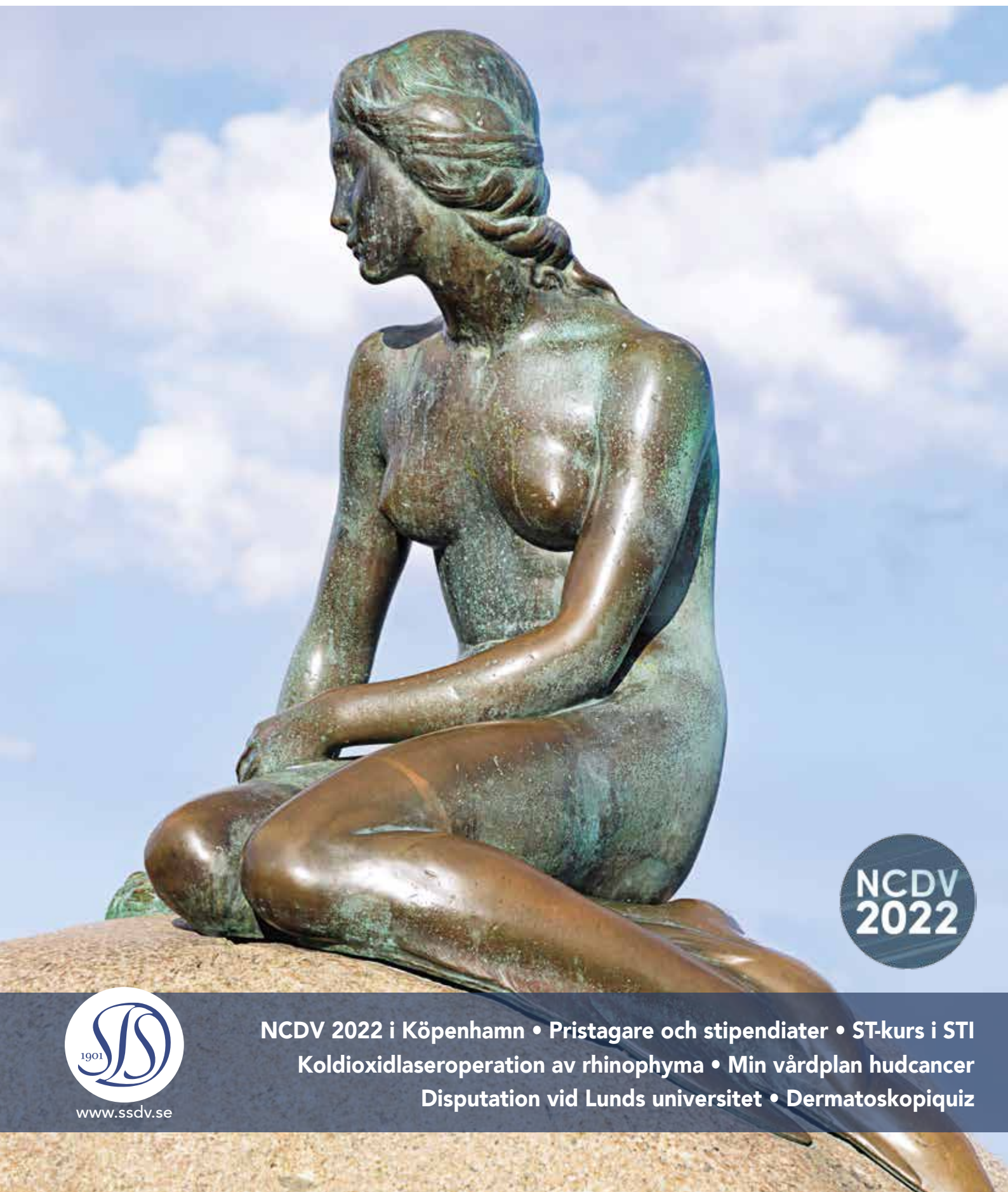


DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 30 • 2/2022



**NCDV
2022**



www.ssdv.se

**NCDV 2022 i Köpenhamn • Pristagare och stipendiater • ST-kurs i STI
Koldioxidlaseroperation av rhinophyma • Min vårdplan hudcancer
Disputation vid Lunds universitet • Dermatoskopiquiz**

Annons



Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
SSDV:s kansli, Att: Agneta Andersson
S:t Johannesgatan 22, 753 12 Uppsala

Chefredaktör:

Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Christian 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:

Anna Josefson
anna.josefson@regionorebrolan.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:

Den lille havfrue, Köpenhamn.

Foto: AdobeStock

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
SSDV:s tidigare ordförande har ordet.....	4
SSDV:s ST-representant har ordet.....	7
SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen.....	9
NCDV 2022 i Köpenhamn.....	13
Pristagare & stipendiater vid SSDV:s årsmöte.....	25
ST-pris 2022 för bästa kvalitetsarbete.....	30
ST-pris 2022 för bästa vetenskapliga arbete.....	32
SSDV:s ST-kurs i STI.....	34
Koldioxidlaseroperation av rhinophyma.....	37
Min vårdplan hudcancer.....	39
Disputation Lunds Universitet.....	41
Uppdaterade STI-riktlinjer.....	45
Dermatoskopi quiz.....	51
Dermatoskopi quiz - Lösning.....	52
SSDV:s styrelse.....	55
Kalender 2022.....	56

Dermatolog på gränsen till nervsammanbrott!

En patient från tidigt i min karriär minns jag särskilt väl. Hen sökte pga hårbottenklåda. Hen beskrev inlevelsefullt, lika övertygad som desperat och hjälpsökande hur olidfärgade löss bet och stack och kröp i hårbotten. De röda var värst och ibland kunde man se dem hoppa. Upprepade kurer med lusmedel, veterinärpreparat och klorin hade inte hjälp. Hela hårbotten var sönderriven i långsträckta färor och det som fanns kvar av huvudbe håring var öar av luggslitna tofsar. Till patientens besvikelse blev jag ännu en i raden av kollegor som inte såg eller förstod det uppenbara. Patienten hade antagligen haft huvudlöss men inte längre eller där och då. Bakjouren tillkallades och i de fortsatta diskussionerna höjdes tonläget, åtminstone från patientens sida. Till slut gick bakjouren fram, tog patienten i händerna och sa lugnt "-Du har inte löss", varpå patienten vrålade "-VAD I H—VETE ÄR DET DÅ JAG HAR?!" och rusade ut från rummet och lämnade kliniken. I den efterföljande kompakta tystnaden stod bakjouren och torkade salivstänk från sina glasögon. Många år senare under en längre tids vistelse på ett Airbnb i ett annat land, började jag och andra i familjen plötsligt få bettlika utslag nattetid. De flesta gäst spridda men även grupperade på rad. Det hade regnat innan debuten och en nykläckt generation av någon slags mygga eller fågeloppor kändes som rimlig förklaring. Jag berättade om betten för en närstående som utbrast, "-OMG! It's bed bugs!". Och med detta sagt tog ett korn av oro och tvivel form och som under kommande dagar växte sig allt större. Trots att det var mycket som inte stämde in med vägglöss gick tanken inte att släppa. Efter ännu en natt med nya bett rann det över. Inom loppet av två timmar var huset tomt och vi hade flyttat in i ett annat. Nu blev det plötsligt allvar. Tänkt om vi drabbats av vägglöss! Blotta tanken på att något litet djur tagit ens kropp eller hem i besittning var minst sagt plågsam. Allt som kunde tvättas passerade tvättmaskin och packades i sopsäckar. Resten stuvades in i frysen. Väskor fick stå utomhus och dammsögs upprepade gånger. Varje morgon samma ängsliga rutin att söka efter nya bett. Med överkänsliga tentakler kontrollerades varje liten hudimpuls och nätterna genomleddes med ficklampan redo. Jag var utmattad och hela situationen outhärdligt. Stundom ville jag bara vråla och springa därifrån, precis som patienten



en gång gjort. En natt bland alla skuggor som potentiellt kunde vara en vägglös kände jag att gränsen mellan verklighet och inbillning flöt samman. Men då, som ett balanserande eko från förr, mindes jag bakjouren, "-Du har inte löss". Och det visst jag ju, men ändå inte. Efter dagar av uteblivna bett och avsaknad av andra fynd rann det liksom bort av sig självt. Det gick utmärkt att använda resväskorna igen, liksom kläderna. Den högröstade följdfrågan från patienten, då för länge sedan, blev även denna gång obesvarad och kommer sannolikt för de flesta i liknande situationer bestå obesvarad. Psykets kraft, potential och inflytande (över huden) är fascinerande.

I detta nummer får ni intressanta referat från årets välbesökta nordiska kongress i Köpenhamn, pristagare samt STI-kurs. SSDV:s nya ordförande och ST-representant bjuder på fina presentationer av sig själva. Vi får även en fin genomgång av SSDV:s nya rekommendationer till ST-utbildning inom specialiteten. Sist men inte minst, Quiz. Trevlig läsning!



Christian Steczko Nilsson

Redaktör

christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

Annons

SSDV:s ordförande ser fram emot att utveckla vår specialitet



Med en känsla av entusiasm och fylld av energi lämnade jag den nordiska kongressen i Köpenhamn. Tänk att återigen få åka på fysiska möten, att få träffas på riktigt, småprata under pauserna och dela erfarenheter och kunskap med varandra. Det är ovärderligt. Ett stort tack till NDA (Nordic Dermatology Association) och den danska kommittén som lyckats organisera och genomföra ett mycket välordnat möte med bra program för 700 deltagare. Att Köpenhamn visade sig från sin bästa sida med spirande vår och sommarvärme bidrog till totalupplevelsen. På vägen hem reflekterade jag över hur mycket kompetens, god forskning och duktiga föreläsare det finns inom dermatovenereologin i de nordiska länderna. Posterutställningen innehöll 83 intressanta forskningsprojekt, vilket vittnar om en hög forskningsaktivitet och att fler studier är på gång.

En del av min entusiasm berodde också på att jag nu fått förtroendet att vara ordförande för SSDV under två år. Jag vill tacka allra ödmjukast för detta förtroende och ser fram emot att tillsammans med styrelsen och er medlemmar fortsätta att utveckla vår specialitet. Jag har aldrig ångrat mitt val att bli hudläkare. Dermatovenereologi är en fantastisk specialitet. Den innebär att man får träffa patienter i alla åldrar, utföra kirurgiska åtgärder och ha medicinska funderingar, t.ex. kring hur hud och psyke hänger ihop. Specialiteten innebär dessutom detektivarbete med att utreda svåra och komplicerade fall. Jag har under mina 27 år varit med om en stor del av dermatovenereologins utveckling och som verksamhetschef under många år också fått möjlighet att arbeta för vår specialitet på regional och nationell nivå. Det är inte svårt att jobba för något man brinner för och jag hoppas att jag också som SSDV:s ordförande kan verka för att hudsjukdomar och hudspecialiteten ska få den uppmärksamhet de kräver. Vi är alla medvetna om hur kroniska hudsjukdomar påverkar patienters livskvalitet och vi bör arbeta

med patientens behov i fokus. Som medlemsförening till både SLS och Läkarförbundet har vi goda möjligheter att verka för vår specialitet och påverka beslut. En viktig uppgift för SSDV är att fortsätta arbetet med utbildningsfrågorna både för ST-läkare men också för specialister. Vi behöver på olika sätt stimulera till utveckling och forskning för att få en god kvalitet på vår utbildning. Jag hoppas att arbetet inom NDA, ger möjlighet till samarbete över landsgränserna både när det gäller gemensamma kurser och forskningsprojekt. Att arbeta för en jämlik vård i ett samarbete med kunskapsorganisationen och NPO känns också som en viktig uppgift som är betydelsefull för våra patienter.

Jag ser fram emot mina två år som ordförande och vill passa på att önska er alla en skön sommar, oavsett om ni har semester eller håller ställningarna på mottagningarna!



Anna Josefson

Ordförande SSDV

Överläkare

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro
anna.josefson@regionorebrolan.se

Tack för den här gången!

Kära Ni, på nytt vittnar jag om hur tiden går väldigt snabbt. Mina fyra år i SSDV:s styrelse och i synnerhet de senaste två åren som ordförande har varit intensiva, utmanande och på ett sätt krävande men samtidigt intressanta, utvecklande och berikande. SSDV har en lång tradition och är en betydelsefull organisation som behöver styrka och välvilja för att behålla sin viktiga position och på så sätt värna om och utveckla vår specialitet.

Med dessa "sista ord" som avgående ordförande vill jag tacka er alla för ert förtroende, trevliga och respektfulla samarbete samt önska den nya styrelsen en god och resultatrik fortsättning.

Önskar er alla en frisk och på alla sätt framgångsrik och lyckad vår.



SSDV:s tidigare ordförande Amra Osmancevic tackar för sin tid i styrelsen. Foto: John Paoli



Amra Osmancevic

Tidigare ordförande i SSDV
Universitetssjukhusöverläkare

Docent Hudkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
amra.osmancevic@vgregion.se

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

En hälsning från SSDV:s nya ST-representant

Hej alla! I detta nummer av D&V skulle jag vilja ta tillfället i akt att presentera mig som SSDV:s nyvalda ST-representant.

Det är en stor ära att ha fått förtroendet och jag tar mig an uppgiften med stor entusiasm.

Till vardags är jag kliniskt verksam i Halmstad och intresset för hud har funnits sedan lång tid tillbaka. Visserligen var fokus under tonåren mer på att skaffa sig en "snygg solbränna" på stranden i Tylösand. Intresset för hud har kvarstått under alla dessa år, men har idag ett annat fokus!

Mina övergripande ansvarsområden som ST-representant i styrelsen kommer att vara att:

- Representera Sveriges ST-läkare i Dermatovenereologi i SSDV:s styrelse
- Bevaka ST-läkarnas intressen nationellt
- Delta i SSDV:s utbildningsgrupp
- Samarbeta med SSDV:s utbildningsansvariga och fördela arbetet
- Tillsammans med utbildningsgruppen och SSDV:s utbildningsansvariga revidera målbeskrivningarnas checklistor
- Utforma den årliga ST-enkäten
- Organisera Nationella ST-träffen
- Tillsammans med SSDV:s utbildningsansvariga ansvara för att viktig information når landets ST-läkare

I Sverige finns i nuläget cirka 160 st ST-läkare i Dermatovenereologi, varav 146 st är medlemmar i SSDV. Jag ska försöka föra vår talan och det kommer vara av stor vikt att få in synpunkter från er ST-läkare.

Vi försöker hela tiden skapa nya kommunikationsvägar och en av dessa plattformar är Facebook-gruppen "Sveriges blivande dermatovenereologer". Om ni inte redan är medlemmar där, se gärna till att bli det.

Slutligen vill jag uttrycka min uppskattning till Malin Krantz, som gjort en enorm insats under sin period som ST-representant. Det blir stora skor att fylla, men jag ska göra mitt yttersta.

Jag vill också passa på att informera om att planeringen av Nationella ST-träffen redan

är i full fart och från organisationskommittén vill vi redan nu upplysa om att träffen i år kommer att arrangeras den 17-18 oktober



Överlämningen firades på NCDV 2022 i Köpenhamn.

2022 i Stockholmsområdet, mer information kommer inom kort.

Ha nu alla en riktigt skön vår och sommar, så ses vi kanske i skuggan på Tylösand om ni har vägarna förbi västkusten!



Tanja Gavric

ST-representant i SSDV

ST-läkare

Tudorkliniken hudmottagning, Halmstad



Tylösand

Annons

SSDV:s rekommendationer till ST-utbildning i dermatologi och venerologi

I april 2022 utkom SSDV med uppdaterade rekommendationer till ST-utbildning i dermatologi och venerologi. Syftet med rekommendationerna är att underlätta vid planering av specialiseringstjänstgöringen samt bidra till en strukturerad ST-utbildning med jämn och hög kvalitet över hela landet.

Läkarnas specialiseringstjänstgöring regleras i Socialstyrelsens förordningar, SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, med tillhörande målbeskrivningar. För att uppnå specialistkompetens krävs att ST-läkaren uppfyllt de krav på tjänstgöringar och utbildningsaktiviteter som föreskrivs samt att ST-läkaren uppnått samtliga kompetenskrav i målbeskrivningen. SSDV har, i likhet med övriga specialitetsföreningar, utarbetat specialitets-specifika rekommendationer till ST-utbildningen. Dessa förtydligar kompetenskraven i målbeskrivningen och konkretiserar hur ST-utbildning inom dermatovenereologi bör gå till avseende klinisk tjänstgöring och utbildningsaktiviteter. Rekommendationerna är framtagna som stöd för ST-läkare, studierektorer, handledare och verksamhetschefer för att säkerställa att specialiserings-tjänstgöringen håller en jämn och hög nivå såväl lokalt som nationellt.

Nyheter under 2021 avseende läkares utbildning

Sveriges nya läkarutbildning startade hösten 2021. Den är EU-anpassad och omfattar en sexårig universitetsutbildning som är legitimationsgrundande, vilket medför att allmäntjänstgöringen (AT) avskaffas. En ny ST-förordning, HSLF-FS 2021:8, trädde i kraft första juli 2021. Den nya ST-utbildningen är målstyrd och omfattar en minimi-tid på fem och ett halvt år inkluderande en inledande målstyrd bastjänstgöring (BT) på sex till tolv månader. AT blir kvar för dem som påbörjat sin läkarutbildning tidigare och övergångsregler gör det möjligt att ge-

nomföra ST och ansöka om specialistbevis enligt SOSFS 2015:8. Under en övergångs-period på minst tio år kommer vi att ha parallella utbildningssystem med läkare som gör AT respektive BT och under sin specialiseringstjänstgöring sedan kommer omfattas av olika ST-förordningar.

Nyheter i ST-målbeskrivningen 2021

Målbeskrivningen för ST enligt den nya ST-föreskriften HSLF-FS 2021:8 innefattar BT-delmål och ST-delmål. ST-delmål innefattar liksom tidigare specialitetsövergripande delmål och specialitets-specifika delmål. De specialitetsövergripande delmålen, STa- respektive STb-delmålen (som motsvarar a- respektive b-delmålen enligt 2015 års målbeskrivning) är delvis omgjorda och anpassade till BT-delmålen. En viktig förändring jämfört med 2015 års målbeskrivning är att kravet på skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer är borttaget. SSDV rekommenderar i likhet med flera andra specialitetsföreningar att ST-läkare genomför vetenskapligt arbete även om Socialstyrelsen tagit bort kravet.

De specialitets-specifika STc-delmålen för ST i dermatovenereologi är väsentligen oförändrade jämfört med c-delmålen i 2015 års målbeskrivning. Det har tillkommit kurskrav för delmålen STc1, *Hudens basala biologi, patofysiologi och morfologi*, och STc2, *Dermatologiska och venerologiska sjukdomars förekomst och fördelning*, samt ett delmål avseende *Läkemedelsbehandling*, STc13, som i princip innehåller samma kompetenser som delmål b3 i 2015 års målbeskrivning.

Varför behövs en uppdatering av SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen?

Patientsäkerhet och vårdkvalitet är det viktigaste svaret på denna fråga. SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen ger anvisningar om de kompetenser som krävs för

att uppnå specialistbevis och därmed kunna verka självständigt som specialistläkare i dermatovenereologi. Utifrån nya medicinska och organisatoriska förhållanden inom hälso- och sjukvården behövs regelbunden översyn av rekommendationerna, för säkerställa att ST-utbildningens innehåll motsvarar kraven som ställs på en självständigt verksam specialistläkare.

Vi har som specialitetsförening och företrädare för professionen ansvar att verka för och bidra till att ST-utbildningen håller jämn kvalitet i landet med standard jämförbar med övriga europeiska länders. På SSDV:s årsmöte 2020 togs beslut om att SSDV skulle arbeta för bibehållen kvalitet på ST-utbildningen. Översyn och uppdatering av SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen är en väsentlig del i detta arbete eftersom specialitetsföreningarnas rekommendationer utgör grund för kvalitets-säkring av ST-utbildningen.

UEMS, *Union Européenne des Médecins Spécialistes*, arbetar för en hög och harmoniserad utbildningsnivå inom Europa. Gemensamma europeiska utbildningsmål (training requirements) är ett led i harmoniseringen. Målbeskrivningarna utformas i UEMS specialistsektioner där SSDV tillhör EBDV, *European Board of Dermatology and Venereology*. Den senast utformade målbeskrivningen, *European Training Requirement in Dermatology and Venereology*, antogs 2017 och ger en detaljerad redovisning av den dermatovenereologiska kompetens som ska eftersträvas inom specialistutbildningen och fastslår att tjänstgöringen ska uppgå till minst fyra år.

Sveriges nya läkarutbildning är EU-anpassad men vår ST-utbildning i dermatovenereologi skiljer sig jämfört med övriga europeiska länders. Detta bekräftas i en enkätundersökning som genomfördes inom EBDV hösten 2020, med svar från tjugosex europeiska länder. Skillnader i vår ST-ut-

bildnings upplägg och struktur gentemot de nordiska ländernas har även uppmärksamats inom NDA, *Nordic Dermatology Association*.

