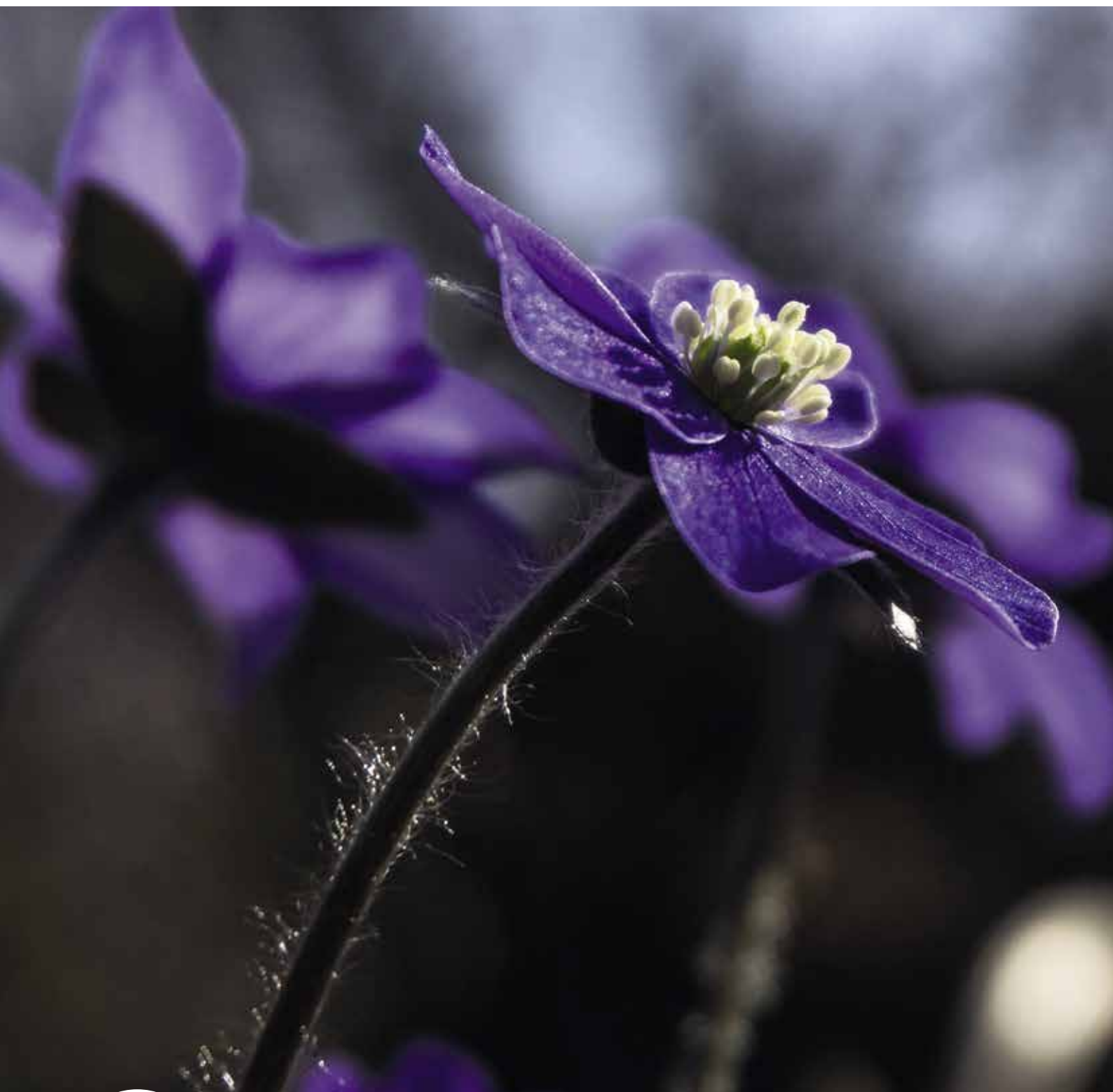


DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 29 • 1/2022



www.ssdv.se

**Könsdysfori och nyheter inom venereologi • Uppdaterade riktlinjer
Nationella ST-träffen • Ny redaktör • Dermatoskopiquiz
Reseberättelse från Kapstaden • PsoReg:s årsrapport 2021**

Annons



Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
SSD: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 Steczko Nilsson
christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Petter Bengtsson
petter-bo-olof.bengtsson@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:

Vacker vårbild.

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
Uppdaterade riktlinjer handeksem.....	4
SVGD:s utbildningsdag.....	7
Uppdaterade STI-riktlinjer.....	10
Nationella ST-träffen.....	15
EU-tentan.....	20
Riktlinjer för handläggning av primär hyperhidros.....	22
PsoReg:s årsrapport 2021.....	27
Hittahudcancer.....	52
PDF:s årsmöte.....	55
Sammanhållet vårdförlopp och patientutbildning psoriasis.....	56
En vanlig dag på en hudklinik i Kapstaden.....	58
Hudteckningar.....	60
Dermatoskopi quiz.....	61
Dermatoskopi quiz - Lösning.....	62
SSDV:s styrelse.....	63
Kalender 2022.....	64

Dermatologen på ärten

I bland kan man fråga sig om man verkligen är en riktig dermatolog.

För något år sedan flyttade vi till ett nybygge på sjukhusområdet. Inget ont sagt om våra gamla lokaler, särskilt som det övergivna huset ännu blickar dystert förebrående mot oss. Om inte annat märktes den återhållsamma värdighet endast tidens tand medger, där forna dagars prakt och estetik syntes i fina detaljer som brandgula karmar kring mörkt brunlackerade dörrar. Underhållet var också något eftersatt då det mesta förväntades ordna sig i det nya huset. Som ett järtecken svepte regionens konsthandläggare (pluralis) plötsligt in för att med hänvisning till kommande flytt konfiskera klinikens tavel-samling men annars fick saker bestå, utöver den dag då måla-re lika oannonserat dök upp för att kväsa de karaktärsfulla dörrkarmarna under tjock, kommunalgrå färg.

Men nog om det förflutna. Som en av många nymodigheter sedan flytten finns i nu källarvåningen gemensamma omklädningsrum för husets personal. Det rör sig om nogsamt utformade utrymmen, där våra sandaler om morgonen väntar bakom inte mindre än fyra kodlås och kortläsare. Därtill får man i myllret chansen att träffa på såväl andra personalkategorier som kollegor från kliniker som Ögon, Plastikkirurgien samt ÖNH. Vid tillfällen har till och med enstaka ortopediker siktats.

Fast en fråga gnager. Var finns dermatologerna? Omklädningsrummen ritades i förpandemiska tider och utsikterna att hörsamma Folkhälsomyndighetens rekommendationer om ansvarsfulla avstånd kändes tämligen klena bland tio smala skåp inklämda på tre kvadratmeter. Men trängsel uppstod aldrig i det dermatologiska hörnet. Kollega efter kollega återupptog snart vanan att i ensamhet byta om i våra rum uppe på kliniken. Det gamla huset bjöd inte mycket till alternativ, men vad kunde vara orsaken nu?

Olika förklaringar har hörts i personalrummet. Vissa menar att omklädningsrummet blir en omväg på morgonen, andra anser snarare att det är en omväg efter arbetsdagens slut medan åter andra mest finner det krångligt i största allmänhet. Man kan möjligen undra hur kolle-

gor från andra kliniker helt tycks förbise dessa tillkortakommanden. Är sådan medvetenhet endast dermatologer förunnad? Och en mer besvärande fråga: är den förmodade dermatolog som glatt använder omklädningsrummet i så fall skamligen avslöjad, likt den falska prinsessa som aningslöst snusar på en ärta?

Nog finns föreställningar om att dermatologen utmärker sig som specialitet. När ÖNH-kollegan på måndagens multidisciplinära konferens beklagar sig över sin helgjour kan något av en pinsam tystnad lägga sig om man fyller på med anekdoter från egna bakjournspass. Kandidater kan kommentera hur lugnt och skönt vi verkar ha det, medan en randande infektionsläkare tyckte stämningen på kliniken rent av fick korridorerna att påminna om en spa-anläggning. Kan tanken att dermatologer möjligen är ett bekvämt släkte tänkas?

Men nej, det vore en befängd generalisering att göra utifrån en förfluten tanke i ett omklädningsrum. En rimligare tolkning av situationen är förstås att dermatologer är öppensinnade normbrytare, lite piggt oförutsägbara och mindre benägna att utan vidare foga sig i fällan. Och om inte subversiva, så i varje fall lite djärva i vårt fristänkande?

Nämnde jag förresten att våra rum har glasväggar ut mot den administrativa korridoren?

★

Ovanstående text kan innehålla spår av överdrifter.



Petter Bengtsson

Redaktör

petter-bo-olof.bengtsson@regionorebrolan.se

Annons

Bästa läsare,



Det har blivit 2022 och vi är fortfarande påverkade av covid-19-situationen på våra kliniker, i våra umgängeskretsar och i samhället men ändå med en förhoppning om att så många som möjligt blir vaccinerade och att risken för insjuknande och smittspridning därmed minskar. WHO förutspår ett avslut av pandemin i år OM alla i befolkningen låter sig vaccineras. Vi får verkligen göra vårt yttersta för att få kontroll över sjukdomen så att pandemin äntligen upphör. Det går inte att skriva något förord utan att nämna covid-19 som ett hot mot allt vi gör, planerar och engagerar oss i.

SARS-CoV-2-pandemin har haft en betydande inverkan på vår dermatologiska praxis, bl.a. genom den markanta minskningen av personliga konsultationer till förmån för teledermatologi samt det direkta engagemanget av hudläkare i covid-19-vården. Osäkerheten kring vaccinskyddet hos patienter med vanliga inflammatoriska sjuk-

domar som t.ex. psoriasis eller atopisk dermatit som får immunsuppressiva/immunmodulerande systemiska terapier kvarstår och mer forskning behövs. Det är ännu inte känt om hudskador och rubbningar i hudbarriären kan göra det lättare för SARS-CoV-2 att överföras via indirekt kontakt och det återstår att definiera om specifika slemhinne- eller hudskador är associerade med covid-19-infektion. Det vi har lärt oss är att SARS-CoV-2 är en ny, mycket smittsam patogen för människor och som kan spridas snabbt och orsaka enorma hälsomässiga, ekonomiska och samhälleliga effekter. Konsekvenserna kan fortsätta långt efter att pandemin upphört vilket kan leda till nya hanteringsmetoder inom dermatologin. Det är viktigt att vi drar lärdomar av våra nya erfarenheter då dessa kan hjälpa oss så att vi lättare klarar av stora samhällsförändringar i framtiden.

Den lärdom vi också måste ta med oss är att människoliv är det viktigaste vi har och att den materialistiska synen på vår tillvaro inte får gå före de humanitära och människocentrerade principer som ligger närmare vårt yrkesval.

Nu stiger vi in i perioden då ljusstimmarna ökar, solen kommer att lysa starkare och vårkänslan infinner sig när naturen vaknar på nytt med nya skott i träden och nya blommor från den fuktiga, fortfarande snötäckta jorden. Våren har alltid associerats med en ny början. Parallellt med allt som händer i naturen har vi i vårt sikte många utbildnings- och mötestillfällen som NCDV i Köpenhamn där SSDV:s årsmöte är inorporerat, EADV, AAD m.fl. ämnesspecifika träffar. Dessa tillfällen boostar våra kunskapsreserver som kommer att omsättas och användas i vår vardag till nytta för människor vi får möjlighet att möta, bedöma, behandla, bota och hjälpa.

Samtidigt får vi inte glömma vikten av att hålla oss själva i en hygglig form med så bra balans som möjligt. Tidigare forskning har visat att fysisk aktivitet kan minska risken för bland annat depression men nya studier tyder på att motion också är ett lovande recept mot ångest (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721010739?via%3Dihub>). Att motionera lite lagom räcker för att minska sin ångest. Man ska heller inte glömma alla andra hälsosamma effekter vi får av fysisk aktivitet. Därför, kära kolleger och medarbetare, glöm inte att satsa på rörelse och fysisk aktivitet vars effekter förstärks av naturen genom de nya solstrålarna och vindarna runt omkring er.

Er Amra



Amra Osmanovic

Ordförande SSDV

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

Uppdaterade riktlinjer för handläggning av handeksem

SSDV:s riktlinjer för handläggning av handeksem är uppdaterade och finns på hemsidan (www.ssdv.se). I denna senaste version fokuseras på ett snabbare omhändertagande för att minska risken för kroniskt handeksem. Behovet av lapptestning lyfts samt att systembehandling övervägs på ett relativt tidigt stadium i svårbehandlade fall. Ska vårdkedjan fungera behövs också att primärvården är medveten om dessa tankegångar och det är en fråga som förmedlats till kunskapsorganisationen.

Åke Svensson

Överläkare, Hudkliniken Skånes universitetssjukhus, Malmö

Övriga författare till riktlinjerna:

Nils Hamnerius, Anna Josefson, Magnus Lindberg, Berndt Stenberg

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

Könsdysfori och nyheter inom venereologi

Två år efter den senaste utbildningsdagen var det dags för Sektionen för Venereologi och Genital Dermatologis (SVGD:s) årliga utbildningsdag. Fortfarande fast i pandemi och restriktioner, fick de 172 deltagarna logga in på hem- och arbetsdatorer för ett fullspäckt schema om könsdysfori och STI-nyheter, som styrdes från Göteborg av ordförande Arne Wikström och sekreterare Sinja Kristiansen.

Om en behandlingsutveckling som varit patientstyrd sedan 40-talet

Mats Holmberg, endokrinolog på ANOVA, Stockholm började dagen med att berätta för oss om endokrinologisk behandling vid könsdysfori. Ett tillstånd som i sig inte är en endokrinologisk diagnos, men ändå med endokrinologisk behandling som drivs av patientens önskan. Behandling av barn och unga med könsdysfori är ett omdiskuterat ämne med stor åsiktsskillnad inom professionen. Här delas behandlingen in i att blockera puberteten, och i könskonträr behandling.

Att blockera puberteten har genomförts i över 40 år på andra patientgrupper och anses säkert på kort och lång sikt. Fysiologiskt så aktiveras könshormoner via pulsativt tillflöde av hormonet GnRH, medan ett kontinuerligt flöde istället leder till en könsormonblockering. Detta utnyttjas vid behandling då GnRH-analoger tillförs kontinuerligt. Behandling påbörjas helst tidigt i puberteten, men vanligast är att det sker runt 16 års ålder, dock skall blockeringen underlätta för patienten även då. Vid könskonträr behandling är målet att efterlikna den fysiologiska hormonprofilen av det tilltänkta könet i största möjliga mån, och det är även den typ av behandling som ges till vuxna. Förutsättningen för behandlingen är att alla har samma receptorer för könshormon, det är hormonerna i sig som styr.

Maskuliniserande behandling sker oftast med testosteron i form av gel eller injektioner, sällan med det mer potenta dihydroxytestosteron. Ibland behövs även tillförsel av GnRH-analog för att stoppa menstruation. Snabbast att svara på behandlingen är hjärnan, där rör det sig om timmar-dagar, och

därefter följer effekter på bland annat hud, genitalier, hårväxt, röst, fettfördelning och menstruation som utvecklas över varierande tid. Röstpåverkan och klitorisstillväxt är de effekter som är irreversibla.

Femininiserande behandling är något mer komplicerad. Eftersom östrogen i de flesta fall inte blockerar testosteron, behövs en antiandrogen som komplement till en oftast topiskt administrerad östrogenbehandling. Behandlingen påverkar samma organsystem som den maskuliniserande behandlingen, med bröstutveckling som irreversibel effekt. För den femininiserande behandlingen är det svårare att hitta rätt dos, och det krävs tätare uppföljningar tills en bra nivå hittas. Risker med behandlingen följs upp vid åter-

besök och man ser en ökad förekomst av kroniska sjukdomar i populationen. I övrigt utgörs de stora riskerna för transpersoner av diskriminering o.s.v.

När någonting skaver

Sedan fick vi lära oss om utredning och den diagnostiska processen vid könsdysfori av **Cecilia Dhejne**, psykiatriker på ANOVA Stockholm. Könskongruens innebär att alla de aspekter som är kopplade till ett specifikt kön överensstämmer, men ibland gör dessa inte det. När denna inkongruens blir ett lidande så pratar vi om könsdysfori. Åtgärder för detta är en könsbekräftande behandling hormonellt och kirurgiskt samt byte av juridiskt kön.



Sinja Kristiansen och Arne Wikström styrde utbildningsdagen från Göteborg.

Utredning i Sverige idag genomförs på 6–8 ställen, med och utan remiss tvång där väntetiden varierar mellan sex månader och två år. Om utredningen leder fram till diagnos kan remiss skickas för könsbekräftande behandling. I nuläget får man efter två år ansöka hos rättsliga rådet för att få godkännande för underlivskirurgi och stämbandskirurgi. Utredningen är standardiserad men individanpassad och genomförs via multidisciplinärt team. Den går ut på att säkerställa diagnos, utesluta andra förklaringar, bedöma om behandling går att genomföra eller om exempelvis vikttnedgång är nödvändig, bedöma övrig hälsa, vilka behandlingar som behövs samt för- och nackdelar med dessa. På ANOVA leder utredning till att 75% får en diagnos och 60% fastställer ett nytt juridiskt kön. Vid grav psykiatrisk samsjuklighet kan denna behöva behandlas först.

Psykisk ohälsa är vanligt i denna grupp, dock är det viktigt att tänka på att detta inte gäller alla. 15% har en samtidig autism vilket behöver särskilt beaktas och utredningen tar då oftast längre tid. I denna grupp ses en påtagligt förhöjd suicidrisk, vilken troligen är multifaktoriell. Det är även viktigt att ha i åtanke att det inom patientgruppen är vanligt med ett lågt förtroende för vården. Det vi kan tänka på är att exempelvis ropa upp med efternamn, fråga om vilket pronomen och vilken benämning av genitalia personen föredrar samt reflektera över könsstereotypa och binära lokaler och broschyrer på våra mottagningar.

Blir behandlingen bra då? Inte perfekt, men den leder till ökad kongruens vilket tar bort den psykiska ohälsa som beror på inkongruensen. Behandlingen har dock ingen effekt på annan ohälsa. Detransitionering, d.v.s. att man avbryter eller ångrar den transition från ett kön till ett annat som man har påbörjat eller genomgått, förekommer. I föreliggande studier ligger prevalensen på 0,6–2,2% där flera olika anledningar anges. Könsdysforiprevalensen ökar globalt, orsaken är ännu inte klarlagd men det rör sig troligen om en blandning av flera faktorer.

I den kommande svenska översättningen av nya ICD-11 har aktuella diagnoser flyttats från psykiatrikapitlet till sexuell hälsa. Framöver väntas även ett lagförslag på remiss för mer självbestämmanderätt avseende lagen som styr byte av juridiskt kön.

Neokonstruktion

Vi gick vidare till kirurgisk könsbekräftande behandling där **Antti Mikkola**, plastikkirurg på Karolinska Solna berättade om ett fält med många utmaningar och impone-

Syfilisdiagnoser per år, Venhälsan 2000–2021



rande lösningar som kirurgiskt rör sig om en neokonstruktion snarare än rekonstruktion. Vi måste damma av embryogenes kunskaperna och minnas att genitalier av alla sorter har ett gemensamt ursprung, vilket utnyttjas vid könsbekräftande genital kirurgi för att vävnadsmässigt skapa "lika med lika", ett ollon kan bli en klitoris, skrotum till labia och svällkroppar kan bygga upp en klitoris-stam. Det är ändå viktigt med realistiska förväntningar avseende resultat innan operation.

En del av den feminiserande kirurgin är att skapa en neovagina från penis och skrotum, där mer hud ger bättre förutsättningar för ett bra resultat. Gravid förenklat töms penis, vänds ut och in i en ny kanal som skapas och ollonet blir en klitoris. Bilder visades på fina resultat och 86% upplever en god sensorik och orgasmförmåga efter operation. Vaginalöppningen består postoperativt inte av slemhinna utan av keratiniserad hud, med behov av glidmedel och dilatation med stavtränning. Kanske kommer framtiden bringa neovaginer med slemhinna som skördas från sigmoideum eller peritoneum? Brösthörstoring kan också genomföras som del av feminiserande kirurgi efter 2 års hormonbehandling om behov finns.

Maskuliniserande kirurgi innefattar mas-

tektomi och maskulinisering av bröstorg, hysterektomi (+/- ovarier) och olika sorter underlivskirurgi. Maskuliniserande underlivskirurgi är tekniskt svårare och inte heller något som alla önskar. En penis skapas antingen av existerande genital vävnad, vilket begränsas av vävnadsmängd, eller av lambåalternativ från andra delar av kroppen där radialisområdet är gold standard. I efterföljande seanser kan erektions- och testisimplantat också opereras in, där vi även här fick se bilder på goda resultat.

Nytt inom STI?

Efter en ensam lunch där hemma var det dags för **Lars Falk**, numera pensionerad dermatovenereolog, region Östergötland, att berätta om nyheter inom STI. Gonorré har mött en dipp under pandemin men har annars ett generellt stigande prevalensmönster. Diagnostik sker via NAAT-test från urin, svalg, rektum, vagina och cervix, men vid misstänkt eller bekräftad gc-smitta är det odling som gäller för att typa diplokokken och resistensbestämma. Än så länge har vi inte sett resistens mot våra vanligaste behandlingar ceftriaxon och spektinomycin i Sverige men det är viktigt att monitorera smittan, och kontrolltesta efter given behandling.

Klamydia har ökat successivt sedan -93

Post-pandemisk begrundan

Tänk när vi kan lämna coronan därhän,
med vaccinet, och stryka "spiken" från listan –
då det finns plats för skräl och för skrån
och att åter tända den vilande gnistan,
att få skifta från masker, visiret, spriten
och avstånd som bärande roll –
till lusten, närhet och inviten
om än under preventiv koll.
Annars, visar historiens lopp,
skjuter STI:n dessvärre i topp!

Text: Per Anders Mjörnberg

men stabiliserats efter peaken -07. Även här används NAAT-provtagning med hög känslighet. Behandlingsregimen för en klamydia-infektion har uppdaterats till doxycyklin 100 mg 1x2 i 7 dagar. Vid positiva klamydiaprov rektalt hos män skickas provet vidare till Mikrobiologiska laboratoriet, Akademiska sjukhuset i Uppsala för LGV-analys.

Mycoplasma genitalium är ett växande behandlingsbekymmer, då nästan 50% uppvisar makrolidresistens i många länder och i Sverige 15-20% än så länge. Positiva svar skall alltid makrolidresistensbestämmas och azitromycin är förstahandsbehandling om detta ej påvisas. Doxycyklinbehandling i klamydiadosering kan minska bakteriebördan men leder till utläkning i bara 40% av fallen. Det kan eventuellt vara fördelaktigt med doxycyklin som förbehandling. Vid makrolidresistens är första linjens behandling moxifloxacin och även där kan förbehandling med doxycyklin vara positivt. Än så länge får prover för kinolonresistensbestämning skickas till Köpenhamn och om detta påvisas ges i första hand pristinamycin. Behandlingskontroll diskuteras men skall definitivt genomföras vid kvarvarande symptom och tidigast efter fyra veckor. Ospecifik uretrit/cervicit behandlas i första hand med doxycyklin.

Om syfilisbad och PrEP

Finn Filén från Venhälsan i Stockholm tog

över och berättade om det uppmärksammade "syfilisbadet" som vi nog många kan känna igen oss i. På Venhälsan har de sett en ökning av antalet syfilisfall under de senaste tio åren med en kraftig uppgång under 2021 i MSM-gruppen. En kombination av faktorer lär ligga bakom denna ökning: minskad oro för HIV, minskat kondomanvändande, ökat antal partners, anonyma kontakter, appanvändande och lurigheten spirocheten själv med mycket symptomfri smitta och svårigheter vid diagnostik. Att det kan ta upp till tre månader för antikroppar att kunna detekteras efter smittotillfälle är givetvis problematiskt vid smittspridning och smittspårning, och en effektivare screening hade varit önskvärt. Blir PCR ett alternativ? Vi får vara glada över att vi ännu inte har någon resistens mot bensylpenicillin.

Det går även framåt för PrEP (preexpositionsprofylax)-mottagningen som riktar sig till personer med hög risk för HIV-infektion. Antalet behandlade ökar och väntelistan minskar. Vid PrEP kombineras två antivirala preparat som annars används som HIV-bromsmedicinering, för att minska risken att smittas av HIV vid exponering. Sedan projektet startades upp har antalet nya HIV-fall per år minskat och eventuellt har upp mot hundra fall förhindrats. Sju personer har testats positiva i väntan på att få starta behandling och en första patient har även testat positiv under pågående PrEP. Detta

troligtvis på grund av bristande compliance, vilket trycker på vikten av att identifiera lämpliga patienter för behandling. Som del i behandlingen ingår STI-testning var 3:e månad, vilket innebär att alla syfilisfall i denna grupp har kunnat hittas tidigt.

