

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 31 • 3/2022



www.ssdv.se

**Apkoppor • Symposium dermatovenereologi
Iktyos – översikt och uppdatering • Handeksem riktlinjer
Fortsättning på STI-riktlinjer • Dermatoskopiquiz**

Annons



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

Chefredaktör:

Josefin Ulriksdotters
josefin.ulriksdotters@skane.se

Redaktörer:

John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko@gmail.com

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:

Fåglar

Foto: Ylva Lundquist

Distribueras som post- och webbtidning:

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

Innehåll

Redaktören har ordet.....	1
SSDV:s Ordförande har ordet.....	3
SSDV:s ST-representant har ordet.....	4
Internationellt symposium i Sarajevo.....	7
Apkoppor på Venhälsan, Södersjukhuset.....	11
SSDV:s rapportserie - Handeksem.....	15
Iktyos - en översikt och uppdatering.....	27
Mitt möte med en iktyosfamilj.....	29
Uppdaterade STI-riktlinjer.....	33
Notiser.....	39
Dermatoskopiquiz.....	43
Dermatoskopiquiz - Lösning.....	44
Mitt bästa tips.....	46
SVGD:s utbildningsdag.....	46
SSDV:s styrelse.....	47
Kalender 2022/2023.....	48

Livets många roller – hur hittar man balans?

När jag skriver dessa rader är sommaren slut och kvällarna har långsamt börjat bli mörkare. För de flesta av oss har vardagen åter gjort sig påmind. Matlådor ska packas, barn ska lämnas, vi pendlar till och från arbetet och hoppar i och ur våra (i Region Skåne) vita arbetskläder. Det slår mig då hur många roller vi går in i och ut ur under en dag – och hur utmanande det kan vara att kombinera eller växla mellan dem.

När vi för några år sedan flyttade till ett hus en bit utanför stan och lasarettet dröjde det inte länge förrän jag började uppskatta den cirka 30 minuter långa pendlingstiden till och från jobbet. På vägen dit hinner jag vakna till och tandkrämssmaken i munnen lägga sig innan arbetsdagen börjar. På väg hem efter en stressig arbetsdag är en stund att samla tankarna på alltid uppskattad.

Yrkesrollen skiljer sig ofta åt från de roller vi agerar i utanför arbetet. Inom just vår profession är skiljelinjerna kanske extra tydliga, inte minst fysiskt i och med att arbetet som regel är begränsat till att utföras just på arbetsplatsen. Även arbetskläderna är särskilt anpassade. Vi har också ett yrke som ställer höga krav på professionalitet, objektivitet och ett strikt vetenskapligt förhållningssätt. Under en och samma dag hinner vi ofta träffa flera olika patienter, med olika personligheter, bakgrund, frågeställningar och behov. Mötena är många, och växlingarna snabba. Vi behöver ofta snabbt göra en bedömning, och baserat på den fatta beslut om vidare handläggning. Vid sådana tillfällen kan yrkesrollen kännas överväldigande och långt från de roller vi annars har i vardagen. Å andra sidan kan jag, i ett låst förhandlingsläge där vår treäring inte alls delar min uppfattning om vad som är ett lämpligt kläddval inför utedagen, komma på mig själv med att sakna den beslutsposition jag har på arbetet.

Under min AT-tjänst hade jag en mycket omtänksam och visionär chef och kollega. Han pratade gärna med oss AT-läkare både om medicinsk vetenskap och praxis men också om hur man förhåller sig till läkarrollen. Jag minns att han vid ett möte påpekade att det var viktigt för honom att, när han gick för dagen, hänga av sig den vita rocken på kroken bakom kontorsdörren. Med denna symboliska gest lämnade han sin doktorsroll och arbetet bakom sig innan han åkte hem. Hur gör ni?

Jag tror att vissa av oss har lätt för att snabbt gå in i sin yrkesroll på morgonen och lika snabbt kliva ut ur den när arbetsdagen är slut. För andra tror jag att diskrepansen mellan yrkesrollen och de roller vi har som privatperson kan skapa spänningar. Personligen upplever jag det som mest utmanande i perioder när de olika rollerna kräver mycket av mig samtidigt.

Vår klinik flyttade för några år sedan till nya lokaler på sjukhuset. I takt med att åren gått har jag lagt märke till fler och fler personliga ägodelar i våra arbetsrum. Som exempel väl värda att nämnas finns pärlplattor, foton, citat, stora kaktusar, krukor i matchande kulörer i fönstren, hårborstar, barnteckningar och till och med någons cykel som då och då kommer på tillfällig visit.

Med tiden kommer ny teknik kanske att öka våra möjligheter att arbeta hemifrån – att vara omgivna av det privata mitt i arbetet. Men även innan dess tror jag att det finns sätt att minska spänningarna mellan våra olika roller i och utanför yrket, om man vill. Inte enbart genom att personligt pynta arbetsrummet men kanske också genom att i patientmötena, när det är lämpligt, låta det personliga skina igenom och ta plats. Halvdåliga skämt på kafferasten och konversationer med kollegor, även om det som inte hör arbetet till, tror jag också kan vara viktigt och ett sätt att skapa harmoni när de olika roller som rymms inom oss som person (i alla fall delvis) får samexistera? På samma sätt kanske vi också kan skapa harmoni genom att i vardagen dra nytta av förhållningssätt vi använder i arbetet. Att i konflikter med barnen kring val av kläder ta hjälp av en patientcentrerad konsultationsmodell har t.ex. visat sig oväntat effektivt för att hitta en gemensam väg framåt...



Josefin Ulriksdotters

Chefredaktör

josefin.ulriksdotters@skane.se

Annons

Hösten är här!



Åter på kliniken i den vita pyjamasliknande outfiten sedan ett par veckor. Idag känns det bra att befinna sig i en luftkonditionerad lokal med tanke på att det är kvavt och varmt ute. Hoppas att sommaren varit skön för de flesta av er. Har ni tänkt på vilken lång semesterperiod vi har i Sverige? När alla på kliniken har haft sin semester och kommit tillbaka har det gått nästan tre månader. Men nu är det kul att träffa alla igen och komma igång med vanliga aktiviteter och rutiner.

Tidigare somrar har jag under semestern passat på att bläddra i de dermatologiska tidskrifter som jag lagt på hög under vintern. Det brukar vara trivsamt att ligga i hammocken och under lite mindre stressiga förhållanden hitta en och annan intressant artikel. Men inte i sommar inte – många av våra tidskrifter kan man nu bara få digitalt! Jag är ingen bakåttävare, men inte är det lika avslappnande att ta fram en dator i hammocken eller hängmattan? Den digitala utvecklingen gör det lätt att kan hitta de artiklar och ämnen man är intresserad av. Samtidigt riskerar man ju missa allt annat man tidigare skummade och läste åtminstone rubriken på. I förlängningen tror jag att det är negativt för oss och vår kompetens att bli för enkelriktade. Lösningen kanske är en läsplatta, jag tror att jag får investera i en sådan till nästa sommar.