Sveriges ST-utbildning i dermatologi och venerologi jämfört med Europa

I jämförelse med övriga europeiska länder så är Sverige:

- enda landet som tillåter en avsevärt förkortad ST (upp till två och ett halvt år) vid tidigare specialistkompetens
- enda landet som tillåter utbildning hos vårdaktörer utanför sjukhus utan att verksamheten har bedömts och godkänts av företrädare för professionen/fakultetsföreträdare
- ett av få länder som inte har kontrollfunktion avseende antalet utbildningsplatser i landet
- det land som uppskattas ha flest antal ST-läkare/miljon invånare

Avseende kvalitetskontroll så är Sverige:

- enda landet med inspektioner som inte medför tvingande krav på förbättring för att granskad enhet ska få fortsätta bedriva ST-utbildning
- ett av få länder som inte har slutexamen som kontrollerar uppnådda kunskaps- och kompetenskrav

Flera av de europeiska länderna har detaljerade målbeskrivningar och checklistor samt kontroller av utbildningsläkarnas kunskaper och kompetenser. Mot bakgrund av ovanstående är det angeläget att SSDV ger anvisningar och rekommendationer om utbildningsstruktur samt kunskaps- och kompetenskrav för den svenska ST-utbildningen.

Arbetsprocess vid uppdatering av SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen

I utbildningsgruppens arbetsbeskrivning ingår regelbunden översyn av rekommendationerna till målbeskrivningen och dess tillhörande checklistor. Utbildningsgruppen arbetar i samråd med SSDV:s styrelse samt sektioner och intressegrupper, studierektorsnätverket, verksamhetschefer, arrangörer och föreläsare på ST-kurserna, SPUR-inspektörer, akademiska företrädare, EBDV, Läkarförbundet och Socialstyrelsen. Uppdateringar som görs i SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen är resultat av diskussioner som förs i olika forum. Den senaste uppdateringen bygger på SSDV:s tidigare rekommendationer till

äldre målbeskrivningar. Utöver nya medicinska riktlinjer och vårdprogram har hänsyn tagits till de gemensamma europeiska utbildningsmålen från 2017, den brittiska målbeskrivningen från 2021 samt till Sveriges nya EU-anpassade läkarutbildning och den nya ST-förordningen. Eftersom ST-förordningarna 2015 respektive 2021 kommer att löpa parallellt under många år så har vi aktivt arbetat för att rekommendationerna till de båda målbeskrivningarna ska vara samstämmiga.

I december 2020 skickade utbildningsgruppen och styrelsen en remiss med förslag på uppdateringar i SSDV:s rekommendationer. Remissen skickades till studierektorer och verksamhetschefer samt till akademiska företrädare för universiteten. Gensvaret och samtycket till förslaget var stort och det ledde till en uppdatering av SSDV:s rekommendationer våren 2021. På liknande vis gjordes en remissrunda i januari 2022 med förslag angående c-/STc-delmålens checklistor med kommentarer och rekommendationer. Remissen skickades till studierektorer, akademiska företrädare för universiteten, arrangörer för SSDV:s ST-kurser samt representanter för såväl SSDV:s sektioner som intressegrupper inklusive PDF. Inkomna remissvar har tagits i beaktande och varit till stor hjälp vid den slutgiltiga utformningen av de uppdaterade rekommendationerna till ST-utbildning 2015 respektive 2021. Vi passar härmed på att rikta ett varmt tack till alla som bidragit i arbetet.

Utbildningsboken med SSDV:s rekommendationer till ST-utbildning i dermatologi och venerologi

SSDV:s styrelse och utbildningsgrupp gav i april 2022 ut de nya uppdaterade rekommendationerna samlade i två dokument; *SSDV:s rekommendationer till målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring i dermatologi och venerologi 2015 respektive SSDV:s rekommendationer till målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring i dermatologi och venerologi 2021*. En kortare benämning på dokumenten är *Utbildningsboken 2015 respektive Utbildningsboken 2021*.

I dokumenten presenteras Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende ST-utbildningens tjänstgöring, utbildning, organisation, struktur, ansvarsfördelning, handledning, kompetensbedömning och ansökan om bevis om specialistkompetens. Som komplement till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd finns SSDV:s kommentarer och

rekommendationer med syftet att förtydliga vad som föreskrivs samt ge anvisningar och råd om hur ST-utbildning i dermatovenerologi bör bedrivas. Individuell utbildningsplan, kurser, kvalitetsarbete, vetenskapligt arbete, kvalitetsaspekter på ST-utbildningen, specialistexamen och ST-kontrakt tas också upp i Utbildningsboken, liksom sammanfattningar av såväl kompetensbeskrivning som råd och rekommendationer för ST-utbildningens genomförande.

Socialstyrelsens målbeskrivning med samtliga delmål som gäller för ST i dermatovenerologi presenteras också i Utbildningsboken. Till alla c-/STc-delmål och till några a-/STa- respektive, b-/STb-delmål finns kommentarer och rekommendationer från SSDV. De flesta c-/STc-delmålen har även checklistor där de kompetenser som ingår i respektive delmål preciseras. En nyhet i den senaste uppdateringen är tillägg av en checklista för kvantitativa mål under ST samt checklistor för resurser som bör finnas på utbildningsenhet med huvudansvar för ST-utbildning.

Vår förhoppning är att de nya rekommendationerna kommer att vara till hjälp och stöd för såväl ST-läkare som för alla som är involverade i deras utbildning, inkluderande handledare, kollegor, studierektorer, verksamhetschefer, kursarrangörer, föreläsare och SPUR-inspektörer. Vi hoppas att rekommendationerna kommer att bidra till bibehållen hög och jämn utbildningskvalitet i landet, vars standard är i nivå med övriga Europas, och att våra ST-läkare får en stimulerande, lärorik och rolig ST på vägen mot specialistkompetens.



SSDV:s styrelse och utbildningsgrupp

Maria Haraldsson
Utbildningsansvarig i SSDV

Annons

Annons

NCDV 2022 i Köpenhamn bjöd på ett mångfacetterat program

The Nordic Congress of Dermatology and Venereology (NCDV) 19-22 april 2022 i Köpenhamn bjöd på ett fullspäckat program i dagarna tre. Det var föga förvånande att besöksiffrorna slog rekord just i år. Efter en lång period av digitala möten var det en fantastisk upplevelse att få träffa kollegor från alla nordiska länder bland blommande körsbärsträd i Köpenhamn.

Istället för traditionella och fristående föreläsningar användes en så kallad "narrative model" för det vetenskapliga programmet. Konceptet innebar att programmet delades upp i sessioner med olika teman där presentationerna följde en röd tråd. Varje session leddes av tre "chairpersons" som presenterande föreläsarna och deltog i diskussionerna med föreläsarna.



Jesper Elberling med föreläsningen "Itch – pathogenesis and treatment".

Foto: Andrea Elmelid

Psoriasis – what have we learned?

Session 1 med titeln "Psoriasis – what have we learned?" hölls i den stora kongresshallen under ledning av Lars Iversen, Olav Sundnes och Mona Stähle. Inbjudna föreläsare var Joar Austad, Charlotta Enerbäck, Kasper Fjellhaugen Hjuler, Lone Skov och Enikő Sonkoly. Ämnen som avhandlades var allt ifrån en historisk tillbakablick, patofysiologi och genetik till nya behandlingar, komorbiditeter och epidemiologi. Sessionen avslutades passande nog med presentationen "Psoriasis 10 years from now".

Atopic eczema, pruritus & urticaria

Session 2 med titeln "Atopic eczema, pruritus & urticaria" leddes av Laura Huilaja tillsammans med Anne Birgitte Simonsen och Kilian Eyerich. Denna session hölls i den mindre föreläsningssalen och var så populär att stolarna tog slut.

Jesper Elberling, Gentofte sjukhus, Köpenhamn, var först ut med föreläsningen: "Itch – pathogenesis and treatment". Han förklarade på ett underhållande sätt den ännu inte fullständigt klarlagda patogenesen bakom klåda. Att klia sig ger upphov till njutning genom aktivering av centrala belöningssystem. Njutningen vi får ut av att klia oss har visat sig vara positivt korrelerad till klådans intensitet.

Klådsignaler fortleds via sensoriska C-fibrer. Det finns tre typer av c-fibrer där varje typ leder ett sensoriskt stimuli: smärta, välbefinnande och klåda. Färre än 10% av c-fibrerna utgörs av klådfibrer. Det finns i sin tur två olika typer av "klåd-c-fibrer", varav den ena är histaminkänslig. Vilken typ av klådfibrer som är engagerade har således betydelse för hur behandlingssvaret blir. De flesta klådbehandlingar som finns idag riktar sig mot inflammation och ger därmed en indirekt klådstillande effekt. Antihistaminer, som har använts sedan 1942, är fortfarande det bästa läkemedlet vi har mot klåda. Antihistaminer är effektiva vid urtikaria, men de flesta kliande dermatoser är inte histaminkänsliga. Glädjande nog är nya läkemedel som hämmar klåda på neural nivå under utveckling.

Urticaria – Epidemiology in Scandinavia and new treatments

Simon F Thomsen, Bispebjerg sjukhus, Danmark, höll en föreläsning med titeln: "Urticaria – Epidemiology in Scandinavia and new treatments".

Thomsen beskrev olika subtyper av kronisk spontan urtikaria (CSU) i detalj. Typ I, även kallad autoallergisk typ, står för 85% av CSU-fallen. Typ IIb, även kallad autoimmun typ, står för 15% av fallen. Subtypen avgör vilken behandlingseffekt man kan förvänta sig av omalizumab. Typ I svarar betyd-

ligt bättre på behandling med nästan 80% fullständig respons efter 6 månaders behandling, jämfört med typ IIb där endast drygt 20% får fullständig respons av behandling. Typ IIb kan till och med få uppblossning av utslag på behandlingsdagen eller dagen efter omalizumab.

Flera läkemedel är på väg att godkännas för behandling av CSU. Dupilumab har använts med god effekt som rescuebehandling mot CSU i fall av sekundär svikt på omalizumabbehandling. Det finns ungefär 15 fallrapporter beskrivna i världen med dupilumabbehandling vid CSU, men de flesta av dessa hade samtidig atopisk dermatit (AD). Nu inväntas data från randomiserade studier som undersökt effekten av dupilumab vid CSU. Flera IL-5-hämmare som idag används mot astma är på gång att registreras med indikation CSU. Det pågår även studier med intracellulära småmolekyler som förväntas fungera mot båda subtyperna av CSU.

Atopic Dermatitis Pathogenesis

Kilian Eyerich, gästprofessor vid Karolinska institutet, Stockholm, höll föreläsningen: "Atopic Dermatitis Pathogenesis" där titeln talar sitt tydliga språk.

Han talade bland annat om att det finns immunologiska skillnader mellan akut och kronisk AD. Akut AD är en klassisk typ 2-medierad sjukdom medan kronisk AD

domineras av Th1/17/22. Det fördes ett resonemang kring huruvida den kroniska formen av AD är mer lik psoriasis immunologiskt, men slutsatsen var ändå att den kroniska formen av AD ska betraktas som en typ 2-medierad sjukdom. Ett argument för detta var att kronisk AD svarar bra på dupilumab.

Atopic dermatitis comorbidities

Laura Huilaja, Uleåborg universitetssjukhus, Finland, höll föreläsningen: "Atopic dermatitis co-morbidities". Det är känt sedan länge att individer med AD har en kraftigt ökad förekomst av andra sjukdomar inom det atopiska spektrumet (astma, allergisk rinit, födoämnesallergier och eosinofil esofagit). Nyare forskning har visat att individer med AD även i högre utsträckning drabbas av psykiska sjukdomar som depression, ångest och sömnstörningar, samt har en ökad suicidrisk. Dessutom löper de ökad risk för kontaktallergier, hudsmärta, infektioner och kardiovaskulära sjukdomar. Även en ökad förekomst av celiaki och dermatitis herpetiformis har påvisats bland individer med AD. En stor finsk registerstudie ($n = 57690$ (>18 år)), visade att psykiatriska diagnoser fanns hos 17.2% av individerna med AD vs. 13.1% i kontrollgruppen. Studien visade bland annat en ökad risk för både schizofreni och bipolär sjukdom. Studier från andra delar av världen har visat liknande resultat.

En finsk studie mellan 1987-2018 ($n = 70\,584$) med 270 783 matchade populationsbaserade kontroller visade en förhöjd risk för ätstörningar hos individer med AD. Man undersökte två åldersgrupper: 18-åringar och 30-åringar. Högst risk var det för bulimi i åldersgruppen 18-åringar (OR 2.31). Risken minskade för samtliga ätstörningsdiagnoser i den äldre åldersgruppen, men risken var fortfarande förhöjd i AD-gruppen jämfört med kontrollpopulationen. Födoämnesallergi kunde inte förklara skillnaden. Huilaja föreslog den "kutana kroppsuppfattningen" som en möjlig förklaring till den ökade ätstörningsförekomsten bland individer med AD.

Topical treatments and skin moisturizers

Emma Johansson, Karolinska institutet, Stockholm, hade gjort en noggrann genomgång av evidensen bakom topikal behandlingar och gav föreläsningen: "Topical treatments and skin moisturizers". Det finns robust data som har kunnat visa att mjukgörande förebygger och minskar antalet eksemuppblossningar. Flera studier har visat en steroidsparande effekt när man kombinerar



Linnea Thorlacius, Danmark presenterar sin föreläsning "The Impact of Hidradenitis Suppurativa". Foto: Andrea Elmeli

steroider och mjukgörande jämfört med bara steroider. Det finns däremot inga studier som har kunnat visa en direkt klådstillande effekt av mjukgörande behandling. Man har heller inte kunnat visa att mjukgörande behandling minskar svårighetsgraden av AD.

Topikala kortikosteroider (TCS) har den snabbast insättande effekten mot klåda (inom 24 h) och utgör i de flesta fall första linjens behandling. TCS anses vara säkra; ingen RCT har kunnat visa att hudförtunning är ett problem. I andra hand används calcineurinhämmare (TCI) som är särskilt användbara på känsliga hudområden som ansiktet. Både TCS och TCI anses vara säkra för långtidsanvändning som proaktiv behandling med applikation två gånger i veckan. På gång är även ytterligare topikala läkemedel i form av fosfodiesterashämmare och JAK-hämmare, där de senare visat sig ha god tolerabilitet även om akne beskrivits bland biverkningarna. Sammanfattningsvis har samtliga topikala läkemedel effekt mot klåda och samtliga har en snabbt insättande effekt (inom 48 h).

Hidradenitis suppurativa

Session 3 handlade om hidradenitis suppurativa (HS) och leddes av Gregor Jemec, Karin Sartorius och Thrasyvoulos Tzello.

The impact of hidradenitis suppurativa

Linnea Thorlacius från Själlands universitetssjukhus presenterade i sin föreläsning "The impact of hidradenitis suppurativa" dystra forskningsresultat som visade hur oerhört stor sjukdomsburden är vid HS. Depressionsprevalensen bland individer med HS har rapporterats så hög som 26%. Även socioekonomisk status skiljer sig åt för individer med HS jämfört med bakgrundsbefolkningen. HS-patienter i Danmark rappor-

terade en arbetslöshet på 25% (versus 6% i bakgrundsbefolkningen). Även risken för fullbordat suicid är kraftigt förhöjd jämfört med bakgrundsbefolkningen. Thorlacius med kollegor intervjuade patienter med HS i Danmark och USA för att få reda på vad som påverkar deras sjukdomsburda i syfte att ta fram en mätmetod för HS-specifik hälsorelaterad livskvalitet. Detta ledde till att man utvecklade HS quality of life (HiSQOL) som nu är en validerad och reliabel metod för att mäta HS-specifik hälsorelaterad livskvalitet i kliniska studier.

First contacts – the baseline

Hassan Killasli, Älvsjö Hudmottagning, höll föreläsningen: "First contacts – the baseline". Han talade om den långa fördröjningen till diagnos som ofta är ett faktum för individer med HS idag och föreslog implementering av en screeningfråga som tidigt skulle kunna identifiera individer med HS. Uppfylls kriteriet "Outbreaks of boils during the last 6 months with a minimum of two boils in one of the following locations: axilla, groin, under the breasts, other locations (not specified), e.g. perianal, neck and abdomen" har detta kunnat identifiera HS-patienter med 90% sensitivitet och 97% specificitet.

The bio-eligible patient

Thrasyvoulos Tzello, Nordlandssykehuset i Bodø, Norge, föreläste om "The bio-eligible patient". Han betonade vikten av att förebygga irreversibel vävnadsskada genom att behandla HS-patienter i tid. Att fastställa sjukdomsgrad är ett kritiskt första steg för att optimera handläggning av patienter med HS. "The window of opportunity" syftar på den period under vilken insatser för att kontrollera inflammatorisk aktivitet kan

vara mest effektiva. Immunmodulerande behandling under denna tid kan motverka progression i sjukdomen genom att reducera ackumulering av vävnadsskada. En retrospektiv studie från Italien (n=389) visade att fördröjning av behandling längre än 10 år gav dubbelt så hög sannolikhet att inte svara på behandling med adalimumab. En annan italiensk studie med adalimumabbehandlade HS-patienter (n=115) visade en association mellan behandlingsfördröjning och ökad risk för uppblossningar.

Fitting in a time for surgery

Föreläsningen "Fitting in a time for surge-

ry" hölls av Øystein Grimstad från universitetssjukhuset Nordnorge och hade samma tema som föregående talare.

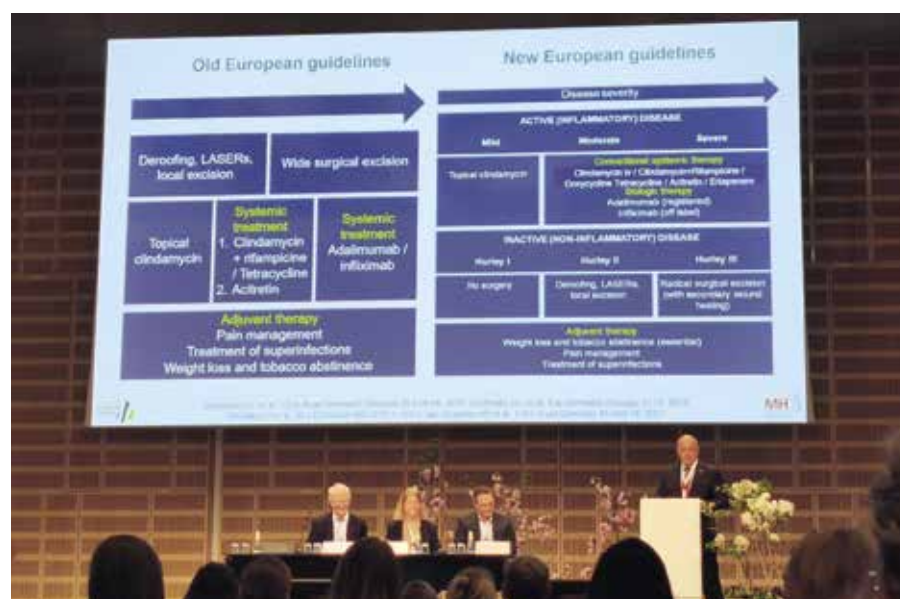
En multicenterstudie som undersökte skillnader i behandlingseffekt av kirurgi i kombination med adalimumab eller placebo visade att Hidradentitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR) var bättre i adalimumabgruppen och man såg ingen skillnad i infektionsfrekvens mellan grupperna.

Grimstad redovisade även spännande resultat från en RCT som han gjort på 20 patienter med HS där botulinumtoxininjektioner visat god effekt, i synnerhet inguinalt.



Øystein Grimstad, Nordnorge, håller sin föreläsning "Fitting in a time for surgery".

Foto: Andrea Elmeli



Professor Christos C. Zouboulis, verksam i Tyskland, med föreläsningen "What to do when you run out of guidelines?"

Foto: Andrea Elmeli

What to do when you run out of guidelines?

Professor Christos C. Zouboulis, verksam i Tyskland, avslutade session 3 med föreläsningen: "What to do when you run out of guidelines?". Han diskuterade de nya europeiska riktlinjerna för behandling av HS. HS-terapi bör baseras på utvärderingen av såväl de inflammatoriska komponenterna som ärrbildningen och bör styras av evidensbaserade riktlinjer. Behandlingen bör innefatta såväl kirurgi som medicinsk behandling.

Flera nya behandlingsalternativ mot HS är på gång. Sekukinumab (hämmar IL17A) och bimekizumab (hämmar IL17A/F) har visat lovande resultat i fas 3-, respektive fas 2-studier. Studier pågår även för orala JAK-hämmare med lovande prekliniska data.

Zouboulis et al. visade i en fallserie (n = 14) att individer med medelsvår till svår HS med otillräckligt svar på eller sekundär behandlingssvikt av adalimumab 40 mg/v förbättrades när behandlingen intensifierades till 80 mg/v. Detta, menade Zouboulis, skulle kunna vara ett alternativ för vissa utvalda patienter med t.ex. högt BMI eller rökare.