Framtiden då, snart utan väntelista? Det planeras för egenprovtagning via nätet för kontrollprover och årsbesök hos sjuksköterska för symptomfria samt minskning av rutinkontroller avseende njurfunktion. Utmaningar att jobba med är exempelvis inställning till kondom – det förekommer som bekant andra STI:er också.

Om riskaversion och välventilerade gruppsexsessioner

Dagen avslutades med att **Per Anders Mjörnberg**, pensionerad dermatovenereolog, pratade om pandemins effekt på STI:er och vad vi egentligen kan förvänta oss nu när den förhoppningsvis går mot sitt slut. I början av pandemin rekommenderades onani, munskyddssex och teknologiska hjälpmedel. Så vad hände egentligen under pandemin? Inte ens i länder med lockdown syntes någon tydlig effekt på STI-statistiken. Här hemma ses en liten nedgång av klamydia och gonorré, syfilisen går som tidigare diskuterat snarare upp och minskningen av HIV har nog snarare med PrEP att göra. På STI-mottagningar i landet togs drop-in bort och webtesten ökade. Doktor Nicholas Christakis beskriver pandemiers avslut så att pandemin är över när alla tror att den är det eller när alla är beredda att tolerera en högre risk/är beredda att leva på ett annat sätt. Det återstår att se när vi når detta, och om det då kommer leda till en reaktiv uppgång i sexuellt riskbeteende och smittor. En utvärdering får följa.

Sammanfattningsvis en givande och intressant dag och nästa år hoppas vi kunna diskutera föreläsningarna i kaffekön i pauserna. Om vi ens kan ta oss från klinikerna i den då rådande post-pandemi-STI-epidemin.



Inessa Bjartmar

ST-läkare Hudkliniken Malmö

Svenska sällskapet för dermatologi och venerologis (SSDV:s) rekommendationer för handläggning av sexuellt överförbara infektioner (STI) uppdaterade, version 6

SSDV gav hösten 2007 Sektionen för venerologi i uppdrag att utarbeta riktlinjer för behandling av STI. Arbetsgruppen bestående av dermatovenerologer med specialintresse för och goda kunskaper om infektionerna har åter uppdaterat rekommendationerna. En sjätte uppdaterad version är nu klar (januari 2022). Rekommendationerna är i första hand utarbetade för STI/STD-mottagningar. Spridning och eventuell anpassning av materialet till övriga mottagningar görs av ansvarig dermatovenerolog i respektive region. Det är viktigt att höja medvetenheten om STI och bidra till att omhändertagandet av patienter med misstänkt eller säkerställd STI får hög och jämn kvalitet. Vi börjar också se en skrämmande antibiotikaresistens; gonorré och *Mycoplasma genitalium* är numera ofta svårbehandlade infektioner. Vi vill därför betona vikten av att ha en specifik diagnos vid behandling för att undvika

onödig antibiotika-användning. Vi bifogar ingen referenslista till respektive rekommendation. Dock har vi i stort sett utgått från internationella rekommendationer, där man kan finna referenser: de europeiska rekommendationerna (IUSTI), <https://iusti.org/treatment-guidelines/>; de amerikanska (CDC), www.cdc.gov/std/treatment/ samt de brittiska, www.bashh.org/guidelines/. I enstaka fall skiljer sig dock de svenska rekommendationerna från dessa.

För SSDV och riktlinjes-gruppen Stockholm i januari 2022

Arne Wikström

Ordf. SVGD (Sekt. för venerologi och genital dermatologi)

Amra Osmancevic

Ordförande SSDV

I kommande nummer av D&V kommer de uppdaterade riktlinjerna för ett par diagnoser/nummer att tryckas i tidningen.

GONORRÉ

Bakgrund

Gonorré orsakas av *Neisseria gonorrhoeae*, en gramnegativ diplokok.

Sedan mitten av 1990-talet har antalet rapporterade gonorréfäll i Sverige ökat från 211 fall 1996 till 3245 fall 2019. En påtaglig årlig ökning har setts sedan 2009. Under 2019 ökade gonorré i alla åldersgrupper hos både män och kvinnor. Majoriteten var smittad i Sverige. Sjuettio procent av fallen utgjordes av män. Gruppen män som har sex med män utgjorde hälften av alla rapporterade fall. Under 2020 och 2021 minskade antalet anmälda fall av gonorré (2692 respektive 2736 fall). Detta är sannolikt en effekt av covid19-pandemin.

Klinik

Inkubationstiden vid urogenital gonorré är

vanligen 2-10 dagar. Nästan alla män med urogenital infektion har symtom medan endast cirka 50 % av kvinnor har detta.

Gonorré kan överföras via vaginala och anala samlag, oralsex, till ögon via infekterat genitalsekret samt från infekterad moder till barn vid förlossningen. Smittsamheten är hög vid oskyddade samlag med infekterad partner. Det är under debatt om smitta kan ske via saliv.

Okomplicerad infektion hos mannen är en uretrit med symtom som flytning, ofta purulent, och miktionsveda. Trängningar till miktions- och klåda i urinröret kan även förekomma.

Okomplicerad infektion hos kvinnan är en cervicit och/eller uretrit med symtom som flytning, oftast purulent och ibland blodtillblandad. Lågt sittande buksmärter kan förekomma. Vid uretrit även miktionsveda.

Bartholins körtlar kan infekteras och då leda till bartolinit med en oftast ensidig labial svullnad.

Proktit som vanligen är asymtomatisk kan

utvecklas på grund av smitta via anala samlag. Kvinnor kan få proktit även som resultat av direkt spridning via sekret från uretra eller cervix.

Faryngit som vanligen är asymtomatisk, sprids till svalget via oro-genital kontakt. Smitta via saliv, t.ex. djupa kyssar, är omdiskuterad men kan ej uteslutas.

Konjunktivit vid gonorré är ofta ett allvarligt tillstånd, som obehandlat kan resultera i angrepp på och perforation av kornea med ärrbildning som följd. Konjunktiviten beror på att infekterat genitalsekret spridits till ögat. Konjunktivit kan också ses hos nyfödda barn som smittats av en infekterad moder i samband med förlossningen.

En uppåtstigande infektion hos mannen kan resultera i en epididymit, vanligen endast lokaliserad till ena bitestikeln, med smärta, svullnad och ibland feber. Även prostatit kan ses i sällsynta fall.

En uppåtstigande infektion hos kvinnan kan leda till endometrit, salpingit/pelvic inflammatory disease (PID) med ibland även perihepatit och periappendicit. En mindre

del av kvinnor med okomplicerad gonorré utvecklar en PID, ofta med symtom som buksmärtor av varierande intensitet, feber och påverkat allmäntillstånd men infektionen kan också gå med få symtom. Som resttillstånd efter en PID kan infertilitet, extrauterin graviditet och kroniska buksmärtor ses.

Disseminerad gonokockinfektion (DGI) orsakas av hematogen spridning men är sällsynt. De vanligaste symtomen är feber, dock inte speciellt hög, septisk artrit, som framför allt drabbar någon av de stora lederna såsom knäled, handled, fotled och hudlesioner i form av pustler som kan bli nekrotiska, vanligen ett fåtal och ofta distalt på extremiteterna.

Immunologiska komplikationer efter gonorré kan förekomma, då framför allt i form av reaktiv artrit enbart eller ibland också tillsammans med reaktiv uretrit och konjunktivit.

Diagnostik

Indikation för testning

Epidemiologisk misstanke, klinisk misstanke, sexuella utlandskontakter, män som har sex med män, person som köper eller säljer sex. Numer analyseras och besvaras gonorré på samma prov som vid testning för klamydia och testningen för gonorré sker därmed i praktiken rutinmässigt.

Molekylärbiologiska tester

Test med genetisk amplifieringsteknik, s.k. NAAT (nucleic acid amplification test), är speciellt lämpliga att använda vid screening av asymtomatiska individer. De flesta laboratorier utför kombinationstest för gonorré och klamydia på samma prov. Vid symtom tydande på gonorré eller epidemiologisk misstanke ska testet kombineras med gonorréodling och helst också med mikroskopi. NAAT har signifikant högre känslighet än odling för att påvisa *N. gonorrhoeae*, framför allt från svalg och rektum. Korsreaktion med andra *Neisseria*-arter förekommer, särskilt i svalget. Falskt positiva prover kan vara ett problem, framför allt i grupper med låg prevalens av gonorré. För att säkerställa diagnosen krävs därför att ett konfirmerande NAAT med annan genetisk målsekvens hos *N. gonorrhoeae* utförs på samma prov, vilket laboratorier gör rutinmässigt innan provet svaras ut. En nackdel med NAAT är att resistensbestämning inte kan göras.

Vid provtagning för NAAT rekommenderas en blåsinkubationstid på minst en timme (se lokala provtagningsanvisningar).

Män: första portionen urin cirka 10 ml. Vid större mängd urin kan sensitiviteten minska.

Kvinnor: självtaget prov från slidan (vaginalsekret) i transportmedium eller i första portionen urin cirka 10 ml (se lokala provtagningsanvisningar). Enbart urinprov ska undvikas eftersom man då missar några procent av infektionen. Vid gynekologisk undersökning tas prov från cervix/portio, vaginalvägg och vaginalmyrning i transportmedium eller i första portionen urin.

Prov från svalg tas med pinne som stryks mot bakre svalgväggen och båda tonsillerna. Viktigt att med provpinne komma ned i kryptorna för ökad sensitivitet.

Prov från rektum tas 3–4 cm upp i analkanalen.

Vid provtagning från konjunktiva stryks pinnen mot insidan av undre ögonlocket.

Vid positivt NAAT bör tid ges på STI-mottagning så snart som möjligt för direktmikroskopi, gonorréodling och behandling.

Mikroskopi

Patienten bör inte ha kissat under minst en timme före provtagningen. Pågående antibiotikabehandling i samband med provtagning kan påverka testresultat negativt. Direktprov för metylenblåfärgning tas från uretra med rännslev eller plastögla, från avtorkad cervix med bomullspinne eller plastögla. Sekretet stryks ut tunt på objektglas, får torka och färgas med metylenblått.

Direktprovet är så gott som alltid positivt för män med symtom, men endast för 30–50% av kvinnor. För positivt prov krävs gonokocker liggande intracellulärt i granulocyter två och två (diplokokker) med långsidan mot varandra. Specificiteten vid uretraprov är hög när undersökningen utförs av erfaren bedömare (>99%).

Neisseria meningitidis, en sällsynt orsak till uretrit, kan mikroskopiskt inte skiljas från *N. gonorrhoeae*.

Odling

Odling är referensmetod. Resistensbestämning görs alltid vid positiv odling. Pågående antibiotikabehandling i samband med provtagning kan påverka testresultat negativt. Odlingsprov tas med avsedd pinne som sedan stoppas i speciellt transportmedium. Provet ska förvaras i kylskåp fram till transport till laboratoriet och nå laboratoriet så snart som möjligt och inte senare än 24 timmar efter provtagningen. Efter denna tid minskar gonokockens viabilitet signifikant vilket kan resultera i ett falskt negativt resultat.

Prov från uretra tas på både kvinnor och män. Inget krav på stort provtagningsdjup,

men vänta några sekunder innan pinnen dras ut så att sekret hinner sugas upp, rotera inte.

Prov från cervix tas cirka 1 cm upp i cervixkanalen efter att portio torkats av. Om prov endast tas från cervix och inte från uretra missas enstaka fall.

Anamnes och klinik får i övrigt vägleda om ytterligare prov från andra lokaler (svalg, rektum) är aktuellt. Vid prov för odling bör glidmedel undvikas då det kan vara toxiskt för gonokockerna. Endast vatten används på spekulum. Vattenbaserat sterilt glidmedel fritt från baktericida och bakteriostatiska tillsatser tycks dock inte påverka odling eller NAAT för *N. gonorrhoeae*.

Prov från svalg tas med pinne som stryks mot bakre svalgväggen och båda tonsillerna. Viktigt att med provpinne komma ned i kryptorna för ökad sensitivitet. Prov från rektum tas 3–4 cm upp i analkanalen. Odlingsprov från svalg och rektum har jämfört med NAAT en sensitivitet på <60%.

Vid misstanke på ögoninfektion tas odlingsprov från insidan av nedre ögonlocket.

Om septisk artrit misstänks tas odlingsprov på ledvätska.

Vid misstanke på DGI tas blododling samt odlingsprov och DNA-prov för gonorré på ledvätska, anogenitalt, från svalg och på sexualpartner.

Resistensproblematik

N. gonorrhoeae har uppvisat nedsatt känslighet eller resistens mot använda antibiotika även om vi under de senaste åren sett en minskad resistensutveckling. 2019 var resistensen mot azitromycin och cefixim 12 respektive 1 %. Ingen resistens sågs mot ceftiaxon eller spektinomycin. Sextio procent av stammarna var resistent mot ciprofloxacin. Noggrann övervakning är nödvändig för att följa resistensutvecklingen.

Behandling

På grund av resistensproblematiken och därmed vikten av att rätt behandling ges, smittspårning utförs och kontroll efter behandling görs, **bör patienter med gonorré handläggas av eller i samråd med venereolog.**

Gonorréodling ska alltid utföras innan behandling ges. Regelbundna sexualpartner behandlas efter provtagning vanligen utan att invänta provsvar. Vid asymtomatisk infektion eller lindriga symtom kan man eventuellt vänta till resistensbestämningen finns tillgänglig om denna kommer att finnas tillgänglig inom de närmaste dagarna. Övriga sexualpartner behandlas beroende på klinisk bild och provtagningsresultat.

Behandling vid okomplicerad anogenital och faryngeal infektion

När behandling ges på klinisk eller epidemiologisk misstanke eller vid positivt direktprov då resistensbestämning inte finns tillgänglig: Ceftriaxon 1 g (med lidokain) intramuskulärt, engångsdos.

Andrahandsalternativ: Cefixim 400-800 mg peroralt, engångsdos (licenspreparat). Behandlingssvikt kan ses vid svalggonorré även vid känslig stam. Cefixim kan vid svalggonorré kombineras med azitromycin 2 g peroralt, alternativt kan man överväga att ge ytterligare en dos cefixim 400 mg peroralt dag 2 enligt klinisk erfarenhet. Cefixim rekommenderas endast om ceftriaxon inte finns tillgängligt eller om intramuskulär injektion inte kan ges.

Spektinomycin 2 g intramuskulärt, engångsdos (licenspreparat). Bör undvikas som monoterapi av svalggonorré och ges då i kombination med azitromycin 2 g peroralt. Spektinomycin är en aminocyklitol och bildar en helt egen antibiotikagrupp. Enda indikationen är gonorré. Spektinomycin kan ges vid penicillinallergi.

Finns resistensbestämning tillgänglig som visar att aktuell gonokockstam är känslig för ciprofloxacin kan behandling ges med ciprofloxacin 500 mg peroralt, engångsdos.

På senare tid har biverkningar från muskulatur och leder samt nervsystemet uppmärksammas vid behandling med kinolon- och fluorokinolonantibiotika. Ciprofloxacin ska undvikas till dem som tidigare fått allvarlig biverkan av denna typ av antibiotika. Ciprofloxacin ska användas med försiktighet till patienter över 60 år, vid behandling med kortikosteroider, vid njursjukdom samt till organtransplanterade.

Behandling vid graviditet och amning av okomplicerad anogenital och faryngeal infektion

Ceftriaxon 1 g (med lidokain) intramuskulärt, engångsdos. Alternativt ges spektinomycin 2 g intramuskulärt, engångsdos. Detta preparat kan ges vid penicillinallergi.

Gonokockkonjunktivit

Ceftriaxon 1 g (med lidokain) intramuskulärt, engångsdos. Patienten handläggs i samråd med ögonläkare.

Epididymit

Oftast oklar etiologi då behandling insätts. Ceftriaxon 1 g (med lidokain) intramuskulärt, engångsdos samt peroralt doxycyklin 100 mg x 2 i 10-14 dagar. Behandling behöver ofta ske i samråd med urolog. Observera att denna behandling inte täcker upp för samtidig infektion med *Mycoplasma genitalium*.

PID

Oftast oklar etiologi då behandling insätts. Polikliniska fall: Ceftriaxon 1 g (med lidokain) intramuskulärt, engångsdos samt peroralt doxycyklin 100 mg x 2 och metronidazol 400 mg x 2 i 14 dagar. Observera att denna behandling inte täcker upp för samtidig infektion med *M. genitalium*. Behandling bör ske i samråd med eller av gynekolog.

Disseminerad gonokockinfektion

Ceftriaxon 1 g (med lidokain) intramuskulärt eller intravenöst en gång/dygn. Andrahandsalternativ är spektinomycin 2 g intramuskulärt två gånger/dygn. Parenteral behandling upp till 2 dygn efter klinisk för-

bättring sedan cefixim 400 mg x 2 peroralt. Total behandlingstid 7 dagar.

Anmälan, smittspårning och övrig handläggning

Gonorréinfektionen är anmälningspliktig enligt smittskyddslagen och smittspårning skall göras. Patienten rekommenderas avhållsamhet tills uppföljning efter behandling genomförs. Patient, som ändå har samlag under denna period, är skyldig att minimera risk för smitta (t.ex. användning av kondom) och informera partnern om aktuell infektion. Fast partner (återkommande sexpartner) behandlas direkt efter provtagning

Kontroll efter behandling

Kontrollprov tas alltid efter behandling. Kontrollprov hos symptomfri patient kan göras med NAAT två veckor efter avslutad behandling med upprepade provtagning efter ytterligare en vecka om positivt NAAT i kontrollprovet. Falskt positivt NAAT är inte helt ovanligt vid framför allt rektal- och svalggonorré i upp till 4-6 veckor efter behandlingsstart. Klar evidens för optimal tidpunkt för kontrollprov med NAAT (framför allt för svalgprov) saknas. Vid kvarvarande symptom rekommenderas odling för att identifiera eventuellt kvarstående infektion och för resistensbestämning. Odling kan utföras 3-7 dagar efter avslutad behandling, helst kompletterad en vecka senare med NAAT för ökad sensitivitet om odlingen är negativ.

Christian Steczko Nilsson

SSDV/ Sektionen för venerologi och genital dermatologi/ 2022

Redaktionen får förstärkning!

Från och med detta nummer välkomnar vi Petter Bengtsson som ny redaktör för D&V.

Petter är specialistläkare på Hudkliniken vid Universitetssjukhuset Örebro och har varit verksam där sedan 2013. Förutom att Petter är en skicklig och uppskattad kollega och dermatolog, besitter han gedigna filmkunskaper och har visat prov på imponerande fallenhet för fruit carving (läs: pumpa-konst). Sist men inte minst, har han en fantastisk och njutbar förmåga att formulera sig i text.

Vi ser fram emot framtida samarbeten och hälsar Dig varmt välkommen!

Redaktörerna för D&V

Annons

Annons

Nationella ST-träffen

I mitten av november hölls en heldagsutbildning för ST-läkare inom dermatovenereologi.

Programmet omfattade föreläsningar om BVC-dermatologi, läkemedelsbiverkningar, covid i huden samt avancerad hudvård. ST-pristagare berättade även om sina förbättrings- och vetenskapliga arbeten och deltagarna fick även lyssna till förespråkare för den europeiska specialistexamen.

SSDV:s höstmöte, oftast kallat ST-träffen; är en årligt återkommande utbildningsdag och hölls online den 15 november förra året.

Först ut som föreläsare var Emma Johansson, specialist i dermatologi, överläkare på Karolinska universitetssjukhuset och biträdande klinisk lektor vid Karolinska institutet. Hon bedriver även forskning om atopiskt eksem och är registerhållare för det nationella kvalitetsregistret SwedAD.

Hennes föreläsning handlade om dermatologi hos det nyfödda barnet och vad man som ST-läkare bör vara vaksam på.

PLITOR, VARBLÅSOR OCH AKNE HOS NYFÖDDA

Ungefär 40 procent av alla barn som föds har små cystor av inkapslat keratin, huvudsakligen på näsan, så kallade *millier*. De behöver inte behandlas och försvinner spontant inom några veckor och månader.

Hos hälften av alla nyfödda kan man även finna rödflammiga "hormonplitor" (*erythema toxicum neonatorum*). Namnet till trots beror utslagen inte på hormoner utan på en immunologisk reaktion på vanliga mikrober på huden.

– Ibland kan det dock se dramatiskt ut och i svåra fall kan vi kopplas in. Men i de allra flesta fall är barnet friskt och välmående och plitorna försvinner med tiden. Här får man från fall till fall bedöma barnets allmäntillstånd och eventuellt göra en odling.

Ett liknande tillstånd, men mycket ovanligare är *neonatal pustulär melanos*. Det är små varblåsor som övergår till mörka pigmenteringar och är vanligare hos barn med mörkare hud.

Malaria, värmeutslag som orsakas av omogna svettkörtlar är vanligast i tropiskt klimat och försvinner efter hand.

Neonatal akne förekommer hos cirka 20 procent av barnen och uppkommer cirka tre veckor efter födseln. Orsaken är oklar. Antaganden om att det kan bero på hormoner el-

ler att det handlar om en reaktion på hudens mikroflora är inte klarlagda.

Pigmenterade förändringar

Ökad pigmentering i ryggsletet kallas i dagligt tal för *mongolfläckar* eller *lumbosakral dermal melanocytos*. De kan också finnas på händer, armar och ben och vara utbredda över kroppen. Fläckarna beror på melanin i djupa dermis och försvinner i regel med tiden. Men, menar Emma Johansson, om fläckarna är kombinerade med utbredda kärlförändringar är det klokt att remittera vidare.

Ungefär en till två procent av alla barn föds med *kongenialt pigmentnevus*, KMN.

Vissa nevus kan breda ut sig stort över ryggen, men de kan också vara mindre till formen och sitta exempelvis på en axel eller någon annanstans på kroppen. KMN växer i takt med att barnet blir större och många föräldrar kan känna en stor oro och undrar om de går att ta bort.

– Nevus som är mindre än 1,5 centimeter behöver inte remitteras, men stora utslag som är över 20 cm bör kontrolleras av hudläkare. Det är i regel av kosmetiska skäl bekymmer samt för föräldrarna, men inte ett bekymmer för barnet. Viktigt att komma ihåg är att tidig kirurgi inte ger ett bättre kosmetiskt resultat. Kirurgi på kosmetisk indikation bör ske i samråd med barnet, föräldrar och plastikkirurg och utförs bäst tidigast i tonåren.



Emma Johansson

Kärlförändringar

Storkbett syns på cirka 40 procent av alla nyfödda. Orsaken är vidgade kapillärer och

storkbett bleknar med tiden utan att någon åtgärd behöver sättas in.

Vid kärlmissbildningar som visar sig som *eldsmärken* (*nevus flammeus*), bör man vara uppmärksam på hur nevus sitter.

– Om det går ned över ögat kan det vara associerat med en ökad risk för glaukom och därför ska dessa barn remitteras till ögonläkare. Är eldsmärket placerat centralt ovan sakrum eller omfattar en hel kroppsdel bör remiss skickas till hudläkare.

Ett ofarligt tillstånd som drabbar hälften av alla nyfödda är *cutis marmorata*. Utslagen är en fysiologisk reaktion på kyla och blir mindre synliga i värme.

En av de vanligaste godartade hudtumörerna hos barn är *infantila hemangiomer*.

– Det är vanligare hos flickor, ljushylda och prematurer. Tumören syns i regel i ansiktet och oroar många föräldrar.

– I 5–10 procent av fallen kan komplikationer uppstå, som ulceration, dysfiguration och hot mot vitala funktioner, vilket kräver behandling med propranolol. Vid fler än fem hemangiomer bör ultraljud göras av buken.

Andra knölar och plack

Emma Johansson gick även igenom fallbeskrivningar av mastocytom och kutan mastocytos.

– När det handlar om *mastocytom* kan man skrapa på utslagen för att se om det ger frisättning av histamin och kvaddelbildning, eller nässelutslag, så kan man ställa diagnosen. Mastocytom försvinner i regel under senare skoldålder.

Kutan mastocytos orsakas av ansamling av mastceller i huden och kliar och svullnar vid beröring.

– Det läker på sikt ut, men remittera gärna till barnhudläkare, säger Emma Johansson.