Hösten sätter fart med stormsteg och när ni läser detta är det full aktivitet på klinikerna igen. Det finns mycket roligt att ta tag i både på kliniken men också inom SSDV. Fler nya läkemedel mot atopiskt eksem är på väg in och visst är det fantastiskt att få följa dessa patienter när de tack vare sin behandling ofta får en betydligt bättre livskvalitet. Nya läkemedel innebär också nya utmaningar. Hur hanterar vi grupperna med alopeci och vitiligo? Vilka har nytta av JAK-hämmare? Jag hoppas att vi under kommande år kan samla på oss erfarenhet och kunskap som leder till att rätt patienter får nytta av de nya behandlingsmöjligheterna.

Ett annat spännande arbete är utvecklingen av nationell högspecialiserad vård. Hur det kommer påverka oss på olika nivåer är oklart men nu finns beslut om att viss vård inom området gendermatoser och viss vård vid svåra hudsymtom är nationell högspecialiserad vård. För oss alla kvarstår arbetet med att få detta att fungera på bästa sätt för både patienterna och medarbetare. Förhoppningen om en mer jämlik vård över landet finns, men det krävs förstås ett gott samarbete mellan oss alla.

För er ST-läkare är det mycket på gång under hösten. Äntligen väntar fysisk nationell ST-träff liksom flera ST-kurser där såväl kunskap som nätverkande är viktiga och roliga inslag. Att få träffas, utbyta erfarenheter och lära av varandra känns otroligt privilegierat efter en tid med digitala möten. Jag hoppas på en härlig och lärorik höst för oss alla.



Anna Josefson

Ordförande SSDV

Överläkare

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

anna.josefson@regionorebrolan.se

Yrkeslivslångt lärande

För blomläskare är kanske våren och sommaren högsäsong, men det innebär inte att hösten behöver vara fri från blominslag. På samma sätt som årstiderna blommar utvecklas vi läkare under hela vår yrkeslivslånga bana. Kompetensutvecklingen sker fortlöpande och har en avgörande betydelse för sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet. Därför är fortbildning en viktig del av utvecklingsarbetet inom vården. En sjukvård med hög kvalitet kräver välutbildade och kompetenta läkare på alla plan.

För ST-läkare är fortbildningskrav till stor del reglerade i Socialstyrelsens målbeskrivningar, men för specialistläkare är fortbildningsmöjligheterna oftast begränsade på grund av otillräckligt med tid och resurser. Läkarförbundet har, som en del i sitt arbete för att åstadkomma en reglerad fortbildning, tagit fram en sammanställning över vilka länder i Europa där fortbildning för specialistläkare är obligatorisk och reglerad av lag. Av sammanställningen framgår att specialistläkares fortbildning är obligatorisk i 20 av Europas länder, medan den är frivillig i Sverige. Men vi slutar väl inte att utvecklas efter uppnådd specialistkompetens?

Läkarnas fortbildning under hela yrkeslivet är nödvändig för att bibehålla och utveckla den svenska hälso- och sjukvården, inte minst för att även kunna utbilda framtida högkompetenta specialistläkare.

Med det sagt vill jag också betona vikten av handledning under ST. För ST-läkare bör handledning utgöra en nyckelroll för individens vidareutbildning. Handledarrollen regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och innebär mycket ansvar. I de nya föreskrifterna HSLF-FS 2021:8 läggs ännu större vikt på handledarrollen jämfört med tidigare och höga krav ställs på handledaren.

Handledningen går ut på att hjälpa ST-läkaren att integrera teoretiska studier med praktiska erfarenheter i yrkesutövandet. Handledning är en pedagogisk arbetsform och att vara någons handledare är ett stort åtagande. Det handlar inte bara om att stötta och ge råd

utan även om att lägga upp och vid behov revidera individuella utbildningsplaner, kontinuerligt bedöma kompetensutvecklingen och slutligen skriva på intyget om uppnådd specialistkompetens.

Man brukar tala om två väldigt olika handledningssituationer, ad hoc handledning och planerad handledning. Båda situationerna är värdefulla, men precis som allt annat krävs engagemang från både ST-läkare och handledare för att få ut det mesta av handledningen. Att bidra till att hjälpa unga läkare växa in i yrkesrollen och utvecklas är troligen något av det mest inspirerande och givande som finns för en handledare.

Allt gott så ses vi på höstens utbildningstillfällen!



Tanja Gavric

ST-representant i SSDV

ST-läkare

Tudorkliniken hudmottagning, Halmstad

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev!

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

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev genom att följa denna länk:

mediahuset.link/nyhetsbrev_DoV



Annons

Annons

Kunskapsbroarna – rapport från ett internationellt symposium i Sarajevo

Efter krig brukar det ta lång tid att återbygga, läka och sedan utveckla ett samhälle med alla dess vitala delar inklusive hälso- och sjukvård samt utbildning. Bosnien och Hercegovina (BiH) utstod under 90-talet en fruktansvärd aggression med ett omfattande krig som tog åtskilliga människoliv, satte folk på flykt och totalt fördärvade utvecklingen av det socio-ekonomiska samhället. Just nu är situationen i Ukraina mycket svår och nyhetsinlagen påminner mig om kriget i BiH.

Som nyexaminerad läkare -92 drevs jag av höga ambitioner att arbeta inom Läkare Utan Gränser med drömmen om att göra världen bättre och ge alla människor möj-

lighet till vård. Kriget stoppade (tillfälligt) mina drömmar och av en slump hamnade jag i Sverige som krigsflykting.

Kriget i BiH och på Balkan skapade enorma humana, materiella och kulturella skador med idag delvis fortsatt svåra relationer grannländer emellan. Under alla dessa år i fredliga Sverige har jag ofta tänkt på människor som hamnar i krig, blickat åter mot 90-talet och funderat på hur det gått för mina gamla kollegor och huruvida de funderat på samma vis. Detta har resulterat i att jag i min karriär på olika sätt försökt verka för att bygga nya broar för utbyte av kunskap och erfarenheter samt skapande av kollegiala nätverk.

Jag engagerade mig tidigt (1996–1997) som projektledare i ett initiativ för kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom barn- och mödrahälsovård. Projektet var ett samarbete mellan Sverige och BiH och stöddes bland annat genom bidrag från den svenska staten. Samtidigt letade jag efter andra möjligheter och som nybliven specialist började jag skapa nya broar inom dermatologi och venerologi. Det var svårt att få igång ett nätverk mellan dermatologer i BiH och Sverige innan jag upptäckte en grupp entusiaster med likartad syn på plikten i vår kunskapsstillvaro, nämligen BHAAAS.



