, själva håller hög internationell standard både tekniskt och avseende rekonstruktionerna. Vi insåg att konfokalmikroskoptekniken fortfarande är ganska tidsödande och att man inte ens på dessa enheter vågar använda tekniken för definitiv radikalitetsbedömning utan då gör analys med konventionell kryoteknik före rekonstruktion. Vår slutsats blev att konfokalmikroskopin är kommande men att utrustningen fortfarande är för tungarbetad och långsam. Kostnaden på 2–3 miljoner är stor i relation till den mar-

ginella tidsvinsten jämfört med ett vältrimmat lab.

Det bästa med studiebesök är att man får se hur andra gör men man får också förklaring på saker man inte förstått som t.ex. varför man internationellt hinna med att operera så många patienter per dag med Mohsteknik. Det visade sig att man inte alls hann med att operera fler patienter än vi med konventionell Mohsteknik och rekonstruktion samma dag. Däremot opererade man flera med "fördröjd Mohs" d.v.s. man skar ut som vid sedvanlig Mohs kirurgi men sände preparatet fixerat i formalin till patologen för montering och snittning enligt Mohs. Patienten fick således komma tillbaka flera gånger under en till två veckor för att därefter vid fria marginaler bli rekonstruerad. Detta innebar också att immunfärgning kunde användas vilket gör det möjligt att även operera t.ex. lentigo maligna och skivepitelcancer. Denna teknik kommer vi inom kort att börja tillämpa även i Lund på utvalda patienter men det får vi återkomma till en annan gång.

Som slutord vill vi i Lund uppmana till att det skapas ett Mohs-centra per sjukvårdsregion. Behovet finns, det är ett extremt utvecklande och roligt teamarbete samt till stor nytta för patienterna. Åk på ett studiebesök, se om ni kan låna en BMA från patologen eller lära upp er egen personal i preparering, kryosnittning och färgning. Investera eller hör om patologen ska köpa nya kryostatater och ni kan få ta över en gammal. Börja i liten skala med lätta fall och hör om ni kan få lite back-

up från ÖNH, ögonkirurger, patologer och kanske plastikkirurger när det börjar bli lite svårare men ha som mål att ni ska klara både excisioner, bedömningar och rekonstruktioner själva med tiden. Dermatologiska kirurger kan!



Bertil Persson



Katarina Lundqvist

Överläkare
Hudkliniken
Skånes universitetssjukhus, Lund



Studiebesök hos Eduardo Nagore.

Annons

Annons

Rekommendation gällande tredje vaccindos mot SARS-CoV-2 vid immunosupprimerande behandling av inflammatoriska hudsjukdomar

Sedan 31 augusti 2021 har Folkhälsomyndigheten (FHM) rekommenderat en tredje dos av SARS-covid-19-vaccin till personer med kraftigt nedsatt immunförsvar vid immunosuppressiv behandling <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/information-for-dig-om-vaccinationen/information-om-covid-19-vaccin-till-personer-med-immunbrist/>

Kunskapsläget är bristfälligt men enligt rekommendationer från FHM samt i enlighet med rekommendationer från Svensk Reumatologisk Förening <https://svenskekreumatologi.se/wp-content/uploads/2021/09/210923-vagledning-for-vardpersonal-och-patienter-covid-1979.pdf> och Svensk Gastroenterologisk Förening <https://svenskgastroenterologi.se/wp-content/uploads/2021/09/sgf-rad-tredje-dos-vid-ibd-och-leversjukdom.pdf> anser vi att en påfyllnadsdos vaccin behöver patienter med autoimmuna sjukdomar som är under behandling med:

- Rituximab – behandling senaste året. Som tidigare gäller att vaccination vid denna behandling tidigast kan ges 4 månader efter behandling och att behandling kan upptas tidigast 2 veckor efter vaccination.
- Pågående behandling med cyklofosamid sedan årsskiftet 2020/2021.
- Långvarig behandling, > 2 veckor, med steroider motsvarande > 20 mg prednisolon.

Gällande patienter med kraftig immunosuppression i kombination med annan komorbiditet och med ökande ålder får man göra en individuell bedömning.

Baserat på existerande evidens är det graden av immunosuppression och inte själva sjukdomens svårighetsgrad som troligen påverkar svaret på vaccinationen.

Den extra dosen kan ges åtta veckor efter dos 2, eller senare. Intervallet efter dos 2 kan komma att ändras allteftersom kunskapsläget utvecklas.