Pros and cons session

Parallellt med session 3 gavs session 4 som var en "pros and cons session". Denna var uppdelad i två delar där den första handlade om för- och nackdelar med populationsscreening för malignt melanom, ledd av Katrine Karmisholt. Andrés Már Erlendsson framförde argument mot populationsscreening, medan Ingeborg Margrethe Bachmann argumenterade för. Den andra delen leddes av Laura von Kobyletzki och handlade om för- och nackdelar med mjukgörande behandling. Tove Agner talade om fördelarna, medan Mette Deleuran framförde nackdelarna med mjukgörande behandling.



Andrea Elmeli

ST-läkare Hudsjukvård Dalarna, Falu lasarett, doktorand Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Kongressens andra dag bjöd på föreläsningar om både venerologi, AI, hudcancer och yrkesdermatologi

Hudcancer

Under kongressens andra dag hölls två parallella sessioner, varav den ena hade temat hudcancer. Ingrid Roscher från Hudkliniken, Oslo Universitetssjukhus, inledde sessionen med en genomgång av varför förekomsten av hudcancer ökar och om denna tendens kan förebyggas genom screening. De senaste fem åren har skivepitelcancer ökat med cirka 27% och melanom med cirka 11% i Norge.

Som orsak till ökningen av hudcancer anges bland annat ökad UV-exponering. Vi reser mer till soliga länder och använder mindre heltäckande kläder. Nyttjande av solarium, solbrunt skönhetsideal samt mer tid till aktiviteter utomhus har också bidragit till ökningen. Dessutom har livslängden ökat, så fler individer hinner utveckla hudcancer under sin livstid. Ingrid Roscher nämnde att rädsla för att missa melanom samt bris-



Ingrid Roscher, Oslo, inledde sessionen om hudcancer.

Foto: Ann-Louise Storlund



Intresserad publik.

Foto: Ann-Louise Storlund

tande erfarenhet hos läkare kan leda till en överdiagnostisering av melanom. Samtidigt underströk hon att för att rädda liv måste vi acceptera en viss grad av överdiagnostisering. Tidig diagnos av melanom är ytterst viktigt för patienten. Forskningen har visat att the number needed to excise (NNE), det vill säga antalet pigmentförändringar som opereras bort för att hitta ett melanom, har minskat med dermatoskopins hjälp.

Hon avslutade med en genomgång av varför populationsscreening för melanom inte är lönsamt. Istället framhöll hon vikten av minskad UV-exponering för prevention av hudcancer. För att få detta till stånd krävs kampanjer som bidrar till ökad medvetenhet vad gäller UV-exponering. Australien är ett exempel på ett land som har haft framgång med sina kampanjer angående solexponering och hudcancer. Även snabbspår till dermatolog vid misstänkta hudförändringar rekommenderades som åtgärd.

Nya diagnostiska verktyg för hudcancer

Kari Nielsen, överläkare och lektor i Lund/Helsingborg, tog upp nya verktyg för diagnostisering av melanom och non-melanoma skin cancer. Det ultimata verktyget skulle vara icke-invasivt samt kunna identifiera högrisklesioner, föreslå diagnos, bedöma tumörtjocklek och föreslå excisionsmarginaler.

Med in vivo reflektanskonfokalmikroskopi (RCM) kan man visualisera epidermis och ner till papillära dermis. Man kan beskriva det som en optisk biopsi. Metoden

kan användas bland annat till diagnostisering av hudcancer samt pre-operativ kartläggning av tumörmarginaler. Metoden har begränsningar i att den är tidskrävande jämfört med dermatoskopi, synfältet är litet och undersökningen är inte lämplig för fjällande eller nodulära lesioner. Det är också en dyr metod och träning krävs för att tolka bilder.

Ex vivo konfokalmikroskopi med fluorescens- och reflektanslaser möjliggör att man ställer diagnosen direkt vid besöket och kan bedöma tumörmarginaler direkt efter operation. Man kan säga att man får en digital patologi-slide framför sig. Även denna metod är dyr och kräver träning, den är därtill invasiv och vävnadsproven får heller inte vara större än 2 cm.

OCT (optical coherence tomography) är en maskin som sänder in ljus som reflekteras mot vävnader och man får tillbaka snitbilder med hög förstoring. Kan hjälpa till med diagnostisering, att bedöma tumörmarginaler och tumörtjocklek. OCT ger ett stort synfält och ökat djup jämfört med RCM, dock med sämre upplösning.

Det finns även en kombination av dessa två metoder som heter line-field confocal optical coherence tomography (LC-OCT). Den ger högre upplösning än vanlig OCT och bättre djup på bilder jämfört med RCM.

Kari Nielsen sammanfattade att framtiden ser ljus och spännande ut. Men påpekade även att "A fool with a tool is still a fool".

Gonorré

Sessionen avslutades med en presentation om gonorré av Usha Hartgill, verksam vid

Olafiakliniken vid Universitetssjukhuset i Oslo.

Runt om i världen ses en ökad resistens mot azitromycin och ceftriaxon. Zoliflodacin är ett nytt läkemedel som ser lovande ut vad gäller behandling av gonorré.

Usha Hartgill påminde om hur viktigt det är att uppta sexualanamnes så att man tar prover från extragenitala områden vid behov, detta för att hitta möjliga reservoarer där resistenta bakterier kan utvecklas. Svalget är ett exempel på en reservoar där olika neisseriaarter kan möjliggöra att genmaterial byts ut vilket innebär en risk för resistensutveckling.

Det finns snabbtest för gonorré som ger svar på provet på cirka 90 minuter, men tyvärr är det dyrt.

En studie har påvisat att vaccin mot grupp B-meningokocker hade effekt mot gonorré och således har tanken att det kan vara möjligt att utveckla ett vaccin mot gonorré uppkommit. Världshälsoorganisationen har satt som mål att reducera den globala incidensen av gonorré med 90% senast 2030 och vaccination vore ett sätt att nå detta.

AI inom dermatopatologi

Efter lunch var det dags för en session med ämnena artificiell intelligens, teledermatologi och virtuell dermatologi. Noora Neittaanmäki, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, inledde sin föreläsning med frågorna: Kan AI ersätta patologer? Kan AI förbättra diagnostiken inom patologi?

Det finns redan idag kommersiella program som används i den kliniska vardagen,



Den lille havfrue..

Foto: Susanna Sandberg



Foto: Ann-Louise Storlund

bland annat inom lung- och bröstcancerpatologin. Inom dermatologin finns bland annat ett program som detekterar hyfer vid nagelsvamp.

En studie av Sam Polesie et al. har visat att majoriteten av patologer runtom i världen ser AI som något som kan förbättra dermatopatologin. Endast 6% av patologerna trodde dock att AI kommer ersätta patologer.

Noora Neittaanmäki presenterade pågående projekt inom bland annat AI sentinel node melanom. Trots att man använder immunhistokemi kan man missa små metastaser och benigna intra-nodala nevi kan misstolkas som melanommetastaser. Man forskar således på om AI kan skilja mellan dessa två diagnoser genom att undersöka endast hematoxylin-eosin-färgade preparat, det vill säga utan att göra immunhistokemi. Preliminära resultat ser lovande ut!

Föreläsningen konkluderade att AI förmodligen inte kommer att ersätta patologer men fungera som ett beslutsstöd som kan ge en snabbare diagnostiseringsprocess, prognostisk information och minska behovet av immunhistokemi och molekylära analyser.

Yrkesdermatologisk historia

En av torsdagseftermiddagens parallellt löpande sessioner handlade om yrkesrelaterad kontaktdermatit och hudcancer. Klaus E. Andersen, professor verksam vid Odense Universitetssjukhus, började sessionen med att föreläsa om yrkesdermatologins historia i de nordiska länderna.

Danske Poul Bonnevie (1907–1990) är fadern till det som idag kallas "basserien"

vid epikutantestning. Han är även författare till "Aetiologie und Pathogenese der Ekzembrankheiten" (1939). Han påvisade att krom i cement var orsak till svåra eksem bland cementarbetare.

Sigrid Fregert (1919–2016) var grundare av den yrkesdermatologiska verksamheten i södra Sverige. Hans forskning ledde till att cement fick en tillsats av järnsulfat vilket nästan helt eliminerat förekomsten av eksem hos cementarbetare. Docent Alf Björnberg (1926–2021) var verksam vid hudkliniken i Göteborg och hans avhandling "Skin Reactions to Primary Irritants in Patients with Hand Eczema" var betydelsefull inom området.

Professor Veikko Piriälä utvecklade Finn Chambers 1975. Professor Lasse Kanerva (1943–) är förmodligen mest känd för att ha tagit initiativ till "Handbook of Occupational Dermatology" 2000, där professor Jan E. Wahlberg (1932–2005) var en av medförfattarna. Boken har fått nytt namn och heter nu "Kanerva's Occupational Dermatology".

Yrke och hudcancer

José Hernán Alfonso, överläkare vid avdelningen för arbetsmedicin och epidemiologi, Statens arbetsmiljöinstitut, Oslo, avslutade sessionen med att föreläsa om yrke och hudcancer i de nordiska länderna. Det finns epidemiologisk evidens som talar för en association mellan UV-exponering på arbetet och förhöjd risk för skivepitelcancer i huden.

Skivepitelcancer kan klassas som yrkessjukdom i sju europeiska länder. Basal-

cellscancer kan klassificeras på samma sätt i sex länder och melanom i fem.

I en metaanalys av Schmitt et al. sågs att yrkesmässig exponering för UV-strålning gav ökad risk för kutan skivepitelcancer bland utomhusarbetare. I en kohortstudie på 45 år i Norge visade José Hernán Alfonso et al. bland annat att sjömän, skogsarbetare, fiskare, poliser, brandmän, militär, transportpersonal och personer inom tekniskt arbete samt personer med högre socioekonomisk status löper högre risk för att utveckla skivepitelcancer.

Man har också funnit ökad risk för kutan melanom bland exempelvis brandmän och polis samt personer med hög socioekonomisk status. I Norge kan nu melanom klassas som yrkessjukdom bland brandmän.



Ann-Louise Storlund

ST-läkare,
Hudmottagningen,
Karlstad Centralsjukhus



Foto: Susanna Sandberg



José Hernán Alfonso, Oslo, avslutade sessionen.

Foto: Ann-Louise Storlund

Ett fullspäckat program även den avslutande kongressdagen

Efter torsdagskvällens trerättersmiddag med efterföljande dans till välkända melodier framförda av det mycket uppskattade Det vildeste band, var det nog många som var glada över fredagens lilla sovrmorgon. Förmiddagen bjöd på två spännande, parallella sessioner, varav den ena var på temat "Hot research and networking".

Hot research and networking

Här fick vi bland annat lyssna på Kristina Viikklepp, Turku universitet, som berättade om komplementsystemets roll i patogenesen vid kutan skivepitelcancer. Komplementsystemets roll vid cancer är komplex, då det är involverat i såväl tumörbekämpande immunsvär, samtidigt som det också främjar cancerprogression. I föredraget framhölls komplementsystemets potential som biomarkör och som del av eventuell framtida behandlingsstrategi mot kutan skivepitelcancer. Forskningsgruppen har i synnerhet kunnat visa på hur komplementfaktorn C1r har en viktig roll i progressionen av kutan skivepitelcancer.

Vidare, berättade Josefin Lysell, Karolinska Institutet, om rollen av peptidylarginine deiminase-1 (PAD-1) i frisk, respektive in-

flammerad hud. PAD-1 är ett enzym som konverterar peptidylarginin till citrullin i psoriasis-hud. Ett karaktäristiskt fynd vid psoriasis och atopiskt eksem är en ökad närvaro av IL-22+-celler i huden, där den exakta mekanismen bakom hur IL-22 är involverat i hudbarriärdysfunktionen ännu inte är klarlagd. I föredraget beskrevs forskningsfynd som visar hur IL-22-signaler leder till lägre nivåer av PAD-1 i lesionell psoriasis-hud. Vitamin D och acitretin kunde delvis återställa den IL-22-inducerade PAD-1-defekten. Sammantaget, utgör identifieringen av IL-22:s nedreglerade egenskaper att ett nytt, potentiellt mål för behandling av hudbarriärddefekter identifierats.

Dr Lysell berörde också ytterligare ett viktigt ämne som är högaktuellt för många av de närvarande på konferensen – nämligen hur man på bästa sätt kombinerar en forskarkarriär med klinisk verksamhet. Här framhölls vikten av att etablera samarbeten och forskningsnätverk, att finna goda förebilder och förstås att upprätta finansiering, där kombinerade tjänster rekommenderades för att fortsätta forskningsbanan efter disputation.

Microbiome in hand eczema, acne, atopic dermatitis and psoriasis

Parallellt pågick sessionen Microbiome in hand eczema, acne, atopic dermatitis and psoriasis. Hans Bredsted Lomholt, Aalborgs universitet, talade här om mikrobiomets roll vid akne och rosacea, där nya rön visar att det finns en interaktion – och snarast dysbios – mellan *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) och *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*), som kan spela en roll i aknepatogenesen. Vad gäller rosacea, utgör *Demodex folliculorum*, som bekant, den mest omdiskuterade mikroorganismen. *Bacillus oleronius* introducerades som ytterligare en mikrob som potentiellt är involverad vid rosacea. Något som just nu också diskuteras flitigt är *Small Intestine Bacterial Overgrowth* (SIBO) och dess eventuella roll vid rosacea, där *Parodi et al* (*Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008) presenterade en högre SIBO-prevalens bland rosaceapatienter jämfört med kontroller, där eradikeringsbehandling visade sig leda till mycket god effekt på hudmanifestationer av rosacea. Den så kallade "gut-skin-axis" fortsatte beröras där *Lactobacillus plantarum* CJLP55, framställd från den traditionella, koreanska fermenterade maträtten kimchi, undersöktes i en placebo-kontrollerad, randomiserad studie av *Kim et al* (*Nutrients*, 2021). Under 12 veckor fick 14 personer i en placebo- respektive testgrupp, inta CJLP55-supplement, och man kunde här visa på positiva effekter i aknehud bland individerna som tillhörde testgruppen. Sammantaget pågår mycket forskning inom fältet – men många studier är små och fler och större studier krävs.

Nanna Fyhrquist, Karolinska Institutet, berättade vidare om mikrobiomet vid psoriasis och atopiskt eksem, där det framhölls att en dysbios i hudens mikrobiom är associerat till de båda tillstånderna. Medan atopiskt eksem karaktäriseras av ett mikrobiom dominerat av *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), är psoriasis associerat med samtidig förekomst av multipla arter.

Astrid Lossius, Oslo universitet, tog därefter vid och berättade om hur hudens mikrobiom svarar på behandlingar mot atopiskt eksem. Tidigare studier har visat att behandling



Nanna Fyhrquist, Karolinska Institutet, berättade om mikrobiomet vid psoriasis och atopiskt eksem.



Alexander Egeberg, Köpenhamns universitet, redogjorde för epidemiologin för akne och rosacea.

med kortison och andra behandlingsmodaliteter, inklusive ljusbehandling och behandling med dupilumab (hämmare av signaleringen av IL-4 och IL-13), minskar mängden *S. aureus* och ökar den mikrobiella mångfalden vid atopiskt eksem. Frågan som väcks är följaktligen: kan terapier inriktade mot mikrobiomet vara en behandlingsstrategi hos patienter med atopisk dermatit? I en studie av Myles *et al* (*JCI Insight*, 2018) behandlades 10 vuxna och 5 barn med atopiskt eksem med topikal beredning av den gramnegativa hudbakterien *Roseomonas mucosa*. Behandlingen visade sig leda till lägre nivåer av *S. aureus*, samt minska såväl sjukdomsbörda, som behovet av lokal kortisonbehandling. En färsk placebokontrollerad, randomiserad, dubbelblindad, studie på samma tema, av Nakatsuji *et al* (*Nat med*, 2021) visade att behandling med koagulasnegativa stafylokocker minskade mängden *S. aureus* bland individer med atopiskt eksem. Fyndet talar för möjligheten att använda "bakterioterapi" som en ny framtida behandlingsstrategi för atopiskt eksem.

Acne – Rosacea

En av kongressens sista sessioner, Acne – Rosacea, inleddes av Alexander Egeberg, Köpenhamns universitet, som redogjorde för epidemiologin för akne och rosacea, där så många som 85% av personer mellan 12-25 år i USA någon gång varit drabbade av akne. Vad gäller rosacea, är variationerna stora, men en metaanalys visade på en global

prevalens på 5%. Något som är viktigt att uppmärksamma, är en gemensam nämnare för de båda tillstånden – nämligen kopplingen till psykisk sjukdom. En amerikansk studie av Singam *et al* (*Clin Exp Dermatol*, 2019) påvisade psykisk sjukdom bland 43.7% av aknepatienterna och 35.1% av rosaceapatienterna. Båda patientgrupperna har vidare visats ha påverkan på livskvalitet och suicidtankar förekommer bland så många som 12% av aknepatienterna. Förutom den uppenbara skillnaden mellan sjukdomarna - där akne till största del drabbar tonåringar, medan rosacea framför allt drabbar individer mellan 30-50 år - finns också andra viktiga skillnader. Metabola sjukdomar samt hormonella sjukdomar hos kvinnor, så som polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS), framhålls som komorbiditeter till akne. Rosacea är däremot kopplat till fler samsjukligheter, där bland annat inflammatorisk tarmsjukdom är mycket mer vanligt förekommande jämfört med bland referensbefolkningen. Det finns vidare även kopplingar mellan framför allt ögonrosacea och migrän, mellan rosacea och celiaki och åter igen lyftes *SIBO* (ovan nämnt) som vanligt förekommande bland rosaceapatienter.

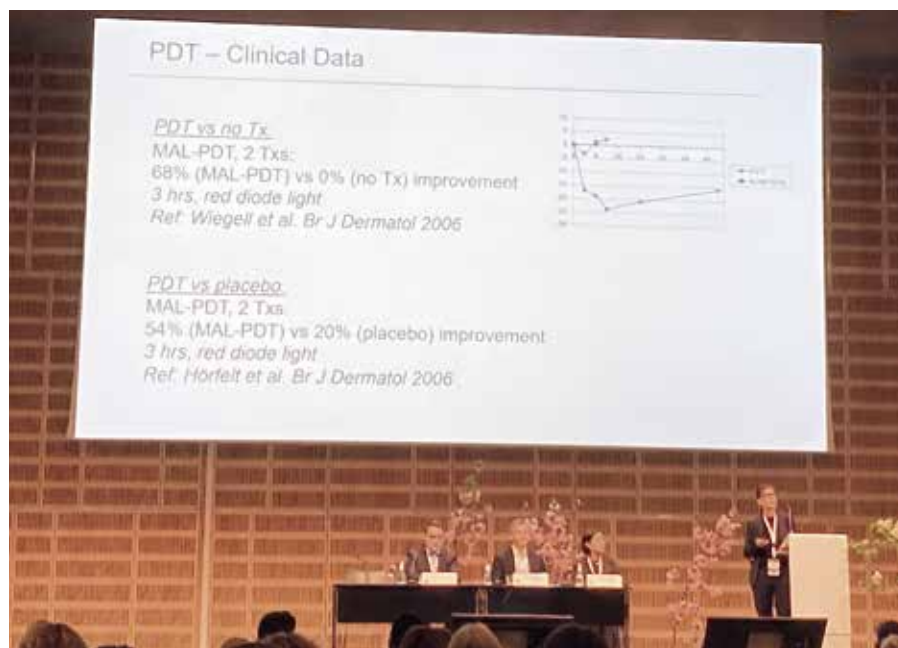
Comparative pathogenesis of acne and rosacea

I nästa föreläsning fick vi åter höra Hans Bredsted Lomholt berätta om nya rön gällande patogenesen vid akne och rosacea, där

det gjorts flera, inte sällan överraskande och oväntade, framsteg de senaste åren, vilket inger hopp om nya och än mer effektiva behandlingar. Det talades om hur västerländsk kost, det vill säga högt intag av mejeriprodukter, rött kött och kolhydrater, anses driva aknepatogenesen, bland annat genom att öka insulin- och IGF-1-nivåer. Vidare, lyftes en studie av Oulès *et al* (*Nat Commun*, 2020) som visat att GATA6, som normalt sätt uttrycks i den övre delen av talg-hårkomplexet (pilosebaceous unit) i frisk hud, är nedreglerad vid akne. Funktionen av GATA6 är att kontrollera proliferation och differentiering av keratinocyter, för att förebygga hyperkeratinisering i infundibulum och det är belagt att retinoider uppreglerar GATA6. Studiens författare lyfte GATA6 som ett potentiellt mål för akneterapi. Vad gäller patogenesen för rosacea, diskuterades signalering genom proteinkinasen mTORC1, som är hyperaktiverat i framför allt i epidermis hos rosaceapatienter. Hämmning av mTORC1 har i rosacea-musmodeller visats kunna förhindra utvecklingen av rosacealik hudinflammation, samtidigt som hyperaktivering av detsamma försämrar rosaceliknande egenskaper. mTORC1 verkar genom att reglera den antimikrobiella peptiden cathelicidin LL-37 genom en positiv feedback-loop, där cathelicidinnivåerna ökar vilket främjar inflammationen vid rosacea. Inhibering av mTORC1 föreslås av Deng *et al* (*EMBO Mol Med*, 2021) vara en ny terapeutisk väg att gå vid rosacea. Både adaptiva och innata immunsystemet har också en viktig roll vid rosacea. Allt fler fynd, som sammanfattats i en översiktsartikel av Wang *et al* [*Fron Med (Lausanne)*, 2020] pekar mot att mastceller har en viktig roll i patogenesen vid rosacea genom ett samspel mellan och stimulering av det medfödda immunsystemet, neurogen inflammation, vasodilatation, angiogenes och fibrosbildning.