Öppningsceremoni med artistisk föreställning i "Vijecnica" 24/6-2022.

BHAAAS (Bosnian-Herzegovinian American Academy of Arts and Sciences) är en frivillig icke-vinstdrivande, icke-statlig, partipolitiskt obunden, multietnisk och mångkulturell organisation med pedagogiska, vetenskapliga och välgörande ändamål. Organisationen grundades 2007 i Charlotte, North Carolina. BHAAAS syftar främst till att etablera och stärka förbindelserna mellan forskare, konstnärer och yrkesverksamma med sitt ursprung i BiH och försöker verka för ett starkare samarbete mellan landet och omvärlden. BHAAAS har bidragit till att stärka relationen mellan olika folkgrupper både i landet men även övriga Balkan genom att driva den intellektuella mångfalden framåt med ett fritt utbyte av idéer (<https://bhaaas.org/mission-statement/>).

Efter att ha medverkat som föreläsare inom dermatovenerologi men även onkologi och allmänmedicin sedan 2016 fick jag i somras för första gången anordna ett internationellt symposium inom dermatovenerologi på BHAAAS-dagarna i Sarajevo 23–26 juni. Dessa dagar spred mycket glädje och jag fick även möjlighet att introducera både BHAAAS och kollegor från BiH, Skandinavien och Balkanregionen för Tore Särnhult, min handledare som jag fortsatt vänder mig till vid svåra kliniska utmaningar.

Symposiet utgjordes av en halvdags hybrid-session, präglad av up to date-föreläsningar och mycket intressanta vetenskapliga diskussioner.

Tore Särnhults föreläsning om *New Therapies for Psoriasis and Atopic Dermatitis* var mycket uppskattad. Gendermatoser togs upp under föreläsningen *Incontinentia Pigmenti-an update* av Snežana Minić, (dermatolog från Belgrad, Serbien) medan Zoran Todorović, (farmakolog från Belgrad, Serbien) i sin föreläsning *Drug reactions in the skin* även beslyste vikten av rapportering och användning av Vigibase. Nermin Šehić (ST-läkare på Hudkliniken Tuzla) höll presentationen *Overview of Mohs Micrographic Surgery*, inspirerad av sin veckolånga auskultation på Hudkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset under handledning av John Paoli et al.

Online presenterade Andrea Elmélid (ST-läkare Hudkliniken Falun och doktorand vid Göteborgs universitet) en uppdatering angående *Vitamin D in Atopic Dermatitis*. Naida Babić Mulić (apotekare och yrkeshygieniker Sahlgrenska Universitetssjukhuset) höll presentationen *Allergic Contact Dermatitis – Patchtesting procedures and culprit allergens* medan Zoran Vrućinić (hudläkare och internmedicinare, Banja Luka, BiH) i sin föreläsning *Tomorrow Med-*

icine berättade om hur covid-19 pandemin påverkat telemedicin och vilka möjligheter som finns inom morgondagens medicin.

Med stort nöje modererade jag under den fantastiska dagen och bidrog med de senaste uppdateringarna gällande *Skin Manifestations Related to covid-19 Infection*. Närvarade gjorde även kollegor och läkarstudenter från Skandinavien, USA och Balkanregionen. Tack till alla er som direkt eller indirekt bidrog till att detta symposium blev så lyckat!

Kvällens öppningsceremoni hölls i Vijecnica (Sarajevo City Hall på engelska) med artistiska föreställningar. Vijecnica var tidigare ett gammalt bibliotek byggt av det Österrikiska-Ungerska imperiet under Donaumonarkin och innehöll ca 1,5 miljoner böcker varav 155 000 betraktades som sällsynta. Under den längsta belägringen i modern tid (varade i 1425 dagar) ödelades stora delar av detta bibliotek. Det återöppnades 2014. Galamiddagen anordnades i Sarajevos historiska ölbryggeri med fantastisk mat och musik.

Jag ser fram emot fler liknande dermatovenerologisymposier inom BHAAAS där ni, mina kollegor och vänner är varmt välkomna! Jag tror på att vi med ett kontinuerligt utbyte av kunskap och stark kollegial vänskap tillsammans är grundpelare för uppbyggnad av framtida broar.



Amra Osancevic

Universitetssjukhusöverläkare,
Docent Hudkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ett besök som väcker tankar och känslor!

Tack vare en inbjudan från min kära kollega Amra fick jag vid midsommar i år möjlighet att besöka ett litet vackert och vänligt land i Europas hjärta; Bosnien och Hercegovina (BiH). Invånarantalet är i paritet med de baltiska staternas. Befolkningen är mycket generös och vänlig och landets historia storslagen, omtumlande och periodvis förskräckande och viktig för oss som européer att känna till och försöka förstå.

BiH har att hantera en stor utvandring av välutbildade unga personer. Befolkningen har minskat betydligt jämfört med tiden före krigsåren under 90-talet. Exilbosnier och deras barn dyker därmed ständigt upp när man flener på de charmiga gågatorna i Sarajevos gamla centrum. Vi möter här grannar till Amra och hennes familj från Backa i Göteborg. Unga personer som visar sig komma från Halmstad börjar prata med oss när de hör svenska talas! Ett klokt sätt att ta dagen som den kommer i sampråk över ett glas färskpressad fruktjuice eller en liten kopp bosniskt kaffe på någon av de många restaurangerna sprider

en lugn stämning trots folklivet i vimlet bland basarerna.

Mötet som jag var inbjuden till imponerande i sin omfattning av såväl vetenskapligt som kulturellt innehåll och skapade nya kontakter med framstående och mycket vänliga kollegor.

Jag vill uttrycka min tacksamhet till Amra med familj över att få denna möjlighet att knyta an till och bättre lära känna landet, och samtidigt uppmana alla som har chansen att åka dit. Själv kommer jag att återvända för att upptäcka mer så fort jag får möjlighet!