Dermoidcysta är oftast bara lokaliserad till huden, men kan också var kopplad till centrala nervsystemet (CNS). Det är en medfödd missbildning och är en rest från embryogenez. Cystan kan gå ned djupare över näsan och vid ögat, vilket kräver utredning med ultraljud eller MRT för att utesluta kommunikation till CNS, säger Emma Johansson.

– Som hudläkare har vi förmånen att träffa patienter i alla åldrar inklusive de allra minsta barnen, ta vara på dessa möten. Är du osäker och har ett välmående barn framför dig, ta familjen på ett snart återbesök och passa på

att läs på möjliga differentialdiagnoser inför nästa möte. Lycka till!

LÄKEMEDELSBIVERKNINGAR I HUDEN

Natalia Kuzmina är överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset och verksam som specialistläkare vid den medicinska enheten Gastro, Hud och Reuma med inflammation som den gemensamma nämnaren.

Hennes föreläsning handlade om vanliga och mer allvarliga läkemedelsutslag/läkemedelsreaktioner, gradering av läkemedelsbiverkningar och de bakomliggande mekanismerna vid olika typer av läkemedelsöverkänslighet.

Makulopapulösa utslag vanligast

Huvuddelen (90 procent) av läkemedelsöverkänslighet handlar om makulopapulösa utslag. Mindre vanligt är urtikaria (5 procent), vaskulit samt akneiforma reaktioner (1 procent).

I sällsyntare fall, i cirka 0,5 procent av fallen, kan patienter drabbas av allvarliga läkemedelsreaktioner med blåsbildningar som kan vara en stor utmaning för såväl den drabbade som för behandlande läkare.

Det är inte alltid enkelt att känna igen dessa tillstånd och skilja dem från andra kliniska tillstånd som involverar blåsbildning.

– Viktigt att känna till är att det kan finnas tidiga tecken och symtom på allvarlig bullös läkemedelsreaktion, redan innan blåsor och erosioner av hud och slemhinnor blir uppenbara, säger Natalia Kuzmina.

Stevens-Johnsons syndrom (SJS) är ett exempel på bullösa läkemedelsreaktioner: en sällsynt sjukdom som påverkar huden och slemhinnorna och som i 65 procent av fallen orsakas av läkemedel, ofta sulfa-läkemedel,

och i 10 procent av fallen av herpes simplex-infektion.

Erythema multiforme är en viktig differentialdiagnos till SJS. Tillståndet debuterar ofta med en luftvägsinfektion med exempelvis svullna lymfkörtlar och lätt feber eller influensaliknande symtom. Orsaker: Mycoplasma pneumoniae 10-20 procent, herpes simplex 20 procent, läkemedel 18 procent.

Predisponerande faktorer

Natalia Kuzmina gick även igenom graden av biverkningar och olika typer och mekanismer till läkemedelsöverkänslighet: IgE-medierad, IgG-medierad cytotoxisk, immunokomplex-medierad, cellmedierad reaktion.

Det kan även finnas vissa predisponerande faktorer för utveckling av läkemedelsutslag, som förändringar i patientens immunstatus på grund av hiv-infektion, stamcellstransplantation eller virusjukdomar (en studie i New England Journal of Medicine från 2012 visar att 30 procent av patienter med mononukleos (körtelfeber) som behandlats med aminopenicillin får hudutslag, jämfört med endast fem procent av patienter som inte har mononukleos).

Även genetiska faktorer som HLA-typ kan öka risken för läkemedelsöverkänslighet.

Glöm inte att registrera biverkningar

Läkemedelsbiverkningar och läkemedelsreaktioner är ett komplext område. Huvudbudskapen från Natalia Kuzminas föreläsning är att ovanliga läkemedelsreaktioner (lichenoida, granulomatösa, vaskulit) kan debutera månader och upp till år efter insättning av läkemedel.

– Misstänk läkemedelsbiverkan om det exempelvis finns histologiska fynd som talar för det, eller vid terapisästa fall.

För att urskilja fall av vanliga hudutslag som urtikaria och makulopapulösa hudutslag (MPE) där det finns ökad risk för vidareutveckling till Stevens-Johnson Syndrom (SJS) och Toxic Epidermal Necrolysis (TEN), är det viktigt att analysera förloppet (när debuterade hudutslaget?), men även att analysera läkemedelsanamnesen och ta reda på om det finns högriskläkemedel på läkemedelslistan.

– Man behöver även analysera symtom och undersöka om det finns en snabb progress av MPE, ta hänsyn till patientens ålder och om patienten drabbats av mucositis.

Det handlar också om att ta hänsyn till gradering av läkemedelsbiverkan; ingen varning krävs vid grad 1 och 2.

Vid osäkerhet, remittera patienten till Läkemedelsbiverkningsmottagningen i Solna för bedömning och avvakta med varnings-

registrering i patientens journal tills bedömningsbesked har lämnats.

– Det är också viktigt att komma ihåg att registrera biverkningar i läkemedelsregistret, säger Natalia Kuzmina.

ST-PRISER OCH EU-TENTAMEN

I en förinspelad presentation berättade Hanna Gezelius, specialistläkare på hudkliniken vid Centralsjukhuset Karlstad, om sitt vetenskapliga arbete om lentigo maligna (LM), en av de vanligaste melanocyära maligniteterna i huvud- och halsområdet.

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 Hanna Gezelius vetenskapliga arbete var att undersöka recidivrisken efter Buckybehandling av LM hos individer som behandlats på Hudkliniken i Karlstad mellan 2009 och 2019.



Hanna Gezelius

Resultaten från arbetet stämmer överens med liknande studier av till exempel Hedblad et al, vilket tyder på att Buckybehandling är ett effektivt alternativ för att behandla LM.

Hanna Gezelius mottog SSDV:s ST-pris för bästa vetenskapliga arbete 2021 och hennes studie presenterades i nummer 4/2021 av Dermatologi & Venerologi.

BÄSTA KVALITETSARBETE

Karolina Wojewoda är specialistläkare vid hudkliniken på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Hon fick SSDV:s ST-pris för bästa kvalitetsarbete och ett fortbildningsstipendium för arbetet med att förbättra kunskaperna om hudlymfom.

Huvudsyftet med förbättringsarbetet var att



Natalia Kuzmina



Karolina Wojewoda

undersöka patienters och hudläkares upplevelser och synpunkter på hudlymfomvården.

Karolinas förbättringsarbete har bidragit till att öka kunskapen om hudlymfom och en bättre vårdkvalitet genom att förbättra omhändertagandet av patientgruppen. Rutiner har ändrats och utvecklats. Arbetet har bland annat lett fram till skriftlig patientinformation samt rutiner för utredning, stadiindelning och behandling. En vårdplan har implementerats och en kontaktsjuksköterskefunktion har etablerats. Även multidisciplinära konferenser har införts där hudläkare kan diskutera svåra fall med hematopatolog, hematolog, kontaktsjuksköterska samt vid behov pediatrik onkolog.

En utförlig beskrivning av Karolinas förbättringsarbete finns presenterad i D&V nummer 3/2021.

EU-TENTAMEN

Jakob Wikström, är specialistläkare i dermatovenereologi och ansvarig för sårheten vid hudkliniken på Karolinska universitetssjuk-



Jakob Wikström

huset. Han är även forskningsledare vid Centrum för molekyllärmedicin vid Karolinska institutet.

I oktober 2019 genomförde han EU-tentamen i dermatologi och var som enda svensk läkare på plats i Tyskland.

EU-tentamen, som arrangeras av UEMS-EBDV Board of examination skapas utifrån en tentamenbank.

– Jag förberedde mig väl och hela studietiden tog sammanlagt nio månader. Under de första sex, sju månaderna snittade jag cirka 1 till 2 timmar per dag. De sista två, tre månaderna lade jag ned cirka sex timmar per dag.

– Det var jobbigt, jag avbröt sommarsemesteren och fick uppoffra en del, men arbetet var mödan värd.

Det finns många vinster med att göra en europeisk specialistexamen. Det skulle höja den sammanlagda utbildningsnivån i Sverige, menar Jakob.

– Man blir bättre som kliniker, man får ett vassare CV och det ökar även möjligheterna att jobba internationellt. Jag rekommenderar alla att göra specialistexamen. Patienterna förtjänar välutbildade specialister.

Jakob Wikström menar att kraven på läkare efter AT i Sverige är för lågt ställda. Det är i stort sett omöjligt för kliniska handledare och klinikchefer att stämma av att läkaren besitter de djupa kunskaper som ingår i ett specialistområde, oavsett målbeskrivningar och checklistor.

– Det är en del i ett systemfel. Jag skulle önska att Sverige följer den amerikanska modellen som innebär att man inte är anställningsbar som specialist, utan specialistexamen. Obligatorisk specialistexamen kan bidra till att sätta en hög lägstanivå.

Lisa Alenmyr är biträdande överläkare på hudkliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö. Hon gjorde sin EU-tentamen i Frankfurt 2016.

– Genom att anmäla mig till tentamen ökade min motivation att verkligen genomföra det som krävdes. Två månader senare genomförde jag även den brittiska motsvarigheten för specialistexamen i dermatologi. Den genomfördes digitalt och tog en dag att genomföra.

Både UEMS– European Board of Dermatology Examination samt MRCP UK Speciality Certificate Examination in Dermatology var svåra och vissa frågor var kliniskt irrelevanta, menar Lisa Alenmyr.

– Den brittiska specialistexamen var kortare, omfattande mindre av venereologi och var mer elegant. Diplomet var också snyggare.

– Den europeiska tog två dagar att genomföra och det fanns en del mer historiska frå-



Lisa Alenmyr

gor som kanske inte vara så relevanta. Det var också mer av krångliga frågor.

SSDV utlyser varje år bidrag för SSDV-medlemmar som vill skriva EU-tentan. Avgiften är på €550. SSDV rekommenderar europeiska specialistexamen och vill gärna uppmuntra att fler genomför tentamen.

– För mig tog det sammanlagt sex veckors halvtidsstudier som jag kombinerade med kliniskt arbete. Jag ägnade också cirka 10 till 12 timmar om dagen i tre veckor på att läsa in litteratur och gå igenom tentamensfrågor. Även om det stundtals var tufft, är jag glad att jag genomförde arbetet och att jag idag har en specialistexamen, det är meriterande, inte minst vid utlandsarbete.

COVID I HUDEN

Amra Osmancevic är överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och docent i dermatologi vid Göteborgs universitet.

Hennes föreläsning handlade översiktligt om covid-19: epidemiologi, symtom och behandling. Men också om hudproblem och hudreaktioner kopplade till covid-19 och till vaccination.

Det har gått över två år sedan WHO utlyste ett internationellt hälsonödläge den sista januari 2020. Kort därefter, i mitten av mars, klassades utbrottet som en pandemi. När den här texten skrivs i mitten av februari 2022 har nära 17 000 personer avlidit i Sverige till följd av covid-19.

Kan covid-19 smitta via huden? En liten studie i Cell Discovery som omfattar avlidna i covid-19 visar att viruspartiklar hittats i huden och i svettkörtlar.

– ACE2 är ett protein och den viktigaste receptorn för SARS-CoV-2. Även om detta virus i första hand angriper luftvägarna, har ACE2-genuttryck upptäckts i flera mänskliga

vävnader, även i gastrointestinal vävnad och hudvävnad.

Frågan om hudutslagen kan smitta är dock inte klarlagd.

Hudmanifestationer associerade med covid-19

I en världsomspännande översiktsartikel med rapporterade fall av hudbesvär i samband med covid-19, identifieras de 5 vanligaste grupperna av hudmanifestationer: köldknölar (pseudo-chilblains), makulopapulärt utslag samt urtikariella, vesikulära och vaso-ocklusiva lesioner.

Dessa lesioner manifesterade sig vid olika tidpunkter i relation till covid-19-symptomen, något som kan indikera om lesionerna är virusinducerade eller förseade immunologiska svar på infektionen.

– De flesta fall är rapporterade i Europa och USA, få fall är rapporterade i Asien, men det beror troligtvis på underrapportering, snarare än på genetiska orsaker. Den vanligaste hudmanifestationen i översiktsartikeln var pseudo-chilblains som utgjorde 40 procent av fallen.

I en annan nationell studie från Spanien som var publicerad i British Journal of Dermatology 2020, samlade man under två veckor in samtliga fall där hudmanifestationer kunde förknippas till misstanke om eller bekräftelse av covid-19-infektion. Fyra hudläkare bedömde och klassificerade hudmanifestationerna, utan kunskap om andra symtom hos de 375 patienterna.

Av samtliga fall uppvisade 47 procent makulopapulära lesioner, 19 procent urtikariella lesioner samt pseudo-chilblains. Hos nio procent hittade man små monomorfa vesik-

ler och sex procent hade livedo/nekrotiska lesioner.

Det är inte känt om hudmanifestationer som erytematösa utslag, urtikaria eller varicellaliknande lesioner hos patienter med covid-19 beror på virusreplikation eller på en lokal reaktion på systemisk infektion.

Även barn och ungdomar med covid-19 har uppvisat allvarliga multisysteminflammatoriska syndrom med mukokutana, systemiska och laboratoriefynd av allvarlig, atypisk Kawasakis sjukdom.

Möjliga bakomliggande orsaker

Amra gick även igenom patofysiologin och möjliga mekanismer till varför dessa hudmanifestationer uppkommer, och om det finns prognostiska markörer som kan vara av värde för att indikera allvarligare sjukdom.

– De flesta kutana manifestationer uppträder samtidigt eller efter luftvägs- och/eller systemiska symptom som feber, även om urtikaria sällan har rapporterats som det första tecknet på sjukdomen.

Erytematösa, vesikulära och urtikariella utslag är resultatet av immunologisk aktivering mot Sars-CoV-2, på samma sätt som vid andra virala exantem. Reaktivering eller samtidig infektion av herpesvirus och läkemedelsöverkänslighet kan vara möjlig förklaring och bör övervägas, menar Amra.

– När det gäller lesioner av vaskulärt ursprung, är exempelvis ischemi ett resultat av systemisk hyperkoagulabilitet som förekommer vid allvarliga infektioner, medan chilblains verkar vara kopplade till typ I-interferon som produceras massivt för att stoppa virusreplikation. Patienter med vaso-ocklusiva lesioner var mer benägna än de med pseudo-chilblains att läggas in på intensivvårdsavdelning och att dö.

I samband med vaccinationer har det visat sig att mRNA-vaccinet mot covid-19 kan orsaka lokala hudreaktioner.

– Lokala hudreaktioner under vaccination mot covid-19, "Covid-arm" det vill säga fördröjda hudreaktioner, anses inte vara ett hinder för omvaccination.

Omfattade hudskador hos vårdpersonal

Hudskador orsakade av personlig skyddsutrustning har också rapporterats hos 90 procent av vårdpersonalen.

– Det handlar om skador som skav, erytem, maceration, sprickbildning, papler och erosioner, vilket leder till klåda och smärta.

Hur ska man behandla dessa hudmanifestationer?

– Det är symptomatisk behandling som

gäller vid alla Covid-19-relaterade hudmanifestationer, exempelvis med antihistamin och lokala kortikosteroider i första hand, samt användning av hudskydd med till exempel skyddsfolier vid hudskador hos sjukvårdspersonal inom covid-vården.

Biologiska och immunsuppressiva terapier spelar en viktig roll vid behandling av ett brett spektrum av dermatologiska sjukdomar. Infektion är en indikation för att avbryta och undvika att påbörja immunsuppressiv behandling hos patienter med covid-19.

– Immunsuppressiv behandling kan vid behov fortsätta efter fullständig återhämtning från infektionen. Man bör dock ta hänsyn till olika verkningsmekanismer av immunsuppressiva läkemedel och sjukdomsspecifik situation samt komorbiditeter, säger Amra.

AVANCERAD HUDVÅRD

Johanna Gillbro är utbildad apotekare vid Uppsala universitet och disputerade inom experimentell och klinisk dermatologi vid University of Bradford i Storbritannien 2006.

Hon har under sin karriär även haft olika roller som forskningsledare inom anti-age behandlingar, hudens barriärfunktion och hyperpigmentering.

På ST-dagen föreläste om hon om avancerad hudvård – verkningsmekanismer och fallgropar.

– När jag var tre år drabbades jag av vitiligo. Som barn kände jag mig unik och var inte negativt påverkad av hudsjukdomen. Men i tonåren när man vill vara som alla andra var det svårt. Där och då började jag intressera mig för vitiligo och så småningom även för forskning på området.

Under sina studier till apotekare i Uppsala



Amra Osmaneovic



Johanna Gillbro

Foto: Annika Berglund

la fick Johanna Gillbro kontakt med en tysk hudläkare och forskare och expert på vitiligo, professor Karin Schallreuter, verksam vid University of Bradford.

Johanna Gillbro fick möjligheten att påbörja sina doktorandstudier vid samma universitet och ingå i Karin Schallreuters forskningsteam.

Specialiserat sig på vitiligo

Inom forskargruppen har man specialiserat sig på oxidativ stress och behandling av vitiligo.

– Upptäckterna gällande högre koncentration av oxidativ stress och fria radikaler i vitiligo-hud gjordes redan i början på 1990-talet. Karin Schallreuter och hennes man, professor John M Wood, hade identifierat att de vita fläckarna fluorescerade och att det liknade den fluoroscerande färgen i vissa fjärilsvingar. Detta ledde till upptäckten att det sker en överproduktion av pteriner i huden hos vitiligo-patienter, vilket också är fallet i fjärilsvingar, men även en överproduktion av väteperoxid.

Forskarparet Schallreuter-Wood utvecklade då pseudocatalase, som efterliknar det hudegna enzymet katalas, för att stimulera nedbrytning av väteperoxid, vilket ledde till repigmentering av fläckarna.

– Pseudocatalase är en topikal behandling i kombination med mycket låg dos nbUVB (0,15 mJ/cm²).

Johanna Gillbro har själv genomgått behandling och fick tillbaka 95 procent av pigmentationen i ansiktet.

Metoden publicerades i tidskriften Science

(Schallreuter et al., 1994). Men fortfarande är händer och fötter dock svårbehandlade.

– Karin Schallreuter har tillsammans med sitt team behandlat fler än 10 000 patienter med metoden, både i Tyskland och England.

Hudbibeln

För drygt 10 år sedan började Johanna Gillbro arbeta i hudvårdsindustrin och 2019 kom hennes bok Hudbibeln: förstå din hud – myter, vetenskap och goda råd.

– Många vet förvånansvärt lite om kroppens allra största organ, huden. Kanske är det därför som man fortsätter att smörja in den med krämer som innehåller bakteriedödande ämnen och lägger stora pengar på ett hav av olika produkter. Hade vi vetat mer om vår hud hade vi varit mer restriktiva med antalet produkter och noggrannare med vilka ingredienser produkterna innehåller. Vi hade också ätit betydligt fler morötter och sett till att sova riktigt gott om natten.

På 1940-talet köpte de flesta kvinnor Nivea; krämen marknadsfördes som ett undermedel, särskilt i solen. Därefter har den kosmetiska hudindustrin exploderat och vi använder mer och mer dyra hudvårdsprodukter, utan att egentligen veta vad vi stryker på huden, menar Johanna Gillbro.

– Huden är smart. Den producerar många substanser helt på egen hand, exempelvis lipider som ceramider, kolesterol, triglycerider, för att minska transepidermal vattenförlust. Men också fuktbindare som aminosyror, salter, urea och inorganiska salter.

Många hudvårdsföretag drömmer om att hitta den optimala balansen mellan den exak-

ta kompositionen av vad huden producerar. Ett av Johannas råd är därför att inte tvätta bort det som huden producerat med överdriven tvätt eller peeling produkter, eftersom det snarare kan leda till en hud i obalans.

Framtidens hudvård

Finns det verkligen bra hudvård?

Ja, menar Johanna Gillbro. De bästa produkterna innehåller till största delen vad huden behöver och inte ämnen som tillsatser, parfym och konserveringsmedel.

– Tittar man på innehållet på en hudvårdsprodukt i dag, så är det ofta inte fallet. Det huden behöver är fuktbindare. Det finns en uppsjö, men några exempel är olika salter eller sockerarter, det vill säga glycerin, sorbitol, xylitol, mjölksyra, karbamid, PCA-salter. Aktiva ingredienser som har vetenskapligt stöd är retinol (ej estrar såsom retinylpalmitat), niacinamid, syror i lägre koncentrationer (AHA, BHA eller PHA) samt mjukgörande ingredienser såsom ceramid, mättade fetter som oljor, vaxer och smör.

Fuktbindare med molekyler under 500 Dalton ger effekt. Hyaluronsyra i hudvårdsprodukter marknadsförs som något bra och som kan förbättra återfuktningen av huden. Men, eftersom hyaluronsyremolekylen är så pass stor, över 1 000 000 Dalton, kan den inte tränga in i huden och binda fukt.

Johanna Gillbro menar att framtidens hudvård kommer att fokusera mycket mer på mikrobiomvänlig hudvård samt på bättre kontroll och reglering av hudvårdsprodukter.

– Vi kommer även att få se ett större fokus på effekt, minimalistiskt tänkande kring hudvård där koncept som bygger på "Scandianvian beauty" ersätter "Koreanbeauty".



Eva Nordin
Journalist

Johanna Gillbro tog under föreläsningen upp fem fallgropar med dagens hudvård:

- 1. Begränsad kunskap** och även studier som visar att produkterna faktiskt ger önskad effekt.
- 2. Överanvändning** av hudvård och kosmetika; tillämpning av "Korean beauty-konceptet" med 10-stepsrutiner innebär att huden kommer i kontakt med fler än 500 ämnen per dag, många av dem skadliga. Många hudvårdsprodukter har även lång hållbarhet, vilket kräver konserveringsmedel, men också färgämnen, förtjockningsmedel, emulgeringsmedel med mera. Vi behöver förstå vår hud och hudvård och förhålla oss till molekylstorlek och Dalton-regeln, det vill säga så fettlösligt som möjligt; molekyler som har en låg molekulvikt kan tränga igenom hudens lager och absorberas. Denna vikt anses generellt vara 500 Dalton. Större molekyler än så kan inte passera hudskiktet utan lägger sig ovanpå huden.

- 3. Osäkerhet** angående hur topikala hudvårdsprodukter påverkar hudens mikrobiom. Hudmikrobiom och immunitet är ett relativt nytt forskningsområde och mer och mer data visar hur viktig mikrobiota är för vår hudhälsa.

- 4. Naturlig hudvård**, en stadigt växande trend med "naturliga" produkter, många gånger hämtade från växtriket. Men botaniska extrakt kan innehålla flera hundra olika molekyler, vissa av dem direkt skadliga för huden. Branschen är också oreglerad och det saknas kontroller av produkterna.

- 5. Felanvändning** av aktiva ingredienser kan ge allvarliga biverkningar, som exempelvis olika hudblekande substanser som säljs online utan kontroll, det vill säga hydroquinone, men även retinoider som säljs utan kontroll under kosmetisk lagstiftning.

Referens

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

Rapport från UEMS-European Board of Dermatology and Venerology Diploma Examination 2021

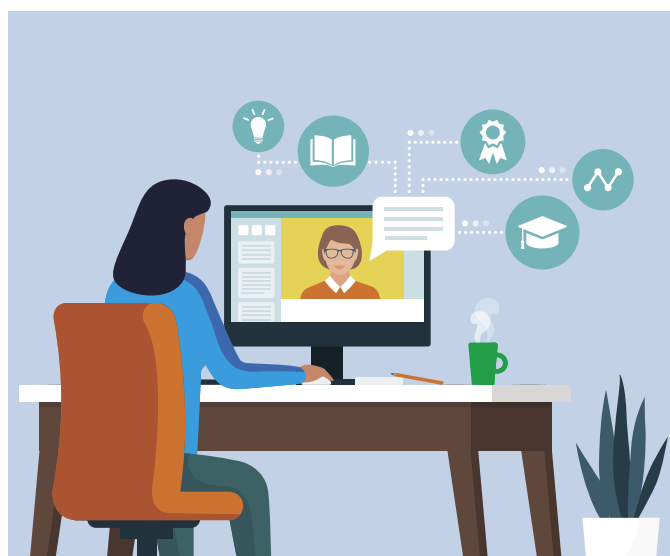
Den 8:e oktober 2021 gick EU-tentan i dermatologi och venerologi (UEMS-EBDVD Examination) av stapeln. Nytt för i år var att tentan var helt digital på grund av covid-19-pandemin. Deltagarna kunde därmed skriva provet från sin hemklinik till skillnad från föregående år då den genomfördes i Frankfurt. Provet gjordes via samma plattform som föregående år. Deltagare från hela världen delades in i virtuella rum där varje grupp hade sin egen virtuella tentamensvakt. I tillägg övervakades vi av vår egen fysiska tentamensvakt på hemorten samt av plattformens eget inbyggda system där AI kombineras med mänskliga övervakare.