30/9 2021

Amra Osmanovic
SSDV

Lena Lundeberg
NPO

Birgitta Stymne
NAG Psoriasis

Intressegruppen för psoriasis
inom SSDV



Nordsjösegelats gav perspektiv och ny energi till yrkesvardagen

Jag blev nyligen tillfrågad om jag ville dela med mig av mina senaste seglingsäventyr. Framför allt för att pigga upp i höstmörkret men kanske även inspirera och visa värdet av att lämna sin bekvämlighetszon.

Under mina 20 år som distriktsläkare har jag periodvis tagit tjänstledigt för att arbeta i andra länder. Både av nyfikenhet och då jag sett det som en utmaning men också för att tanka energi i hopp om att bättra orka med den ganska tunga arbetsvardagen. Jag har arbetat bland annat i Belfast, Homa Bay/Kenya, Norge och på Suduroy på Färöarna. Strax innan jag påbörjade min senaste resa, som ST-läkare i dermatovenereologi, tog jag tjänstledigt en tid för att segla. Nu var det inte en jobbresor men utmaningen var, förutom seglingen, att låta någon annan vara kapten! Det var en befrielse (oftast ...) att slippa ta viktiga beslut och ha det slutliga ansvaret.





Shetland.



Shetland.

På min kära Pers båt, en Swan 43 byggd 1970, surrade vi fast våra kajaker på däck och seglade runt Shetland, Orkney och Yttre Hebriderna. Ett par år senare utforskade vi även Färöarna. Shetland blev för oss båda vår favorit! Fantastiskt vackra naturhamnar att ankra i för att sedan paddla in i grottor eller längs mäktiga klippor där tusentals fåglar häckar bland annat havs- sulor, lunnefåglar och stormfåglar. Färöarna, med sina 18 öar, är lite mer karjt och svårare rent seglingsmässigt med starka tidvattenströmmar mellan öarna som kan skifta från 0–10 knop eller mer. Vinden

kan ena stunden vara helt stilla för att i nästa sekund rusa nedför bergsväggen eller accelerera i de ofta smala gatten mellan öarna. Tidvattnet var också en utmaning när man skulle ta sig i land med kajakerna och baxa dem uppför 4–5 meter höga tångberg.

Bilderna behöver knappast någon kommentar men en bragd, utanför Hebriderna, trodde vi först var en plastpåse som flöt på ytan men sedan visade det sig vara en fullständigt orädd ca 7–8 m lång valhaj som sög i sig plankton!



Ylva Lundquist

ST-läkare, Hudkliniken Helsingborgs lasarett



Tidvatten.



Färöarna.



Valhaj.

Annons

Annons

International short course on dermoscopy

Tack vare Fortbildningsstipendiet från Janssen-Cilag 2020 hade jag möjlighet att gå dermatoskopikursen ISCD – International short course on dermoscopy som arrangeras via Medicinska universitetet i Graz. På grund av covid-19 hölls kursen både på distans samt på plats. Jag deltog på distans under 5 dagar i juli 2021.

Kursen inleddes av Giuseppe Argenziano som berättade om dermatoskopialgoritmer som pattern analysis, 7-step approach, 3-step approach och slutligen elephant approach. Vidare innehöll kursen lysande föredrag av bland annat Iris Zalaudek, Peter Soyer, Aimilios Lallas och Harald Kittler. Föreläsningarna tog oss igenom diagnostik av hudtumörer, pigmenteringar i ansiktet, relationen mellan histopatologiska fynd och dermatoskopi samt inflammoskopi för att nämna några exempel.

Några take-home messages från kursen:

- Om man ser ulceration i en plan lesion är det mer sannolikt en basalscellscancer än ett melanom då ulceration inte ses i tidigt stadium i melanom utan i tjockare melanom.
- Det är svårt att diagnosticera lentigo maligna, eftersom karakteristiska tecken ofta kommer sent. Därför föreslog Dr. Lallas "the inverse approach". Det innebär att om man inte hittar tecken som tyder på pigmenterad aktinisk keratos (fjällning, vita rosetter, erytem) eller lentigo solaris /platt seborrhoidisk keratos (bruna parallella linjer, skarp avgränsning och milielikhande cystor) i en pigmenterad förändring i ansiktet ska man misstänka lentigo maligna och excidera eller ta en biopsi.