Tore Särnhult

Specialistläkare
Hallandskustens hudmottagning,
Kungsbacka

Annons

Annons

Apkoppor på Venhälsan, Södersjukhuset, Stockholm

Första fallet

I början av maj 2022 kontaktas vi på Venhälsan av en kollega på en annan STI-mottagning i Stockholm. Hon oroar sig för en patient med ovanlig klinisk bild och patienten får därför tid på Venhälsan samma eftermiddag. Patienten har haft feber i två dagar och uppvisar en stor singulär lesion genitalt, med kraftigt förstörade ömmande körtlar i ljumsken. Sammantaget liknar detta inte något vi brukar se på Venhälsan. Alla standardprover för STI-screening tas (klamydia, gonorré, hiv och syfilis) med tillägg av såroddling, PCR för *Treponema pallidum* (syfilis), *Haemophilus ducreyi* (chancroid) och *herpes simplex virus* (HSV) från lesionen. CRP är måttligt förhöjt (39), leukocyter normalt

(5.8). Primärsyfilis bedöms som troligaste orsak men på grund av den ovanliga presentationen ordinerar vi bred behandling i form av doxycyklin 100 mg 1x2 mot syfilis och eventuell lymfogranuloma venereum, med tillägg av ceftriaxon 1g i.m. för täckning av eventuellt annat bakteriellt inslag (gonokocker? stafylokocker? streptokocker?). Vid uppföljning dagen därpå har patienten inte förbättrats och får en ytterligare dos ceftriaxon med tillägg av valaciclovir för att behandla eventuell HSV. Vid uppföljning tre dagar senare görs utstryk från såret för försök till mikroskopi av eventuella parasiter (entamoeba? leishmania?), samt provtagning för PCR för tularemi. Hudläkare säkrar 4 stansbiopsier från sårkanten (mykobakterieodling, 16S-DNA

sekvensering, allmän odling samt PAD). Eftersom status inte alls förbättrats och svullnaden i ljumsken tilltagit läggs patienten in för i.v. cefotaxim och ultraljud av ljumsken med fråga om dränerbar smältning.

Samma dag uppmärksammas vi från Folkhälsomyndigheten på att man i Lissabon sett en anhopning fall av män som har sex med män (MSM) med feber och oklara genitala utslag, där mikrobiologisk diagnostik inte kunnat påvisa någon patogen. Senare under dagen rapporteras även att man i England diagnosticerat 4 fall av apkoppor hos MSM utan koppling till Afrika. Dagen därpå kontaktas vi av en läkare på Folkhälsomyndigheten som föreslår PCR även för apkoppor på det provmaterial som skickats dit. Samma kväll bekräftas



"Solitary cutaneous lesion", apkoppor bekräftat med PCR, (september 2022). Patienten har sedan 10 dagar haft ett sår på halsen som inte velat läka. Ingen feber. Kontaktpårad för apkoppor, sannolikt smittad 1 vecka innan debut av såret. Trolig bakteriell pålagring, odlingssvar har ännu inte kommit men patienten rapporterar förbättring efter 3 dagars smörjande med fusidinsyra.



Djupa sårbildningar på tungan. Apkoppor bekräftat med PCR (juni 2022). Symptom sedan 8 dagar. Smärtor i munnen med svårigheter att sköta munhygien. Även sår på tonsillerna, samt lesioner på läpp, haka och genitalt.

apkoppor, varefter patienten flyttas till Karolinska Huddinge för fortsatt vård i isoleringsrum med sluss. En deskriptiv fallserie i BMJ kommer senare att beskriva presentationen av apkoppor som en "solitary cutaneous lesion" hos 11% av engelska patienter (1).

Venhälsan på SÖS

Venhälsan är en del av Infektionskliniken öppenvårdsmottagning på SÖS och firar 40 år under 2022. Målgruppen är män och transpersoner som har sex med män, med uppdraget att testa för och förebygga hiv samt övriga sexuellt överförbara infektioner. I samma lokaler och med samma bemanning finns även Mottagning 2, vilken är hiv-mottagningen på SÖS där 1630 hiv-patienter följs, varav 80% av patienterna tillhör gruppen MSM. Venhälsan har en speciell historia och särställningen att vara en infektionsmottagning med full kompetens bland både läkare och sköterskor att provta och sköta såväl hiv som övriga STI, utan uppdelning av diagnoserna mellan Infektionsklinik och Hudklinik. Venhälsan har under många år behandlat majoriteten av alla syfilisfall i landet och är även störst inom preexpositionsprofylax (PrEP) mot hiv (2100 screenade varav 1700 fortfarande är aktiva i programmet). Med ett högt flöde av patienter med symptomgivande gonorré och klamydia har den största delen av det praktiska arbetet kring dessa infektioner delegerats till sköterskor. Förutom provtagning och behandling gör dessa även direktmikroskopi på sekret för gonorrédiagnostik, samt sköter PrEP-uppföljningarna med minimal inblandning av läkare.

De första 4 månaderna

Efter att diagnosen apkoppor bekräftats hos den första patienten kom allt fler rapporter, främst från England, om att det verkligen förelåg spridning av apkoppor utan resekoppling till Afrika och där smittvägen var sexuell smitta bland MSM. På Venhälsan diagnostiserades nästa fall av apkoppor två veckor senare, och fler fortsatte trilla in. Till att börja med hade de flesta patienterna smittats under utlandsresor eller av en partner som nyligen kommit hem från utlandet. Med tiden ökade dock andelen smittade inom Sverige allt mer, för att från och med juli uppgå till 50%. Under juli månad diagnostiserades apkoppor hos 10–15 patienter per vecka, medan antalet bekräftade fall under augusti månad minskade. Redan tidigt identifierades en möjlig flaskhals i flödet, nämligen de diagnostiska möjligheterna. Mikrobiologen på Karolinska sjukhuset agerade snabbt och sedan

augusti analyseras PCR för apkoppor inte längre uteslutande på Folkhälsomyndigheten utan i Stockholm även på Karolinska. De patienter som fram till början av september diagnostiserats på Venhälsan (n=91) har varit i åldersspannet 25–66 år (median 38 år). Alla har tillhört Venhälsans primära målgrupp MSM/transpersoner (MSM n=90, trans n=1). Inom hela gruppen har 20% känt hiv-infektion, och 60% tar PrEP. Symptomen har oftast varit feber och nyttillkomna smärtande papler eller sår på penis, mun och svalg, eller perianalt. Några patienter har haft en singulär sårbildning. Lymfadenopati har varit vanligt, särskilt i ljumskarna vid genital infektion. Enstaka patienter har haft svåra proktitsymptom som enda symptom förutom feber. Vanligt är också att spridda koppor börjat uppträda på övriga hudkostymen under den första veckan efter insjuknandet.

Komplikationer och samsjuklighet med andra STI

Andelen komplicerade infektioner med behov av slutenvård (smärtor, försörjningssvårigheter, hög feber, misstänkt bakteriemi) som hittills fångats upp vid Venhälsan (10%) stämmer väl överens med de första större internationella genomgångarna (1, 2). Möjligen kommer andelen patienter med ap-

koppor som behöver sjukhusvård att minska framöver, en lägre andel inläggande har rapporterats från Spanien (3). De STI-mottagningar runt om i Sverige som framöver kommer att diagnostisera apkoppor behöver för vissa patienter kontrollera till exempel CRP och blodstatus inför diskussion med infektionsläkare om eventuell inläggning. Viktigt att minnas är också att en hög andel (26% på Venhälsan) har en annan samtidig STI som kan bidra till plågorna och att andelen sekundärinfektioner (främst GAS, S. aureus) också är förhållandevis hög (14%) jämfört med andra virala STI.