State of the art traditional treatments for acne and rosacea

Ruta Ganceviciene, universitetet i Vilnius, fortsatte därefter med en genomgång av traditionella behandlingar vid akne och rosacea. Vi fick höra om verkningsmekanismerna för välbekanta behandlingsalternativ så som ivermektin, metronidazol, azelainsyra och retinoider, där adapalen framhålls som ett alternativ vid papulopustulös rosacea, samtidigt som man vid denna behandling får beakta rosaceapatienters känsliga hud. Gällande systemiska behandlingar, rekommenderas som bekant antibiotika, eller isotretinoin i doser om 0.25mg-0.3mg/kg/dag under 12 till 16 veckors tid. Något



Sessionen avslutades med en föreläsning av Christos Zouboulis, Dessau Medical Centre, Tyskland.

som väckte intresse, var kombinationen av isotretinoin och antihistaminer, där *Pandey et al [Kathmandu Univ. Med J (KUMJ), 2019]* samt *H.E. Lee et al (J Eur Acad Dermatol Venereol, 2014)* påvisat att antihistaminer verkar synergistisk med isotretinoin. Antihistaminer verkar genom att hämma inflammatoriska mediatorer, minska klåda orsakad av *C. acnes*, minska sebumproduktion såväl som hormonell obalans och har dessutom en ångestlindrande effekt. Dessa positiva effekter gör därför antihistaminer i sedvanliga doser till en möjlig tilläggsterapi

till isotretinoinbehandling vid måttlig till svår akne.

Physical treatment modalities for acne and rosacea

Merete Hædersdal, Köpenhamns universitet, berättade vidare om andra behandlingsformer för akne och rosacea, där man för att uppnå behandlingsresultat kan utnyttja hela det elektromagnetiska spektrumet. Genom att nyttja spektrumet med synligt ljus, kan fotodynamisk terapi (PDT) användas för att behandla tillstånd i talgkörtlarna och pulsed

dye laser (PDL), liksom intense pulsed light (IPL), kan användas för att behandla telangiektasier. Radiovågor kan användas vid radiofrekvensbehandling med microneedling för att uppnå så kallad *skin remodeling*. Även CO₂-laser kan användas för det sistnämnda och slutligen kan selektiv fototermolys användas för att behandla talgkörtelproblematik. Slutsatsen av föreläsningen var en påminnelse om att inte glömma bort att integrera de energibaserade behandlingsmetoderna som del av behandlingsstrategin vid såväl akne som rosacea.

What is the future?

Sessionen avslutades med en föreläsning av Christos Zouboulis, Dessau Medical Centre, Tyskland, som berättade om framtida behandlingsalternativ för akne och rosacea. Vi fick under föreläsningen ta del av ett smörgåsbord av nya behandlingsalternativ. Bland annat lyftes studier som visat behandlingseffekt av topiskt minocyklin och retinoiderna tazaroten och trifarotene vid akne. Vidare kan även såväl en topikal androgenreceptorhämmare (clascoterone) som en topikal lipidinhibitor (olumacostat) också vara verksamma mot akne. En ny systemisk behandling i form av tetracyklinen sarecycline tros dessutom bli registrerad för behandling av akne på kroppen. Även för rosacea presenterades nya, mer eller mindre, experimentella behandlingsalternativ. Det finns alltså belägg för att flera nya, framför allt topikala, substanser kan komma att utgöra behandlingsalternativ vid såväl akne som rosacea, men trots imponerande forskningsframsteg, är implementeringen i den kliniska vardagen ännu ganska begränsad.

Det ena smörgåsbordet avslöstes av det andra, där konferensdeltagarna efter avslutande *Free Communications Sessions*, bjöds på "farewell sandwiches" – och så hade denna konferens kommit till sitt slut. Tack för denna gång – och på återseende år 2025 på nästa NCDV!



Marta Laskowski
ST-läkare
Hud- och könssjukvård
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sjuksköterskeföreläsningar på NCDV

Simulated daylight photodynamic therapy

Alexandra Sjöholm,

Sahlgrenska universitetssjukhuset, Sverige

Det finns olika metoder för fotodynamisk terapi (PDT) att använda vid behandling av aktiniska keratoser.

Den konventionella behandlingen med rött ljus är en av dessa metoder. Studier har visat att det kan vara en effektiv behandling mot aktinisk keratos men behandlingen kan vara smärtsam för patienten.

Dagsljus-PDT är en vidareutveckling som görs utomhus. Metoden är väder- och temperaturberoende samt kräver att patienten använder organisk solskyddskräm. Studier har visat att dagsljus-PDT kan vara ett alternativ vid behandling av aktiniska keratoser. Man kan förlänga säsongen genom att använda ett växthus som patienten sitter i.

Nästa vidareutveckling som gjorts är simulerad dagsljus-PDT. Det finns olika typer av lösningar på detta beskrivet i litteraturen. En metod som som togs upp i Köpenhamn är en variant där 8st 400w lampor är monterade i taket i ett rum. Systemet producerar ett ljusspektrum mellan 570 och 630nm. Ljuskällorna är placerade på ett långt avstånd från patienten som inte behöver använda solskyddskräm. Patienter kan även sitta bekvämt, lätt bakåtlutad i en fätölj under behandlingen. När man inte använder rummet till simulerad dagsljus-PDT kan det användas till andra ändamål.

Fördelarna med simulerad dagsljus-PDT är:

- Mindre smärta jämfört med konventionell PDT-behandling med lampa.
- Inget behov av skyddsglasögon.
- Ingen skadlig UV-strålning.
- Det går bra att behandla oberoende av årstid, väder och temperatur.
- Belysningen är konstant.
- Det är kontrollerat och inomhus.

På Hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, i Göteborg finns det sedan några år tillbaka ett rum där denna behandling utförs.

Alexandra har gjort en teknisk studie där hon har mätt belysningen av simulerad dagsljus, hur effekten från ljuskällorna är beroende av var i rummet patienten befinner sig samt vilken vinkel den behandlande kroppsdelen har i förhållande till lamporna/belysningen. De vinklar som undersöktes var 0 grader, d.v.s. horisontellt, tänk ovasidan

av huvudet, 45 grader och 90 grader, d.v.s. vertikalt, tänk utsidan på en arm som hänger rakt ner.

Det hon fann var att effekten från lamporna avtog endast marginellt mot ytterkanterna av rummet, medan den avtog markant när vinkeln på det område som skulle belysas ökade till 90 grader i förhållande till lamporna i taket. En lösning på detta är att justera positionen på den kroppsdel som ska belysas.

Young people's perspectives on what is needed to support their active involvement in the treatment and care of a long-term skin condition

Gitte Rasmussen, Danmark

Unga människor vill vara som alla andra, oavsett om man har en hudsjukdom eller inte.

Här presenteras en enkätundersökning gjord bland unga personer (15-24 år) med en kronisk hudsjukdom så som psoriasis, atopisk dermatit och kronisk urtikaria.

Enkätundersökningen innehöll 5 frågor som skulle belysa deras erfarenhet som patient:

1. Sjukvårdspersonalen frågade mig om min egen erfarenhet av min sjukdom/mitt tillstånd?
2. Sjukvårdspersonalen bjöd in mig att fråga om och prata om mina bekymmer?
3. Jag kunde prata med sjukvårdspersonalen om de frågor och bekymmer jag hade?
4. Jag var involverad när beslut skulle tas om vad som skulle ske?
5. Jag har haft ett passande antal samtal med min sjukvårdspersonal om hur jag bäst hanterar min sjukdom?

Det fanns även utrymme för att skriva i fritext. Där skrevs följande:

Patienterna kände sig mer involverade när sjukvårdspersonalen:

- Var snäll, vänlig och öppen och mötte en ung patient med energi.
- Lyssnade och talade på en nivå och med ett språk som var anpassat till den enskilda unga patienten.
- Tog den unga patienten seriöst och var öppna för frågor.
- Förklarade undersökningar och fick den unga patienten att känna sig delaktig.
- Hjälpte dem att prata om sådant som var eller hade varit svårt, och bjöd in till dialog om ämnen som t.ex. psykiskt mående.

Patienterna kände sig mindre involverade när sjukvårdspersonalen:

- Använde en hård röst.
- Fick den unga patienten att känna sig som "en i mängden" för att samtalet inte inkluderade frågor om det dagliga livet, sjukdomsförloppet eller livskvalitet.
- Förväntade sig att den unga patienten skulle känna till hur sjukvårdssystemet fungerar, ha läst allt material och tagit ställning till hur det påverkade den vidare planeringen av vården.

Patienternas önskemål:

- Hjälp och guida oss angående hur hälso- och sjukvården fungerar.
- Fokusera på det faktum att vi kan behöva hjälp från våra familjemedlemmar för att klara av hälso- och sjukvårdssystemet, behandlingen och vuxenlivet.
- Stötta oss i vårt hopp om framtiden.
- Se oss som människor i en särskild livsfas och definiera oss inte som en person med en kronisk sjukdom.
- Stötta oss att över tid inhämta mer kunskap om sjukdomen, hur man kan leva med den, hantera symtom, hantera det dagliga livet och förstå sig själv.

Design and development of teledermatology solutions for patients with psoriasis

Bettina Trettin, Danmark

Patienter med psoriasis som medicinerar med biologisk behandling har i vissa fall uppföljning var tredje månad. Ibland har patienten svårt att komma, kanske på grund av lång resväg, de kanske också är besvärslösa.

Önskemål fanns om en annan lösning.

Med målet att undersöka, identifiera och utveckla en patientcentrerad teledermatologisk metod för hälso- och sjukvård för patienter med psoriasis som får biologiska läkemedel genomfördes en studie.

Studien består av tre faser:

1. Identifiering av behov, både hos patienter och sjukvårdspersonal (via intervjuer framkom att patienterna önskade färre besök).
2. Design och utveckling.
3. Test och utvärdering.

De tog fram en app som:

- Är utformad för att underlätta ett mer patientcentrerat arbetssätt.

- Kan användas förberedande inför konsultationer med sjukvården.
- Har inbyggd videomöjlighet.

The Danish Wound-QoL questionnaire: Translation and psychometric properties

Jane Thinggaard Knudsen, Danmark

Svårsläkta sår resulterar ofta i långa och smärtsamma läkningsprocesser som påverkar livskvaliteten på olika sätt. Det saknades ett danskt instrument som kunde användas för att mäta påverkan på livskvaliteten hos patienter med svårsläkta sår. Det finns ett tyskt formulär som därför först översattes till danska och sedan utvärderades för att se om det fungerade under danska förhållanden.

Jane berättade om några av de kvalitativa fynden som de gjorde under den psykometriska mätningen och utvärderingen (om formuläret mätte det de ville mäta), som utfördes med hjälp av intervjuer och fokusgrupper.

I fokusgruppen deltog 4 patienter, 3 läkare och 5 sjuksköterskor från sjukhusavdelningar och 8 sårsköterskor från primärvården.

De intervjuade även 18 patienter individuellt.

Några tips efter att ha intervjuat patienterna:

- Lyssna på patienten.
- Läs på innan du träffar patienten så att du är förberedd.
- Kunskap är bra, patienten märker om man är kunnig som personal.
- Patienten kan historien bakom såret och känner sin kropp, lyssna på patienten.
- Ha fokus på patientens perspektiv.

Supporting the patient beyond the skin - At the National center of autoimmune diseases

Louise Faurskov Møller, Danmark

2019 startade ett pilotprojekt med holistisk patientsyn. Det öppnades ett nationellt center för patienter med autoimmuna sjukdomar så som psoriasis, hidradenitis suppurativa, psoriasisartrit, Bechterews sjukdom, Crohns sjukdom och ulcerös kolit. På centret finns flera olika professioner runt patienten, bland annat sjuksköterska, läkare, och kurator.

De har gjort en studie som undersöker hur patienterna upplever stödet som de får. I studien ingick patienter med minst två autoimmuna diagnoser. Frågorna som de besvarade handlade om livskvalitet och utgick från WHO:s mål angående livskvalitet.

Sjuksköterskorna träffade patienterna en och en och hade patientutbildning avseende; sjukdomarna, samsjuklighet, trötthet, smärta, nutrition och diet, balans mellan arbete och fritid samt att leva med en kronisk

sjukdom. Studien visade att många patienter upplevde ökad trygghet av att ha samma läkare och en sjuksköterska som kände dem, och samordnade olika kontakter. Patienterna fick fylla i en enkät som gav poäng, ju lägre poäng desto bättre mående. Vid baseline var medelpoängen 20 och vid utvärdering efter 6 månader var den 3.

How to understand vulnerability among minority groups - focus on cultural, sexual identity and chronic illness

Dorthe Nielsen, Danmark

"Vilken omvårdnad vi ger och hur patienten svarar på omvårdnad beror till stor del på kulturella faktorer."

Sårbarhet kan ses från två olika perspektiv.

Subjektiv sårbarhet – personens egen syn på sin sårbarhet, och utmaningar relaterade till den personliga integriteten och välbefinnandet.

Objektiv sårbarhet – består av externa risker, objektiv försämring och risker för fara.

Som ett exempel upplever sig äldre personer med nedsatt funktion som sårbara då de är beroende av andra.

Hur vi ser på människor påverkar vårt bemötande. Har du koll på dina fördomar?

Hur ser du på nya okända patienter?

– En demon? – En exotisk person?

– Ett barn? – Ett offer?

Om du t.ex. ser en patient som "en demon" och efter besöket pratar om patienten på det viset så smittar det av sig på dina kollegor och du har skapat en sanning.

För att få en kulturell kompetens börja med att ha en kulturell medvetenhet, kunskap, och öppenhet.

Reflektera över ditt förhållningssätt gentemot patienten. Är patienten:

1. Sympatisk och kunnig?
2. Sympatisk och okunnig?
3. Osympatisk och kunnig?
4. Osympatisk och okunnig?

Vilken patient vill du helst träffa? Hur mycket tid ger du de olika patienterna? Många ger "patient 1 och 2" ovan mer tid jämfört "patient 3 och 4". Vi får i mötet "patient 1 och 2" positiv feedback och känner oss kompetenta. "Patient 3 och 4" kanske inte får så mycket tid då de inte ger positiv feedback och är kritiska mot vår kompetens. Om man i stället vänder på det och ger mer tid till "patient 3 och 4" så kan det öka förståelsen och patienterna bli mer som "patient 1 och 2 ovan".

"You have to understand how it is NOT to be understood to understand."

Addressing sexuality in dermatologic nursing care

Astrid Blikstad, Norge

Kliniska studier visar att personer som lever med olika hudsjukdomar löper risk för negativ påverkan på sexuallivet.

Många hudsjukdomar påverkar sexuallivet antingen direkt, genom fysisk påverkan av t.ex. smärtsamma hudlesioner men också indirekt, psykosocialt med till exempel nedsatt självförtroende och kroppsuppfattning.

Patientfall: Astrid inledde med att berätta om ett patientfall. Hon hade en patient som fyllde i DLQI-formuläret och fick relativt höga poäng, men patienten hade svarat "nej" på frågorna som berör hur mycket huden påverkat relationen med partner, familj och nära vänner samt om den hade orsakat sexuella svårigheter eller problem. Astrid gick igenom formuläret tillsammans med patienten. Hon frågade då om de två frågorna med "nej"/0 poäng. Patienten berättade att huden inte påverkade umgänget med familj och vänner för hen hade tidigt bestämt sig för att gömma alla manifestationer i huden under kläderna. Hen hade också kommit fram till att en partner och sex inte var för hen. När de hade pratat om det en stund ändrade patienten själv svaren på formuläret till att det påverkade mycket. (Hen hade hidradenitis suppurativa, HS).

Ovanstående berättelse visar tydligt på vikten av att använda DLQI och att våga prata med patienten om sex/sexualitet. Men hur ser det då ut? Är alla sjuksköterskor bekväma med att prata om sex/sexualitet med patienten? Några hinder kan vara; tidsbrist, rädsla, tabu, brist på kunskap, att inte finna det relevant och att rutiner för det saknas. Det är viktigt med kunskap och träning i att prata om sex/sexualitet.

Tips: Som sjuksköterskor vill vi gärna lösa problem men det kanske inte går. Vi kan dock ändå lyssna och uppmärksamma eventuella besvär.

Om man har 15 minuter avsatt, säg; – jag har 15 minuter och vill gärna höra mer.

DLQI är användbart vid många hudsjukdomar.

"Sexuality is a basic human need."



Sara Rosengren,

Sjuksköterska, Hudkliniken i Karlstad

Frida Lamberg

Sjuksköterska, Hudkliniken i Skövde

Annons

Pristagare & Stipendiater VID SSDV:s ÅRSMÖTE 2022

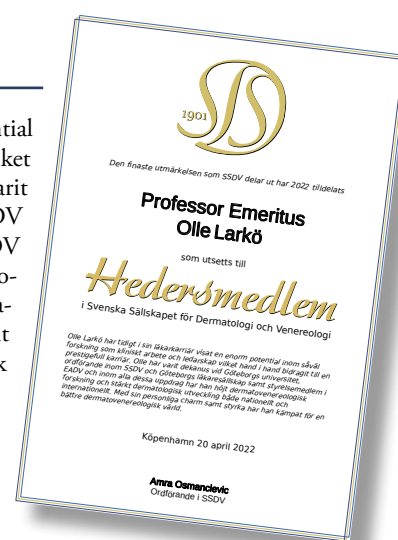


Den finaste utmärkelsen som SSDV delar ut, har 2022 tilldelats Olle Larkö, Göteborg.

Hedersmedlem Olle Larkö



Olle Larkö har tidigt i sin läkarkarriär visat en enorm potential inom såväl forskning som kliniskt arbete och ledarskap vilket hand i hand bidragit till en prestigefull karriär. Olle har varit dekanus vid Göteborgs universitet, ordförande inom SSDV och Göteborgs läkaresällskap samt styrelsemedlem i EADV och inom alla dessa uppdrag har han höjt dermatovenereologisk forskning och stärkt dermatologisk utveckling både nationellt och internationellt. Med sin personliga charm samt styrka har han kämpat för en bättre dermatovenereologisk värld.

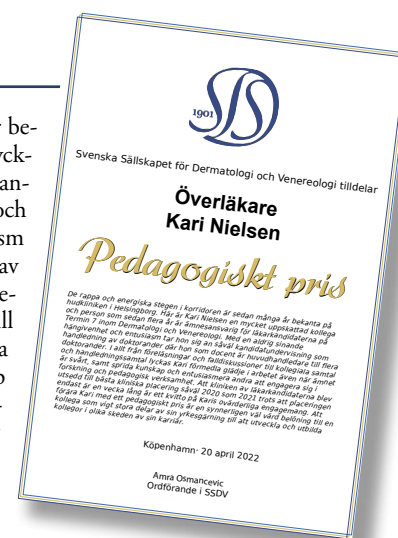


SSDV:s Pedagogiska pris har 2022 tilldelats Kari Nielsen, Helsingborg och Lund.

SSDV:s Pedagogiska pris 2022 Kari Nielsen



De rappa och energiska stegen i korridoren är sedan många år bekanta på hudkliniken i Helsingborg. Här är Kari Nielsen en mycket uppskattad kollega och person som sedan flera år är ämnesansvarig för läkarkandidaterna på Termin 7 inom Dermatologi och Venereologi. Med en aldrig sinande hängivenhet och entusiasm tar hon sig an såväl kandidatundervisning som handledning av doktorander där hon som docent är huvudhandledare till flera doktorander. I allt från föreläsningar och faldiskussioner till kollegiala samtal och handledningssamtal lyckas Kari förmedla glädje i arbetet även när ämnet är svårt, samt sprida kunskap och entusiasmera andra att engagera sig i forskning och pedagogisk verksamhet. Att kliniken av läkarkandidaterna blev utsedd till bästa kliniska placering såväl 2020 som 2021 trots att placeringen endast är en vecka lång är ett kvitto på Karis ovärderliga engagemang. Att förära Kari med ett pedagogiskt pris är en synnerligen väl värd belöning till en kollega som vikt stora delar av sin yrkesgörning till att utveckla och utbilda kollegor i olika skeden av sin karriär.



SPIRA-stipendiet – AbbVie Priset på 150 000 kronor fördelades i år mellan tre stipendiater



Anja Phalow Mose, Lund, för ett projekt om azelainsyras effekt på HS.



Gunnthorunn Sigurdardottir, Linköping, för sin forskning om patientdelaktighet vid behandling av psoriasis och atopisk dermatit inom specialistvården.



Josefin Lysell, Stockholm, för att översätta, validera och införa ett tonårsriktat skattningsformulär: Teen-QoL.

DCH-stipendiet



Ann-Louise Storlund, Karlstad, för att ha studerat dermatoser i mörk hud i Sydafrika.