- Recidiv av ofullständigt borttaget nevus ses oftare hos yngre patienter och pigmenteringen sitter symmetriskt och i relation till ärrret, i kontrast till recidiv av melanom där patienterna är äldre och pigmenteringen ses i form av cirklar som sitter excentriskt och sträcker sig utanför ärrvävnaden.
- Genom att utföra "dry trichoscopy" (undersöka hårbotten och hår utan immersionsvätska) kan man lättare se vita hår och fjäll.

Sammantaget en lysande kurs med erfarna föredragshållare och en bred variation av ämnen. Tyvärr fick jag inte chansen att vara på plats och se universitetet, andas frisk alpluft och spela fotboll med kursledaren Professor Rainer Hofmann-Wellenhof. Kursen kommer att hållas igen den 12–16 Juli 2022 och rekommenderas varmt!



Anahita Ghorbani

ST-läkare

Diagnostiskt Centrum Hud, Stockholm



"Du musst Caligari werden"

Hudkirurgiska handlag går ofta sorgligt underanvända efter arbetstid, på samma sätt som dermatologin i stort alltför sällan får samverka med tysk expressionism. Men så äntligen faller höstmörkret allt tyngre kring knutarna och det blir återigen dags att slipa knivarna inför Halloween.

Få ser nog i dag doktor Caligari som någon förebild i läkarrollen. I den klassiska stumfilmen *Das Cabinet des Dr. Caligari* från 1920 anländer den vagt olycksbådande doktorn till den något skeva staden Holstenwall, som rustar för en munter marknad. Doktor Caligari för med sig den till synes livlöse sömngångaren Cesare som tillbringar sin tid i ett trångt kabinett, mer än lovligt påminnande om en likkista. På marknadskvällen demonstrerar doktorn utan uppenbara betänkligheter kring patientsekretess det säregna fallet för betalande publik. När doktor Caligari befallt sömngångaren att vakna ur sin mörka natt uppmannas publiken ställa frågor till den stelt stirrande Cesare, som sägs kunna se framtiden. En aningslös besökare vill veta hur länge han kommer leva och snart irrar filmen allt djupare i en expressionistisk labyrint av mardrömslik arkitektur, långa skuggor, mörka hemligheter, skräck, chockerande upptäckter, dramatiskt överspel, vansinne och ond, bråd död.

Man kunde tycka att *Das Cabinet des Dr. Caligari* i Halloweentider borde vara en oantastlig helgklassiker för hela familjen, ungefär som *Sagan om Karl-Bertil Jonssons julafton*. Då så nu ändå inte tycks vara fallet tog jag mig för att med trygga dermatologiska arbetsredskap till hands åtminstone föreviga en scen ur filmen på en pumpa.

Efter att ha skissat upp motivet på ett smörgåspapper pickades linjerna över till pumpans skal med en tunn, vass syl. Även om just detta verktyg är mindre vanligt i hudkirurgiska sammanhang tog därefter mer bekanta instrument vid. Med hjälp av en skalpell, en 2 respektive 4 mm ringcurette samt en 3 mm hudstans skapades skiftningar mellan ljus och mörker genom åtskilda, utmejslade skikt. På ett mer övergripande dermatologiskt plan kan även den tålmodighet och outtröttliga dragning till detaljer som präglar speci-

teten ha spelat viss roll. Arbetet tog också sin tid men pumpan kom utanför dörren lagom till skymningen, även om det måste sägas att motivet tycktes gå åtskilliga små uppladda, godissugna dörrknackare över huvudet.

Att försöka föreviga något på en pumpa borde förstås vara erkänd dårskap. Förruttnelsen tar fart vid det första snittet varför eventuell skaparglädje går hand i hand med förgängelsen. Glada amatörer bör gissningsvis använda begrepp som *Auto-destructive art* varsamt men principen låter snarlik. En kollega liknade dilemmat vid den konstillation där guldfiskar simmade runt i varsin mixer, fullt möjlig att dra igång för den som kände sig manad. Sant är väl att varken Halloweenpumpor eller hushållsapparaters vila varar för evigt och redan nu är resultatet av mitt karvande närmast att likställa med guldfisksoppa.

Med detta sagt skulle jag inte avråda någon från liknande höstliga, dermatologiska färdighetsövningar om andan faller på. Rent hantverksmässigt kändes arbetet med pumpan minst lika givande som mer beprövade varianter i stil med suturerade skumförband, kryobehandlade apelsiner och curetterade grisfötter. Vad ett gäng slitstarka kandidater skulle kunna åstadkomma under omsorgsfull handledning tål också att tänkas på. Och jämfört med vissa andra kreativa hugskott riskerar man väl heller inte hemsökas av osali-

ga guldfiskandar eller deras likar framöver.