Totalt var det 200 multiple choice questions (MCQs) fördelade på 5 delar. Det var stor spridning vad gäller svårighetsgraden på frågorna, och jag upplevde även att det var ojämn fördelning av svårighetsnivån mellan de olika delarna. Personligen tycker jag att del 2 var den svåraste, medan del 4 och 5 var lättare. Vid enstaka tillfällen reagerade jag på språket. Vid ett tillfälle hade ett litet "und" smugit sig in i texten. Vid ett annat var ordföljden krånglig. Dubbelnegationer förekom och som alltid med MCQs är det viktigt att läsa frågan noggrant. På det stora hela tycker jag att språket flöt på bra. Däremot stötte jag på tekniska problem vid två tillfällen. Båda gånger

fick jag stöd av plattformens support och det räckte med att starta om programmet. Jag startade provet långt efter alla andra, men fick lugnande besked om att tiden börjar ticka först när testet har startats i den egna profilen. Därför hamnade jag i otakt med de övriga deltagarna i gruppen, men det var inga problem att ta paus mellan delarna trots att andra gått vidare till nästa del.

Jag befinner mig i slutet av min ST-tjänst och för egen del var det viktigt att knyta ihop säcken. Jag saknade översikt över specialiteten och såg det som en bra avstämning av min kunskapsnivå och vad jag eventuellt skulle behöva komplettera. Därför var det viktigt för mig att få inläsningstid och överblick. I mitt initiala ST-kontakt hade jag 8 veckors inläsningstid beviljad, men detta reducerades till 4 veckor i enlighet med SSDV:s rekommendation. Jag har svårt att estimera hur mycket tid jag lagt ned på inläsning då jag varit föräldraledig fram tills inläsningstiden startade, men det ligger mycket arbete bakom förberedelserna. Till min hjälp har jag läst Jains Dermatology Illustrated Study Guide and Comprehensive Board Review, gjort ca 2000 MCQs via Derm In-Review och lyssnat på podden The Grenz Zone. I tillägg rekommenderar jag IUSTI:s hemsida då riktlinjerna för antibiotika vid STI ser annorlunda ut jämfört med våra nationella riktlinjer. Det finns även europeiska guidelines m.m. att läsa på UEMS-EBDV:s hemsida. Utöver detta har jag använt mig av dermatologiböcker, sökt mycket på nätet, repeterat en del svenska rekommendationer och blickat tillbaka på en del material från kurser m.m. Vad gäller patologin har jag lagt störst vikt på de stora diagnoserna. I sin helhet är materialet så oerhört stort att det tidvis varit överväldigande. Inläsningsprocessen har i hög grad gått ut över familjelivet. Det krävs uthållighet för att orka fortsätta över tid och tid för repetition ska inte underskattas.

För dig som är intresserad kommer även 2022 års tenta att ges digitalt den 14/10. Ansökan öppnar 1/2. Du som är färdig specialist eller har fullfört 4 år som ST-läkare kan ansöka. Det finns ett övre tak för antalet deltagare men det var inte något problem i mitt fall trots relativt sen registrering. Dokument inför ansökan ska vara översatta till engelska (Specialistbevis för specialtläkare och bevis om Läkarexamen för ST-läkare). Avgiften är på €550. Jag betalade privat men jag vet att vissa kliniker är beredda att betala avgiften. Efter godkänd examen fick jag ersättning för hela summan via SSDV:s stipendium för EU-tentamen. Under 2021 var stipendiet tillgängligt för 6 SSDV-medlemmar för att uppmuntra till ett ökat deltagande från Sverige.



Slutligen vill jag tacka hemkliniken för inläsningstiden och SSDV för stipendiet. Det är många som har hört av sig till mig och intresset för att skriva tentan 2022 verkar vara stort bland både ST-läkare och specialistläkare. Till alla er önskar jag lycka till!

Användbara länkar:

UEMS-EBDV <https://www.uems-ebdv.org/web/>

IUSTI <https://iusti.org>

Derm In-Review <https://dermatologyinreview.com/odac/>

My Kristoffersson

ST-läkare i Dermatologi och Venerologi,
Hudkliniken Västerås Sjukhus.
my.kristoffersson@regionvastmanland.se



Registration			08.30–08.50
Introduction			08.50–09.00
Session 1	40 MCQs	General Terminology, Dermatopathology, Epidemiology, Prevention, General Dermatology	09.00–10.00
Session 2	40 MCQs	General Dermatology, Bullous and Autoimmune Dermatoses, Eczema, Allergology	10.10–11.15
Session 3	40 MCQs	Infectious Diseases, STD/STI, Ano.genital Diseases	11.30–12.30
Session 4	40 MCQs	Dermato-Oncology, Dermoscopy	13.00–14.00
Session 5	40 MCQs	Dermatopharmacology, Therapy, Dermato-Surgery, Phlebology, Angiology, Psychosomatics	14.15–15.15



EBDV
European Board of Dermato-Venereology



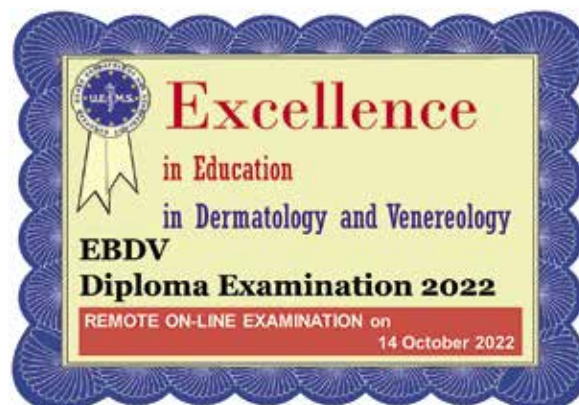
EU-tentamen

SSDV utdelar ett bidrag till de som planerar att skriva EU-tentamen. Denna organiseras av UEMS-EBDV Board of examination (www.uems-ebdv.org/web/index.php/uems-board-examination) varje år och avgiften är på €550. Eftersom SSDV:s styrelse vill uppmuntra till ett ökat deltagande från Sverige, så beredes möjligheten för sex SSDV-medlemmar att söka bidrag till anmälningsavgiften i år. Sänd ansökan med kopia av anmälningsblanketten till EU-tentan till SSDV:s kansli: info@ssdv.se.

Sista ansökningsdag är 1 maj 2022 (vilket även är sista dag för ansökan till UEMS-EBDV Board Examination 2022).

*Bidraget utdelas enligt principen först till kvarn, så vänta inte för länge!
OBS! Utbetalas efter att tentamen genomförts.*

Ansökningar tas emot från 1 februari 2022.
Sista anmälningsdag 1 maj 2022.
Sista dag för betalning 15 maj 2022.
Datum för nästa prov (onlineexamination)
14 oktober 2022.



Riktlinjer för handläggning av primär hyperhidros inom Dermatologi och Venereologi

– Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Arbetsgrupp

Lykke Barck

Hudkliniken

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Göteborg

Arash Ghabraman,

Reumatologi samt hud- och könssjukdomar

Mälarsjukhuset

Eskilstuna

Rasha Hashem

Hudkliniken

Universitetssjukhuset i Linköping

Linköping

Karolina Evenhamre

Hudkliniken

Universitetssjukhuset i Örebro

Örebro

Darius Sainafi

Hudkliniken

Södersjukhuset

Stockholm

Adis Dizdarevic

Hudmottagningen

Skånes Universitetssjukhus

Lund

Sofia Heintz

Hud- och könssjukdomar

Akademiska sjukhuset

Uppsala

Alexander Shayesteh

Hud- och STD-kliniken

Norrlands Universitetssjukhus

Umeå

Bakgrund

Med hyperhidros avses svettproduktion som överstiger den mängd som behövs för normal temperaturregulering. Primär lokaliserad hyperhidros (PLH) är ett kroniskt, idiopa-



tiskt tillstånd som i regel är lokaliserat till ett eller flera specifika områden. Sekundär hyperhidros har vanligen en mer generaliserad utbredning och kan vara fysiologisk (överhettning, feber, graviditet, menopaus), orsakas av olika sjukdomstillstånd eller bero på biverkan av läkemedel.¹

Vid primär hyperhidros föreligger en överkänslighet i framför allt de ekkrina svettkörtlarna som i sin tur leder till en uttalat högre lokal svettproduktion. Däremot verkar körtlarnas histologiska utseende och antal vara oförändrade.²⁻⁴

Prevalensen av PLH varierar stort mellan olika studiepopulationer vilket skulle kunna bero på bl.a. genetiska, geografiska och kulturella skillnader. Tillståndet förekommer i alla åldrar² även om prevalensen är högst bland yngre vuxna.⁵ Det finns ingen könsskillnad i förekomsten av PLH men kvinnor tenderar att oftare söka behandling.^{6,7} En stor svensk studie uppskattar att 5,5% av personer 18–60 år uppfyller kriterierna för PLH vilket är i nivå med det man sett i liknande studier från Tyskland och Polen.^{8,9}

Den vanligaste lokaliseringen för PLH på kroppen är armhålor följt av handflator, fot-sulor och ansiktet. Andra mer sällan drabbade områden är skalp, ljumskar och under bröst.^{1,10}

PLH kan ha en betydande negativ inverkan på såväl sociala interaktioner som förmåga att praktiskt klara av ett arbete.^{11,12} Uttalad handsvett kan t.ex. medföra obehag att ta andra människor i hand, svårigheter att hantera papper och hålla i föremål. Axillär svettning kan ge misspydande fläckar på kläderna och behov av frekventa klädbyten. Sammantaget kan uttalade svettningar ha allvarliga psykosociala konsekvenser för individen och en tydlig negativ påverkan på livskvalitet, jämförbart med vad man ser vid svår psoriasis, reumatoid artrit, multipel skleros och terminal njursvikt.^{13,14}

Diagnostik

Diagnosen PLH ställs främst via patientens sjukhistoria och efter en läkarundersökning.^{15,17} De anamnestiska kriterierna för diagnosen primär lokaliserad hyperhidros är: Fokal ökad svettning med >6 månaders duration utan bakomliggande orsaker med två eller flera av följande tilläggs-kriterier:

1. svettningar begränsar dagliga aktiviteter
2. svettningar minst en gång/vecka
3. bilateral och symmetrisk
4. svettningar upphör under sömn
5. debut före 25 års ålder och
6. hereditet för hyperhidros (hos 30-50% av patienterna).

Vid tveksamheter kring diagnosen PLH, kan man med hjälp av Minor's test (Jodstärkelsetest) få vägledning och identifiera det drabbade området på huden.¹⁵ Kliniskt lämpade laboratorietester för att avgöra

graden av hyperhidros saknas. Däremot används Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS) för subjektiv uppskattning av svettningarnas svårighetsgrad och för att vägleda sjukvårdspersonalens behandlingsbeslut.¹⁶ Denna skala består av en fråga med fyra korresponderande svar där svar 1-2 motsvarar mild hyperhidros medan svar 3-4 indikerar svår hyperhidros.

Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS)¹⁸

Hur skulle du uppskatta svårigheten av dina svettningsbesvär?

- Mina svettningar märks aldrig och stör inte mina dagliga aktiviteter.
- Mina svettningar är uthärdliga, men stör mina dagliga aktiviteter.
- Mina svettningar är knappt uthärdliga och stör ofta mina dagliga aktiviteter.
- Mina svettningar är outhärdliga och stör alltid mina dagliga aktiviteter.

Behandling

Produkter innehållande aluminiumklorid (antiperspiranter) är förstahandsval för behandling av PLH.^{17,19} För barn och vuxna med överdrivna svettningar på händer och fötter kan jontofores (svag elektrisk ström) vara ett behandlingsalternativ.²⁰

Svår hyperhidros (HDSS 3–4 poäng), som har svarat otillräckligt på lokalbehandling är en indikation för behandling med botulinumtoxin (btx).²¹ Botulinumtoxin A (Botox®, Dysport®) har enbart indikationen axillär hyperhidros (AH) men används vid hyperhidros på andra delar av kroppen off-label. Behandlingen kan vara smärtsam och bedövning eller andra smärtminskande åtgärder kan behövas. Btx är ett säkert och effektivt läkemedel som har i övrigt begränsade biverkningar och minskar svettningarna hos många patienter. Vid AH rekommenderas en dos av Botox® på 50 enheter och Dysport® 100-200 enheter i varje armhåla för effekt.^{22,23} Vid Palmar hyperhidros är en totaldos av Botox® 100-165 enheter och Dysport® 250-300 enheter tillräckligt för effekt.^{24,25} Biverkningar utgörs bland annat av lokala injektionsrelaterade besvär, övergående muskelsvaghet i händerna och kompensationssvettning. Botulinumtoxin typ B kan användas som ett komplement för botulinumtoxin typ A (btx-A), över tennar- och hypotenarmuskulerna för att minska risken för muskelsvaghet i händerna.²⁶ Effekten av behandling med btx-A varierar och beskrivs vara 2–9 månader palmart och cirka 7–9 månader axillärt.^{18,26,27} Behandling med btx kan ske upp till 2 ggr per år med

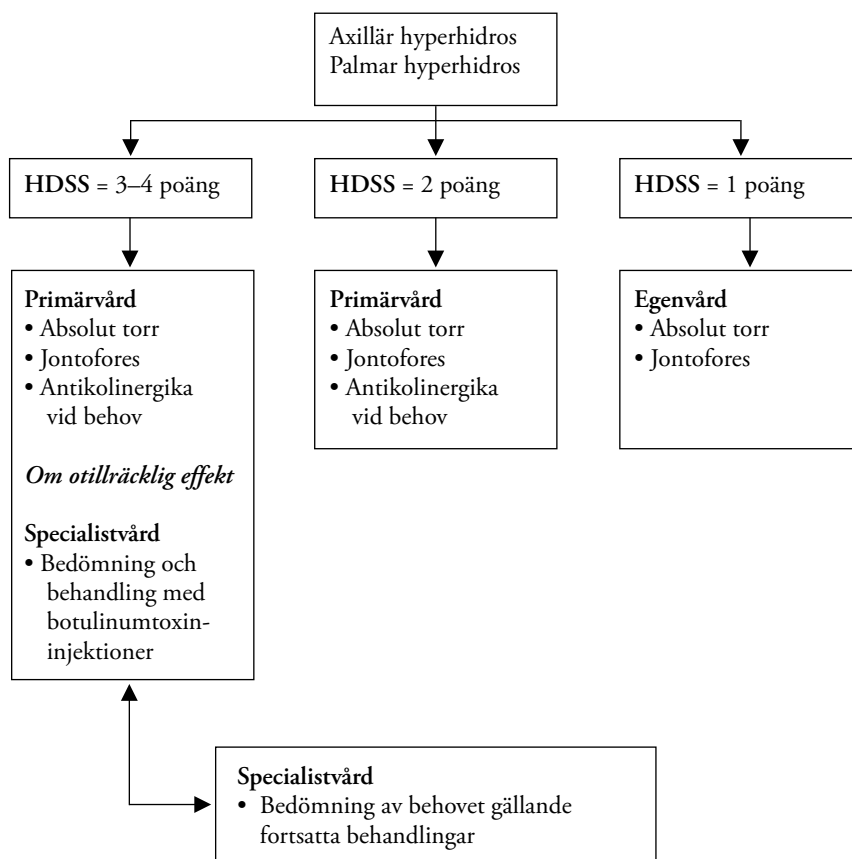
minst cirka 4 månaders mellanrum. För vissa patienter kan effekten av btx förlängas med lokalbehandling, tablettbehandling med antikolinergika eller jontofores.^{17,26} Vid hyperhidros, lokaliserad till andra kroppsområden än armhålor och händer, rekommenderas enbart behandling med antiperspiranter, antikolinergika eller jontofores. Det är enbart armhålor och handflator som behandlas med btx inom offentlig sjukvård. Behandling med btx kan även ges till barn som har PLH med god effekt och få biverkningar.²⁸

Immunitet mot btx är ovanlig.²⁹ Vid dålig eller avsaknad av effekt gällande btx-behandling bör patientens svettproduktion verifieras. I dagsläget finns enbart Minors test och gravimetri¹⁵ som objektiva test för hyperhidros inom klinisk praxis. Efter att ha uteslutit batchfel, kan man byta btx-A som användes med ett annat märke eller annan typ av btx. Därefter finns det indirekta metoder för att testa svettproduktionen och effekten av behandlingen som trapptest respektive rynktest.

Behandling av hyperhidros med peroral oxibutynin hos barn och vuxna är fördelaktigt vid multifokal hyperhidros och kan vara ett bra komplement till de existerande behandlingsalternativen.^{30,31} Startdosen bör vara 2,5 mg dagligen med långsam upptrappning (max 20 mg/d) för att hitta en optimal dos för patienten. Slutdosen avgörs av effekt och biverkningar.²⁶ Med tanke på de biverkningar som har rapporterats gällande oxibutynin och andra antikolinergika, bör försiktighet iaktas vid förskrivning till äldre patienter eller som kontinuerlig behandling av hyperhidros oavsett ålder.^{32,33}

Behandling av axillär hyperhidros med mikrovågsteknologi (MiraDry®) innebär att man använder mikrovågor för att hetta upp och irreversibelt skada svettkörtlarna i dermis. Mikrovågsteknologi är ett lovande behandlingsalternativ som med tiden skulle kunna hjälpa majoriteten av individer med axillär hyperhidros. Behandling

Flödesschema av vården för patienter med axillär och palmar hyperhidros



med mikrovågsteknologi har beskrivits i några studier som effektiv med få allvarliga biverkningar.^{34,35} Viktigt att beakta är att hälsoekonomiska data och långtidsdata gällande effekt och säkerhet för mikrovågsteknologi saknas. Mer forskning är därför nödvändig innan behandling med mikrovågsteknologi kan rekommenderas inom offentlig sjukvård.

Utformning av remiss

Patienter med palmar och/eller axillär hyperhidros med HDSS 3-4 poäng som inte har svarat tillfredsställande på lokal- och eventuell tablettbehandling remitteras till hyperhidrosmottagning för ställningstagande till annan behandling.

Remissen ska innehålla uppgifter om:

- Diagnos
- Drabbade kroppsområden
- Påverkan på arbetsliv/skolgång
- Tidigare behandlingar (preparat och dosering)
- Information om utredning för sekundär hyperhidros
- Status (armhålor och händer)
- Svårighetsgrad enligt HDSS

Hyperhidrosomtagningar tar inte emot remisser när det gäller generell hyperhidros. Generaliserad hyperhidros utreds och behandlas i primärvården.

Uppföljning

För att minska risken för biverkningar och för att minimera risken för immunisering skall det gå minst 16 veckor mellan behandlingar med btx. Patienten skall före upprepade behandling hinna återfå sin hyperhidros i sådan omfattning att förnyat behandlingsbehov kan kliniskt bedömas. Ofta kan man vid besöket verifiera att patienten har en uttalad svettning från de aktuella lokalerna. Ibland krävs att patienten utför lättare fysisk aktivitet, men trots det kan man inte alltid utlösa besvären vid besöket. Man får då göra en individuell bedömning av patienten och fortsatt behandlingsbehov bör kontinuerligt utvärderas.

Referenser

1. Walling HW. Clinical differentiation of primary from secondary hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2011;**64**:690-695.
2. Lonsdale-Eccles A, Leonard N, Lawrence C. Axillary hyperhidrosis: eccrine or apocrine? *Clin Exp Dermatol*. 2003;**28**:2-7.
3. Sato K, Kang WH, Saga K, Sato KT. Biology of sweat glands and their disorders. II. Disorders of sweat gland function. *J Am Acad Dermatol*. 1989;**20**:713-726.
4. Schick CH. Pathophysiology of Hyperhidrosis. *Thorac Surg Clin*. 2016;**26**:389-393.
5. Doolittle J, Walker P, Mills T, Thurston J. Hyperhidrosis: an update on prevalence and severity in the United States. *Arch Dermatol Res*. 2016;**308**:743-749.
6. Strutton DR, Kowalski JW, Glaser DA, Stang PE. US prevalence of hyperhidrosis and impact on individuals with axillary hyperhidrosis: results from a national survey. *J Am Acad Dermatol*. 2004;**51**:241-248.
7. Leung AK, Chan PY, Choi MC. Hyperhidrosis. *Int J Dermatol*. 1999;**38**:561-567.
8. Shayesteh A, Janlert U, Brulin C, Boman J, Nylander E. Prevalence and Characteristics of Hyperhidrosis in Sweden: A Cross-Sectional Study in the General Population. *Dermatology*. 2016;**232**:586-591.
9. Augustin M, Radtke MA, Herberger K, Kornek T, Heigel H, Schaefer I. Prevalence and disease burden of hyperhidrosis in the adult population. *Dermatology*. 2013;**227**:10-13.
10. Moraes E, Vaughn OA, Hill S. Incidence and prevalence of hyperhidrosis. *Dermatol Clin*. 2014;**32**:457-465.
11. Shayesteh A, Brulin C, Nylander E. The Meaning of Living for Men Suffering From Primary Hyperhidrosis. *Am J Mens Health*. 2019;**13**:1557988319892725. doi: 10.1177/1557988319892725.
12. Shayesteh A, Persson M, Brulin C, Nylander E. 'Excessive sweating is not a feminine thing': A qualitative study of women's experiences suffering from primary hyperhidrosis. *PLoS One*. 2021;**16**:e0254689. doi: 10.1371/journal.pone.0254689.
13. Cinà CS, Clase CM. The Illness Intrusiveness Rating Scale: a measure of severity in individuals with hyperhidrosis. *Qual Life Res*. 1999;**8**:693-698.
14. Swartling C, Naver H, Lindberg M. Botulinum A toxin improves life quality in severe primary focal hyperhidrosis. *Eur J Neurol*. 2001;**8**:247-252.
15. Hornberger J, Grimes K, Naumann M, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004;**51**:274-286.
16. Solish N, Bertucci V, Dansereau A, Hong HC, Lynde C, Lupin M, Smith KC, Storwick G; Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. A comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: recommendations of the Canadian Hyperhidrosis Advisory Committee. *Dermatol Surg*. 2007;**33**:908-923.
17. Swartling C, Brismar K, Aquilonius S-M, et al. Hyperhidros- det »tysta« handikappet. *Läkartidningen*. 2011;**108**:2428-2432.
18. Shayesteh A, Boman J, Janlert U, Brulin C, Nylander E. Primary hyperhidrosis: Implications on symptoms, daily life, health and alcohol consumption when treated with botulinum toxin. *J Dermatol*. 2016;**43**:928-933.
19. Hoorens I, Ongenaes K. Primary focal hyperhidrosis: current treatment options and a step-by-step approach. *JEADV*. 2012;**26**:1-8.
20. Dahl JC, Glent-Madsen L. Treatment of hyperhidrosis manuum by tap water iontophoresis. *Acta Derm Venereol*. 1989;**69**:346-348.
21. Shayesteh A, Nylander E. Botulinum toxin helps against primary local hyperhidrosis. Good effect-few adverse effects according to a literature review. *Läkartidningen*. 2011;**108**:2433-2435.
22. <https://www.fass.se/LIF/product?userId=0&npId=20080626000015>
23. <https://www.fass.se/LIF/product?userId=0&npId=20100316000092>
24. Vadoud-Seyedi J, Heenen M, Simonart T. Treatment of idiopathic palmar hyperhidrosis with botulinum toxin. Report of 23 cases and review of the literature. *Dermatology*. 2001;**203**:318-321.
25. Simonetta Moreau M, Cauhepe C, Magues JP, Senard JM. A double-blind, randomized, comparative study of Dysport vs. Botox in primary palmar hyperhidrosis. *Br J Dermatol*. 2003;**149**:1041-1045.
26. Deebaj R, Emtestam L, Lundberg L, et al. Högnöjdhet med botulinumtoxin vid palmar hyperhidros. *Läkartidningen*. 2015;**112**:C6RC.
27. Maltse K, Ryndel M, Alm-Dahlgren J et al. Botulinumtoxin treatment of axillary and palmar hyperhidrosis, Region Västra Götaland, HTA-centre. https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/4cda9a09-20b3-44b8-b574-9ac73721caa4/2012_45%20HTA-rapport%20BTX.pdf?_a=false&guest=true
28. Mirkovic SE, Rystedt A, Balling M, Swartling C. Hyperhidrosis Substantially Reduces Quality of Life in Children: A Retrospective Study Describing Symptoms, Consequences and Treatment with Botulinum Toxin. *Acta Derm Venereol*. 2018;**98**:103-107.
29. Lange O, Bigalke H, Dengler R, Wegner F, de-Groot M, Wohlfarth K. Neutralizing antibodies and secondary therapy failure after treatment with botulinum toxin type A: much ado about nothing? *Clin Neuropharmacol*. 2009;**32**:213-218.
30. Try C, Messikh R, Elkhyat A, et al. Use of oral oxybutynin at 7,5mg per day in primary hyperhidrosis. *Rev Med Liege*. 2012;**67**:520-526.
31. Wolosker N, Tevelis MP, Krumman M, et al. Long-term results of the use of oxybutynin for the treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann Vasc Surg*. 2014;**28**:1106-1112.
32. Gray SL, Hanlon JT. Anticholinergic medication use and dementia: latest evidence and clinical implications. *Ther Adv Drug Saf*. 2016;**7**:217-224.
33. Leder peroral oxybutyninbehandling till ökad risk för demens vid primär hyperhidros? RELIS database 2018; spm.nr. 785, ELINOR. https://relis.no/sporsmal_og_svar/relisdb-se/13-785
34. Lupin M., Hong H.C., O'Shaughnessy K.F.: Long-term efficacy and quality of life assessment for treatment of axillary hyperhidrosis with a microwave device. *Dermatol Surg* 2014;**40**:805-807.
35. Kaminaka, C., Mikita, N., Inaba, Y., Kunimoto, K., Okuhira, H., Jinnin, M., Kao, B., Tanino, R., Tanioka, K., Shimokawa, T. and Yamamoto, Y. Clinical and histological evaluation of a single high energy microwave treatment for primary axillary hyperhidrosis in Asians: A prospective, randomized, controlled, split-area comparative trial. *Lasers Surg. Med*. 2019;**51**:592-599.