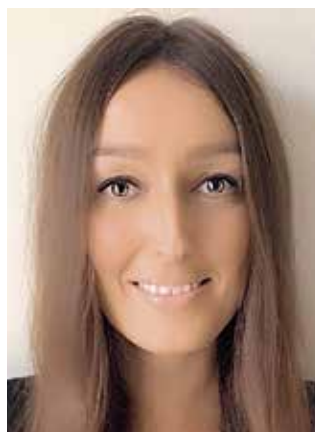


Eira Forsberg, Borås, för att delta i kirurgkurs i San Diego, USA.

ST-pris – Bästa kvalitetsarbete



Sanja Gavric, Halmstad: "Utvecklad arbetsfördelning på Hudmottagningen – ett kvalitetsarbete".



Tanja Gavric, Halmstad: "Dermatoskopi i primärvården".

ST-pris – Bästa vetenskapliga arbete



Maria Pissa, Jönköping
"CDKN2A genetic testing in melanoma-prone families in Sweden in the years 2015-2020: implications for novel national recommendations".



Marta Laskowski, Göteborg
"Cardiorespiratory fitness in late adolescence and long-term risk of psoriasis and psoriatic arthritis among Swedish men".



Annons

Annons

Dermatioskopi i primärvården

Dermatioskopi är en välbeprövad och utforskad undersökningsteknik och är idag en självklarhet för dermatovenereologer runt om i världen, precis som användande av stetoskop är för allmänläkare. Grundläggande dermatoskopikunskaper bör dock vara en självklarhet för samtliga läkare och tillsammans bör vi sträva efter denna kompetenshöjning inom yrket. Tidig diagnostik av hudcancer är av högsta vikt för att garantera bot. Därför finns ett starkt behov av att, i synnerhet, läkare verksamma inom primärvården har tillräckliga kunskaper inom dermatioskopi, eftersom en diagnostisk osäkerhet leder till stora vårdkostnader, belastningar på sjukvården och onödigt lidande för patienten.

Syftet med detta kvalitetsarbete var att kartlägga situationen kring utrustning och kunskaper inom dermatioskopi hos läkare verksamma inom primärvården i Halmstad. Detta för att identifiera de utmaningar som finns och tillsammans verka för att öka kunskapsnivån inom Region Halland. Inte minst med hänsyn till att studier talar för att incidensökningen av malignt melanom är dubbelt så hög i syd- och västregionen jämfört med Sveriges övriga regioner.

Jag initierade mitt kvalitetsarbete 2018, på Hudmottagningen, Hallands sjukhus Halmstad, genom att utforma en enkät. Frågorna var av bred karaktär, innehållande både objektiva som subjektiva frågor gällande exempelvis tillgång till dermatoskop,

dermatoskopikunskaper, genomgångna dermatoskopikurser, personliga intresset för dermatioskopi och utbildning/fortbildning inom området.

Enkäten skickades ut till samtliga vårdcentraler i Halmstad, såväl de offentliga klinikerna som de som drivs i privat regi med avtal med Region Halland.

Svarsfrekvensen var mycket hög, 85% av vårdcentralerna besvarade enkäten. Totalt svarade 59 läkare, varav 34 specialister och 25 underläkare.

Nedan och på andra sidan följer diagram med ett urval av svaren:

Resultaten sammanställdes, analyserades och låg senare till grund när diverse insatser gjordes med syftet att öka kunskapsnivån hos läkare verksamma inom Region Halland.

Kvalitetsarbetet har på sikt bland annat bidragit till att:

- samtliga vårdcentraler inom Region Halland har införskaffat dermatoskop
- dermatoskopiutbildningar erbjuds och anordnas regelbundet för läkare verksamma inom Region Halland (såväl AT-läkare som ST-läkare och specialister i allmänmedicin)
- läkare från andra kliniker tas emot på hudmottagningarna för auskultation och randning
- så gott som samtliga vårdcentraler inom

Region Halland har anslutit sig till bildprogram

- teledermatologi och teledermatioskopi har implementerats i Region Halland

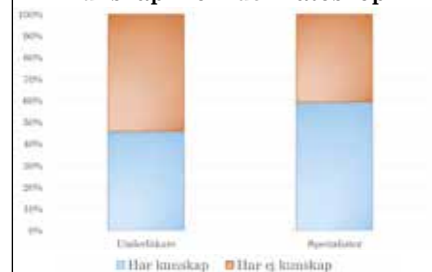


Tanja Gavric

ST-läkare

Tudorkliniken hudmottagning, Halmstad

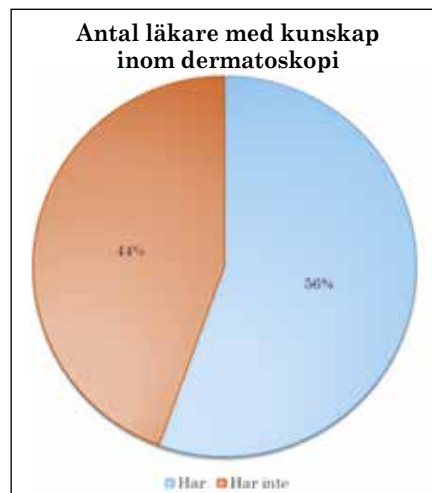
Kunskap inom dermatioskopi



Antal vårdcentraler som har dermatoskop



Antal läkare med kunskap inom dermatioskopi



Av de läkare som anser sig ha kunskap inom dermatioskopi, har följande andel gått dermatoskopiutbildning



Utvecklad arbetsfördelning – workshiftning

Utvecklad arbetsfördelning - workshifting är ett sätt att omfördela arbetsuppgifter som en intern kompetensförsörjning och förbättringsåtgärd, för att uppnå god vård till våra patienter och samtidigt säkerställa att befintlig kompetens och resurser används på bästa sätt.

"At work, I have the opportunity to do what I do best every dag"

Det senaste årtiondet hade kostnadsutvecklingen i Halland varit högre än i andra regioner. Kostnadsökningen, främst inom hälso- och sjukvården, var större än ökningen av skatteintäkterna och utmaningen låg i att nå målen för hälso- och sjukvården och samtidigt ha en ekonomi i balans. Potentialen att förbättra effektiviteten var dock stor, framför allt vad gäller organisation och arbetssätt som stödjer patientens väg genom vården. Regionstyrelsen gav regiondirektören i uppdrag att arbeta fram en åtgärdsplan för att komma till rätta med Region Hallands kostnadsutveckling. Arbetet inleddes med en nulägesanalys där förbättringsområden identifierades. Därefter hade ett tjugotal pilotverksamheter testat nya arbetssätt, som sedan breddades i hela Region Halland.

Efter att en längre tid ha kritiskt granskat den egna verksamheten startades under våren 2017 på Hudmottagningen, Hallands sjukhus Halmstad, projektet "Utvecklad arbetsfördelning". Allt i syfte att förbättra den egna verksamheten och se till att det blir mer tid och kvalitet för patienterna. Detta genom att rätt kompetens är på rätt plats, att alla perso-

nalkategorier arbetar på toppen av sin kompetens, att få till ett stärkt teamarbete, mer effektiva arbetssätt för bättre patientflöden, jobba för en mer stimulerande arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro.

Alla medarbetare på kliniken involverades, sekreterare, undersköterskor, sjuksköterskor, ST-läkare, specialistläkare och närmaste chef. Alla personalkategorier fick i egen grupp gå igenom allt de gör en vanlig arbetsdag, reflektera över om det verkligen är deras arbetsuppgift, behöver uppgiften överhuvudtaget fortsätta göras eller kan vi helt sluta med den, om inte kan den flyttas till annan personalkategori och i så fall vilken. I läkargruppen gick vi även steget vidare där vi under två veckors tid gjorde tidsstudiemätningar av flertalet gemensamt utvalda arbetsmoment som vi gjorde fastän de egentligen inte ingår i vår arbetsbeskrivning, detta för att bättre åskådliggöra att man genom workshifting kan frigöra läkartider. Implementeringen av de nya rutinerna och arbetssätten gick enkelt

och smidigt till i och med att förändringarna gjordes utifrån alla personalkategoriernas egna kunskaper, förslag och behov vilket ökade allas delaktighet i förbättringsarbetet.

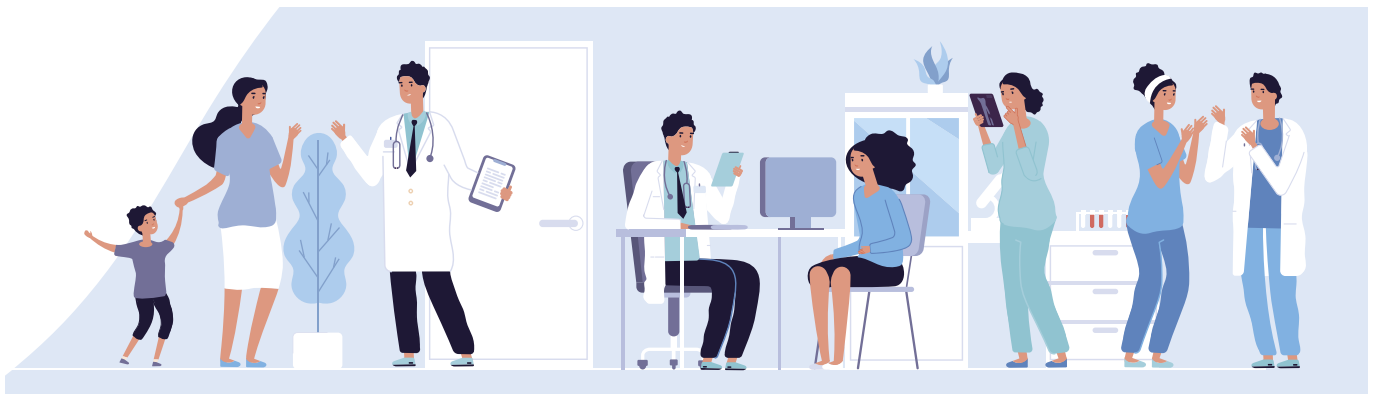
Vi kunde efter en tid dra slutsatserna att:

- Många arbetsuppgifter kunde göras av andra än läkare
- Omfördelningen av arbetsuppgifterna ökade inte någon personalkategoriens arbetsbelastning
- Mottagningarna effektiviserades
- Fler patienter erbjöds vård samtidigt som kvaliteten bibehölls



Sanja Gavric

Specialistläkare,
Tudorkliniken hudmottagning, Halmstad
Övergripande ST-studierektor
Hallands sjukhus Halmstad, FoU Halland



CDKN2A-genetisk testning i melanombenägna familjer i Sverige under åren 2015–2020

Hudcancer är den snabbast ökande cancerformen i Sverige där incidensen av hudmelanom ökar med drygt 5% årligen. I Sverige diagnostiseras årligen över 4000 fall av hudmelanom. Årtlighet för hudmelanom förekommer hos ca 5% av dessa. Följaktligen diagnostiseras uppskattningsvis cirka 200 nya hudmelanomfall varje år inom melanomfamiljer.

SweFaM-gruppen genomförde en utvärdering av CDKN2A-testningen i Sverige under åren 2015–2020, vilken inkluderade 403 familjer.

Specifikt undersöktes frekvensen av CDKN2A-mutation beroende av antal melanom, yngsta insjuknandeålder i familjen samt förekomst av bukspottkörtelcancer. Målsättningen var även att denna genomgång skulle vara en grund för att se över de nationella riktlinjerna för CDKN2A-testning. Nedan sammanställs de redovisade resultaten och argument för ändring i rutiner kring CDKN2A-testning.

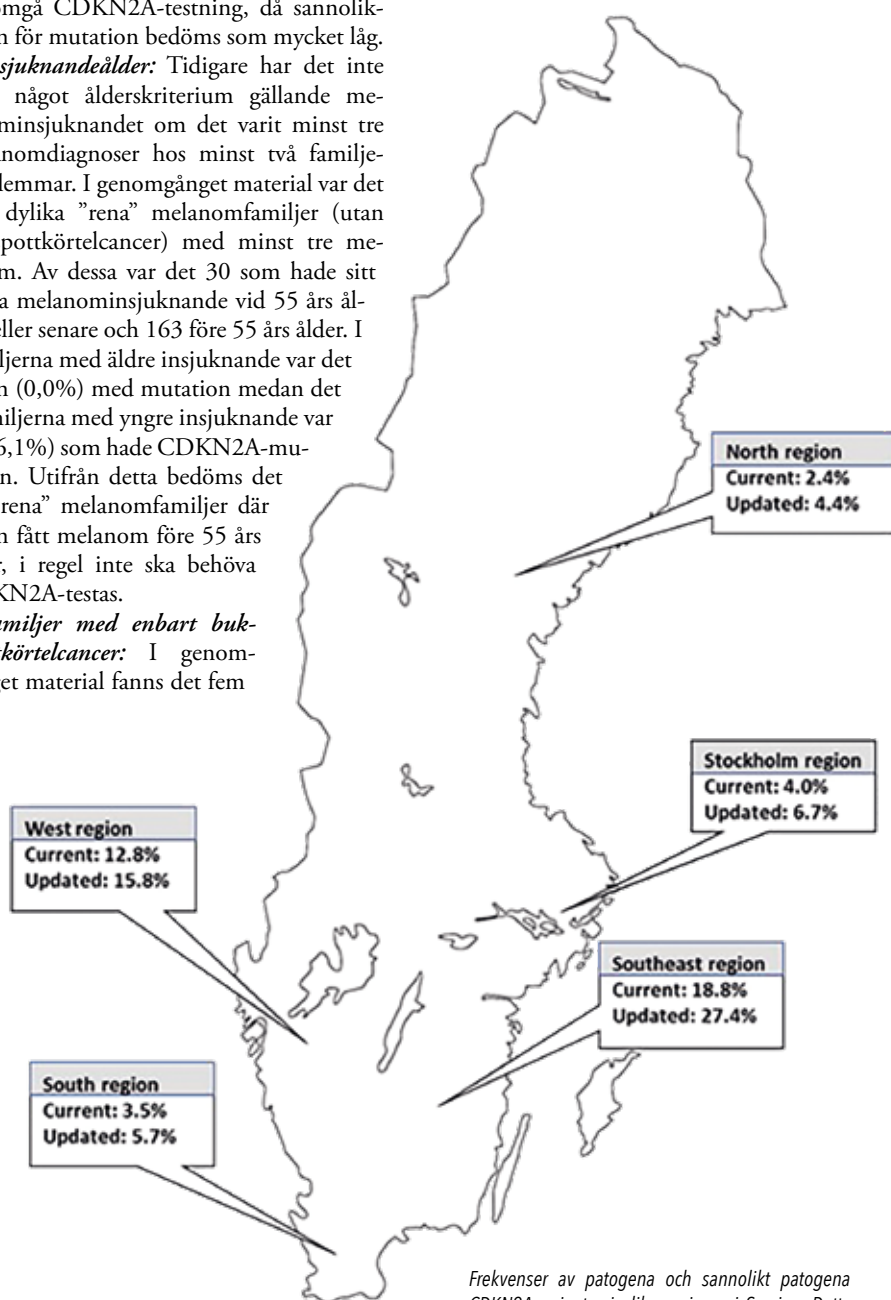
Familjer med två melanomdiagnoser: Sammanställningen visade att i familjer med enbart två diagnoser av melanom (det första diagnostiserat före 55 års ålder) hos förstegradsläktingar och ingen bukspottkörtelcancer ("rena" melanomfamiljer), var mutationsfrekvensen 1 av 113 (0,9%). Den enda dylika mutationsbärande familjen hade två exceptionellt unga fall (båda före 30 års ålder). Slutsatsen av denna genomgång var att "rena" melanomfamiljer med enbart två melanomdiagnoser, ej regelmässigt ska testas för CDKN2A, om det inte finns andra faktorer som mycket ungt insjuknande.

Sporadiska multipla primära melanom: Hos individer med multipla sporadiska (icke-familjära) primära melanom identifierades ingen med CDKN2A-mutation (0 av 30 testade). I en tidigare svensk studie som inkluderade 131 sporadiska multipla primära melanom förekom ett fall (0,8%) med en mutation, vilken inte var den vanliga svenska founder-mutationen. Individer med multipla sporadiska primära melanom (utan anamnes på melanom eller bukspottkörtel-

cancer i släkten) bedöms således inte behöva genomgå CDKN2A-testning, då sannolikheten för mutation bedöms som mycket låg.

Insjuknandeålder: Tidigare har det inte varit något ålderskriterium gällande melanominsjuknandet om det varit minst tre melanomdiagnoser hos minst två familjemedlemmar. I genomgången material var det 193 dylika "rena" melanomfamiljer (utan bukspottkörtelcancer) med minst tre melanom. Av dessa var det 30 som hade sitt första melanominsjuknande vid 55 års ålder eller senare och 163 före 55 års ålder. I familjerna med äldre insjuknande var det ingen (0,0%) med mutation medan det i familjerna med yngre insjuknande var tio (6,1%) som hade CDKN2A-mutation. Utifrån detta bedöms det att "rena" melanomfamiljer där ingen fått melanom före 55 års ålder, i regel inte ska behöva CDKN2A-testas.

Familjer med enbart bukspottkörtelcancer: I genomgången material fanns det fem



Frekvenser av patogena och sannolikt patogena CDKN2A-varianter i olika regioner i Sverige. Detta är baserat på CDKN2A individers genetiska testning 2015-2020, enligt kriterierna för testning från 2015.

familjer som hade CDKN2A-testats för att de hade minst tre fall av bukspottkörtelcancer men utan någon melanomdiagnos. Ingen av dessa hade CDKN2A-mutation. Slutsatsen är att familjer som har multipla fall av bukspottkörtelcancer (men ej melanom) ska ej primärt testas för enbart CDKN2A, utan istället utredas för familjär bukspottkörtelcancer.

Genomgången av CDKN2A-testningen under åren 2015–2020 har således visat att viss åtstramning avseende indikation för genetisk testning är berättigad. Riktlinjerna behöver dock beaktas i kombination med andra faktorer, som insjuknandeålder, andra cancerdiagnoser, familjens storlek, död i ung

ålder och tillgänglig information om de biologiska släktingarna. Även om rutinmässig CDKN2A-testning framöver inte skulle rekommenderas vid de flesta fall av sporadiska multipla primära melanom och heller inte i familjer med enbart två melanomdiagnoser eller där insjuknande skett senare i livet motiverar hög risk för hudcancer oförändrad rekommendation kring dermatologisk uppföljning.

Stort tack till studiens huvudhandledare Hildur Helgadóttir samt projektets medarbetare Teo Helkkula, Frida Appelqvist, Gustav Silander, Åke Borg, Jenny Pettersson, Jan Lapins, Kari Nielsen och Veronica Höiom.



Maria Pissa

ST-läkare,

Hudkliniken Ryhov, Region Jönköpings län

Cardiorespiratory fitness in late adolescence and long-term risk of psoriasis and psoriatic arthritis among Swedish men

Det har under de senaste åren blivit allt tydligare att det finns starka kopplingar mellan psoriasis, övervikt, metabola syndromet och hjärt-kärlsjukdom. Något som också leder till en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom är låga konditionsnivåer, vilket även ökar den generella mortalitetsrisken. Samtidigt finns det indikationer på att psoriasispatienter har lägre konditionsnivåer jämfört med en referensbefolkning.

Med detta som bakgrund, undersökte vi i en prospektiv registerstudie om risken för nyinsjuknande i psoriasis och psoriasisartrit påverkas av konditionsnivåer som uppmättes i samband med mönstring vid 18 års ålder.

Genom mönstringsdata från svenska värnpliktsregistret fick vi tillgång till uppgifter om konditionsnivåer, baserade på resultat av cykeltest, bland män som mönstrade mellan år 1968 och 2005. Konditionsnivåerna vid mönstring delades upp i 3 nivåer; låg, medel och hög. Data från mönstringsregistret samkördes, med hjälp av individernas personnummer, med data från Patientregistret, varifrån diagnoskoderna för psoriasis och psoriasisartrit erhöles. Samkörning gjordes också mot Dödsorsaksregistret för att erhålla information om dödsfall samt med LISA-registret (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier) för information om utbildningsnivå och emigra-

tion. Männen följdes i upp emot 46 år, som längst till den 31 december 2016, avseende nyinsjuknande i psoriasis och psoriasisartrit.

Under uppföljningstiden noterades 20,679 fall av nydebuterad psoriasis och 6,133 fall av nydebuterad psoriasisartrit bland 1,228,565 mönstrande män. Risken att insjukna i psoriasis, respektive psoriasisartrit, under uppföljningstiden var klart förhöjd bland de män som tillhörde den lägsta konditionskategorin. När vi jämförde risken att insjukna i psoriasis bland män i lägsta konditionskategorin med män i högsta konditionskategorin, var risken att drabbas 35% högre under uppföljningstiden bland de män som tillhörde den lägsta konditionskategorin. Motsvarande jämförelse för psoriasisartrit visade att män som tillhörde den lägsta konditionsgruppen hade en 44% ökad risk att drabbas av psoriasisartrit under uppföljningstiden.