Jämförelser med andra infektioner

Sedan maj 2022 har det kliniska landskapet för STI sålunda förändrats med sexuell spridning av apkoppor där jämförelser kan göras med många andra infektioner av olika allvarlighetsgrad (se tabell nedan). Några av dessa utgör även viktiga differentialdiagnoser och kan dessutom förekomma samtidigt som apkoppor.

Handläggning av misstänkt fall

Vid den initiala bedömningen av en patient med misstänkta apkoppor tar vi på Venhälsan prov för PCR samt screeningprover för övriga STI. Vid misstanke om sekundärinfektion tar vi odling. Hos en patient med

Differentialdiagnoser till apkoppor

Mollusum contagiosum	Molluscipoxvirus. Molluskerna har kliniskt stor likhet med apkoppor, dock utan feber eller allmänpåverkan. Längre duration tills utläkning. Drabbar främst barn samt sprids ibland sexuellt. Immunitet efter genomgången infektion. Sällan ärrbildning.
Smittkoppor	Orthopoxvirus. Sjukdomen är utrotad men vaccin finns som har effekt även mot apkoppor. Genomgången infektion gav livslång immunitet hos överlevare. Koppor i ansiktet kunde ge vanställande nedsänkta ärr vilket många patienter med apkoppor nu oroar sig över.
Herpes simplex	Primärinfektion med HSV kan ge feber, lymfadenopati och svåra lokala smärtor. HSV sprids däremot inte hematogent till övrig hudkostym även om eczema herpeticum kan drabba större hudområden till exempel hos atopiker. Reciderande livslång infektion. Sällan ärrbildning. Samtidigt recidiv av HSV i pågående lesioner av apkoppor förekommer.
Syfilis	I nuläget liknande epidemiologi som apkoppor, det vill säga största spridning inom gruppen MSM. Primärinfektionen innebär singulär sårbildning med regional lymfadenopati, kan förväxlas med apkoppor. Sällan ärrbildning.
Lymfogranuloma venereum (LGV)	Variant av Chlamydia trachomatis, kan orsaka lymfadenopati i ljumskar samt uttalade proktitbesvär. Kan förväxlas med proktit orsakad av apkoppor.
Hiv	Under den första perioden efter att hiv/aids upptäckts och beskrivits på 80-talet sågs liknande epidemiologi som vid apkoppor, det vill säga största spridning inom gruppen MSM. Liksom aids under 80-talet förekommer även stigma och utpekande av personer som får diagnosen apkoppor.

tarmsymptom kan F-patogener analyseras och vid feber eller allmänpåverkan kontrolleras inflammationsparametrar. Alla patienter som provats ges skriftlig patientinformation och föreskrifter om apkoppor och får inte arbeta tills provsvar rapporterats. Sjukintyg utfärdas med smittbärarpenning. Om apkoppor bekräftas kan patienten återgå i arbete när symptomen helt klingat av enligt vad som beskrivs i smittskyddsföreskrifterna. Antiviral behandling finns inte i öppenvård men möjligtvis kan det antivirala läkemedlet cidofovir användas i slutenvård för svårt sjuka patienter. Ett annat läkemedel är tekovirimat (TPOXX) vilket dock ännu inte gått att få tag på i Sverige. Vid smärtor har vi på Venhälsan förskrivit topikal och peroral smärtlindring. Vid smärtor i mun och svalg har en extemporeberedning av lidokain fungerat bra.

Vaccinering: postexponerings- samt preexponeringsprofylax

Smittspårning är av stor vikt vid den initiala bedömningen för att identifiera personer som alldeles nyligen kan ha smittats. Folkhälsomyndigheten rekommenderar sedan 28 juli vaccinering mot apkoppor (Jynneos/Imvanex subkutan) för högriskkontakter som exponerats de senaste 4 dyggen (4). EU donerade i juli ett begränsat antal doser vaccin (2700 vials) till Sverige. Vaccintillgången ökade i augusti väsentligt då FDA (5) och EMA (6) under månaden publicerade rekommendationer att intradermalt administrera endast en femtedel av dosen, vilket kan ske med bibehållen effekt. Folkhälsomyndigheten följde efter 25 augusti med en uppdaterad rekommendation som nu innefattar förebyggande vaccination till personer med hög risk att smittas (7). Vi känner av en mycket hög efterfrågan på vaccin från vår patientgrupp på Venhälsan, dock är ett dilemma att de tillgängliga doserna i Sverige i nuläget inte räcker till alla som önskar få vaccin, trots att antalet doser femfaldigats. Det är i skrivande stund inte heller bestämt vem som ska utföra vaccinationsuppdraget i Stockholm och runt om i landet.

Särskilda överväganden för MSM, frustration bland patienterna

Det är värt att notera några faktorer kring spridningen av apkoppor inom gruppen MSM. Det finns för det första en generell acceptans för ett aktivt sexualliv med ibland flera nya partners per månad, dels bland singlar men det är heller inte en ovanlig överenskommelse inom fasta relationer. Å

andra sidan rör det sig om en patientgrupp som tar ansvar för sin sexuella hälsa, gärna testar sig frekvent för STI och som i allmänhet medverkar aktivt i kontaktsparningar. Patienterna vågar söka Venhälsan på SÖS för att fråga även om intima symptom som kan upplevas som pinsamma och privata. Vi har på Venhälsan ännu inte sett några fall bland sociala kontakter till de bekräftade fallen, utan intrycket hittills är att det krävs slemhinnekontakt eller annan mycket intim kontakt utan kläder på kroppen för att smitta ska ske. En stor hjälp för att motverka fördomar och stigma är att flera patienter vågat träda fram i såväl internationell som inhemsk media samt i sociala medier för att ge åkman ett ansikte. Många av patienterna nämner frustration över att infektionen ofta benämns som "mild" när de i själva verket kan ha svåra smärtor från hud och framför allt slemhinnor, ibland under flera veckor. Jämfört med vilken annan STI som helst är det också en påtaglig skillnad att en förhållandevis hög andel av patienterna behöver inläggande vård på grund av komplikationer.

Oro för stigma och spridning utanför nuvarande riskgrupp

Något som skapat oro är risken för stigmatisering. Det är ett faktum att spridningen än så länge främst har förekommit genom sexuella kontakter bland MSM och att viruset spridits med stor effektivitet när det fått fäste inom en population med ett beteende som är till virusets fördel. Det är däremot lika självklart att spridning förr eller senare även kommer att ske utanför denna grupp. Vad vi ännu inte vet någonting om är när och i vilken omfattning det kommer att ske. En utmaning framöver blir att minnas apkoppor som differentialdiagnos om misstanken uppträder i ett sammanhang utanför den nuvarande riskgruppen. Patienter kan komma att söka på vårdcentraler, ungdomsmottagningar och akutmottagningar på grund av varierande orsaker som feber, oklara hudsymptom vid STI vanliga "sexuella" kroppslokaler (genitalt, oralt, analt) eller med generell spridning i hudkostymen och slemhinnorna. Oavsett om en patient med diagnosen apkoppor tillhör den nuvarande riskgruppen eller inte behöver man vara försiktig för att inte låta stigma och negativ särbehandling bli en extra börda för patienten.