Fast vem kan väl egentligen säga något om framtiden?



Petter Bengtsson

Specialistläkare

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro



SSDV:s ST-pris 2022

- SSDV vill uppmärksamma ST-läkarnas kvalitets- och vetenskapliga arbeten. SSDV uppmuntrar alla ST-läkare som har genomfört sina arbeten att lämna in dessa till SSDV. En bedömningskommitté kommer att utse 4 arbeten (2 kvalitetsarbeten och 2 vetenskapliga arbeten) som belönas med SSDV:s ST-pris (ett personligt pris på 5 000 SEK per ST-läkare). I priset ingår även betald kongressavgift till NCDV i Köpenhamn 2022. Belönade arbeten kommer att presenteras i samband med SSDV:s årsmöte vid NCDV och publiceras som referat i medlemstidningen D&V.

- ST-läkare och nyblivna specialister som erhållit specialistbevis

under 2021 är välkomna att söka SSDV:s ST-pris för vetenskapligt arbete och för kvalitetsarbete som utförts under ST. Arbetet skall vara tänkt att användas eller har bifogats i specialistansökan. Man måste vara medlem i SSDV. Ansökan bör innehålla en kopia av arbetet och curriculum vitae inklusive kontaktuppgifter (namn, adress, mail, telefonnummer) och skickas in elektroniskt till SSDV:s kansli (info@ssdv.se).

Sista ansökningsdatum är den 1 januari 2022.
Maria Haraldsson, Utbildningsansvarig SSDV

Mer info via ssdv.se – Stipendier – SSDV:s ST-pris

Välkommen att söka DCH-stipendiet 2022

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

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

Sista ansökningsdag: 1 mars 2022.

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



SSDV:s ST-läkarstipendium för deltagande vid NCDV 2022

SSDV kommer att utdela 6 st stipendier till ST-läkare täckande kongressavgiften early bird-registrering för deltagande vid NCDV i Köpenhamn 2022.

Krav:

- ST-läkare
- Medlem i SSDV med betald medlemsavgift för innevarande år
- Max en ST-läkare från en och samma klinik
- Intyg från huvudman att man får åka

Stipendierna utdelas enligt lottningsförfarande och max ett per klinik. Ett krav är att den sökande ej tilldelats stipendiet tidigare.

Ansökan skickas till info@ssdv.se senast den 15 januari 2022 och skall innehålla namn, medlemsnummer och CV.

Information angående vilka som får stipendiet kommer att meddelas senast den 25 januari. Utbetalning sker i efterhand via faktura från den klinik där ST-läkaren är anställd. Vid eventuella frågor kontakta utbildningsansvarig Maria Haraldsson: maria.haraldsson@vgregion.se



SSDV kommer åter att skicka ut Hudläkarenkäten till alla verksamhetschefer på privata och offentliga enheter under v.4 2022. Om din enhet inte får enkäten kontakta SSDV:s kansli på info@ssdv.se.



Stipendium för deltagande i NCDV med abstract

SSDV kommer tillsammans med NDA att erbjuda 10 st stipendier för yngre forskare som vill presentera poster eller muntlig framställning på NCDV i Köpenhamn den 19-22 april 2022. Stipendiet är på 7000 kronor och är avsett som ett bidrag till kongressavgift, och/eller resa och boende.

Vem kan söka: ST-läkare eller specialister, dermatologer tidigt i forskningskarriären, d.v.s. ännu ej disputerat allt gjort det efter 1 januari 2020.

Hur söker man: Skicka in din ansökan till info@ssdv.se tillsammans med ditt CV och ditt abstract som du vill presente-

ra på kongressen. Glöm inte att ange om det är poster eller muntlig presentation.

Deadline: 20 januari 2022.

Adress: Skickas in till info@ssdv.se

Beslut: Beslut ges senast den 10 februari 2022 (early bird registrering måste ske senast den 20 februari).

Se information om kongressen här: <https://ncdv2022.org/>

Bästa kollegor!

Vi vill härmed påminna er som är medlemmar i EADV att deadline för att betala in medlemsavgiften har flyttats från 31 maj till **31 januari 2022**. Om ni missade mailet om detta från EADV så kan ni närsomhelst logga in på hemsidan för att betala årsavgiften direkt. Mer information hittar ni på <https://www.eadv.org/article/399>.