Vi kunde i analysen korrigera för viktiga riskfaktorer för psoriasis och psoriasisartrit, däribland fetma. Data avseende rökning, som också är kopplat till psoriasis, saknades dock. Resultaten bedöms vara robusta baserat på den ansevärd storleken på den undersökta gruppen, att data erhöles från tillförlitliga register och att konditionsmätningarna skedde på ett standardiserat sätt. Med tanke på den epidemiologiska karaktären på studien, kan ett orsakssamband inte fastställas, men risken för

psoriasis och psoriasisartrit ökade utifrån konditionskategori enligt ett dos-respons-mönster, vilket talar för ett äkta samband.

Resultaten från denna studie pekar på att låga konditionsnivåer tidigt i livet är korrelerat till en ökad risk att drabbas av psoriasis och psoriasisartrit bland män. Studien belyser vikten av att utvärdera konditionsnivåer tidigt i livet för att identifiera individer som löper ökad risk för negativa hälsoutfall senare i livet – inte minst med tanke på att såväl psoriasis som låga konditionsnivåer är kopplat till hjärt-kärlsjukdom.

Jag vill rikta ett stort tack till SSDV för ST-priset i kategorin bästa vetenskapliga arbete och även tacka mina handledare och medförfattare!



Marta Laskowski

ST-läkare,

Hud- och könssjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Engagerade föreläsare förmedlade ny kunskap om STI

Körsbärsträden och vitsipporna blommar längs Svartån i parken bredvid Universitetssjukhuset i Örebro denna soliga måndag i slutet av april då vi anländer för att delta vid ST-kursen i STI. Framför oss har vi en fullmatad vecka med föreläsningar med dermatovenerologer, men också engagerade kollegor från angränsande områden/specialiteter som urologi, gynekologi, infektion, klinisk mikrobiologi och andrologi.

För första gången på två år genomförs kursen med nästan alla deltagare och föreläsare på plats i Örebro. Vi klickar igång kursen med en föreläsning om sexologi, lust och HBTQ-personer inom vården och börjar bekanta oss med venerologin som förstås inte bara rör de infektiösa diagnoserna utan också handlar så mycket om vem den enskilda patienten är och dennes livssituation. Första dagen avslutas sedan med en trevlig och god välkomstmiddag för oss ST-läkare, som äntligen får möjligheten att mötas och utbyta erfarenheter med varandra igen.

Sedan rullar veckan på. Sakligt tar vi oss igenom diagnostik och behandling av de olika STI:erna. Syfilisserologier traggas framlänges och baklänges. Lokala traditioner och tips utbyts och grupparbeten skapar en grund för ytterligare kollegiala diskussioner.

Bildvisning i form av en digital version av diabilsgenombgång med normalfynd och patologiska fynd vid genital undersökning samt grundkurs i mikroskopi av utstryk med fall och bilder är uppskattade inslag. Finalen med en film på den i Sverige relativt ovanliga trichomonasspirocheten får gå i repris.

En uppskattad föreläsning av läkare och barnmorska från Venhälsan belyser extra HBTQ-personers särskilda utmaningar som patienter och ger ett bra underlag för diskussion och ett kliniskt perspektiv på tidigare föreläsningar. Vi fick bl.a. lära oss om PrEP och hur det har minskat den årliga inciden- sen av HIV.

Kursen rymmer dock inte bara STI:er. Hela veckan präglas även av en medvetenhet om genitala smärttillstånd och differentialdiagnoser i form av dysplasier och genitala dermatoser. Veckan avslutas också med föreläsningar om vulvasjukdomar och vulvavest-



ibulit. Kvällen innan, på torsdagskvällen, bjöds vi in till en mycket trevlig kursmiddag på slottet. Vilken kväll! Finklädde kollegor i slottet på kunglig middag. Kvällen började med lite mingel och fortsatte med en mysig middag med levande ljus. Det var dock inte allt ... En grupp dragqueens överraskade oss med rolig och fartfylld underhållning. Kvällen avslutades med dans tills vi inte orkade mer.

Örebro levererade! Stort tack till alla engagerade föreläsare och särskilt kursansvariga Christian Steczko Nilsson USÖ och Sinja Kristiansen SUS för ett proffsigt genomförande. En ny kull ST-läkare lämnar nu kursen utrustade med nödvändiga verktyg för att

hjälpa patienterna på landets STI-mottagningar. Tack också till alla kursdeltagare för en mycket trevlig vecka. På återseende!

Anna-Lotta Stjernbrandt,

ST-läkare,
Hud- och STD-kliniken Västerbotten,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Maria Fragkou Dragka

Hudkliniken i Östergötland/Norrköping

Karin Rydberg

Hudkliniken i Östergötland/Norrköping



Karin Rydberg, Anna-Lotta Stjernbrandt och Maria Fragkou Dragka



Annons

Annons

Koldioxidlaseroperation av rhinophyma på Karolinska universitetssjukhuset

Hudmottagningen på Karolinska universitetssjukhuset har mångårig erfarenhet av att åtgärda rhinophyma, en komplikation av rosacea vilken i första hand ses hos äldre män.

Metoden vi använder är scannerassisterad koldioxidlaser som möjliggör att operatören i realtid formar om näsan till i stort sett normalt utseende. En fördel med koldioxidlaser är dess koagulerande effekt vilket är viktigt då näsan annars blöder ymnigt p.g.a. riklig kärlförsörjning. Efter behandlingen är näsan sårig och eftervården består i att tvätta näsan dagligen och smörja med vitt vaselin. Näsan läker förvånansvärt snabbt och oftast är den helt läkt på ca 3 veckor. En behandling räcker för den absoluta majoriteten av patienter och det utförs som dagkirurgiskt ingrepp. Viss ärrbildning kan uppstå, men brukar upplevas som acceptabel av patienterna då näsans utseende som helhet förbättras påtagligt. Rhinophyma är kraftigt stigmatiserande och associeras ofta felaktigt till alkoholberoende, många patienter upplever därför en påtagligt förbättrad livskvalitet efter rhinophymaoperation. Tyvärr känner många patienter och även kliniker inte till att rhinophyma kan åtgärdas relativt enkelt och inom offentlig sjukvårds regi. Några

absoluta kontraindikationer finns inte för ingreppet men faktorer som infektionskänslighet och blodförtunnande läkemedel bör tas i beaktande. På en del håll i landet saknas resurser för att åtgärda rhinophyma. Hudmottagningen på Karolinska universitetssjukhuset välkomnar patienter från hela landet.



Jakob Wikström

Specialistläkare i dermatovenereologi, docent, forskargrupsledare



Annons

Min vårdplan hudcancer – från papperslapp till mobilapp

Enligt den nationella cancerstrategin från 2009 ska alla patienter som får en cancerdiagnos erbjudas en skriftlig individuell vårdplan. Min vårdplan är ett dokument med kontaktuppgifter till vården, information om sjukdomen, utredning och behandling. Syftet med min vårdplan är att patienten och närstående ska känna sig trygga och delaktiga i vården. En kontaktsjuksköterska brukar dela ut och gå igenom den i samband med diagnosbesked och den uppdateras sedan vid behov.

I dermatologins värld används *Min vårdplan* framför allt vid malignt melanom. Alla hudkliniker har ett eget material, som en kontaktsjuksköterska ger till patienterna. Sedan 2020 har RCC påbörjat ett arbete med en nationell *Min vårdplan*. Syftet är att förbättra kvaliteten och öka jämlikheten i landet samt att avlasta vården, som då inte på egen hand behöver ta fram patientinformation. Materialet kommer att finnas tillgängligt på 1177.se. Kontaktsjuksköterskan kan se allt material och väljer ut vilka texter som patienten ska kunna ta del av. När patienten loggar in på 1177.se så ses enbart de delar som kontaktsjuksköterskan har delat. Om patienten inte vill eller kan ta del av informationen via 1177 (digitalt) så kan kontaktsjuksköterskan skriva ut de önskade texterna i pappersform.

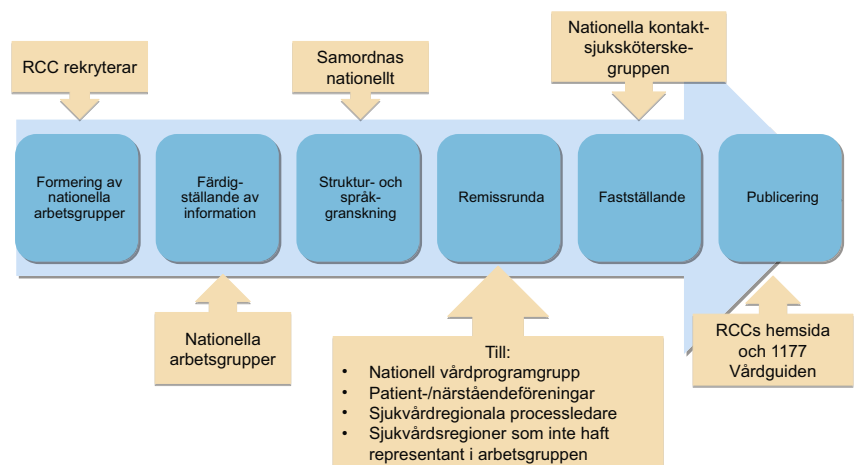
I maj 2021 startade arbetet med en nationell *Min vårdplan hudcancer* som inte enbart innehåller information om malignt melanom, utan även skivepitelcancer, basalcancercancer och Merkelcellscancer. Arbetsgruppen består av kontaktsjuksköterskor från olika hudkliniker och onkologkliniker, samt patientföreträdare och en handläggare från RCC. Vi har digitala möten ca var 3:e vecka och går igenom texter med patientinformation. Mellan träffarna arbetar vi med olika uppgifter som att formulera texter, söka information och liknande. Arbetsmaterialet är uppdelat i två delar, dels en generell del, där texterna är samma för alla de olika cancerdiagnoserna, t.ex. "Vad är min vårdplan?" och "Individuell patientöversikt, IPÖ", och dels en diagnosspecifik del, som inom vårt område utgörs av t.ex. "Utredning av hudtumör" och "Behandling av basalcancercancer, basaliom". Det är en lång process att ta fram

en nationell *Min vårdplan*. När arbetsgruppen är klar med texterna ska de språkgranskas och sedan ut på remissrunda. Preliminärt kommer materialet att komma ut på remiss hösten 2022 och förhoppningsvis är den nationella *Min vårdplan hudcancer* klar för drift i början av 2023 (figur 1).

Nationell *Min vårdplan* för kontaktsjuksköterskan

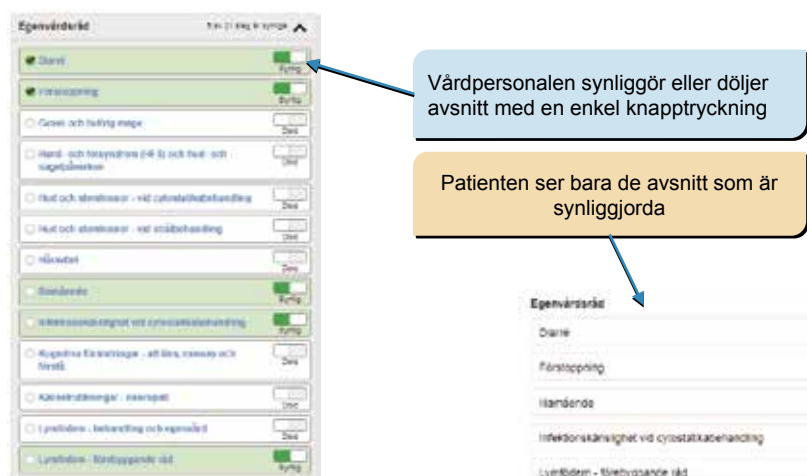
Kontaktsjuksköterskan loggar in på 1177.se och aktiverar *Min vårdplan* tillsammans med patienten. Man aktiverar de texter som är aktuella för patienten. Därefter kan andra texter aktiveras vartefter behovet ändras med

Arbetsgången

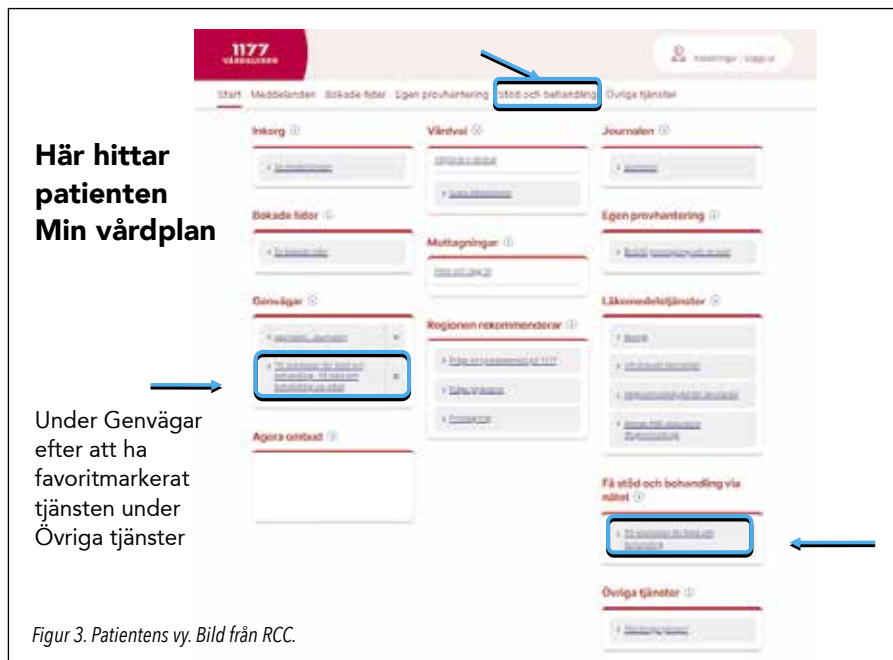


Figur 1. Arbetsgången vid framtagande av nationell "Min vårdplan". Bild från RCC.

Avsnitt kan döljas och visas



Figur 2. Kontaktsjuksköterskans vy. Bild från RCC.



tanke på utredning och behandling. Alla kontaktsjuksköterskor på samma enhet kan se vilka texter som är aktiverade för patienten. Om patienten byter klinik så kan Min vårdplan flyttas över till nästa klinik, men den kan bara vara aktiv på en klinik i taget (figur 2).

Nationell Min vårdplan för patienten

Patienten loggar in på 1177, "stöd och behandling" och kan där läsa de aktiverade

delarna (figur 3). Man kan använda dator, surfplatta eller telefon. Patienten kan också spara eller skriva ut önskade delar som pdf. Det finns en meddelandefunktion där både patient och kontaktsjuksköterska kan skicka meddelanden till varandra. Vidare finns en flik som heter "Tidslinje" där patienten kan se vad som har hänt i Min vårdplan i kronologisk ordning, både patient och kontaktsjuksköterska kan lägga in aktiviteter i tidslinjen. Om det är aktuellt att fylla i ett

formulär, t.ex. en hälsoskattning, så kan det också göras digitalt.

Min vårdplan på 1177 måste avslutas och gallras inom två år. Det beror på att "Stöd och behandling" på 1177 inte får lagra personuppgifter längre än två år. Både patienten och kontaktsjuksköterska aviseras i god tid. Patienten uppmanas att spara ned önskad information. Vid behov får patienten en ny Min vårdplan.

Arbetsgruppen för nationell Min Vårdplan hud består av: kontaktsjuksköterskorna Lena Berg, onkologkliniken Lund; Anna Böe, hudkliniken Uddevalla; Frida Idenfors, hudkliniken Norrlands universitetssjukhus Umeå; Sara Rosengren, hudkliniken Karlstad och Maria Walton, onkologkliniken Jönköping. Patientrepresentanter är Agneta Lång och Hanna Suomalainen. Handläggare är Veronica Berglund från RCC.



Sara Rosengren

Kontaktsjuksköterska
Hudkliniken i Karlstad

Information om en ny app: DLQI

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

Efter en enkel inmatning får användaren direkt en DLQI-poäng samt en förklaring till vad denna poäng står för.

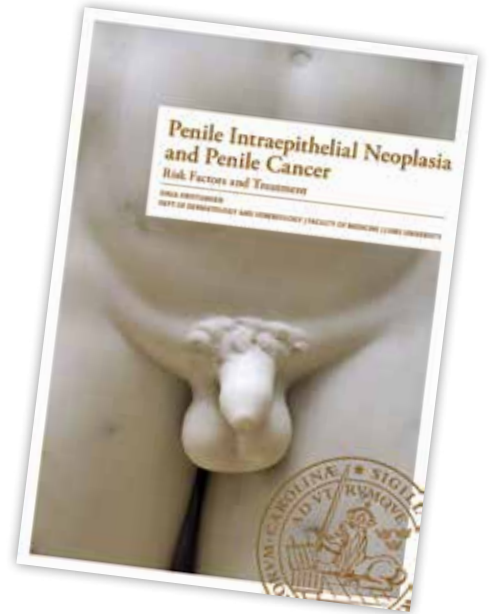
De tio senaste inmatningarna sparas och visas.

Appen finns idag endast tillgänglig på engelska.

Data förblir konfidentiell på respektive mobiltelefon och är inte tillgänglig för någon annan.

DLQI

Penil intraepitelial neoplasia och peniscancer – riskfaktorer och behandling



Sinja Kristiansen är specialistläkare vid Hudmottagningen, Skånes universitetssjukhus i Malmö och försvarade sin avhandling vid Lunds universitet fredagen den 1 april 2022. Opponent var professor John Paoli, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

Huvudhandledare för doktorandprojektet sedan halvtidskontrollen oktober 2019, var Ola Forslund, mikrobiolog och docent vid Labmedicin, Lunds universitet. Biträdande handledare var Åke Svensson, överläkare och docent vid Hudmottagningen, Skånes universitetssjukhus, Malmö. Åke var fram till halvtidskontrollen huvudhandledare. Biträdande handledare var också Christian Torbrand, specialistläkare inom urologi vid Helsingborgs lasarett och docent vid Lunds universitet samt Carina Bjartling, överläkare och docent inom gynekologi och obstetrik vid Skånes universitetssjukhus i Malmö samt forskningsansvarig vid STI-enheten Centrum för sexuell hälsa.

Sammanfattning av avhandlingen:

Peniscancer och dess förstadie, penil intraepitelial neoplasia (PeIN) är ovanliga maligna sjukdomar med en incidens på 2.1/100 000 män och år i Sverige. Data gällande riskfaktorer, incidens och behandling av PeIN

Fakultetsopponent:

Professor John Paoli, Göteborg

Ordförande vid disputationen:

Docent Kari Nielsen

Ledamöter i betygsnämnden:

Docent Kari Nielsen, Lund (dermatologi)

Professor Magnus Lindh, Göteborg (klinisk virologi)

Professor emeritus Bengt Uvelius, Lund (urologi)

Suppleanter:

Docent Niels Bendsö, Lund (dermatologi)

Docent Henryk Domanski, Lund (klinisk patologi)

är bristfälliga. Prevalensen av humant papillomvirus (HPV) vid peniscancer varierar mellan 24-89% i tidigare studier.

Syftet med avhandlingen var att undersöka incidens över tid, riskfaktorer och behandling av PeIN, att analysera prevalensen av HPV och hudsjukdomar i circumciderad förhud, att utreda prevalensen av HPV hos patienter med peniscancer jämfört med åldersmatchade penila kontroller och i HPV 16-positiva tumörer analysera den virala aktiviteten i tumören jämfört med 10 mm ifrån tumören.

Riskfaktorer för PeIN studerades i en fall-kontroll studie av 580 PeIN fall och 3 436 matchade kontroller. Ökade oddskvoter förelåg för lichen sclerosus (LS), lichen planus (LP), kondylom, balanopostit, behandling med immunsupprimerande medicin, tidigare genomgången peniskirurgi samt att vara organtransplanterad.

En jämförelse mellan given behandling för PeIN de senaste 5 åren jämfört med de första 5 åren visade att kirurgi blev vanligare som behandling jämfört med laserbehandling och att topiskt imiquimod och topiskt 5-FU blev en vanligare behandling jämfört med lokaldestruerande metoder som fotodynamisk terapi, kryobehandling och diatermi.

Analys av symtomatisk förhud (n=351) visade att HPV förekom hos 17,1% av fallen. Högrisk-HPV upptäcktes hos 9,1%, men endast 2,3% utgjordes av HPV 16. Histopatologiskt sågs LS, LP och lichenoid dermatit hos 73,5% och PeIN hos 2%, den senare utan att klinisk misstanke fanns, vilket visar på vikten av att skicka circumciderad förhud för histopatologisk bedömning.



Från vänster: Carina Bjartling, Åke Svensson, Bengt Uvelius, John Paoli, Sinja Kristiansen, Peter Lindh, Kari Nielsen, Ola Forslund och Henryk Domanski.

I färsk peniscancervävnad (n=135) återfanns HPV hos 38,5% och HPV 16 hos 27,4%. En jämförelse mellan åldersmatchade fall och kontroller (n=105) visade högrisk-HPV hos 34,3% (48/135) av fallen respektive 4,8% (5/105) hos kontrollerna ($p<0.001$). Viral aktivitet (HPV 16 mRNA) hos de HPV16-positiva fallen var vanligare i peniscancertumören (86,5%) jämfört med 10 mm utanför tumören (21,7%) ($p<0.001$).