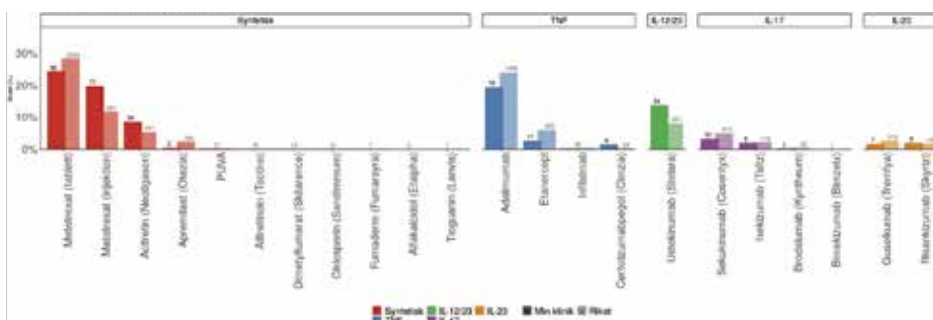
Annons

Annons

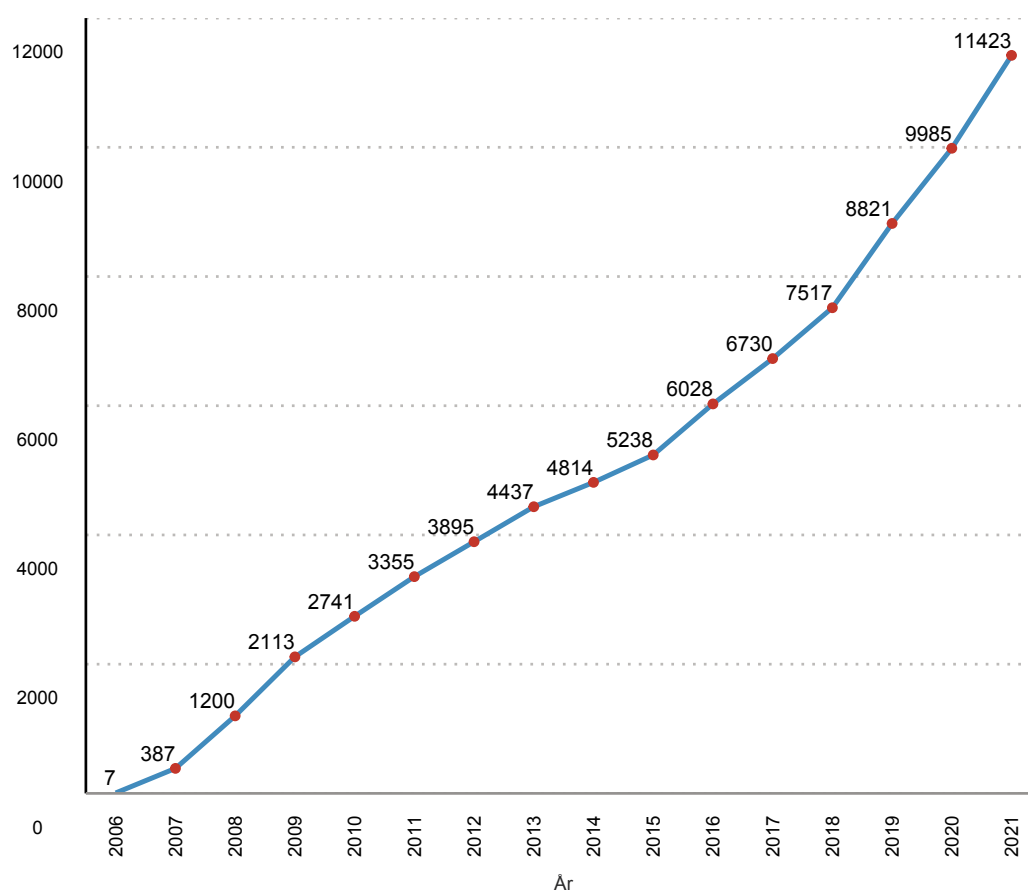
Filippa Nyberg,
Docent, överläkare
Hudkliniken
Karolinska
Universitetssjukhuset
Ordförande NPO Hud-
och könssjukdomar



Year	New cases
2007	20
2008	26
2009	85
2010	39
2011	55
2012	192
2013	242
2014	231
2015	259
2016	412
2017	427
2018	489
2019	606
2020	593
2021	667



Patientregistrering ackumulerat över tid



Figur 1:

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

Vetenskapliga bidrag under 2021

Eur Acad Dermatol Venereol 2021 Feb;35(2):281-317.

EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris -

Part 2: specific clinical and comorbid situations

Alexander Nast, et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33547728/>

Acta Derm Venereol 2021 Jun 30;101(6):adv00487.

Impact of Bariatric Surgery on Moderate to Severe Psoriasis:

A Retrospective Nationwide Registry Study

Marta Laskowski, et al.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33954800/>

JMIR Res Protoc 2021 Aug 27;10(8):e27669.

Variations in Patients' Overall Assessment of Their Health Across and Within Disease Groups Using the EQ-5D Questionnaire: Protocol for a Longitudinal Study in the Swedish National Quality Registers

Fitsum Sebsibe Teni, et al.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448726/>

Br J Dermatol 2021 Nov;185(5):945-951.

Prevalence and incidence of palmoplantar pustulosis in Sweden: a population-based register study

Sofia Löfvendahl, et al.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33792911/>

Styrgruppen för PsoReg 2021

Ronny Lestander, verksamhetschef,
primärvården Västerbottens län,
Umeå

Annelie Edrén, verksamhetschef,
Psoriasisföreningen i Stockholms läns
mottagningar

Amra Osmancevic, överläkare,
Hudkliniken, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg

Eva Aspelin, sjuksköterska,
Hudkliniken, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg

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

Bertil Born, patientföreträdare, Horda

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

Ewa Wallin, sjuksköterska,
Hudmottagningen,
Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Grigorios Theodosiou, (förelärdledig)
biträdande överläkare,
Hudmottagningen,
Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Kari Dunér, överläkare
Hudmottagningen,
Blekingesjukhuset, Karlskrona

Sara Lattanzi, hudläkare,
SKIN Hudkliniken, Carlanderska
Sjukhuset, Göteborg

**NPO/RPO Hud- och könssjukdomar och NAG Psoriasis**

Nationella programområden (NPO) Hud- och könssjukdomar är ett av 26 Nationella programområden, som leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner.

Sjukvårdsregionala programområden (RPO)

De 26 nationella programområdena speglas på sjukvårdsregional nivå i sjukvårdsregionala programområden.

Nationella arbetsgrupper (NAG)

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

Källa: www.skr.se, <https://kunskapsstyrningvard.se>

Biologiska läkemedel, syntetiska läkemedel och biosimilarer

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

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

Tumörnekrosfaktor (TNF):
Infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab.
I denna gruppen finns biosimilarer.

Interleukiner (IL):
IL-12/23 Ustekinumab
IL-17 Ixekizumab
Brodalumab
Sekukinumab
Bimekizumab
IL-23 Guselkumab
Risankizumab

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

Anslutning i PsoReg

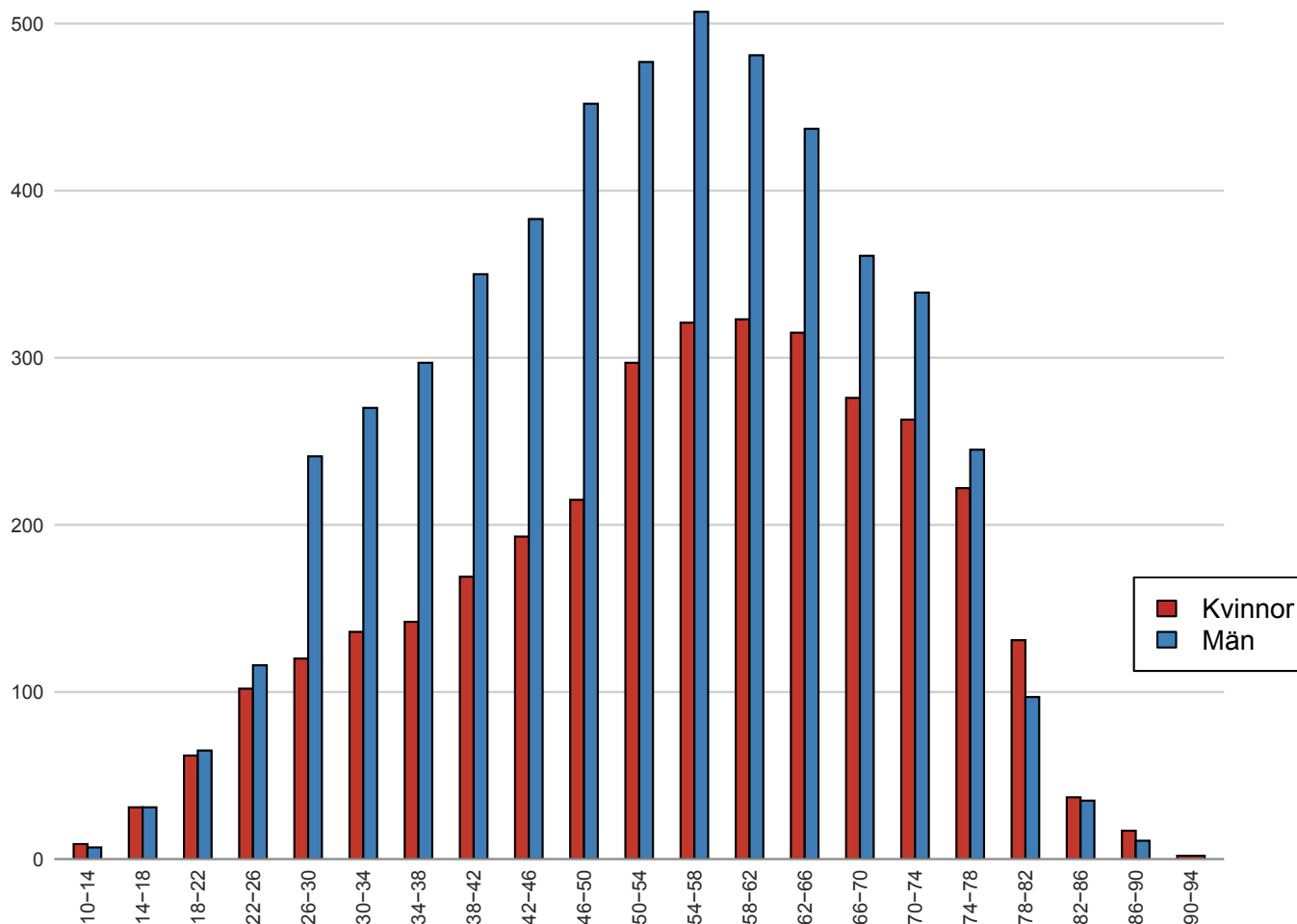
Klinik	Antal patienter	Sjukvårdsregion	Klinik	Antal patienter
Norrlands US	241	Norra sjukvårdsregionen	P-Hudläkaren i Umeå AB	1
Sundsvalls sjukhus	218			
Östersunds sjukhus	159			
Sunderby sjukhus	152			
Mälarsjukhuset	451	Sjukvårdsregion Mellansverige	Karlskoga lasarett	4
US Örebro	238			
Karlstads sjukhus	190			
Akademiska sjukhuset	163			
Falu Lasarett	136			
Västerås lasarett	100			
Gävle sjukhus	77			
Lindesbergs Lasarett	66			
Lasarettet Enköping	29			
P-HudDoktorn i Örebro	27			
PSO i Stockholm	1204	Stockholms sjukvårdsregion	P-Fruängens Läkarhus	20
Karolinska US	407		P-Hudläkartjänst	16
Danderyds sjukhus	177		P-Hudcentrum Hagastaden	15
P-Kungsholmens Hudklinik	128		P-VeritasKliniken Hud	13
P-Stockholm Hud Odenplan	123		Nacka sjukhus	4
P-Farsta Läkarhus	70		P-Hudläkargruppen Mörby	4
Södersjukhuset	57		P-SkinDoc	3
P-Diagnostiskt Centrum Hud	51		P-Sophiahemmet	3
Visby lasarettet	46		P-Läkarhuset Vällingby	2
P-Läkarhuset Utsikten	23			
Länssjukhuset Ryhov	432	Sydöstra sjukvårdsregionen	Värnamo Sjukhus	8
Länskliniken Hud Östergötland	289			
Länssjukhuset Kalmar	263			
Västerviks Sjukhus	123			
US i Linköping/Norrköping	82			
SUS Malmö	373	Södra sjukvårdsregionen	Landskrona Lasarett	18
SUS Lund	290		Ljungby Lasarett	17
Blekingesjukhuset	275		P-Capio Specialisthuset Eslöv	16
Kristianstads sjukhus	190		Växjö lasarett	12
Helsingborgs lasarett	122		P-Hudläkarna i Trelleborg	11
Hallands sjukhus Halmstad	81		P-Kristianstadkliniken	7
Trelleborgs lasarett	42		P-Hudläkarmott Lundagårds läkargrupp	5
			P-Tudorkliniken Halmstad	4
			P-Hudmottagning Öresund	1
			P-Läkarhuset Lund	1
			PSO Malmö-Vellinge	1
Sahlgrenska US	617	Västra sjukvårdsregionen	P-Diagnostiskt Centrum Hud Göteborg	4
Södra Älvsborgs Sjukhus	446		P-SKIN, Hudkliniken Göteborg	2
Skaraborgs sjukhus	235		P-SKIN, Annedalskliniken	1
Uddevalla Sjukhus	211			
P-Kungsbacka	205			
Västra Frölunda sjukhus	95			

Tabell 1:

Antal patienter i PsoReg (totalt 9101) efter region vid årsskiftet 2021/2022.

Till vänster kliniker med 20 eller fler registreringar, till höger kliniker med färre än 20 registreringar.

Åldersfördelning uppdelat på kön



Figur 2:

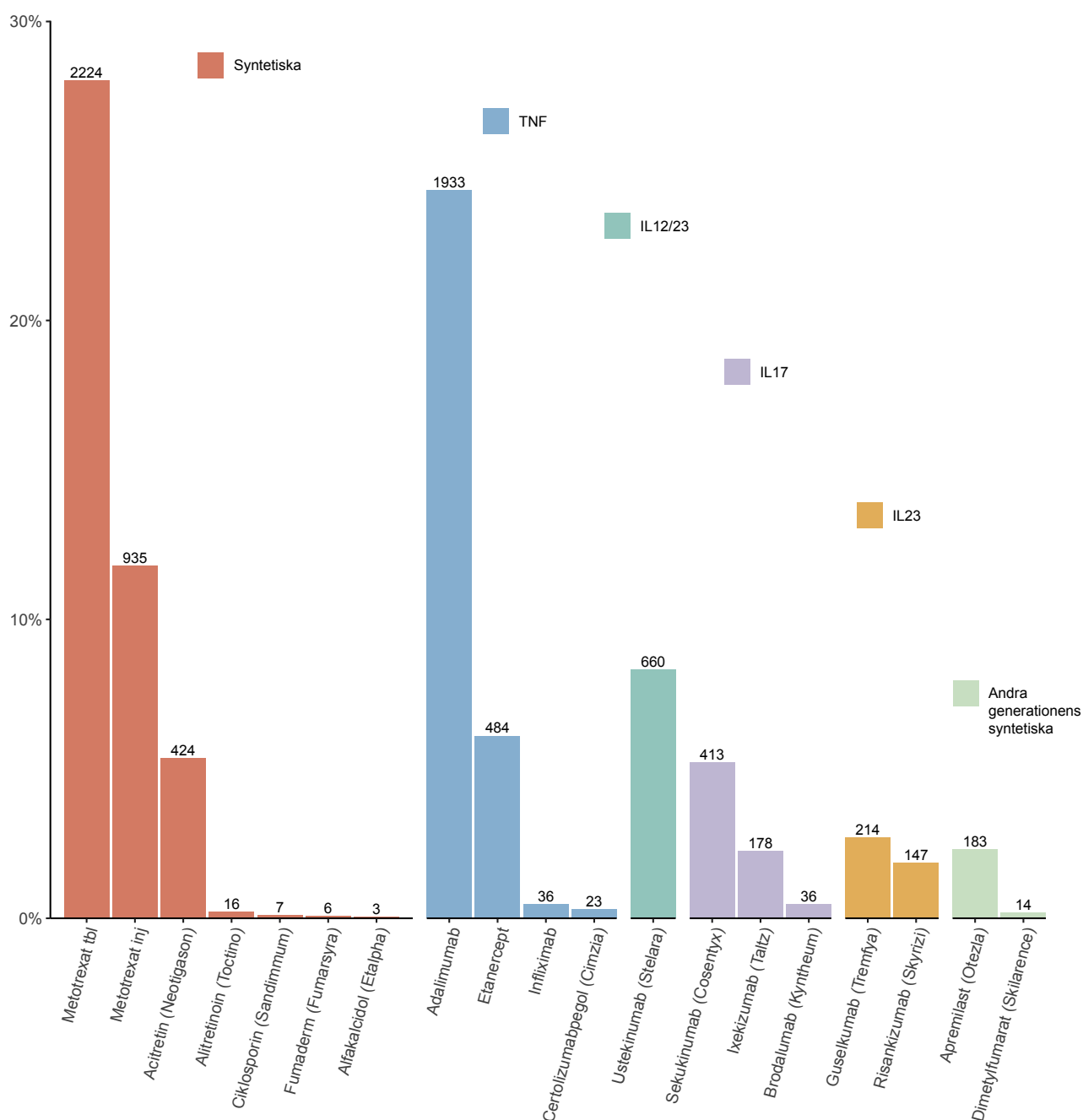
Åldersfördelning för patienterna i PsoReg, könsuppdelat. Generellt är män överrepresenterade. Detta kan dock bero på att män oftare har en svårare sjukdom. *

*Hagg, D., et al. The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. *PLoS One*, 2013, 2013. 8(5):p. e63619.
Hagg, D., et al. Severity of Psoriasis Differs Between Men and Women: A Study of the Clinical Outcome Measure Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in 5438 Swedish Register Patients. *Am J Clin Dermatol*, 2017.

Annons

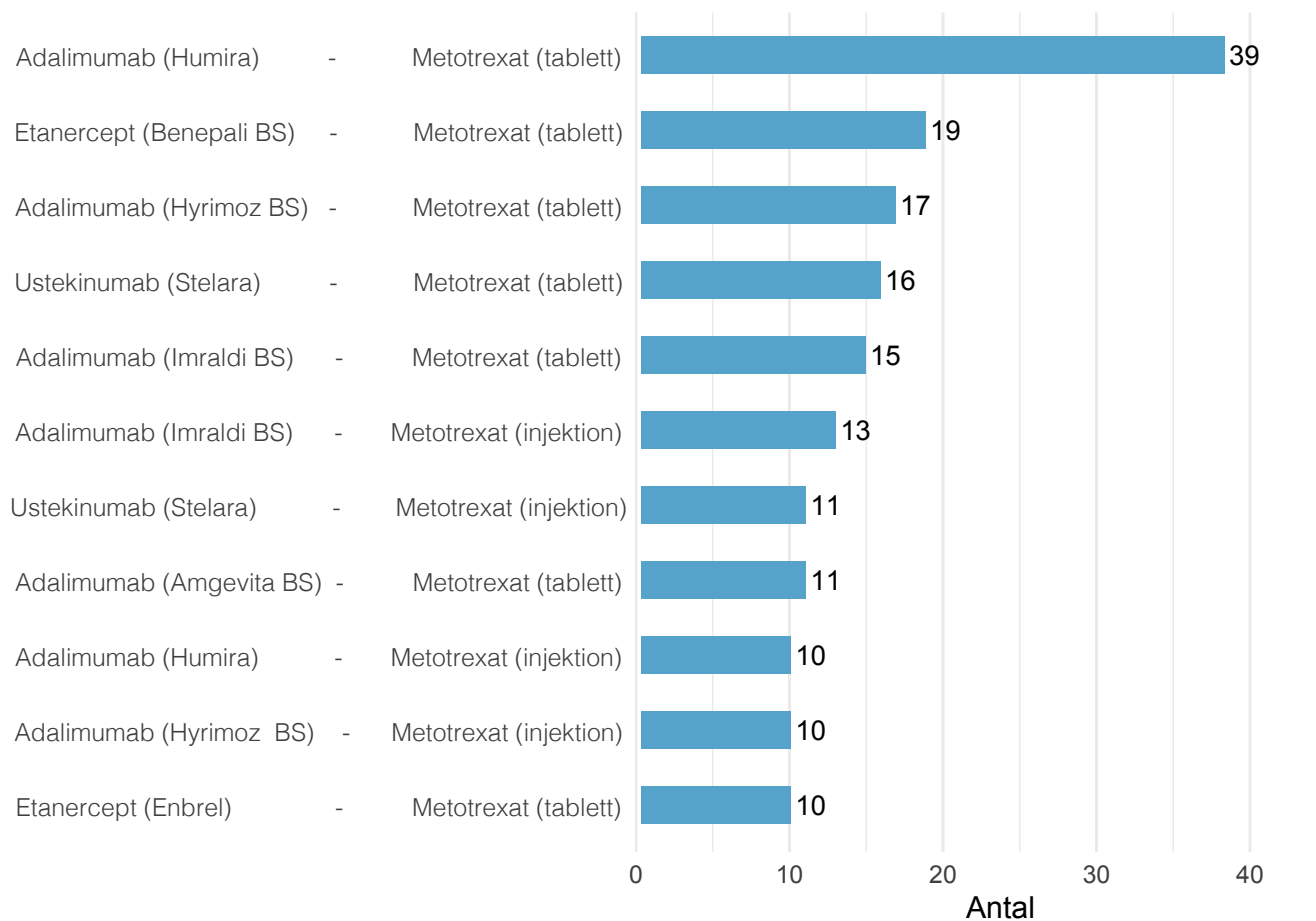
Annons

Fördelning av systembehandlingar

**Figur 3:**

Samtliga pågående systembehandlingar i PsoReg vid årsskiftet 2021/2022. En patient kan gå på mer än en systembehandling samtidigt. Den största förändringen har skett inom gruppen interleukinpreparat.

Fördelning av kombinationsbehandling



Figur 4:

De 10 vanligaste kombinationsbehandlingarna i PsoReg vid årsskiftet 2020/2021.

Gemensamt för dessa är att ett biologiskt läkemedel kombineras med metotrexat.

Kombinationen av adalimumab eller etanercept med metotrexat (substanser utan patentskydd) står för 9 av dessa 11 kombinationer.

Kombinationen av ustekinumab med metotrexat står för de resterande två.

BS = Biosimilar

Tabell 7:

Fördelning av systembehandlingar de senaste 5 åren.

Tabellen visar andelen av respektive behandling i procent.