Planerade studier och förhoppningar för framtiden

Avslutningsvis är det glädjande hur alla involverade i Stockholm tagit situationen på

stort allvar: STI-mottagningar, infektionsavdelningar, smittskydd, vårdhygien, hälso- och sjukvårdsförvaltning samt på nationell nivå även Folkhälsomyndigheten. Studier planeras nu med Folkhälsomyndigheten som huvudman kring bland annat immunitet, symptomfritt bärarskap samt förekomst av virus över tid och smittsamhetsaspekter hos bekräftade fall. Förhoppningarna för framtiden är många: att viruset fortsätter att inte sprida sig via sociala kontakter, att alla som vill vaccinera sig inom nuvarande riskgrupp kan erbjudas vaccination så snart som möjligt, att vaccinationsviljan fortsätter vara hög, att immunitet är långvarig och att tillgång till vaccin säkras även för framtiden så att riskpersoner kan vaccineras löpande. Kanske blir apkoppor en av de vanliga och endemiska sexuellt överförda infektionerna, kanske blir det ett övergående utbrott som kan släckas ut genom vaccinering. Covidpandemin har också givit oss en ovärderlig beredskap och erfarenhet som vi drar stor nytta av i denna situation.



Finn Filén

Specialistläkare i infektionssjukdomar och dermatovenereologi
Överläkare Infektionskliniken/Venhälsan,
Södersjukhuset, Stockholm

Denna artikel trycks även i "Infektionsläkaren nr 03-2022".

Referenser

1. BMJ. 2022 Jul 28;378:e072410
2. N Engl J Med 2022; 387:679-691
3. Lancet 2022; 400: 661-69
4. Underlag för planering av vaccination mot apkoppor EU-donerade vaccindoser, version 1. 28 Jul 2022, *Underlag för planering av vaccination mot apkoppor – Folkhälsomyndigheten (folk-halsomyndigheten.se)*
5. Monkeypox Update: FDA Authorizes Emergency Use of JYNNEOS Vaccine to Increase Vaccine Supply | FDA
6. EMA's Emergency Task Force advises on intradermal use of Imvanex / Jynneos against monkeypox | European Medicines Agency (europa.eu)
7. Vaccin mot apkoppor kan ges till fler. 25 Aug 2022. *Vaccin mot apkoppor kan ges till fler – Folkhälsomyndigheten (folk-halsomyndigheten.se).*

Annons

Handläggning och behandling av handeksem

Guidelines

Riktlinjer för omhändertagande av patienter med handeksem	15	Anamnes	17
Förord	15	Klinisk undersökning	17
Inledning	15	Epikutantestning	17
Klassifikation	15	Sambandsbedömning	17
Förekomst	16	Diagnostik och handläggning	17
Risikfaktorer	16	Behandling	18
Konsekvenser av handeksem	16	Sjukskrivning	18
Mikrobiologiska risker	16	Försäkringsmässiga aspekter	19
Livskvalitet	17	Referenser	19
Sjukskrivningar och arbetsbyten	17	Snabbguide för handläggning av handeksem	21
Ekonomi	17	Patientråd vid handeksem	23
Prognos	17		
Interventioner	17		
Handläggning och utredning	17		

Riktlinjer för omhändertagande av patienter med handeksem

Förord

Undertecknad erhöll januari 2021 en förfrågan från Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi, genom dess ordförande Amra Osmancevic, om jag tillsammans med några medarbetare kunde ta fram riktlinjer för handläggning av handeksem. Efter att ha tillfrågat Nils Hamnerius, Anna Josefson, Magnus Lindberg och Berndt Stenberg, vilka samtliga var beredda att ingå i arbetsgruppen, påbörjades arbetet i början av 2021. Vår ambition har varit att kortfattat redovisa riktlinjer för utredning och behandling av handeksem samt att för våra ställningstaganden kunna redovisa den evidens som ligger till grund för dessa. Det vetenskapliga underlaget är genomgående bäst för texterna i bakgrundsavsnitten.

Rekommendationerna för handläggning baseras i något mindre grad på vetenskaplig evidens.

Emellertid finns en stor samlad klinisk erfarenhet vilken utgjort grund för behandlingsriktlinjer för handeksem i ett flertal länder. Överensstämmelserna i dessa olika nationella riktlinjer är stora och i detta dokument har vi i allt väsentligt följt de gemensamma ståndpunkterna. Dokumentet kommer inom några år att vara föråldrat och vår bedömning är att det behöver uppdateras vart femte år.

Åke Svensson

Docent, överläkare. Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Inledning

Handeksem är en vanlig, ofta recidiverande, sjukdom med stor påverkan på livskvalitet, och betydande kostnader inte bara för den drabbade individen, utan även för samhället. Det karakteriseras av en T-cellsdriven inflammation i epidermis och i dermis. I akut fas ses erytem, ödem, papler och vesikler, ibland även vätskning. I kronisk fas ses erytem, papler, hyperkeratos, fjällning och fissurer. Vanligaste symtom är klåda och, i synnerhet om fissurer föreligger, smärta.

Klassifikation

Handeksem kan indelas efter orsak, morfologi och tidsförlopp. Handeksem kan orsakas av:

- exogena faktorer såsom exponering för:
 - ämnen/faktorer som är irriterande för huden (irriterativt kontakteksem, även kallat ickeallergiskt kontakteksem).
 - ämnen som den drabbade är kontaktallergisk mot (kontaktallergiskt eksem).
- endogen eksem sjukdom.

I det enskilda fallet är orsaken ofta en kombination av två eller alla tre ovanstående faktorer. Vid alla former av handeksem kan exogena faktorer försämra eksemet, men ett handeksem som fortgår eller recidiverar trots noggrann identifiering och undvikande av exogena faktorer kan vara uttryck för en endogen eksem sjukdom. En huvudsakligen endogen orsak till handeksem kan föreligga vid vissa former av vesikulöst respektive hyperkeratotiskt handeksem, liksom vid atopisk dermatit. Vesikulöst handeksem är en vanlig



klinisk bild både vid allergiskt kontakteksem och irritativt kontakteksem (1), men det förekommer även en variant (så kallad vesikulös) som karaktäriseras av återkommande skov av vesikelutbrott utan tydlig relation till yttre exponering (2, 3). Två termer som tidigare har använts för denna variant av endogent eksem är pompholyx respektive dyshidrotiskt eksem, men dessa termer rekommenderas ej längre (3).