För er som ännu inte är medlemmar i EADV kan vi varmt rekommendera detta. Några av fördelarna med att vara EADV-medlem är:

- Stora rabatter på kongressavgifterna för 17th EADV Spring symposium i Ljubljana, Slovenien (12-14 maj 2022) och 31st EADV Congress i Milano, Italien (7-11 september 2022)
- Gratis tillgång till JEADV
- Gratis tillgång till flera av de viktigaste dermatologitidskrifterna (<https://eadv.org/cms-admin/showfile/journals.pdf>)
- Gratis tillgång till flera dermatologiböcker (https://eadv.org/cms-admin/showfile/textbooks_10-02-2021-11-57-54.pdf).



- Medlemstidningen EADV News
- Utbildningar online (<https://eadv.org/article/359>)
- Utbildningar "face-to-face" (<https://eadv.org/article/357>)
- Möjligheten att ansöka om "fellowships" och stipendier (<https://www.eadv.org/article/396>)
- Möjlighet att delta i "EADV Leadership Development Initiative" (<https://eadv.org/article/365>)
- Podcasts m.m.

Medlemsavgiften är bara €150/år för specialister och €75/år för dig som är <35 år eller >65 år. Du kan ansöka om medlemskap via denna länk: <https://www.eadv.org/article/396>.

Bästa hälsningar,
John Paoli & Oscar Zaar, Svenska representanter i EADV Board

SAVE THE DATE

The 35th Nordic Congress of Dermatology & Venereology
NCDV 2022

April 19-22 2022

Copenhagen | Denmark

NDA

NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION

www.ncdv2022.org

Välkomna att nominera personer till Hedersmedlem samt till Pedagogiskt pris 2022

Välkomna att nominera personer till Hedersmedlem samt till Pedagogiskt pris 2022. Vi tar tacksamt emot förslag på Hedersmedlem samt kandidater till Pedagogiskt pris 2022. Lämna motiveringar till era nomineringar. Nomineringarna skall vara oss tillhanda senast 31 januari 2022 och skickas till info@ssdv.se. Beslut tas av SSDV:s styrelse. Diplom i båda dessa kategorier utdelas vid SSDV:s årsmöte i samband med NCDV i Köpenhamn 2022.



Välkommen till SSDV:s årsmöte 20 april 2022 i Köpenhamn.



Dermatoskopiquiz

I detta nummer ber jag er bedöma nedanstående lesion på tumnageln hos en 45-årig kvinna. Den hade funnits i flera år utan att patienten noterat vare sig tillväxt eller symtom.

Skicka gärna era förslag på diagnos via mail till:
john.paoli@vgregion.se.

Facit får ni som vanligt i nästa nummer av Dermatologi & Venereologi. Där publiceras även namnen på de skickliga dermatoskopister som svarar rätt på detta quiz.

Bästa hälsningar

John Paoli

Professor,
Sahlgrenska akademien,
Göteborgs universitet



Dermatoskopiquiz – lösning

Lösning på Dermatoskopiquiz från nr 27 • 3/2021

Facit:

I förra numret av D&V fick ni bedöma nedanstående lesion på kinden hos en 55-årig kvinna.

Här observerades svåravgränsade vita sklerotiska plaque med arboriserande kärl och lite hyperkeratos centralt. Till vänster sågs två mindre områden med typiska vitgula "clods"/"globules" omringade av "crown vessels". Första tanken var därför en kollision av högaggressiv basalcellscancer med talgkörtelhyperplasier men PAD bekräftade att det var ett **mikrocystiskt adnexalt karcinom**.

Det finns få publicerade fallrapporter på de dermatoskopiska fynden vid mikrocystiskt adnexalt karcinom men vita strukturlösa områden och arboriserande kärl verkar vara vanliga fynd. Det faktum att talg-