Systembehandling	2017	2018	2019	2020	2021
IL23					
Guselkumab (Tremfya)	-	0.4	1.3	2.2	2.8
Risankizumab (Skyrizi)	-	-	0.5	1.5	1.9
IL17					
Sekukinumab (Cosentyx)	5.4	6.0	5.8	5.6	5.3
Ixekizumab (Taltz)	0.8	1.4	1.9	2.2	2.3
Brodalumab (Kyntheum)	-	0.1	0.3	0.5	0.5
IL12/23					
Ustekinumab (Stelara)	12.2	12.1	10.8	9.6	8.5
TNF					
Adalimumab	12.1	11.8	16.8	20.3	24.8
Etanercept	8.7	9.1	8.1	7.4	6.3
Infliximab	1.1	0.9	0.7	0.6	0.5
Certolizumabpegol (Cimzia)	-	0.0	0.2	0.2	0.3
Andra generationens syntetiska					
Apremilast (Otezla)	2.1	2.4	2.5	2.4	2.3
Dimetylfumarat (Skilarence)	-	0.2	0.2	0.2	0.2
Syntetiska					
Metotrexat tbl	37.5	35.7	32.1	29.5	27.4
Metotrexat inj	11.0	11.9	12.0	11.7	11.5
Acitretin (Neotigason)	8.7	7.6	6.5	5.7	5.1
Ciklosporin (Sandimmun)	-	-	0.1	0.1	0.1
Fumaderm (Fumarsyra)	-	0.1	-	-	0.1
Alitretinoin (Toctino)	-	0.2	0.2	0.2	0.2

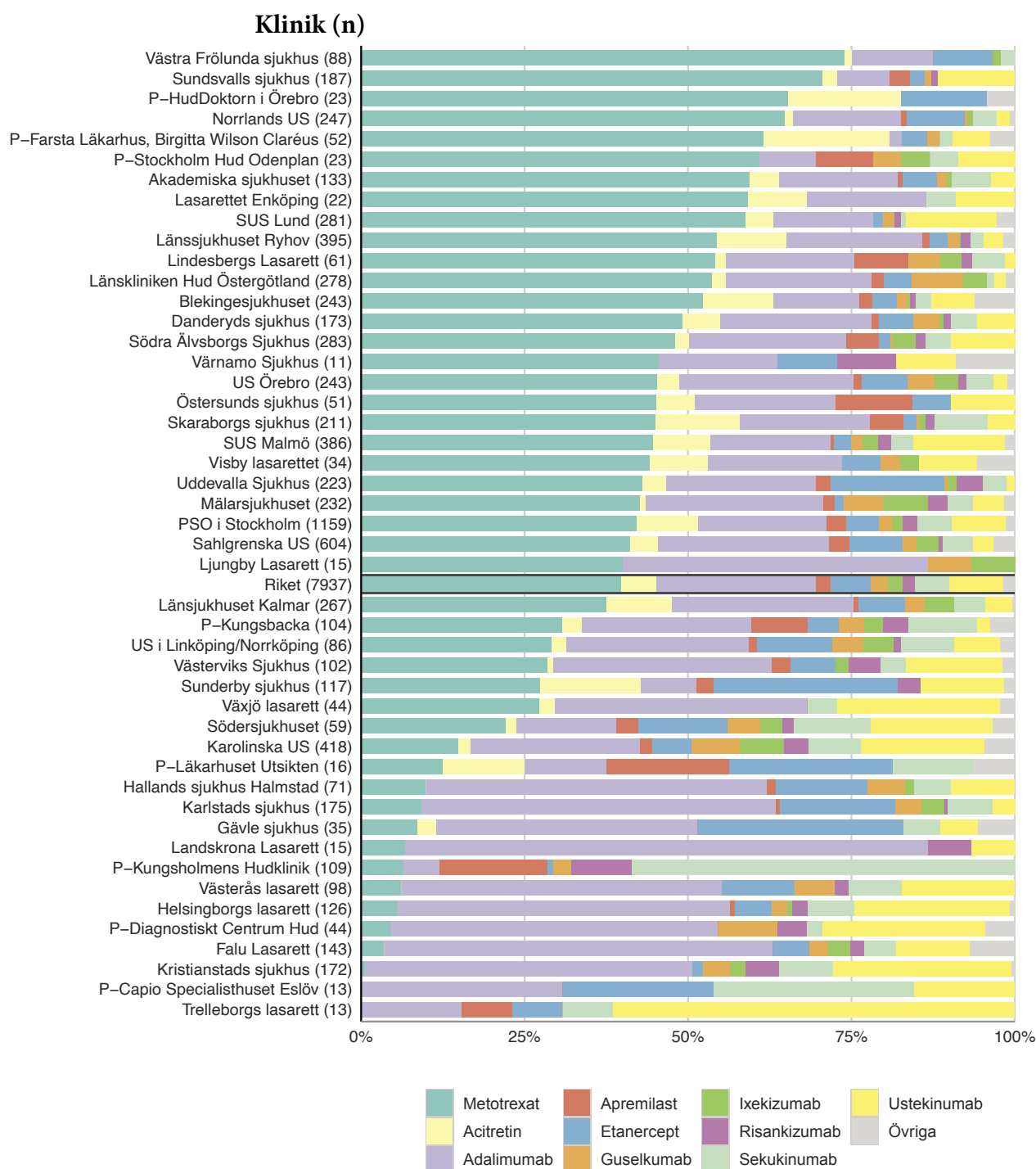
Tabell 8:

Fördelning av TNF-inhibitorer utan patentskydd de senaste 5 åren.

Tabellen visar andelen av respektive behandling i procent.

Systembehandling	2017	2018	2019	2020	2021
Adalimumab					
Adalimumab (Amgevita) Biosimilar	0.7	0.9	12.6	15.9	14.7
Adalimumab (Humira)	54.3	52.7	45.0	35.5	26.6
Adalimumab (Hyrimoz) Biosimilar	-	-	2.0	7.7	20.5
Adalimumab (Idacio) Biosimilar	-	-	-	1.9	4.8
Adalimumab (Imraldi) Biosimilar	0.4	0.4	6.1	10.7	12.0
Etanercept					
Etanercept (Benepali) Biosimilar	15.7	16.5	14.6	13.7	10.9
Etanercept (Enbrel)	23.9	25.0	16.5	12.3	8.6
Etanercept (Erelzi) Biosimilar	-	0.1	0.4	0.3	0.4
Infliximab					
Infliximab-Biosimilar (Inflectra/Remsima)	2.4	2.2	1.5	1.1	0.8
Infliximab (Remicade)	-	2.2	-	-	0.7

Fördelning av systembehandlingar uppdelat på klinik



Figur 5:

Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2021/2022.

De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "Övriga".

PASI och DLQI

Psoriasisaktiviteten skattas i PsoReg via två standardiserade instrument, PASI & DLQI

Psoriasis Activity and Severity Index (PASI)

PASI är ett kliniskt mått för psoriasissjukdomens utbredning och svårighetsgrad. PASI = 0 innebär inga psoriasisfläckar alls och PASI > 10 ses som gränsen till svår psoriasis. Behandlingsmålet PASI < 3 innebär låg sjukdomsaktivitet på en begränsad del av kroppen.

Dermatology Life Quality Index (DLQI)

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



Enligt SSDV:s behandlingsrekommendationer* anges uppnådda behandlingsmål (PASI < 3 & DLQI ≤ 5) med grönt.

 PASI < 3 & DLQI ≤ 5

Mellangruppen PASI 3–7 & DLQI ≤ 5 anges med gult en grupp där terapiförändring ej alltid är nödvändig*.

 PASI 3–7 & DLQI ≤ 5

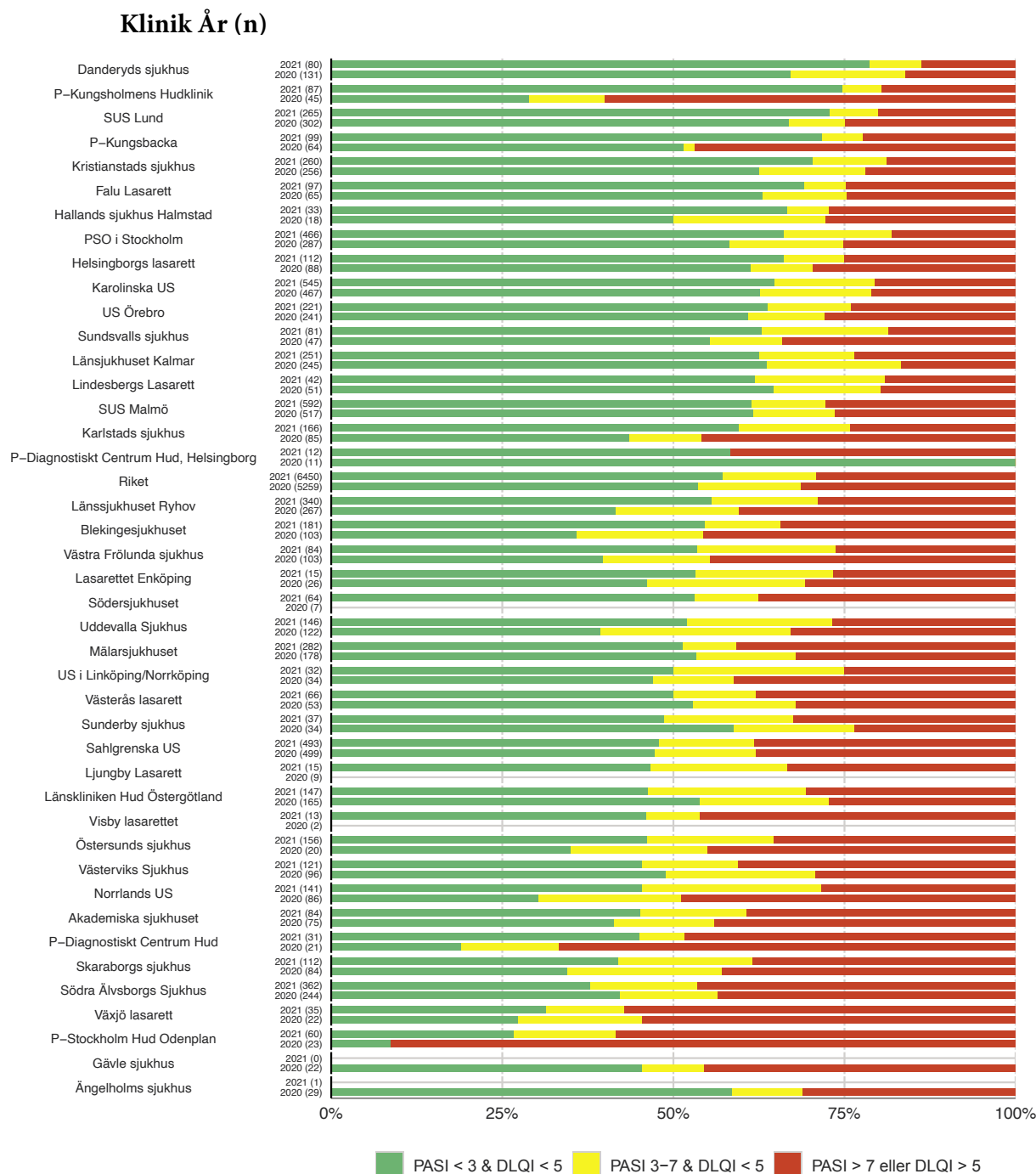
Patientgruppen med PASI > 7 eller DLQI > 5 uppvisar otillfredsställande resultat och här bör behandlingen kompletteras eller ändras.

 PASI > 7 & DLQI > 5

www.ssdv.se/dermatologi/allmaen-dermatologi

Uppnådda behandlingsmål

PASI & DLQI jämfört mellan 2021 och 2020



Figur 6:

Senaste mätningen av PASI & DLQI. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer bör PASI vara <3 och DLQI ≤ 5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Detta uppnås nu av runt 60% av de registrerade patienterna i riket, med en positiv tendens från 2020 till 2021.

Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

EQ-5D på kliniknivå

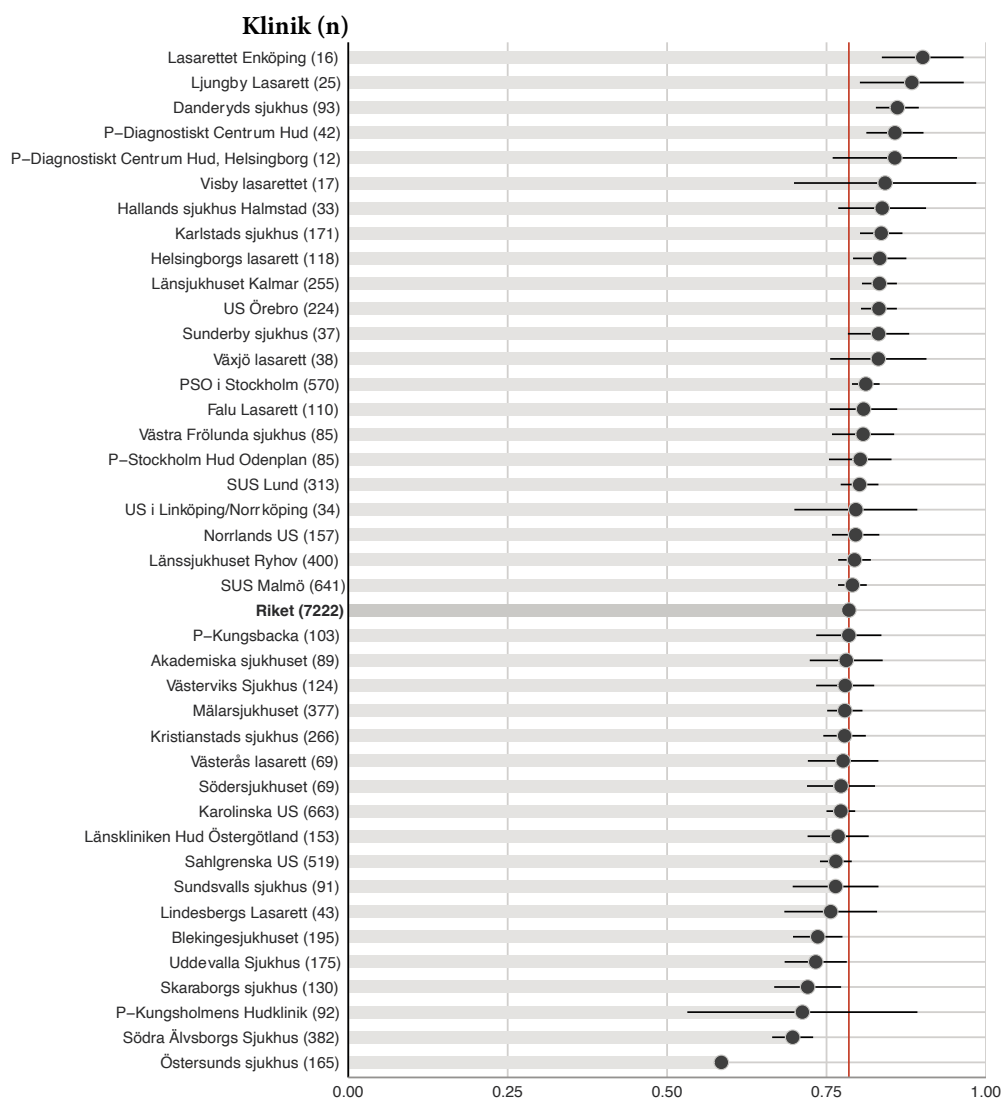
EQ-5D det generiska livskvalitetsmättet

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

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

- Inga problem
- En del eller måttliga problem
- Extrema problem

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

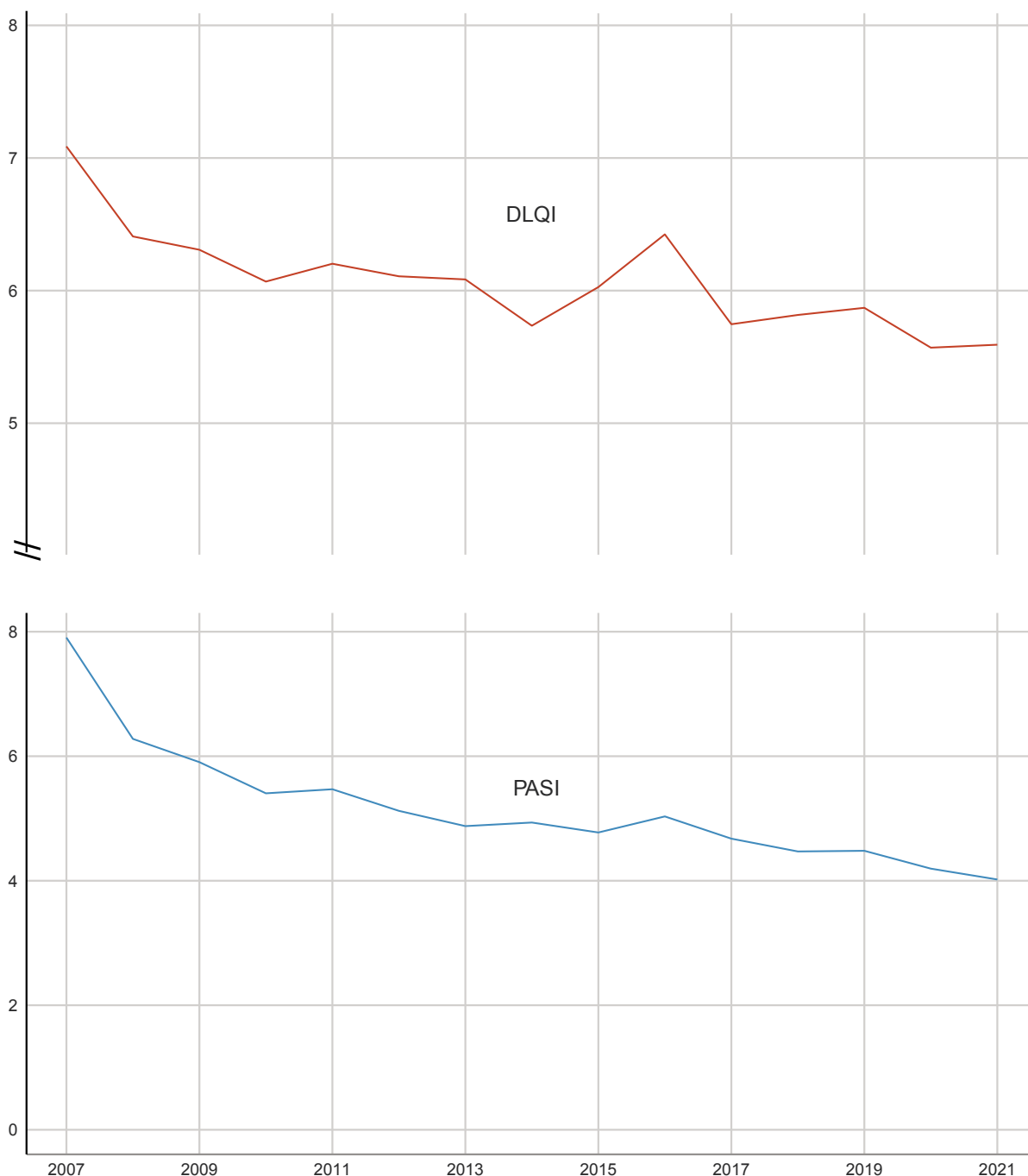


Figur 7:

Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2021. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95%. Observera att kliniker med färre än 10 registreringar ej visas.

Långtidsrapport

Förändring av utfallsmått sedan 2007

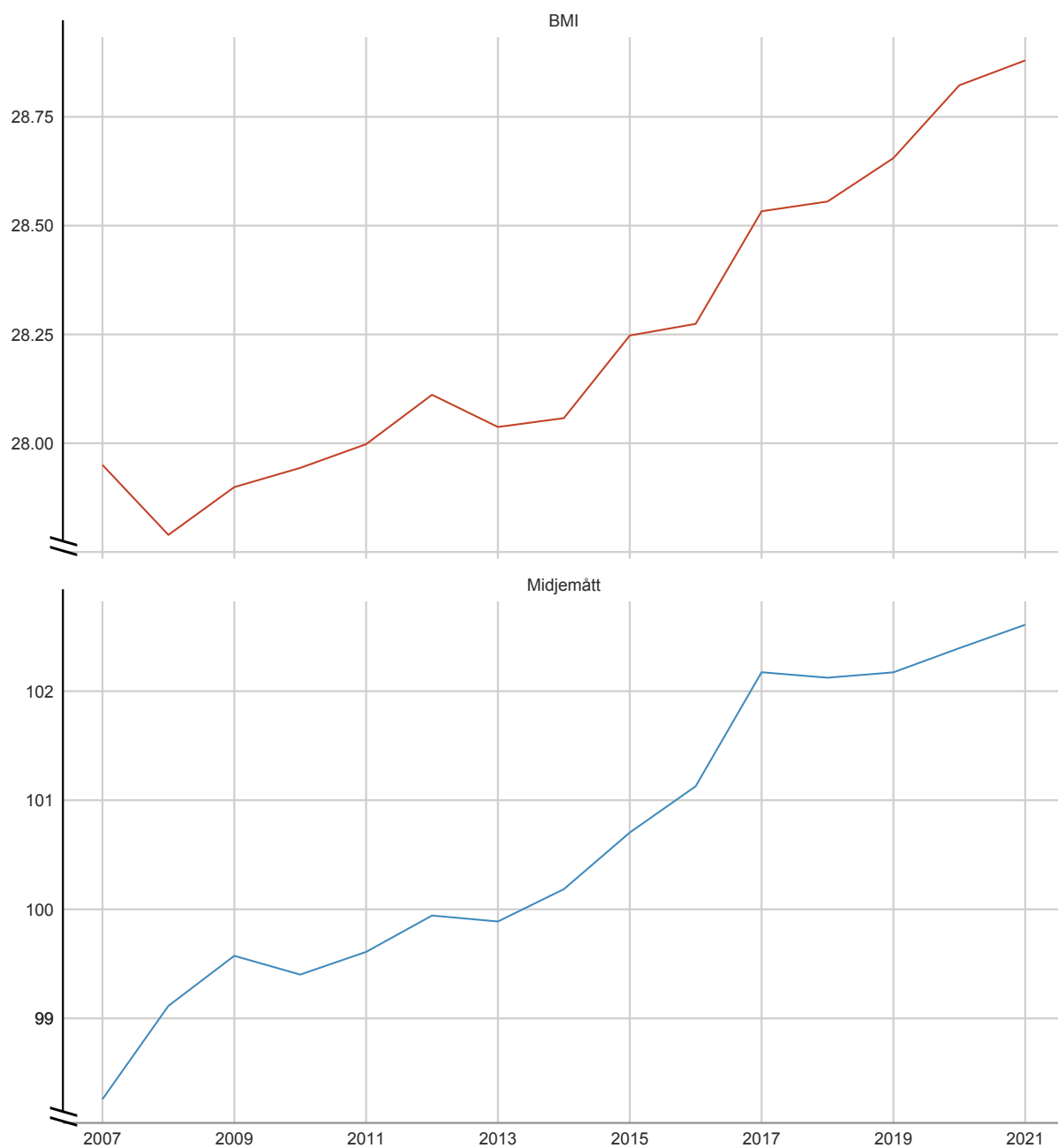


Figur 8:

Genomsnittligt DLQI och PASI över tid.

PASI rapporterat i PsoReg har sedan starten av PsoReg till idag halverats. Även DLQI har minskat. Figuren på följande sida visar dock att den generella hälsan, i form av BMI och midjemått, har haft en negativ utveckling.

Förändring av hälsoparametrar sedan 2007



Figur 9:

Genomsnittligt BMI och midjemått över tid.

Figuren visar tydligt behovet av att arbeta med metabol- och kardiovaskulär hälsa.

Regionrapport

Tabell 9:

Antal patienter i PsoReg vid årsskiftet 2021/22.

Region	Antal patienter
Region Stockholm	2320
Västra Götalandsregionen	1611
Region Skåne	1081
Region Sörmland	451
Region Jönköpings län	440
Region Kalmar län	386
Region Östergötland	371
Region Örebro län	335
Region Halland	290
Region Blekinge	275
Region Västerbotten	242
Region Västernorrland	218
Region Uppsala	192
Region Värmland	190
Region Jämtland Härjedalen	159
Region Norrbotten	152
Region Dalarna	136
Region Västmanland	100
Region Gävleborg	77
Region Gotland	46
Region Kronoberg	29
Totalt	9101

Tabell 10:

PsoReg-patienter per 10 000 invånare 2021.