Den hyperkeratotiska varianten av handeksem domineras av hyperkeratos, oftast centralt i handflatan. Vid endogena handeksem är det inte ovanligt med samtidigt foteksem (2).

Den kliniska bilden kan förändras över tid. Man kan inte utifrån den kliniska bilden avgöra vilken orsak ett eksem har. Vi föreslår att man i journaldokumentation använder diagnosen handeksem som huvuddiagnos (ICD-10 kod L30.9F) med tillägg av etiologiska faktorer och i vissa fall klinisk bild. (Se även avsnittet om handläggning av handeksemsjukdom).

Bedömning av svårighetsgrad kan inte enbart baseras på status utan måste utgå från patientens beskrivning av de besvär handeksemet orsakar (4–6). Även en begränsad eksemutbredning men med smärtsamma fissurer kan medföra betydande inskränkning av funktion och arbetsförmåga.

Handeksem har ofta ett kroniskt förlopp med växlande sjukdomsaktivitet. Ett kroniskt handeksem definieras enligt ESCD (Europe-

an Society of Contact Dermatitis) som ett handeksem som varar längre än 3 månader, eller som recidiverar 2 eller flera gånger under ett år (7).

Förekomst

1-årsprevalensen av handeksem är knappt 10% i den vuxna befolkningen i yrkesverksam ålder (8–11). Den är högre hos unga vuxna och avtar med stigande ålder (8, 12–14). Skandinaviska studier visar en incidens på 5,5–8,8 per 1000 personår (3). Hos ca 1 av 3 debuterar sjukdomen innan 20 års ålder (14) en svensk kohortstudie var 1-årsprevalensen hos 16-åringar 5,2% och incidensen 5,7 per 1000 personår (15).

Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än män, men denna skillnad avtar med ålder (8, 14). Denna skillnad betingas inte av någon skillnad i hudkänslighet (16, 17), utan återspeglar en högre exponering för irritativa faktorer hos kvinnor (större ansvar för småbarnsvård och hushållsarbete samt en hög andel kvinnor i yrken som medför våtarbete) (12, 18).

Handeksem är den vanligaste arbetsrelaterade hudsjukdomen. I Sverige är det inte obligatoriskt att anmäla arbetsrelaterad sjukdom, men i länder med välfungerande registrering är handeksem en av de vanligaste arbetsorsakade sjukdomarna (19, 20). I en dansk studie var incidensen av arbetsorsakad hudsjukdom totalt 10 per 10 000 arbetare per år. Högst incidens ses hos frisörer, bagare

och tandvårdspersonal med 42, 26 respektive 18 fall per 10 000 arbetare per år (21).

Riskfaktorer

Risken för handeksem är 3–4 gånger högre hos den som har haft atopisk dermatit i barndomen (8, 12, 22). Den ökade eksembenägenheten bedöms till stor del betingas av en nedsatt funktion av hudbarriären (23, 24).

Exponering för hudskadande faktorer såsom vatten, tvål, oljor, inständighet under täta handskar, friktion m.m. såväl yrkesmässigt som på fritiden ökar risken för handeksem (25–27). Yrken med mycket våtarbete medför därför en ökad risk för handeksem (t.ex. livsmedelshandtering, städning, sjukvårdsarbete och metallbearbetning). Användning av bomullshandskar under täta handskar kan enligt experimentella studier minska den negativa effekten av handskarna (28) och klinisk erfarenhet talar för att det kan vara av värde vid långvarig handskanvändning. Kyla och torr luft ökar risken för irritativt handeksem (29, 30).

På gruppnivå är förekomst av kontaktallergi en riskfaktor för handeksem (31, 32). Avgörande i det enskilda fallet är dock i vad mån händerna exponeras för allergenet. För den som utvecklat kontaktallergi innebär förnyad kontakt med ämnet en risk för eksemutveckling eller att eksemläkning förhindras. Förekomst av eksem är i sig en riskfaktor för kontaktallergi, dels p.g.a. att sämre barriärfunktion kan öka exponeringen för allergen, dels för att inflammationen underlättar sensibilisering (23, 33). Vanliga orsaker till kontaktallergiskt handeksem är bl.a. hårdplaster, gummitillsatser, och konserveringsmedel (34). Den höga risken för handeksem hos frisörer kan relateras till exponering för såväl våtarbete som för kemikalier som kan orsaka kontaktallergi (35, 36).

Livsstilsfaktorer såsom rökning, högt BMI och stress har beskrivits som möjliga riskfaktorer till handeksem i olika undersökningar, men data är inte entydiga (37–41).

Konsekvenser av handeksem

Mikrobiologiska risker

Den skadade hudbarriären vid handeksem gör att förekomsten av sjukdomsframkallande bakterier, t.ex. *S. aureus*, (42–44) ökar, och att användning av alkoholbaserade handdesinfektionsmedel försvåras p.g.a. av sveda i lesionell hud (45). Ocklusion under täta handskar ökar mängden *S. aureus* på eksemlesioner (46). En aktiv eksembehandling med potenta kortikosteroider förbättrar hudbarriären och reducerar mängden *S. aureus* (47).

Livskvalitet

Eksem på händer har större negativ inverkan på livskvaliteten än eksem på andra lokaler (48, 49). Medelsvårt till svårt handeksem ger lika stor påverkan på livskvalitet som andra kroniska sjukdomar såsom psoriasis, astma och typ 2-diabetes (50, 51). Handeksem ger inte bara funktionsinskränkning och nedsatt arbetsförmåga, utan även emotionell påverkan och sömnstörningar (8, 52–54). Kvinnor beskriver större påverkan på mental hälsa än män (52, 53). Kontaktallergi är associerat med ökad sjukskrivning (45, 55).

Sjukskrivningar och arbetsbyten

Handeksem medför ofta försämrade handfunktion och nedsatt arbetsförmåga (56, 57). I en svensk uppföljningsstudie av handeksem i befolkningen drabbades 5% under uppföljningstiden av allvarigare konsekvenser som långvarig sjukskrivning, sjukpension eller arbetsbyte (31). Vid arbetsorsakat handeksem kan risken för arbetsbyte vara större; i en svensk studie av yrkeshudsjukdomar, där de flesta deltagare hade handeksem, rapporterade 44% arbetsbyte p.g.a. av hudsjukdomen efter 12 års uppföljning (58). I en dansk studie av arbetsorsakat handeksem hade 32% bytt arbete efter 5 år (59).