Sammanfattningsvis ger resultaten en ökad kunskap kring riskfaktorer för PeIN. Data över en 20-årsperiod visar på en ökande incidens av PeIN och att behandlingsstrategierna har förändrats till förmån för kirurgi och topikal krämbehandling. Högrisk-HPV var mycket vanligare hos peniscancerpatienter jämfört med åldersmatchade kontroller. Aktivt HPV 16 i peniscancer pekar på HPV som en av orsakerna till cancerutveckling. För att förebygga PeIN och i det längre perspektivet peniscancer, uppmana till HPV-vaccinering oavsett kön och behandla inflammatoriska hudsjukdomar som LS. Vid kvarstående symtom eller misstänkt status på penis biopsa med frågeställning



PeIN. Vid PAD-verifierad PeIN rekommenderas anmälan till multidisciplinär konferens (MDK för peniscancer) som hålls varje måndag året om. Alla är välkomna att delta via länk och föredra sitt fall. För information kring anmälan till MDK se SSDV:s hemsida under fliken SSDV:s rekommendationer och nationella vårdprogram och sedan antingen venerologi eller dermatologisk kirurgi och onkologi.

Referens:

Kristiansen, S. (2022). Penile Intraepithelial Neoplasia and Penile Cancer – risk factors and treatment. Diss. 2022:45. Lund:Lund University, Faculty of Medicine.

Länk till avhandlingen:

https://lucris.lub.lu.se/ws/portalfiles/portal/115079299/Avhandling_Sinja_Kristiansen_web.pdf

mediahuset
i Göteborg AB



Post EADV

Arrangerat av Mediahuset i Göteborg AB



Stockholm

Datum & tid: 4 oktober, kl 17.30-21.00

Föreläsare: Arne Wikström & Tore Särnhult

Plats: Elite Palace

Kostnadsfritt

Skanna QR-koden för att komma till anmälan eller använd länken nedan



mediahuset.link/Post-EADV-sthlm

Göteborg

Datum & tid: 12 oktober, kl 17.30-21.00

Föreläsare: Sam Polesie, Tore Särnhult,

Oscar Zaar & Arne Wikström

Plats: Elite Park Aveny

Kostnadsfritt

Skanna QR-koden för att komma till anmälan eller använd länken nedan



mediahuset.link/Post-EADV-gbg

Annons

Annons

SSDV:s rekommendationer för handläggning av sexuellt överförbara infektioner uppdaterade, version 6

I kommande nummer av D&V får ni ta del av de uppdaterade riktlinjerna del för del.

Genital klamydia-infektion inklusive Lymfogranuloma venereum (LGV)

Bakgrund

Klamydiafamiljen består av elva bakteriearter varav tre kan ge sjukdom hos människa. En av dessa arter är *Chlamydia trachomatis* som kan indelas i olika genotyper beroende på variationer i outer membrane protein A (ompA). En grupp av dessa (genotyp A-C) är orsaken till ögonsjukdomen trakom. En annan grupp (genotyp Ba och D-K) orsakar sexuellt överförda infektioner (STI) som allmänt kallas "klamydia" och en sista grupp (L1-L3) är orsaken till den sexuellt överförda, men ovanliga sjukdomen, lymfogranuloma venereum (LGV) som berörs i slutet av detta dokument. Genotyp A-K angriper epitelceller och framför allt enradigt epitel medan den invasiva LGV angriper lymfomatoida celler.

Klamydia är den vanligaste sexuellt överförda bakterieinfektionen i världen. Incidensen är i Sverige drygt 30 000 anmälda fall per år. Sedan klamydia införlivades i smittskyddslagen 1988 är smittspårning en hörnsten i bekämpningen av klamydiainfektioner och håller hög internationell kvalitet. Det kan noteras att av de rapporterade fallen är 56–57% kvinnor och 43–44% män. Trots omfattande testmöjligheter och fungerande smittspårning har inte klamydiaincidensen i Sverige minskat påtagligt, vilket kan bero på att risktagandet (många oskyddade sexuella kontakter) är stort. Samhällskostnaden för provtagning och testning är stor och inter-

nationella studier av screening visar att dess effekt på klamydiaprevalens och förekomst av följdkomplikationer är begränsad och alltmär ifrågasatt. I Sverige har vi opportunistisk screening, det vill säga frikostig provtagning, vilket inte ska förväxlas med regelrätt screening där individer kallas för provtagning.

Några säkra data finns inte för smittorisken vid ett enstaka vaginalt/analt samlag men de flesta studier anger en smittorisk mellan 10 och 40%. Spontan utläkning av infektionen är vanlig, där hälften till omkring tre fjärdedelar kan självläka inom ett år. Detta är också anledningen till att smittspårning längre bak i tiden än ett år från indexpatient sällan är meningsfull. En långvarig kvarstående infektion ökar sannolikt risken för tysta salpingiter och efterföljande infertilitet vilket också kan förklara skillnader i risk för tubarfaktorinfertilitet i studier från 1980-talet respektive 00-talet eftersom mer omfattande provtagning med känslig detektion etablerades först på 1990-talet. Infertilitet orsakad av klamydia hos män förekommer sannolikt, men är troligen ovanlig.

Klinik

Minst hälften av smittade män och kvinnor upplever inga besvär alls. Uretritbesvär hos män yttrar sig som en oftast genomskinlig flytning från urinröret och en måttlig ibland periodiskt återkommande sveda vid miktions. Symtomen klingar ofta av trots kvarstående infektion. Män kan få epididymit som yttrar sig som ensidig bitestikelsvullnad med lokal ömhet. Hos kvinnor är de vanligaste symtomen förändrad flytning (som regel orsakad av den i nästan hälften av klamydiafallen samtidiga bakteriella vaginosen), mellan- eller samlagsblödningar och miktionsveda. Vid endometrit och salpingit/pelvic inflamma-

tory disease (PID) finns nedre buksmärtor som dock kan vara mycket måttliga.

Konjunktivit på grund av överföring till ögon från genitalia börjar oftast ensidigt. Påvisad klamydia i svalg förekommer, men dess relevans är oklar. Klamydiainfektion i ändtarm är vanligt förekommande framför allt hos kvinnor och hos män som har sex med män (MSM). Den är oftast asymtomatisk, men kan ge proktsymtom. Det finns indikationer på att klamydia rektalt inte behöver föregås av analsex. Studier utförda på kvinnor från STD/STI-mottagningar visade att 5–19% av kvinnor med klamydia, som uppgav att de inte hade haft analsex, hade klamydia enbart rektalt. Autoinokulation är en tänkbar orsak, men förklarar inte alla fall. Hypotetiskt med stöd från djurstudier har framförts att klamydia i svalg kan förflyttas gastrointestinallyt till tjocktarm och ändtarm. Forskningsstudier pågår för att bland annat utvärdera kontamination med klamydia-DNA i samband med provtagning som en hypotetisk delförklaring till tidigare forskningsresultat. Reaktiv artrit förekommer i sällsynta fall och klamydia kan vara en utlösande faktor för kroniska besvär hos genetiskt predisponerade individer (oftast HLA B27-positiva). En hos kvinnor mycket ovanlig och klinisk förvillande bild är när infektionen sprider sig till bukhålan via äggledare och ger perisplenit och perihepatit (Fitz-Hugh-Curtis syndrom). Klamydia kan vid vaginal förlossning smitta barnet och förorsaka konjunktivit och lunginflammation. Det finns seroepidemiologiska studier som påvisat samband mellan ovarialcancer och tidigare klamydiainfektion.

Diagnostik

Indikation för testning

Frikostig testning bör ske av alla som haft

oskyddade samlag med ny partner det senaste året och av dem med symtom beskrivna ovan. På STD/STI-mottagningar, bland abortsökande, förstagångsgravida och gravida med ny partner under det senaste året erbjuds alla provtagning. På ungdomsmottagningar erbjuds provtagning frikostigt. Alla som önskar provtagning bör få detta och samtliga sjukvårdsregioner erbjuder idag gratis testning för klamydia med ett provtagningskit som skickas till medborgaren och sedan analyseras vid ett sjukhuslaboratorium (1177.se eller klamydia.se). Nationell utvärdering av internetbaserad diagnostik visar att den nu utgör över 30 procent av alla klamydiaprover, att den når män som annars inte skulle provas och att kvinnor är de som mest använder denna tjänst. Även privata aktörer erbjuder liknande tjänster, men då oftast mot betalning.

Provtagning

Män

Urinprov tas från första portionen på max 10 ml med blåsinkubationstid på helst en timma. Klamydia i svalget borde rimligen vara vanligt men klinisk erfarenhet och studier har visat att få positiva nukleinsyraamplifieringstest (NAAT) hittas. Hos MSM är det dock ändå rimligt att ta detta prov, inte minst för att i nutida testsystem används kombinerade klamydia- och gonorrétest, och en asymtomatisk svalggonorré därmed kan upptäckas (provtagningspinnen förs mot bakre svalgväggen och tonsillor helst upprepat). Om receptivt analsex förekommit bör även rektalt prov tas. Hos en asymtomatisk person kan provet tas av patienten själv från anus eftersom sensitiviteten för klamydiatestet är hög. Vid rektala symtom eller vid annan klinisk indikation bör proktoskopi göras för bedömning och då tas provet via proktoskopet.

Kvinnor

Cervixprov (endocervix) gärna med prov även från slidvägg. Slidprov (taget av patienten själv) har likvärdig säkerhet (sensitivitet) (>95 %) och bör göras vid screening. Urinprov har lägre sensitivitet och kombinationen slidprov och urinprov är inte känsligare än enbart slidprov. Kvinnor med symtom bör alltid undersökas gynekologiskt och prov tas för mikroskopi. Hos kvinnor där enbart oskyddad fellatio förekommit kan svalgprov övervägas och då precis som hos MSM kan även asymtomatisk gonorréinfektion upptäckas. Studier har visat att det skulle kunna vara försvarbart att vara frikostig med provtagning rektalt även där inte oskyddat analsex

förekommit, men ytterligare evidens behövs för att motivera opportunistisk screening.

Inkubationstiden varierar beroende på smittdos men nästan alla infekterade har ett positivt test en vecka efter smittotillfället. Som kliniskt verksamt bör man ha god kännedom om vilken specifik analysteknik som används på laboratoriet. Under 1990-talet ersattes odlingsteknik med NAAT, som polymerase chain reaction (PCR) och andra tekniker. Testsystemen är idag automatiserade till hög grad, har hög känslighet och nära 100% specificitet. För att minska risken för falskt negativt resultat på grund av muterade stammar används två genetiska målfragment i många detektionssystem. Det finns ändå en obetydlig risk för kontamination vid provtagning eller på laboratorium vilket kan ge ett falskt positivt svar.

Behandling

Indikation för behandling

Antibiotikaresistensutveckling av klamydia förekommer i praktiken inte. Aktuella sexualpartner där flera oskyddade sexuella kontakter skett med klamydiainficerad person bör alltid behandlas efter provtagning utan inväntande av provsvar. Ett negativt provsvar utesluter inte heller helt klamydiainfektion. Övriga partner behandlas beroende på klinisk bild och provresultat.

Vid okomplicerad infektion

Tablett doxycyklin 100 mg 2 gånger dagligen i en vecka är den internationellt rekommenderade behandlingen och den bör användas även i Sverige. Effekten är sannolikt bättre vid rektal klamydia och även vid möjlig dubbelinfektion med annan bakterie som *Mycoplasma genitalium* eller *Ureaplasma urealyticum*. Den tidigare i Sverige använda behandlingen med doxycyklin 200 mg x 1 första dagen och därefter 100 mg x 1 dagligen i ytterligare 8 dagar är effektiv vid genital klamydia, men det saknas evidens för effekt vid rektal klamydia med denna dosering.

Vid stark UV-exposition kan lymecyklin 300 mg x 2 i 10 dagar ges. Lymecyklin har mindre risk för ljuskänslighet än doxycyklin, men det är oklart hur stor risken för ljuskänslighet är för doxycyklin i praktiken. Azitromycin i dos 500 mg första dagen och 250 mg i ytterligare 4 dagar har sämre effekt än tetracyclinpreparat vid rektal klamydia. Azitromycin (i synnerhet givet som 1 g i engångsdos) ska undvikas på grund av risk för makrolidresistensutveckling mot den vanligt förekommande infektionen med *M. genitalium*. Interaktion med andra läkemedel som vissa SSRI preparat (risk för förlängd QTc-

tid på EKG) bör då också beaktas.

Vid konjunktivit

Nyfödda

Erytromycin 50 mg/kg/dag ges peroralt 1 x 4 i 14 dagar.

Vuxna

Doxycyklin 100 mg x 2 ges i en vecka. Där inte *M. genitalium* kan uteslutas kan förlängd kur med azitromycin 500 mg första dagen och 250 mg följande 4 dagar övervägas.

Vid graviditet

Doxycyklin ges enligt ovan t.o.m. graviditetsvecka 14. Efter graviditetsvecka 13 ges azitromycin 1,5 g över 5 dagar enligt ovan eftersom tillräcklig evidens saknas för att doxycyklinbehandling är säker i sen graviditet. Alternativt kan amoxicillin 500 mg tre gånger dagligen i en vecka ges. Evidens för effektiviteten med denna regim är inte lika stark som för alternativen. Vid graviditet bör alltid behandlingskontroll göras.

Vid amning

Klamydia hos ammande kvinnor är ovanligt och alla dessa fall bör diskuteras med läkare. Doxycyklin tillhör grupp IVB (enligt FASS), men vid korttidsbehandling, som doxycyklin 100 mg x 2 under en vecka är, bedöms risken för skada av barnet som mycket liten.

Vid komplicerad infektion

Salpingit/Pelvic inflammatory disease

Polikliniska fall

Doxycyklin 100 mg x 2 ges i två veckor. Samtidig behandling med metronidazol 500 mg x 2 i 10 dagar bör övervägas. Vid misstanke om gonorré ges också ceftriaxon 1 g med lidokain i engångsdos intramuskulärt. Man bör beakta möjligheten av annan samtidig bakteriell infektion som infektion med *M. genitalium* och då är azitromycin förstahandsval som tilläggsbehandling (efter att prov har tagits för *M. genitalium*). Dessa fall bör handläggas av eller i samråd med gynekolog.

Epididymit

Doxycyklin 100 mg x 2 ges i två veckor. Vid misstanke om gonorré ges även ceftriaxon 1 g med lidokain i engångsdos intramuskulärt. Man bör också beakta möjligheten av en samtidig infektion med *M. genitalium* där azitromycin som regel är förstahandsval som tilläggsbehandling. Dessa fall bör handläggas av eller i samråd med infektionsläkare eller urolog.

Aktuella partner utan symtom där flera sexuella kontakter förekommit med klamydiain-

fekterad person (index) behandlas, efter provtagning, enligt okomplicerad infektion ovan.

Även om behandling vid klamydia är effektiv finns forskning för att ta fram vaccin, men det tar sannolikt lång tid innan ett fullgott vaccin finns på marknaden och om detta då blir en kostnadseffektiv strategi.

Uppföljning

Både beprövad erfarenhet och studier visar att följsamheten till behandling och smittskyddsföreskrifter är stor i Sverige. Därför avråds från "test of cure" (uppföljningsprov) med undantag för gravida kvinnor.

Det är viktigt att betona för den smittade att man kan vara smittsam i mer än en vecka efter påbörjad antibiotikakur och att man enligt smittskyddslagen inte får utsätta någon för smittrisk. Därför bör den smittade inte ha sexuellt umgänge överhuvudtaget, ens med kondom, under 10 dagar efter påbörjad antibiotikabehandling. Detta gäller förstås både patient och aktuell partner. Se

nedan. Dessa förhållningsregler bör även ges skriftligt (SmL 2004:168 och HSLF-FS 2015:4).

Komplicerade infektioner inklusive LGV (se nedan) bör följas upp med förnyad undersökning och provtagning cirka 5 veckor efter insatt behandling.

Vid sexuell övergreppsmisstanke bör förnyad provtagning göras efter 2-3 veckor om initialt provresultat är negativt och om inte antibiotikabehandling getts (se ovan).

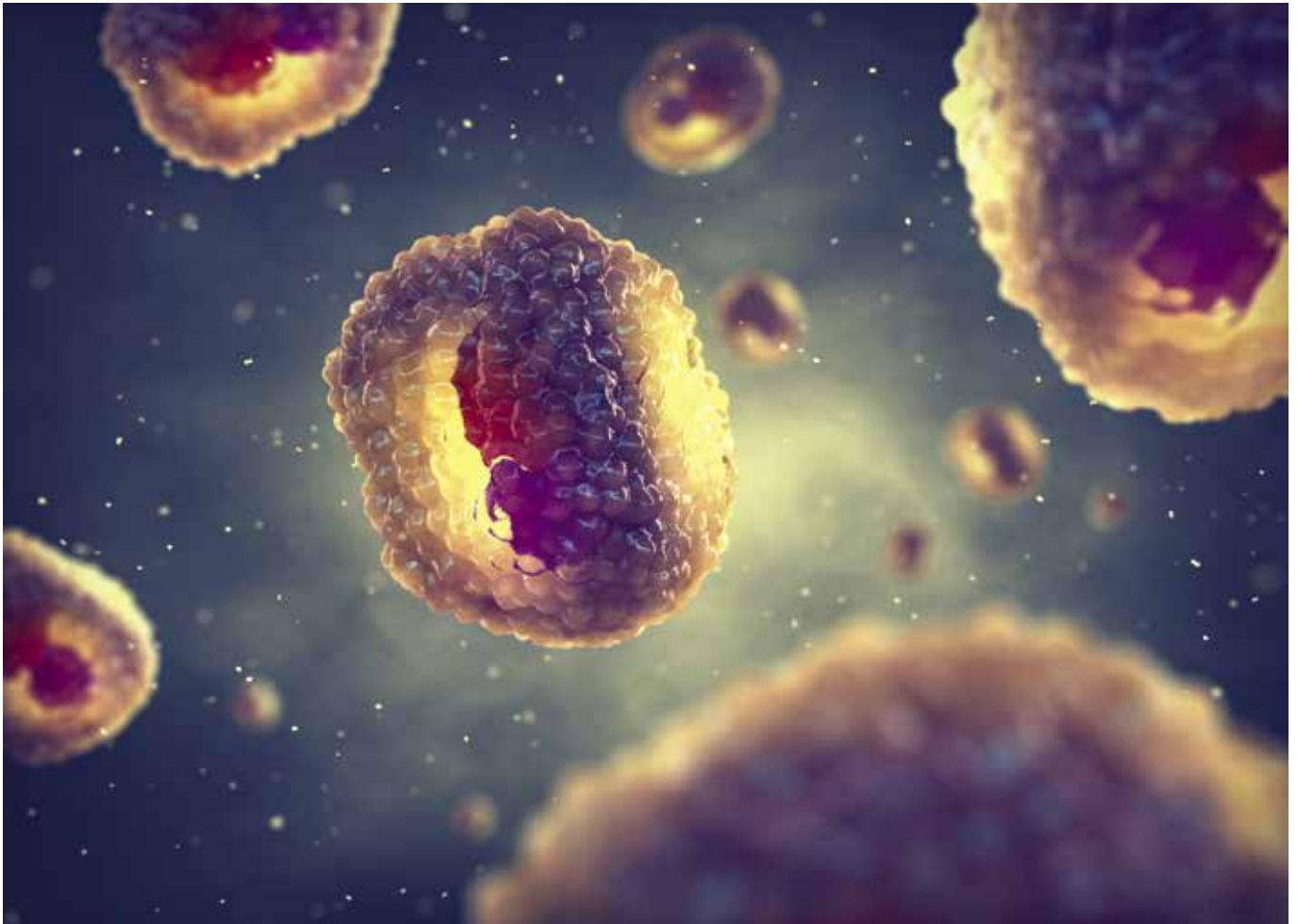
Anmälan och smittspårning

Klamydia är sedan 1988 införlivad i smittskyddslagen (SmL 2004; 168) och smittspårning bör initieras redan vid misstänkt infektion. Se även Folkhälsomyndighetens föreskrifter och råd (HSLF-FS 2015:4) och Socialstyrelsens kunskapsunderlag "Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner" (2008) som numera finns tillgänglig på Folkhälsomyndigheten (www.folkhalsomyndigheten.se) och där revidering pågår (2022).

Lymfogranuloma venereum (LGV)

Klinik

LGV, ger vid genital infektion besvär i form av solitärt sår och svullna, ibland variga lymfkörtlar med risk för fistelbildning. Inkubationstiden för att få sår eller papel varierar från 3 dagar till 6 veckor och inom 2 månader fås ofta svullnad av lymfkörtlar och abscessbildning. I västvärlden är den nästan bara förekommande bland högrisktagande MSM och symtombilden har bland dessa inte varit lika typisk och för nästan alla fall enbart rektalt. De flesta har uttalade proktitsymtom, men det är inte ovanligt att diagnosen missas och leder till omfattande utredningar innan diagnosen fastställs. I Sverige har sedan 2006 LGV-förekomsten ökat från enstaka importfall de första åren till endemisk förekomst med cirka 50 fall årligen och utan tendens till minskning.