Region	PsoReg patienter
Blekinge	21.5
Kalmar	21.0
Jönköping	15.9
Örebro	15.0
Västerbotten	12.6
Stockholm	12.0
Västra Götaland	11.3
Södermanland	11.0
Östergötland	10.9
Västernorrland	10.7
Skåne	10.4
Värmland	8.6
Gotland	7.8
Halland	7.5
Dalarna	7.0
Norrbotten	6.4
Uppsala	5.6
Jämtland Härjedalen	5.4
Västmanland	5.0
Kronoberg	4.2
Gävleborg	1.7

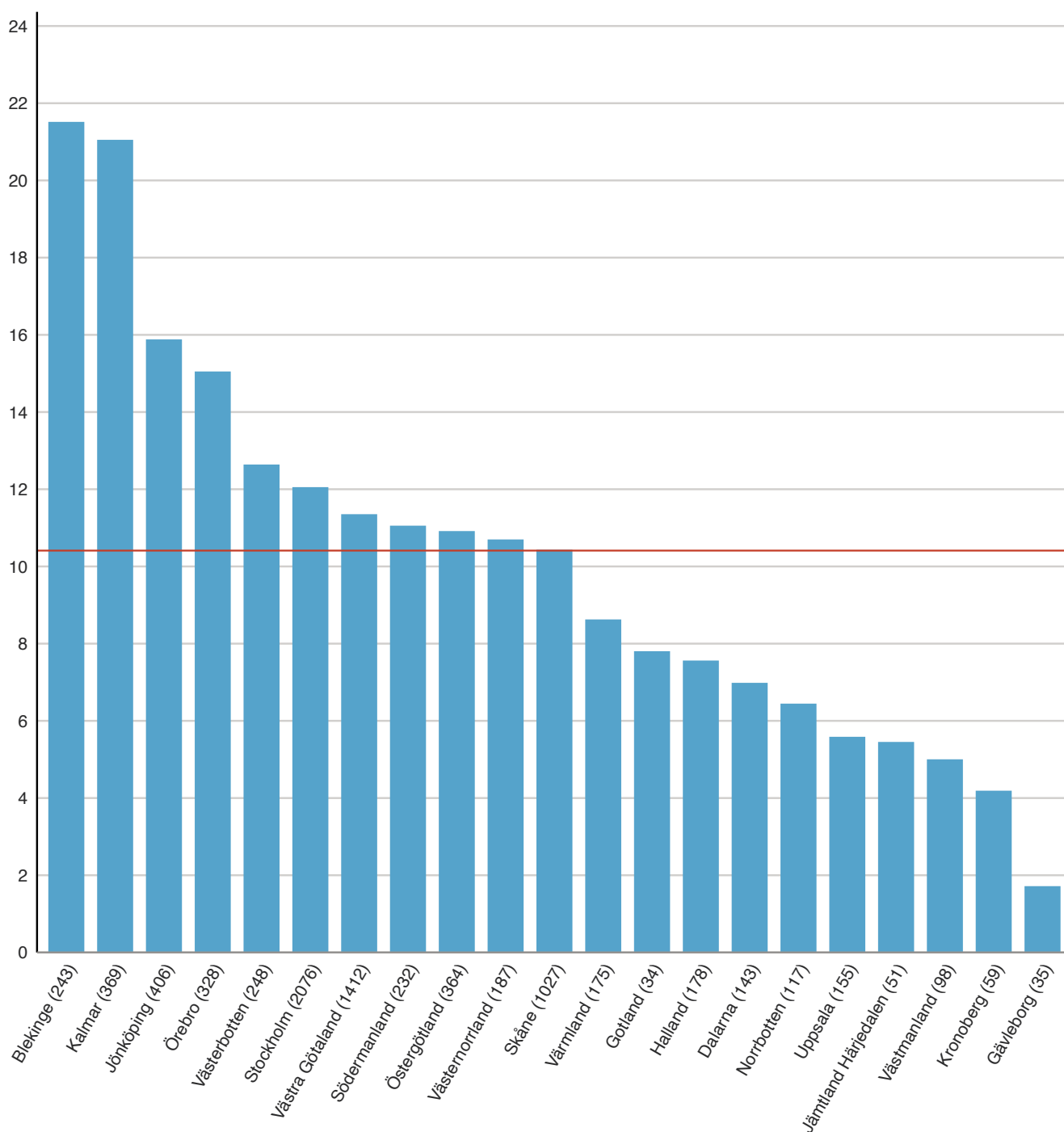
Tabell 11:

PsoReg-patienter per 10 000 invånare med kontakt under 2021.

Definierat som patienter med kontakt(er) under det senaste året som står på minst ett läkemedel.

Region	PsoReg patienter
Kalmar	21.6
Södermanland	17.9
Jämtland Härjedalen	17.6
Blekinge	17.2
Jönköping	15.7
Skåne	13.9
Örebro	12.3
Västra Götaland	10.4
Stockholm	9.4
Värmland	8.4
Västerbotten	8.0
Halland	5.8
Östergötland	5.6
Dalarna	5.4
Västernorrland	5.3
Kronoberg	4.4
Gotland	3.9
Uppsala	3.8
Västmanland	3.5
Norrbotten	2.0

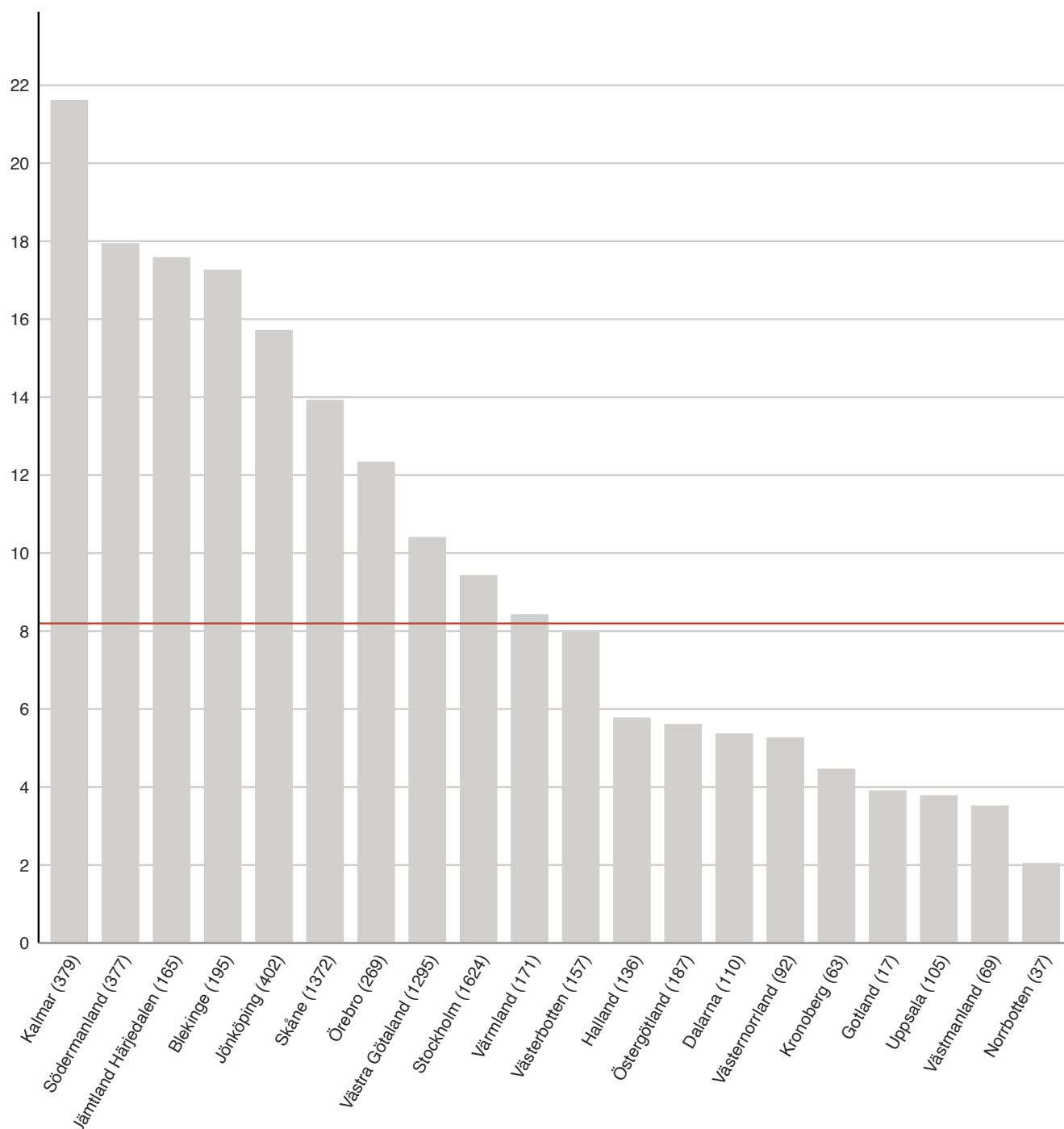
PsoReg-patienter per 10 000 invånare 2021

**Figur 10:**

Antal patienter i PsoReg år 2021 per 10 000 invånare uppdelat på region.

Definierat som inskrivna patienter (oavsett om de haft något kontaktdatum senaste året).

PsoReg-patienter per 10 000 invånare med kontakt under 2021

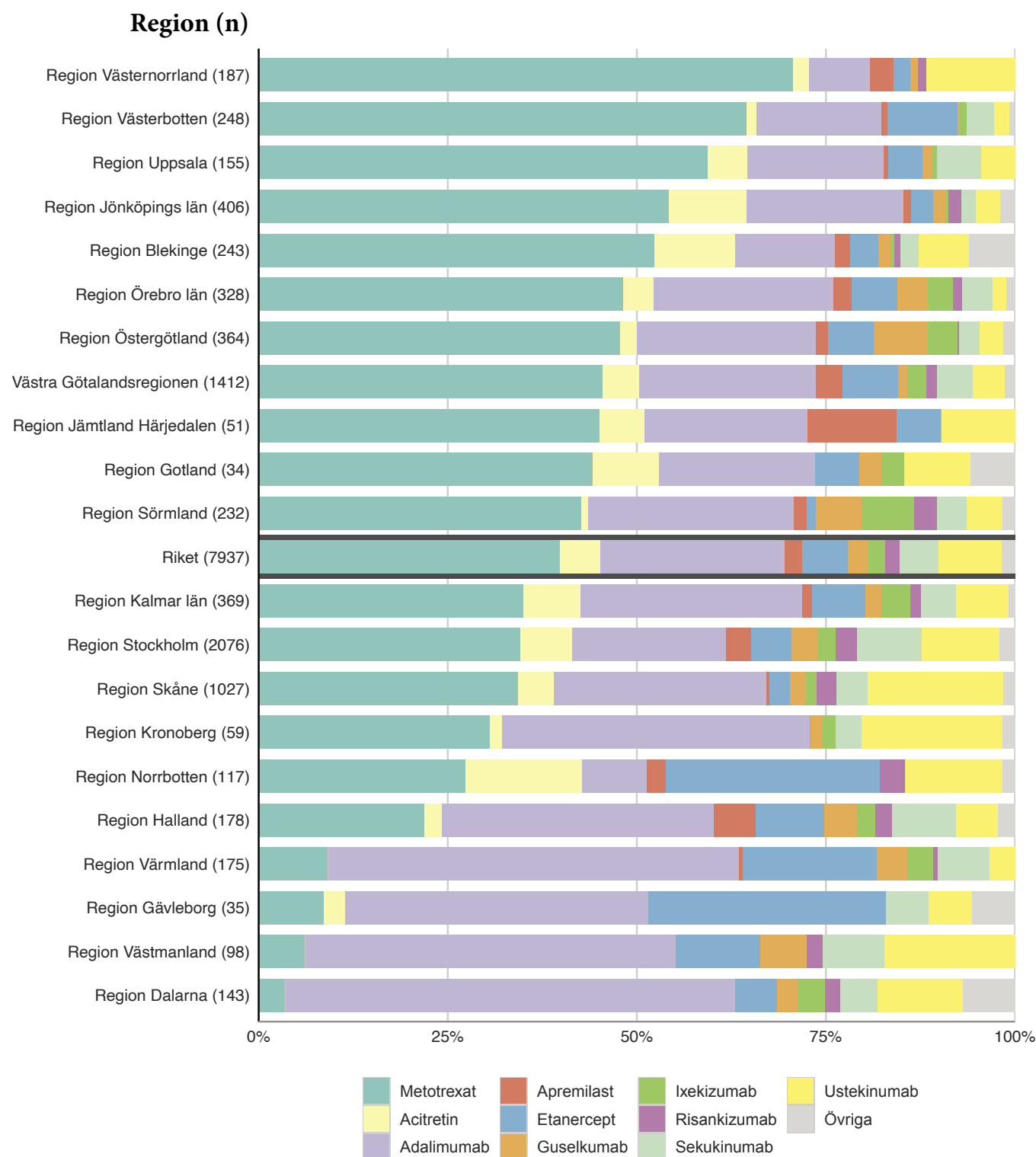


Figur 11:

Antal patienter i PsoReg med kontakt under 2021 per 10 000 invånare uppdelat på region.

Definierat som patienter med kontakt(er) under det senaste året som står på (minst) ett läkemedel.

Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2020/2021



Figur 12:

Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2020/2021 visar en ojämn bild över riket. Detta kan delvis bero på olika rutiner avseende vilka läkemedelsgrupper som prioriteras i registreringen.

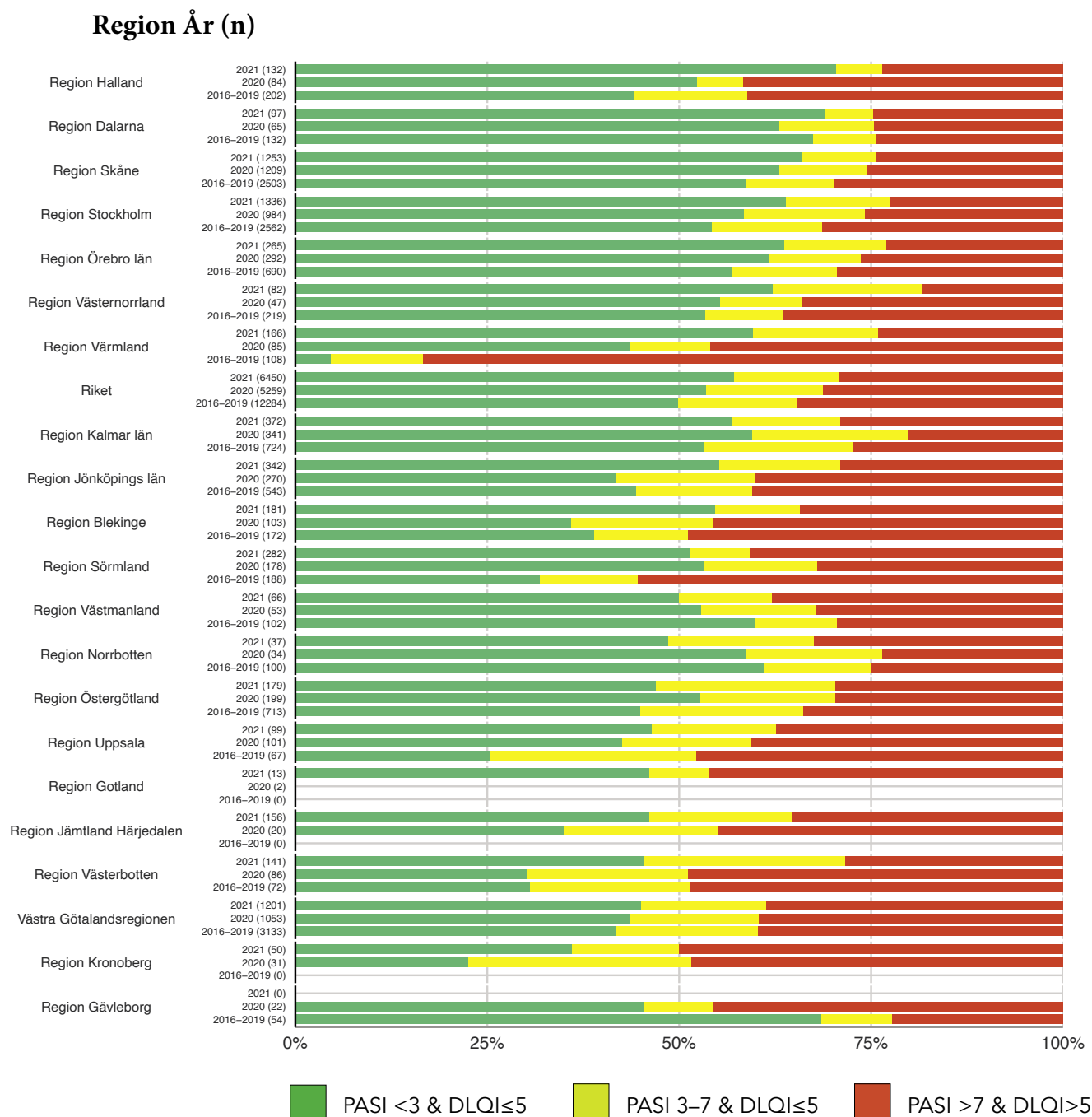
De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1% har lagts samman i kategorin "Övriga". Observera att regioner med färre än 10 registreringar ej visas.

Annons

Annons

Behandlingsmål

PASI & DLQI per region, jämfört mellan 2021, 2020 och 2016–2019

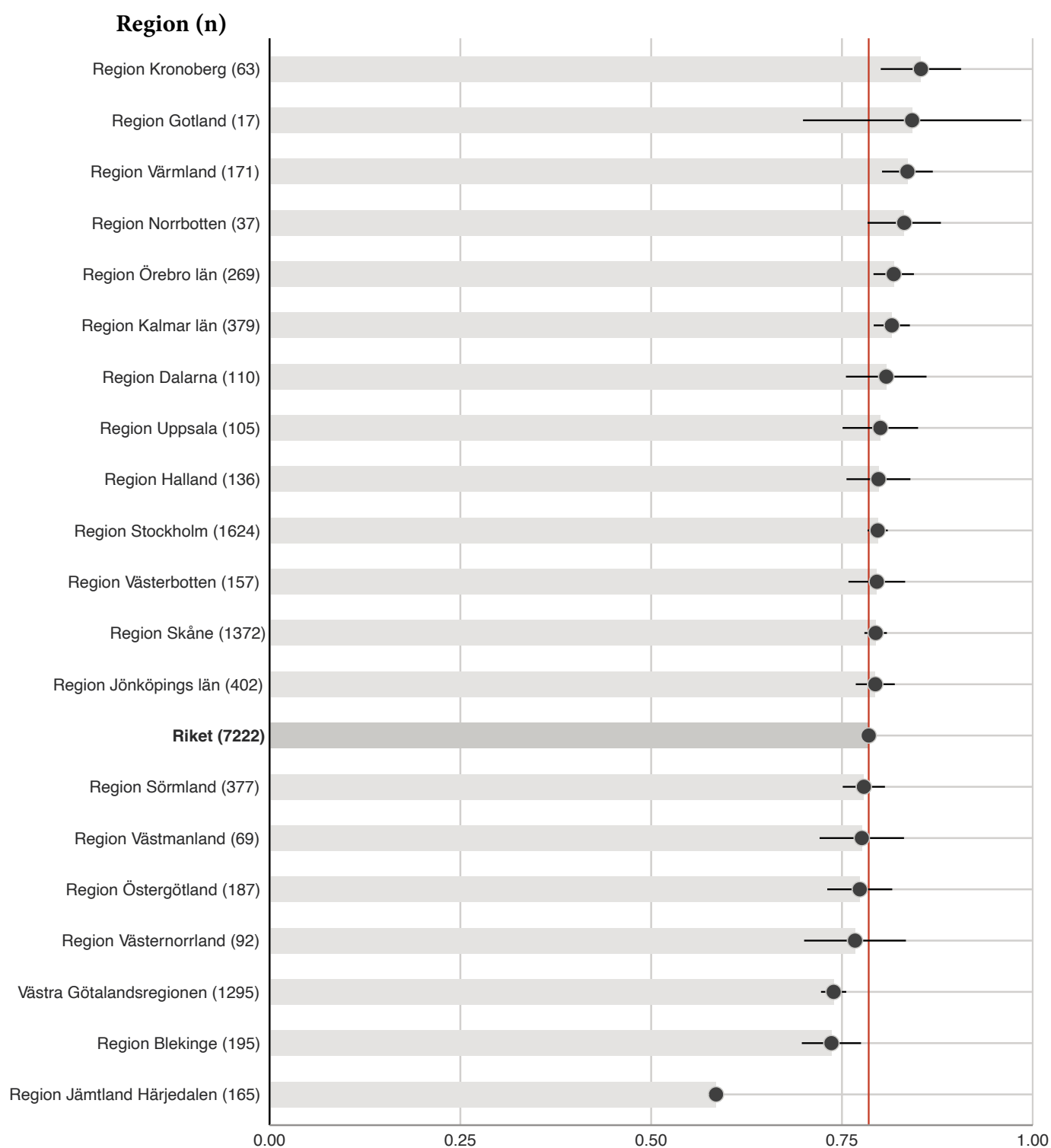


Figur 13:

Senaste mätningen av PASI & DLQI per individ vid respektive tidsperiod. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer bör PASI vara <3 och DLQI ≤5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Detta uppnås numera av runt 60% av de registrerade patienterna i riket.

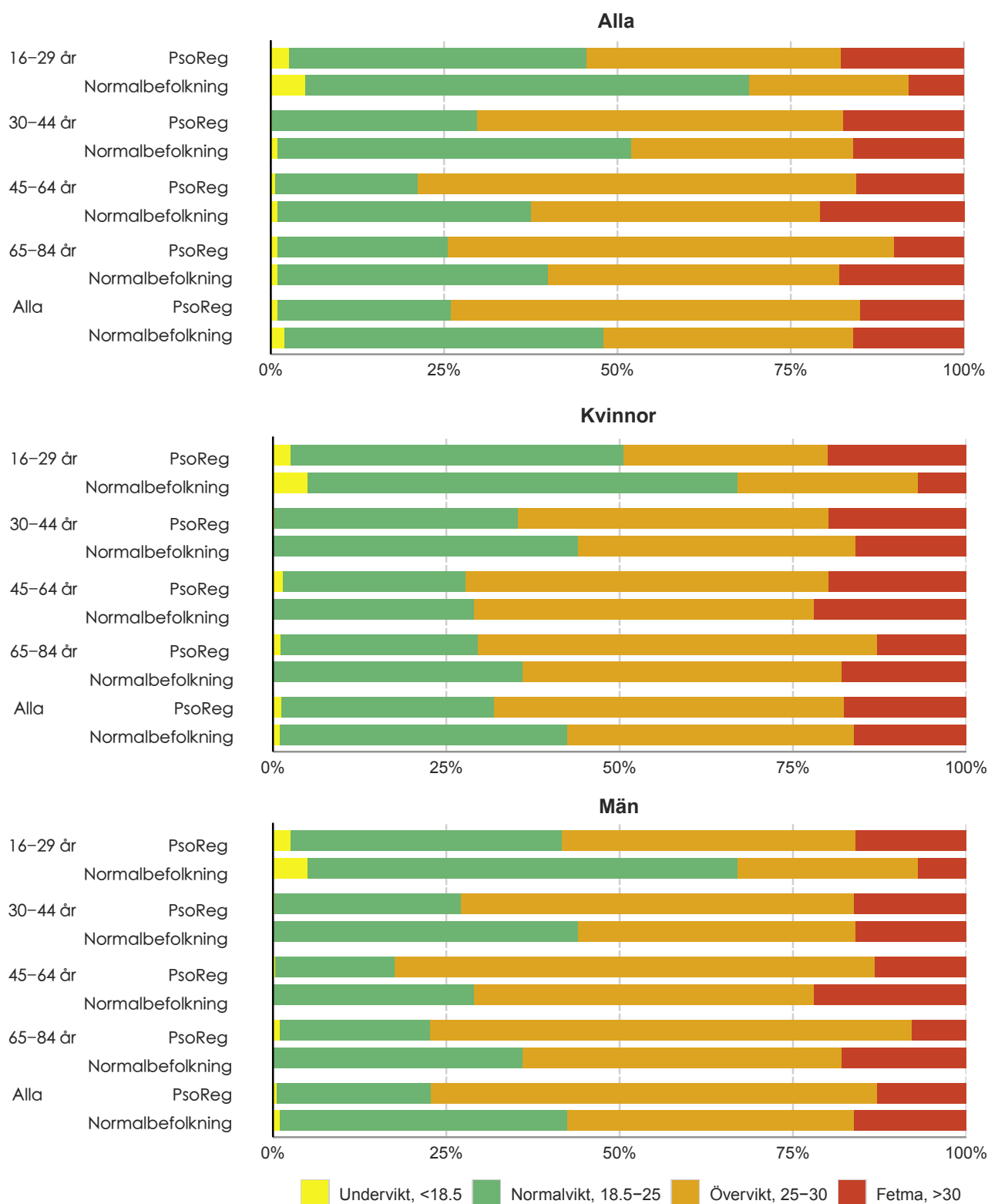
Observera att för de regioner där antalet patienter understiger 10 för en tidsperiod men överstiger 10 för en annan tidsperiod i jämförelsen sätts antalet till 0 för den tidsperioden där antalet understeg 10.