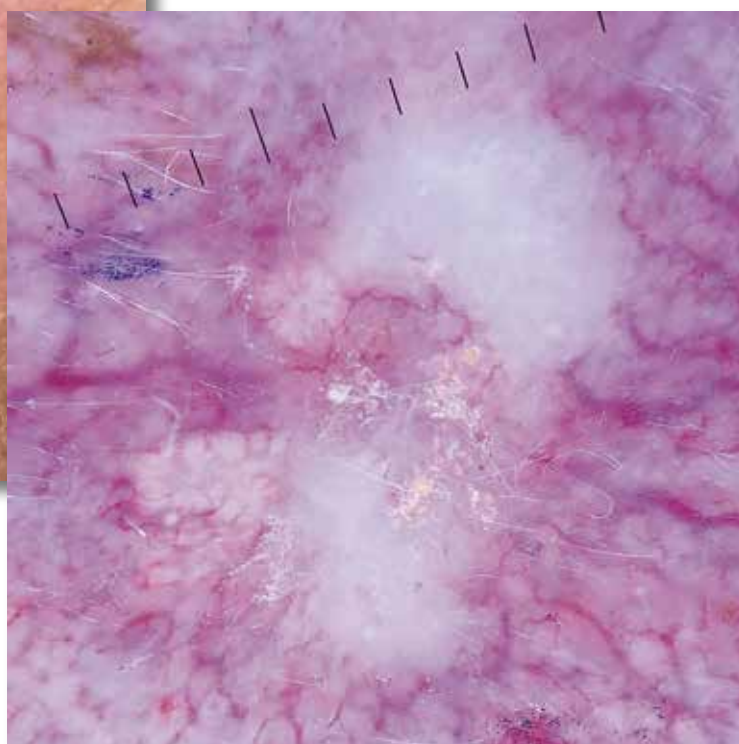
körtelstrukturerna kunde ses i detta fall speglar möjligtvis det adnexala ursprunget av tumören.

Dessvärre var det ingen som skickade in korrekt svar på detta fall men stort tack till alla som gav det ett försök!



John Paoli

Professor, Sahlgrenska akademin,
Göteborgs universitet



SSDV:s styrelse


Ordförande

Amra Osancevic
(Göteborg)


Utbildningsansvarig

Maria Haraldsson
(Skövde)


**Utbildningsansvarig,
suppleant**

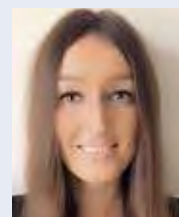
Andrea Wahlberg
(Sundsvall)


Vice ordförande

Anna Josefson
(Örebro)


ST-representant

Malin Krantz
(Helsingborg)


**ST-representant,
suppleant**

Tanja Gavric
(Halmstad)


Sekreterare

Susanna Sandberg
(Karlstad)


Ledamot 1

Lena Holm
(Stockholm)


Ledamot 1, suppleant

Tore Särnhult
(Kungsbacka)


Skattmästare

Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Göteborg)


Ledamot 2

(repr. venerologi)
Arne Wikström
(Stockholm)


Ledamot 2, suppleant

Petra Tunbäck
(Göteborg)


Redaktör

Josefin Ulriksdotter
(Helsingborg)



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

Ordinarie: Amra Osancevic (Göteborg)

Anna Josefson (Örebro)

Arne Wikström (Stockholm)

Suppleanter: Susanna Sandberg,

Josefin Ulriksdotter, Malin Krantz

Representanter
för Nationella taxan

Ragnar Jonell (Göteborg)

Mårten Walhammar (Göteborg)

Valberedning

Virginia Zazo (Umeå)

Sammankallande

Anna Bergström (Uppsala)

Karim Saleh (Lund)

Ansvarig för hemsidan:

Josefin Ulriksdotter (Helsingborg)

SSDV:s kalender 2022

Utbildningsdag om könsdysfori och nyheter inom STI

2022-01-28

Läkarsällskapet, Stockholm

ST-kurs i Diagnostik och behandling av Hudtumörer

2022-01-31 - 2022-02-04

Göteborg

SSDV:s Sydsvenska möte

2022-03-09

Hudkliniken, Skånes Universitetssjukhus Lund

AAD Annual Meeting

2022-03-25 - 2022-03-29

Boston, USA

SSAMD:s Yrkesdag och årsmöte

2022-04-26

Malmö

3rd ESMS Mohs Surgery Course:

- **New date!**

2022-05-27 - 2022-05-28

Madrid, Spain

AAD Summer Meeting

2022-07-21 - 2022-07-24

Vancouver, Kanada

PDF:s Årsmöte

2022-08-25 - 2022-08-27

Lundsbrunn Resort och Spa

ST-kursen i arbets- och miljödermatologi

2022-11-07 - 2022-11-10

Malmö

Utgivningsplan 2022:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 29	14 februari	6 april
Nr. 30	2 maj	22 juni
Nr. 31	22 augusti	12 oktober
Nr. 32	31 oktober	21 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

Annons

Annons