Diagnostik Provtagning

Prov tas med pinne på samma sätt som för "vanlig" klamydia d.v.s. fast tryck så att celler fås med. Finns sår tas prov därifrån, annars från relevant lokal som rektalslemhinna och genom urinprov som vid vanlig klamydiaprovtagning. Den kliniska misstanken bör förstås anges i remiss till laboratoriet.

Laboratoriediagnostik

NAAT rekommenderas, men för diagnos krävs specifikt test (genotypning). Vid misstanke om LGV kontaktas det lokala sjukhuslaboratoriet alternativt kan man kontakta Mikrobiologiska laboratoriet, Akademiska sjukhuset i Uppsala tel. 018-611 39 16. Av

både epidemiologiska och kliniska skäl, inte minst behandlingsval, är det viktigt att få specifik diagnos och inte enbart diagnosen klamydia. Vid positivt rektalprov för klamydia hos MSM bör man överväga möjlig LGV. Vid skälig misstanke kan två pinnprov tas och om analysen vid rutintest på det lokala laboratoriet är positivt för klamydia skickas det andra till Uppsala för specifikt LGV test. Om endast ett prov är taget skickas det för LGV-analys efter att klamydia påvisats vid det lokala laboratoriet. Från vissa sjukhuslaboratorier skickas med automatik positiva rektala prover hos män till Uppsala för genotypning.

Behandling

Dessa fall ska handläggas helst av, men alltid

i samråd med, venereolog. Tablett doxycyklin 100 mg x 2 ges i tre veckor.

Uppföljning

Komplicerade infektioner inklusive LGV bör följas upp med förnyad undersökning och provtagning cirka 5 veckor efter insatt behandling.

Anmälan och smittspårning

Som klamydia. Se föregående sidor.

Lars Falk 2022

SSDV/Sektionen för venereologi och genital dermatologi

Mycoplasma genitalium

Bakgrund och klinik

Mycoplasma genitalium kan orsaka sexuellt överförbara infektioner. Den är hittills den minsta bakterien som sekvenserats. Den är långsamväxande och mycket svårödlad men kan diagnosticeras med NAAT. Det är inte känt hur lång inkubationstiden är. Då bakterien växer extremt långsamt kan inkubationstiden antas vara längre än vid klamydiainfektion. Bakterien saknar cellvägg och kan därför inte behandlas med β -laktamantibiotika. Resistensutveckling mot de makrolider och kinoloner som används vid behandling är ett ökande och stort problem världen över.

På svenska STI-mottagningar är *M. genitalium* sannolikt lika vanlig som klamydia men nationell statistik saknas. Studier världen över visar varierande prevalens beroende på vilken population som undersökts. En metaanalys publicerad 2017 visade en prevalens i allmän population varierande mellan 1,3-3,9 %. I kliniska prover påvisades högre prevalenssiffror förutom hos asymtomatiska (kvinnor och män) och gravida och i MSM-gruppen en prevalens på 3,2-3,7 %.

Infektion med *M. genitalium* kan vara helt symtomfri och läka ut utan behandling. Den liknar i många avseenden infektion med *Chlamydia trachomatis*. Uppåtstigande infektioner förekommer men risken för komplicerade infektioner bedöms vara lägre än vid klamydiainfektion. *M. genitalium*

hos kvinnor ökar risken för PID. Bakterien har i studier associerats med infertilitet och graviditetskomplikationer (missfall och för tidig födsel) men fler studier behövs för att bedöma i hur hög grad. Sporadiskt har *M. genitalium* rapporterats kliniskt vid epididymit, konjunktivit och reaktiva artrit.

Symtom och kliniska fynd beror huvudsakligen på uretrit och cervicit samt tänkbara komplikationer. Risk för orogenital smitta bedöms vara låg enligt studier.

Kvinnor får varig flytning, mucopurulent cervicit, sveda och klåda i urinröret, mellan- och kontaktblödning, tecken på uppåtstigande infektion och långdragen buksmärta.

Män får flytning från urinröret, ibland purulent, sveda och klåda i urinröret, balanit, tecken på epididymit, prostatit och proktit.

Differentialdiagnoser är klamydia, gonorré, ospecifik uretrit/cervicit och urinvägsinfektion.

Diagnostik

Indikation för testning av *M. genitalium*

Ökande antibiotikaresistens begränsar behandlingsmöjligheterna av *M. genitalium*. Endast ett fåtal läkemedel finns att tillgå och det verkar rimligt att främst behandla personer med symtom av infektionen.

Rekommendationen är att patienter med symtom och tecken på en STI (uretrit, cervicit m.m.) provtas för klamydia, gonorré och om möjligt för *M. genitalium*. Om patienten inte har mycket uttalade symtom kan nästan alltid provsvar inväntas och korrekt antibiotikabehandling ges. Detta kan bidra

till att minska onödig/felaktig antibiotikabehandling och till att antibiotikaresistensen minskar.

Det är viktigt att informera patienten att återkomma vid kvarstående symtom efter behandling av klamydia och gonorré för att utesluta reinfektion och för att provta för *M. genitalium* om det provet inte tagits primärt.

Provtagning rekommenderas:

- vid kliniska tecken på uretrit/cervicit
- vid kvarstående symtom efter klamydia- eller gonorré-behandling om prov för *M. genitalium* inte tagits primärt
- vid utredning av PID och epididymit
- vid symptomgivande proktit (kan förekomma som enda lokalisering inom MSM-gruppen) där prover för klamydia och gonorré är negativa
- av partner (i pågående relation) till patient med *M. genitalium*.

Provtagning inför invasiva ingrepp som kirurgisk abort kan övervägas. Frikostig provtagning rekommenderas vid recidiverande bakteriell vaginos, långdragen buksmärta samt vid upprepade urinvägssymtom (om urinodling är negativ), vid konjunktivit och reaktiva artrit.

Provtagning

Provtagning görs som vid klamydia.

Män: första portionen urin (≤ 10 ml).

Kvinnor: självtaget prov, eller provtagning i samband med gynekologisk undersökning, från slidan (vaginalsekret) i transportmedium eller i första portionen urin (≤ 10 ml).

Som enskilt prov är prov på vaginalsekret mest känsligt.

Blåsinkubationstid minst 1 timme rekommenderas (säkra data saknas).

Sekretprover kan vid behov tas från öga och rektalslemhinna. Svalgprov rekommenderas inte.

Laboratoriediagnostik

Diagnostik görs med NAAT som har hög sensitivitet och specificitet. Det är viktigt att makrolidresistensundersökning ingår. Dessa tester är snabba vilket är väsentligt för att minska onödig antibiotikaförskrivning. Tester för att påvisa resistens mot moxifloxacin finns ännu inte tillgängliga i Sverige. Vid behandlingssvikt efter behandling med moxifloxacin kan prov skickas till Statens Serum Institut i Köpenhamn (Jørgen Skov Jensen).

Mikroskopi

Män: mikroskopi av färgat utstryk från uretra visar som regel högt antal PML (polymorfkärniga leukocyter) d.v.s. uretrit.

Kvinnor: kan visa ökat antal PML i utstryk från uretra och cervix men i lägre grad jämfört med män.

Behandling och resistens

Makroliden azitromycin är det antibiotikum som visat bäst behandlingsresultat kliniskt och i studier. Makrolidresistent *M. genitalium* begränsar nu användandet. I Sverige finns några studier som visat en makrolidresistens på cirka 20%. Betydligt högre siffror ses i studier från andra europeiska länder (t.ex. Norge och Danmark) och från bl.a. Japan, Kina, Australien, USA och Nya Zeeland. I dessa länder har tidigare azitromycin i engångsdos använts vid behandling av STI. Resistensutveckling ses också mot andrahandspreparatet moxifloxacin.

Tetracykliner i klamydiados ger cirka 30-40% utläkning vid behandling av *M. genitalium*.

OBS! Patienter med behandlingssvikt efter behandling med makrolid eller med komplikationer bör remitteras till mottagning för sexuellt överförbara sjukdomar/venereologisk mottagning.

Behandling av okomplicerad infektion

Invänta alltid svar på om makrolidresistens föreligger innan behandling ges. Azitromycin 1 g som engångsdos skall undvikas då det ökar risken för resistensutveckling. Upprepa inte behandling med azitromycin vid kvarvarande infektion efter primär behandling!

Om behandling behöver ges (vid uttalade

symtom) i väntan på provsvar ge doxycyklin 100 mg x 2 i en vecka – den behandlingen kan sänka "bacterial load" och minska symtomen.

Rekommenderad behandling är:

- azitromycin 500 mg x 1 dag 1; följt av 250 mg x 1 dag 2-5, s.k. förlängd behandling vid makrolidresistens;
- moxifloxacin 400 mg x 1 i 7 dagar

Partner i pågående relation behandlas i regel efter provtagning där resistensbestämning finns besvarad. Observera att provet kan visa negativt vid ett lågt bakterieantal.

Vid uteblivet behandlingssvar efter azitromycin och moxifloxacin kan licenspreparatet pristinamycin (Pyostacine) förskrivas (tabl. pristinamycin 500 mg, 1g x 4 i 10 dagar). Enligt studier ger den behandlingen 75% utläkning och förbehandling med doxycyklin ger inte högre utläkning.

Vid uteblivet behandlingssvar efter pristinamycin kan behandling med minocyklin (licenspreparat) per os 100 mg x 2 i 14 dagar provas. Även en kombinationsbehandling med licenspreparatet spectinomycin (Trobicin) och doxycyklin kan försöksvis provas (enligt fallrapporter).

Guidelines i flera länder rekommenderar att behandling med doxycyklin 100 mg x 2 i 7 dagar alltid ges före behandling med azitromycin eller moxifloxacin. Detta för att minska risken för resistensutveckling under behandlingen. Dessa länder har en betydligt högre resistensutveckling än i Sverige. Diskussioner förs angående detta men tills vidare rekommenderar vi i Sverige endast förbehandling vid uttalade symtom i väntan på provsvar och till patienter med QTc-förlängande läkemedel (se nedan).

Behandling under graviditet

Behandling kan ges under graviditet men bör om möjligt undvikas under första trimestern. Azitromycin, moxifloxacin och doxycyklin är klassificerade enligt klass 2 (enligt Janusmedicin Region Stockholm). Användning av doxycyklin från 4:e graviditetsmånaden kan ge missfärgning av tänder hos fostret.

Behandling med pristinamycin kan övervägas vid makrolidresistens men studier på gravida saknas.

Behandling vid amning

Avvakta med behandling om möjligt. Azitromycin och moxifloxacin är klassificerade enligt klass 3 och doxycyklin enligt klass 2 (Janusmedicin Region Stock-

holm). Pristinamycin skall inte ges under amning.

Behandling vid komplikationer

Kunskapen om komplikationer och behandling av dessa är otillräcklig. Vid PID och epididymit (vid stark misstanke eller vid diagnosticerad *M. genitalium*) kan moxifloxacin per os ges, 400 mg x 1 i 14 dagar, som tillägg till övrig behandling.

Observera att azitromycin och moxifloxacin kan ge förlängt QTc-intervall med risk för hjärtarytmier. Preparaten skall användas med försiktighet om patienten även behandlas med andra läkemedel som kan förlänga QTc-intervall (på "CredibleMeds" uppdateras regelbundet vilka läkemedel som kan ge QTc-förlängning). EKG-undersökning skall göras före behandlingen. Vi rekommenderar förbehandling med doxycyklin för att försöka minska risken för resistensutveckling vid azitromycinbehandling och därmed kunna undvika att ge dessa patienter behandling även med moxifloxacin. Patienter med kongenitalt QT-syndrom skall inte behandlas med dessa läkemedel.

Moxifloxacin skall inte ges till personer under 18 år enligt FASS. Preparatet kan förskrivas även till yngre enligt kontakt med Karolic (Läkemedelsinformationscentralen, Klinisk Farmakologi, Karolinska).

Observera också att behandling med fluoroquinoloner (exempelvis moxifloxacin) kan ge allvarliga biverkningar. Försiktighet vid förskrivning rekommenderas av Läkemedelsverket och EMA (European Medicines Agency).

Uppföljning

Kontrollprov lämnas tidigast 4 veckor efter påbörjad behandling och rekommenderas alltid om patienten har kvarvarande symtom efter behandlingen.

Anmälan och smittspårning

M. genitalium omfattas inte av smittskyddslagen.

Eva Björnelius 2022
SSDV/Sektionen för venereologi och genital dermatologi

EADV Svensk-kväll i Milano



Vi på Mediahuset hälsar dig varmt välkommen till EADV Svensk-kväll i Milano!

Datum och tid: 9 september, kl. 19.00-22.00 **Plats:** Art Hotel Navigli

Anmälan: mediahuset.link/EADVmilano

Mötet riktar sig till läkare och sjuksköterskor och är helt kostnadsfritt tack vare våra sponsorer.

Föreläsare

- Tore Särnhult, Hallandskustens Hudmottagning, Kungsbacka
- Arne Wikström, Karolinska Universitetssjukhuset
- Sinja Kristiansen, Hudmottagningen, Skånes Universitetssjukhus Malmö

Fler föreläsare kan tillkomma.

Preliminärt program

19.00-19:30 Välkomstdrink och snacks

19:30-20:00 Del 1: Föreläsning

20:00-20:20 Kaffe

20:20-21:00 Del 2: Föreläsning

21:00 Middag

Dermatoskopiquiz

En man i 80-årsåldern som tidigare har behandlats för aktiniska keratoser och basalcellscancer söker för en kliande lesion vid vänster ländrygg med erytem i omgivande hud. Klådan började för några veckor sedan. Vid helkroppsundersökning ses för övrigt enstaka nevi och multipla seborrhoiska keratoser. Vilken diagnos är mest sannolik?

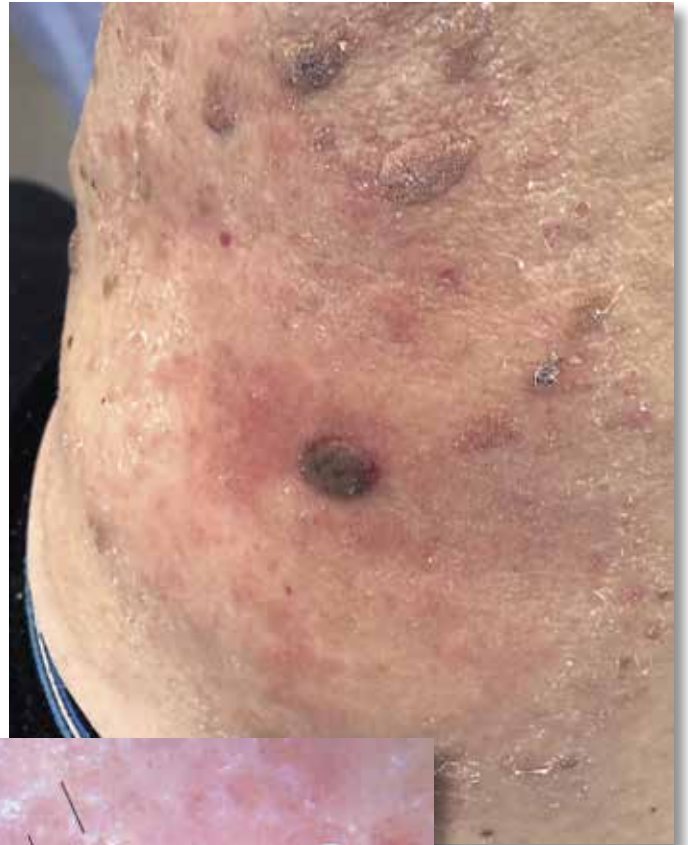
Skicka gärna era förslag på diagnos via mail till:
john.paoli@vgregion.se.

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 29 • 1/2022

Facit:

I förra numret av D&V fick ni bedöma nedanstående lesion hos en man i 70-årsåldern som sökte för multipla kliande lesioner på bålen. Ett större rodnat plaque vid höger axel dermatoskoperades och uppvisade nedanstående bild.

Med tanke på antalet lesioner och klådan bör man förstås misstänka någon form av inflammatorisk hudåkomma. Dermatoskopiskt ses (med polariserat ljus) utbredda vita amorfa strukturer (clods) och linjer (s.k. "shiny white blotches and strands") på en diffus rosaaktig bakgrund. Utöver detta ses enstaka spridda och diffusa punktata samt linjära kärl. Vidare ses ett litet område med ulceration/erosion kl. 10.

Denna kombination av fynd i en inflammatorisk lesion passar bäst med någon form av lichenoid inflammation. De vita strukturerna motsvarar Wickhams striae, de vidgade kärlen och erytemet beror på inflammationen och det eroderade området kan förstås vara en liten exkoration. När den dermatoskopiska bilden sågs var nästa steg att undersöka munhålan där patienten också uppvisade typiska vita

"mjölkstänk" på insidan av kinden. Rätt diagnos på quizet var alltså lichen planus.

Följande skickliga dermatoskopister skickade in korrekt svar på fallet:

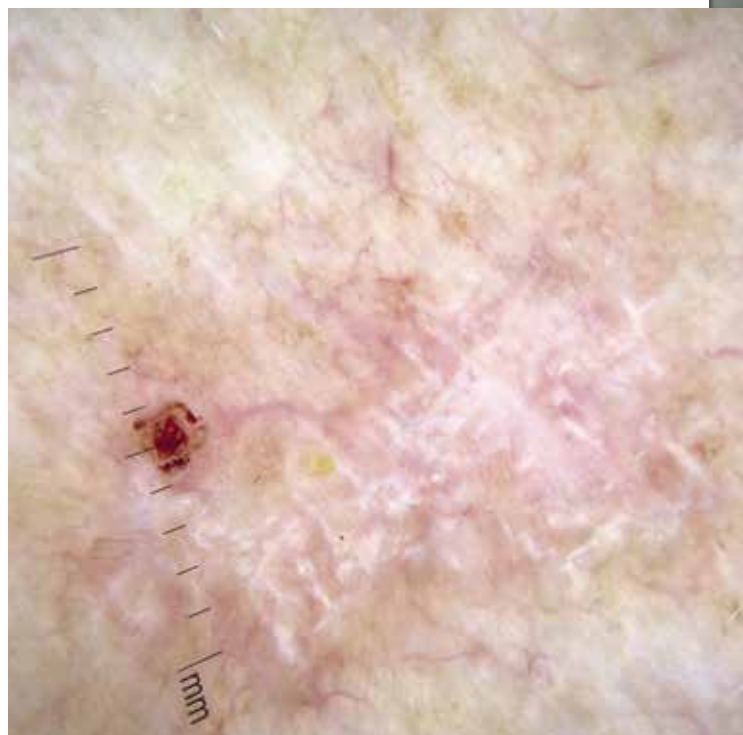
- **Ghena Shabana**, Mälarsjukhuset, Eskilstuna
- **Marta Hubacz**, Hudmottagningen Växjö
- **Sana Marroush**, Mälarsjukhuset

Stort tack till alla som skickade in diagnosförslag!

John Paoli

Professor,

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Annons

Annons

SSDV:s styrelse



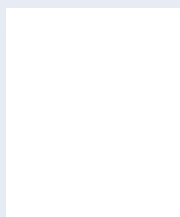
Ordförande
Anna Josefson
(Örebro)



Utbildningsansvarig
Maria Haraldsson
(Skövde)



Utbildningsansvarig, suppleant
Andrea Wahlberg
(Sundsvall)



Vice ordförande
Vakant



ST-representant
Tanja Gavric
(Halmstad)



ST-representant, suppleant
Teo Helkkula
(Lund)



Sekreterare
Susanna Sandberg
(Karlstad)



Ledamot 1
(repr. privatpraktiserande)
Lena Holm Sommar
(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 Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli
Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer
Birgitta Stymne (Linköping)
Åke Svensson (Malmö)

Revisorssuppleanter
Alberto Aulet (Umeå)
Mikael Tarstedt (Karlskoga)

Representant
Svenska Läkaresällskapet
Ordinarie: Anna Josefson (Örebro)
Arne Wikström (Stockholm)
Susanna Sandberg
Suppleanter: Lena Holm Sommar, Josefin
Ulriksdotter, Johan Dahlén Gyllencreutz

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

AAD Summer Meeting

2022-07-21 - 2022-07-24

Vancouver, Kanada

7th Nordic Course on Skin Surgery

2022-08-25 - 2022-08-26

Panum Institute, Copenhagen

PDF:s Årsmöte

2022-08-25 - 2022-08-27

Lundsbrunn Resort och Spa

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

2022-09-12 - 2022-09-16

Linköping

18th BADV Congress

2022-09-22 - 2022-09-24

Riga, Latvia

3rd ILDS World Skin Summit

2022-10-13 - 2022-10-15

Lima, Peru

ST-kurs i arbets- och miljödermatologi

2022-11-07 - 2022-11-10

Malmö

ST-kursen i Dermatopatologi

2022-11-21 - 2022-11-23

Lund

SSDV:s Västsvenska Dermatologimöte

2022-11-25

Medicinaregatan 20 A, Göteborg

ST-kurs i Bensår

2022-11-30 - 2022-12-02

Skövde

Utgivningsplan 2022:

Manusstopp Utgivningsdag

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