EQ-5D på regionnivå

**Figur 14:**

Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2021. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95%.

BMI per kön & åldersgrupp, jämförelse PsoReg & normalbefolkningen



Figur 15:

Senaste mätningen av BMI i PsoReg jämfört med normalbefolkningen (år 2020 enligt Folkhälsomyndigheten). Övervikt och fetma, som redan är ett stort problem i normalbefolkningen, drabbar patienter registrerade i PsoReg i betydligt högre omfattning.

Hittahudcancer

6–12 september 2021

Bakgrund

Kampanjen "Melanoma Monday", första måndagen i maj månad, initierades i slutet av 1900-talet i USA av AAD, American Academy of Dermatology. Anledningen var den kraftigt stigande incidensen av malignt melanom i kaukasisk befolkning världen över. Man ville få ut information till allmänheten om att uppmärksamma sina naevi och samtidigt göra det enkelt att få huden påtittad av en dermatolog.

Så småningom utökades kampanjen till en vecka i maj månad och bedrivs sedan flera år i Europa under namnet Euromelanoma, i regi av EADO, European Association of Dermato Oncology.

I Sverige har kampanjen arrangerats av SDKO/SSDV och de senaste åren har tidbokningen på nätet skötts via PDF.nu.

2020 ställdes Euromelanoma in i sin helhet pga Covid-19 och 2021 valde SSDV och därmed Sverige att avstå medverkan.

Några i PDF:s styrelse tog då beslutet att under hösten istället anordna en kampanj som vi valde att kalla hittahudcancer.se.

Vi såg två viktiga anledningar till detta:

1. Covid-19 hade gett upphov till ett uppdämt vårdbehov, speciellt bland de äldre. På vissa håll i landet är väntetiden för hudläkarbedömning lång (SVF melanom exkluderat).
2. Det finns ett fortsatt stort behov av att sprida information om hudcancer och hudcancerprevention.

Medial uppmärksamhet och sponsorer

Massmedia visade redan tidigt stort intresse. En av de större kvällstidningarna hade t.ex. en dubbelsida under våren och ytterligare en efter sommaren. Även radiokanaler och lokala tidningar rapporterade om kampanjen. Själv deltog jag i Nyhetsmorgon, där jag både fick möjlighet att visa bilder på "the ugly duckling" och slå ett slag för solhatten och ett blekare skönhetsideal.

Vi annonserade via sociala medier och tog

fram en broschyr samt en poster. Broschyren skickades ut till de deltagande mottagningarna och delades sedan ut till patienterna. Sex läkemedelsbolag (som tidigare stöttat Euromelanoma) var även positiva till att stödja Hittahudcancer.se.

Fyra andra företag sponsrade deltagande hudmottagningar med varsitt dermatoskop av den senast utvecklade modellen som förbättrar både diagnostik och digital dokumentation.

Deltagande hudmottagningar

Alla hudmottagningar i Sverige, privata såväl som offentliga, inbjöds att delta. 20 privata och 1 offentlig mottagning tackade ja.

Resultat

1890 besök gjordes på 21 hudmottagningar. 32 melanom exciderades varav 11 melanom in situ.

Ett stort antal icke melanocytära tumörer diagnosticerades och åtgärdades också, men vi har valt att inte lägga in dessa i statistiken. Vårt primära mål var att så många mottagningar som möjligt skulle delta och vi ville därmed lägga så lite administrativ börda som möjligt på deltagarna. Tiden skulle läggas på diagnostik och behandling av hudtumörer med fokus på hudmelanom.

Tidigare Euromelanomakampanjer har gett oss mycket bra information om faktorer som kön, ålder, etnicitet, hudtyp, solvanor och övriga hudtumörer hos de patienter som söker. Sådan information kan ge incitament till upplägg av kampanjer och framtida studier.

Vi i PDF tycker att vår aktivitet har varit lyckad. Vi har hittat ett stort antal melanom och förhoppningsvis räddat många patienter



ifrån oro och onödigt lidande. Dessutom har vi fått ytterligare en möjlighet att informera allmänheten om vikten av att kontrollera sin hud och vikten av ett måttligt solande.

Vi planerar Hittahudcancer vid samma tid även hösten 2022 och hoppas då på ännu fler deltagande mottagningar.



Agneta Augustsson
Grimmereds Hudläkargrupp
Ordförande i PDF

Annons

Annons



Foto från www.lundsbrunn.se

PDF:s årsmöte 25-27 augusti 2022

TREDJE GÅNGEN GILLT!

Styrelsen för PDF (Privatpraktiserande Dermatologers Förening) hälsar er välkomna till årsmötet 2022, på Lundsbrunn Konferenshotell i Västergötland.

Av väl kända skäl har vi två gånger tvingats ställa in vårt årsmöte. Nu hoppas vi och ser fram emot att kunna genomföra ett möte lite utöver det vanliga. Vi bjuder på ett spännande program med överraskningar för både läkare och mottagningspersonal.

Nytt för i år är att vi har möjlighet att välkomna även dig som är offentliganställd hudläkare. Här gäller "först till kvarn".

Program och inbjudan hittar du under "Kurser och Kongresser" på PDF.nu. Sista anmälningsdag är **1 JUNI**.

Är du intresserad men ännu inte medlem? Intresseanmälan om medlemskap hittar du också enkelt på PDF.nu

Vi hoppas att vårt möte som vanligt kommer att ge ökad kunskap, spännande dialoger och goda minnen att ta med hem.

Väl mött!

Agneta Augustsson
Ordförande PDF



Sammanhållet vårdförlopp och patientutbildning vid psoriasis

- Nationella arbetsgruppen för psoriasis (NAG psoriasis) har fått ett utökat uppdrag. Uppdraget innebär att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för diagnosen psoriasis.
- Parallellt med detta har en undergrupp bildats i NAG psoriasis. Gruppen ska fokusera på framtagandet av en strukturerad och nationellt förankrad patientutbildning för vård vid diagnosen. I denna grupp ingår Birgitta Stymne, Åke Svensson, Amra Osmancevic samt Tina Norgren som experter från profession och patientorganisation.
- Tanken är att kunna införliva det nationella konceptet för patientutbildning/psoriasisutbildning i det sammanhållna vårdförloppet som en naturlig del av vård och behandling vid diagnosen.
- Förhoppningen är att det sammanhållna vårdförloppet ska bidra till en mer jämlik psoriasisvård som är baserad på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och därmed vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet. Detsamma gäller det nationella konceptet för patientutbildning/psoriasisutbildning. En genomtänkt utbild-

ning med patientens behov och möjligheter i fokus kan förhoppningsvis leda till både bättre hälsa och livskvalitet genom ökad kännedom om sjukdomen, behandlingsformer, samsjuklighet samt livsstilsfaktorer som kan påverka både grunddiagnosen och risken för komplikationer.

Här finns information om sammanhållet vårdförlopp:

<https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/kunskapsstyrning/vardforlopp/>
<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/tillampning/vardforloppet/>

Och kunskapsstyrningen generellt:

<https://kunskapsstyrningvard.se/>

Barbra Bohannan

Psoriasisförbundet – för NAG psoriasis.

SAVE THE DATE

**DVSS årsmöte och utbildningsdagar
i Kalmar 16-17/9**

Mer information finns snart på vår hemsida dvss.nu

DERMATOLOGI VENEREOLOGI
DVSS
 SJUKSKÖTERS KOR | SVERIGE

WELCOME TO

The 35th Nordic Congress of Dermatology & Venereology
NCDV 2022

April 19-22 2022 Copenhagen | Denmark



NDA NORDIC
DERMATOLOGY
ASSOCIATION

www.ncdv2022.org

SSDV:s årsmöte kommer att hållas i samband med NCDV-kongressen

Datum: 20 april kl. 09.00-12.00. **Plats:** Tivoli Hotel & Congress Center

Årsmötet kommer att genomföras både digitalt och fysiskt på plats.
För att delta ENBART i SSDV:s årsmöte krävs ingen registrering till kongressen.

En vanlig dag på en hudklinik i Kapstaden – en reseberättelse

05:10 Valter står upp i sin spjalsäng och jollar glatt, dags att stiga upp! Väckarklockan har blivit arbetslös i vår familj. Om jag ställer mig på tå kan jag se den vackra siluetten av Taffelberget. Orsaken till att jag måste sträcka på mig är att vår villa är omgärdad av en hög mur. Alla våra dörrar och fönster är gallerbeprydda. I början fick vi lite fängelsekänsla men nu efter fem månader har man vant sig.

06:50 Vi sätter oss i bilen för att lämna av Valter på förskolan där han verkar stortrivs. Yngsta barnet i hans grupp är två månader, hennes föräldrar är piloter. Om man vill förvåna sydafrikanska kollegor kan man berätta om den generösa föräldraledigheten hemma. Vill man orsaka ytterligare förvåning brukar jag berätta att Johan (Valters pappa), en man som dessutom är kirurg ska vara hemma sex månader!

07:40 Tygerberg Hospital, Sydafrikas näst största sjukhus tornar upp sig. Upp-tagningsområdet motsvarar Storstockholm. Sjukhuset byggdes under apartheidregimens era och sjukhuset konstruerades som ett H, med en flygel för vita och en för svarta. Idag är sjukhuset statligt och de flesta patienter som kommer hit gör det för att de inte har råd med privat sjukvård. Det betyder att vita patienter inte är speciellt vanligt på sjukhuset. Resvägen från centrum av Kapstaden till sjukhuset är ca 25 km. Tempot och trafikulturen är helt annan än i Sverige och att man kör på vänster sida gör det heller inte lättare.

Som flera andra svenska kollegor åker Johan hit för att få mer erfarenhet av traumatisk kirurgi. Tyvärr finns det rikligt av den varan här. Brottsligheten är bland den högsta i världen. Skott- och knivskador, rån, våldtäkter och bilkapningar är vanliga.

07:50 Jag går förbi en lång rad av patienter som sitter i kö till hudmottagningen (skulle gissa på 40 stycken). Min kollega här har lärt mig att ett kännetecken för en patient med erytrodermi är att den oftast sitter med en huvtröja som är så åtsnörpt att man endast ser lite av ögon och näsa. Redan då kan man förbereda sig mentalt för inskrivningsproceduren. Idag finns två patienter som passar in på beskrivningen. Innan jag kom hit hade jag sett tre patienter med

erytrodermi. Här ser jag två i veckan. Jag sätter mig i undervisningsrummet och ägnar mig åt att läsa om tuberkulos innan dagens arbete börjar.

09:00 Nu är alla ST-läkare på plats, tio stycken. De flesta är civilt klädda i klänningar och skjortor. Ringar och klockor är mer regel än undantag. Afrikaans och engelska pratas om vartannat, de flesta läkarna är tvåspråkiga. Det är oftast två överläkare på plats men de kommer senare så i väntan på det handleder den mest seniora ST-läkaren.

09:10 Patient nr 1: Jag väljer att gå med jouren till akuten där det ligger en ung man med misstänkt Stevens-Johnsons syndrom. Akuten är som vanligt överbelagd. Vår patient sover och det rinner lite blod från munnen, läpparna är svullna och fulla med erosioner. Han kan inte öppna ögonen, har svårt att prata och multipla blåroda makulae finns på bröstkorgen. Glans penis ser ut som ett stort vätskande sår och hela penis är svullen. Efter en stund framkommer det att han druckit en örtblandning i samband med att han blev rituellt omskuren för en månad sedan. ST-läkaren vet precis hur patienten ska handläggas och det är inte första gången en patient hamnat hos dem efter rituell omskärelse. Jag tycker det är viktigt att ge feedback till de som man jobbar med och försöker själv bli bättre på detta. Jag säger att

jag är väldigt imponerad över hur vant hon handlade patienten. Hon blir glad och säger att Stevens-Johnsons syndrom ser de flera gånger per månad. De mediciner som oftast får skulden är antiretroviral behandling vid HIV och tuberkulosbehandling. Patienten ska flyttas till hudavdelningen för vidare vård. Han får dessutom träffa dietist och gastroenterolog som kommer att följa upp hans kraftigt förhöjda levervärden. Vi ordnar också så att han får träffa en ögonkonsult så snabbt som möjligt.

10:00 Patient nr 2: Vi träffar en kvinna med Rosai-Dorfman sjukdom, som är ett sällsynt, benignt lymfoproliferativt tillstånd. Hon har indurerade, hyperpigmenterade plack med rödgula noduli under höger bröst och glutealt. Hon kommer för svar på sin datortomografi. Man har hittat lesioner på flera ställen. Radiologen nämner i utlåtandet att man behöver utesluta malignitet i näsan samt att det finns oklara lesioner i lungorna. Min kollega ringer jouren på öron-, näs- och halsmottagningen och på hematologen som båda gärna vill träffa patienten. De låter båda väldigt exalterade och vill ringa sina professorer. Patienten mår annars bra och är glad över att ha fått en diagnos.

11:00 Patient nr 3: Min kollega ber mig komma och titta på ett misstänkt melanom, då hon vet att jag är särskilt intresserad av detta. Kvinnan är i övre medelåldern och har



Mottagningsrum på hudkliniken.

mörk hud. Det rör sig om en pigmenterad lesion ca 4x3 cm som involverar stora delar av framfotens undersida. Det finns ett mer indurerat område där vi väljer att ta vävnadsprovet. Patienten bokas in om tre veckor för att få diagnosbesked. ST-läkaren berättar att de tyvärr ser långt gångna fall av akrala melanom där diagnosen försenats och patienten har genomgått olika vårtbehandlingar och antibiotikakurer. En stor hjälp har varit implementeringen av appen Vula i vilken man skriver remissen och bifogar foton. Om vävnadsprovet visar T1b eller högre kommer patienten remitteras till sjukhusets multidisciplinära melanommottagning, där det för övrigt bedrivs väldigt mycket forskning.

11:30 Patient nr 4: Jag hör hur min kollega nämner att patienten de diskuterat på morgonen är här nu. Jag skyndar mig för att fråga om jag kan följa med. Det rör sig om en ung kvinna. Hon är remitterad från öron-, näs- och halskliniken som undrar om det kan röra sig om Parry-Romberg syndrom. De har redan varit hjälpsamma med att ta vävnadsprov från ansiktet. Under undersökningen finner vi café au lait fläckar, misstänkta neurofibrom och lisch noduli. Patienten uppfyller kriterierna för neurofibromatos typ 1 men vi kan inte förklara förändringarna i ansiktet. I utlåtandet från datortomografin misstänker man ett neurofibrom som vuxit in i trachea. Klinikchefen kommer och tittar och planen blir ett multidisciplinärt möte tidigt nästa morgon över telefon. Klinikchefen, dr Visser, är för övrigt en av de skarpaste hudläkare jag har träffat!

12:15 Vätrummet är tomt och överläkarna lämnar mottagningen. ST-läkarna håller ställningarna och kan ringa överläkare vid behov. Jag äter lunch med Johan, en ortoped från Finland och en traumakirurg från Nederländerna. Vi samtalar om dagens erfarenheter och livet här nere.

13:00 Efter lunchen träffas vi vid mikroskopen för genomgång av histologipreparat. Professor Jordaan är dubbelspecialist i dermatologi och patologi, vilket är ovanligt i Sydafrika och har satt sin prägel på kliniken i form av fokus på patologi. En i taget beskriver vi vad vi ser och ger diagnosförslag. Jag inser återigen att min planerade randning på patologen hemma i Karlstad är välbehövlig.

14:30 Tid för forskning eller läsning. Under sin fyraåriga utbildning har ST-läkarna två stora tentor. Varje vecka övas det inför sluttentan. Fredagsförmiddagen ägnas åt att på storskärm gå igenom kliniska fo-

ton. En i taget beskriver ST-läkarna vad de ser samt ger förslag på diagnos och differentialdiagnoser. Det är även mycket fokus på undervisning i det dagliga kliniska arbetet. Jag slås varje dag av hur teoretiskt duktiga de sydafrikanska kollegorna är. Läkarna på kliniken är fantastiska och gör ett utomordentligt jobb! De tar hand om patienterna på ett empatiskt vis och har en hög ambitionsnivå samtidigt som de strävar efter att arbeta evidensbaserat. Här och där på väggarna hänger urklipp från guidelines. Dock påpekar de med jämna mellanrum att de inte kan följa guidelines helt p.g.a. resursbrist.

15:45 Johan är klar med dagens operationer och vi beger oss hemåt.

16:30 Vi hämtar upp Valter från förskolan och avslutar dagen med middag på Melkbos Kitchen. Restaurangen ligger vackert på stranden och är känd för sin fisk.

Utöver spännande arbetsdagar har Sydafrika mycket att erbjuda. Vi har gjort vårt bästa för att vistelsen skulle bli ett familjeäventyr. Klimatet är fantastiskt, maten och vinerna är goda och det finns mycket att se och upptäcka.

Vad har jag saknat med Sverige?

Att kunna gå på gatan och känna mig trygg. Sydafrika är väldigt segregat och det finns fortfarande rasism. Under hela vistelsen har jag varit extremt medveten om min hudfärg och vilka privilegier jag är född med. Vad gäller själva arbetet har jag saknat mina underbara kollegor i Karlstad. Hemma känns det som att läkare och sjuksköterskor är ett team och att man kompletterar varandra.

Vad tar jag med mig från vistelsen?

Jag har definitivt blivit bättre på att bedöma hudsjukdomar i melaninrik hud. Jag har därtill fått värdefull erfarenhet av att bedöma hudförändringar relaterade till HIV och tuberkulos. Patienterna kommer ofta i kontakt med vården sent vilket har gjort att jag fått se hudsjukdomar i långt framskridna stadiet, bland annat akrala melanom. Jag har till exempel sett lepra, pretibialt myxödem och mycetom vilket jag förmodligen sällan eller aldrig kommer att göra hemma. Jag har inspirerats av vilken viktighet och framträdande



Jag och Johan utanför Tygerberg Hospital.

roll som undervisningen har i den kliniska vardagen. I min framtida roll som handledare kommer jag att sträva mot denna standard.

Sist och slutligen vill jag betona hur nöjd jag är med mina sex veckor på Tygerberg Hospital och jag kan varmt rekommendera ett besök på deras hudklinik. Jag vill rikta ett stort tack till SDKO för resebidraget och till min hemmaklinik i Karlstad som finansierat delar av min vistelse. För den som är intresserad av att åka berättar jag gärna mer.

Ann-Louise Storlund

ST-läkare

Hudmottagningen Karlstad Centralsjukhus
ann-louise.storlund@regionvarmland.se

Jag och Valter uppe på Taffelberget.

EN DERMATOLOGS VARDAG



MOTTAGNINGENS ALLT ELLER INGET....



Ylva Lundquist
Specialistläkare,
Hudmottagningen, Helsingborgs lasarett



Dermatoskopiquiz

En man i 70-årsåldern söker för multipla kliande lesioner på bålen. Ett större rodnat plaque vid höger axel dermatoskoperas och uppvisar nedanstående bild. Vilken diagnos är mest sannolik?

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 28 • 4/2021

Facit:

I förra numret av D&V fick ni 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.

Dermatoskopiskt ses ett smalt longitudinellt ljus band (leukonyki) som börjar i distala matrix (proximalt om leukonykin ses normal lunula). Bortom lunula ses gulaktig hyperkeratos i bandet och ännu mer distalt multipla "hairpin" kärl samt blå linjära strukturer som motsvarar blödningar (s.k. "splinter hemorrhages"). Även om "hairpin" kärl verkar vara vanligare vid onychomatrikom kan leukonyki och "splinter hemorrhages" även ses vid onykopapillom.

Då lesionen hade varit stabil under längre tid och nagelmatrixbiopsi kan vara besvärande för patienten valde vi konservativ handläggning med egenkontroller. Vid avsaknad av PAD-svar för att bekräfta exakt diagnos anser jag därför att både onychomatrikom och onykopapillom är korrekta svar på detta quiz.

Om ni vill läsa mer om de dermatoskopiska fynden vid onykopapillom och onychomatrikom kan jag rekommendera följande artiklar (skanna gärna QR-koderna):



Tosti A, Schneider SL, Ramirez-Quizon MN, et al. Clinical, dermoscopic, and pathologic features of onychopapilloma: A review of 47 cases. J Am Acad Dermatol. 2016;74(3):521-6.



Lesort C, Debarbieux S, Duru G, et al. Dermoscopic Features of Onychomatricoma: A Study of 34 Cases. Dermatology. 2015;231(2):177-83.

Följande skickliga dermatoskopister skickade in korrekt svar på fallet:

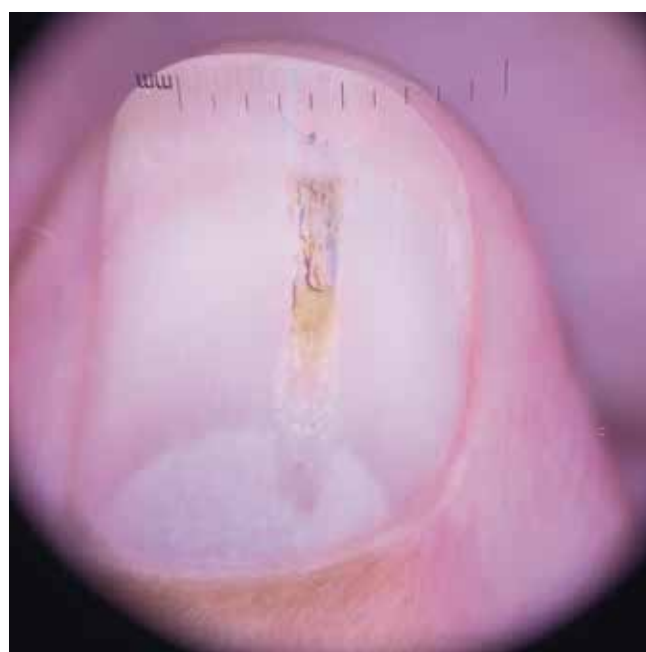
- **Ann-Louise Storlund**, Centralsjukhuset Karlstad
- **Ghena Shabana**, Mälarsjukhuset Eskilstuna
- **Christofer Sahin**, Universitetssjukhuset i Linköping
- **Caroline Danell**, Södersjukhuset
- **Martin Hall**, Stadions läkarmottagning
- **Helena Gezelius**, Centralsjukhuset Karlstad
- **Malin Claudelin**, Södra Älvsborgs Sjukhus
- **Marcus Fransson**, Capio SkinDoc

Stort tack till alla som skickade in diagnosförslag!

John Paoli

Professor,

Sahlgrenska akademien, 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

Nordic Congress of Dermatology and Venereology

2022-04-19 - 2022-04-22

Köpenhamn, Danmark

SSDV:s Årsmöte

2022-04-20 kl. 09:00-12:00

Köpenhamn, Danmark, samt digitalt

ST-kurs: STI

2022-04-25 - 2022-04-29

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

SSAMD:s Yrkesdag och årsmöte

2022-04-26 kl. 09:00-10:00

Malmö

6th Nordic Dermoscopy Course

2022-05-05

Göteborg

ST-kurs i Pediatrisk dermatologi

2022-05-09 - 2022-05-11

3rd ESMS Mohs Surgery Course:

- New date!

2022-05-27 - 2022-05-28

Madrid, Spain

2nd Nordic Course on

Laser Dermatology

2022-06-16 - 2022-06-17

Bispebjerg Hospital

AAD Summer Meeting

2022-07-21 - 2022-07-24

Vancouver, Kanada

PDF:s Årsmöte

2022-08-25 - 2022-08-27

Lundsbrunn Resort och Spa

7th Nordic Course on Skin Surgery

2022-08-25 - 2022-08-26

Panum Institute, Copenhagen

ST-kurs i Psoriasis och eksem, med lokal-, ljus- och systembehandling

2022-09-12 - 2022-09-16

Linköping

ST-kurs i arbets- och

miljödermatologi

2022-11-07 - 2022-11-10

Malmö

Utgivningsplan 2022:

	Manusstopp	Utgivningsdag
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

Annons

Posttidning B

Returadress/Avsändare:

Mediahuset i Göteborg AB

Bankgatan 20

233 31 Svedala

Annons