Ekonomi

Handeksem medför både direkta kostnader (sjukvård, sjukersättning och försäkringar) samt indirekta kostnader (förlorade arbetsdagar och minskad produktivitet) för individ och samhälle. I en systematisk review publicerad 2016 uppskattades den årliga kostnaden per handeksempatient ligga mellan 1712 och 9792 euro (60). I Danmark var år 2015 det genomsnittliga inkomstbortfallet vid arbetsorsakat eksem 1570 euro per arbetare och år och samhällets kostnad för sjukskrivning och arbetslöshetsersättning 1190 euro per arbetare och år (19). Om patienten kan bli kvar i arbete innebär det en stor vinst för patienten, för arbetsgivaren och för samhället, vilket kan motivera även kostsam behandling och andra stödåtgärder (61).

Prognos

Prognosen för handeksem har i flera studier visats vara dålig (31, 58, 62–64). Det är också visat att med längre tid mellan eksemdebut och medicinskt omhändertagande så ökar risken för dålig prognos (65). Nyare undersökningar pekar på möjligheten av förbättrad prognos vid tidigt omhändertagande, korrekt handläggning, patientinriktad utbildning och information samt uppföljning (64–70). Här finns ett behov av ökad kunskap om hur

utbildning/information/uppföljning kan utformas på ett optimalt sätt (69–72).

Interventioner

Här avses riktade åtgärder för specifika yrkesgrupper (exempelvis personal inom hälso- och sjukvård, frisörer) eller arbetsplatser (exempelvis vårdavdelningar, hemsjukvård, mekaniska verkstäder, frisörsalonger). För att genomföra riktade åtgärder på detta sätt krävs samarbete mellan olika kompetenser, exempelvis dermatologer, yrkeshygieniker och företagshälsovård. Till interventioner kan också räknas lagstiftande åtgärder såsom nickeldirektivet (73), regelverk avseende krom i läder och cement (74) och regleringar avseende ingredienser i kosmetika respektive hudvårdsprodukter (75).

Handläggning och utredning

Omhändertagandet av patienter med handeksemsjukdom omfattar identifiering av utlösande/försämrade faktorer, eliminering/reduktion av dessa faktorer, medicinsk behandling och uppföljning. Utredning av handeksem omfattar anamnes, klinisk undersökning, epikutantestning och sambandsbedömning.

Anamnes

Förutom medicinsk anamnes (förlopp, klinisk bild, tidigare hudproblem/sjukdomar, atopi, eksem som barn och tidigare känd kontaktallergi) ska en noggrann exponeringsbedömning göras. Här efterfrågas produkter/ämnen som patienten kommer i kontakt med både privat och i yrkesverksamhet men också vilka sysslor som utförs, på vilket sätt och vilka skyddsåtgärder som vidtagits, exempelvis typ av skyddshandskar. Som stöd i anamnesen kan innehållsförteckning på exempelvis hudvårdsprodukter och produktinformationsblad användas. I svårare fall kan det föreligga behov av stöd från yrkeshygieniker och även arbetsplatsbesök. Exponeringsanamnesen måste ofta upprepas och kompletteras vid uppföljande besök.

Klinisk undersökning

Handeksem kan grupperas efter klinisk bild (se tidigare text). Här finns dock ingen konsensus om kriterier för en sådan indelning och oavsett klinisk bild är handläggningen densamma vid handeksemsjukdom. Den kliniska bilden kan ge vägledning för terapival. Noggrann klinisk undersökning kan också ge information om det föreligger andra bakomliggande/försämrade orsaker till dermatoser på händerna, exempelvis psoriasis, pustulos palmoplantaris och tinea. Inspektion av fot-

terna kan ge ytterligare information om differentialdiagnoser.

Epikutantestning

Försämrade och/eller utlösande faktorer avseende kontakteksem på händerna kan vara av irritativ eller allergisk natur. Handeksem som varar mer än 6 veckor på korrekt medicinsk behandling eller recidiverar ska epikutantestas för att identifiera om det föreligger en kontaktallergisk komponent i handeksemsjukdomen. Ett sådant test ska utföras på ett standardiserat och kontrollerat sätt enligt internationella riktlinjer (76). I Sverige rekommenderas att testningen utförs av dermatolog. Omfattningen av ett epikutantest ska baseras på exponeringsbedömningen. Ett korrekt genomfört epikutantest ska minst omfatta testning med svensk basserie med 2 testavlösningar (på dag 3 eller 4 och på dag 7). Denna basserie kompletteras sedan vid behov med utvidgade testserier (till exempel för frisörer och metallarbete), enstaka ämnen eller test med eget material, det vill säga sådant patienten exponeras för. Testning med eget material måste ske med försiktighet (kunskap om materialen) så att patienten inte sensibiliseras vid testen. Det är väsentligt att det utförs en korrekt relevansbedömning av testresultatet.

Sambandsbedömning

Sambandsbedömningen innebär att man väger samman patientens anamnes, den kliniska bilden, epikutantestresultatet och hudexponeringen för att kunna förklara patientens besvär. Det måste föreligga ett tidsmässigt samband mellan den skadliga hudexponeringen och debuten av symptomen. Det ska också föreligga ett mekanistiskt samband (kunskapsbaserat) mellan typ av hudexponering och symtombild. Ett samband mellan de olika delarna är inte alltid helt klart utan måste utvärderas kontinuerligt vid uppföljande besök.

Diagnostik och handläggning

Handeksemsbesvär som inte förbättrats/läkt ut på 6 veckor med adekvat medicinsk behandling eller där handeksemet recidiverar, ska utredas enligt de riktlinjer som presenterats i dessa guidelines. Kortare eksemperioder där eksemet läker ut på rådgivning och lokalbehandling kräver normalt ingen vidare utredning. Oavsett graden av eksemsbesvär är uppföljning väsentlig då komplettering av anamnes och exponeringsbedömning kan behövas för att ge förnyad/ytterligare information till patienten och kunna justera behandlingen.

Remiss till Arbets- och miljödermatologisk enhet bör övervägas vid behov av fördjupad allergiutredning eller svårare exponerings- och sambandsbedömningar. Se även Basdokument för yrkes- och miljödermatologi på SSDV:s hemsida.

Behandling

Behandling av handeksem baseras på följande fem huvudprinciper:

- identifiera och reducera/eliminera skadlig hudexponering
- behandla inflammationen (eksemet)
- förbättra/underhåll hudbarriären med mjukgörare
- informera om försämrade faktorer, behandling och förebyggande åtgärder
- följ upp

I en Cochrane-review från 2019 (77) inkluderades 60 randomiserade och kontrollerade studier. Huvuddelen av studiedeltagarna var över 18 års ålder och i enbart 24 studier ingick en uppföljningsperiod. Få studier innehöll jämförelse med andra aktiva behandlingar. Lokala glukokortikoider och ultraviolett ljus var de mest studerade behandlingarna. På grund av det begränsade antalet jämförande studier samt heterogenitet mellan studierna går det inte att evidensmässigt ge en prioritet för bästa behandling.

Emellertid finns det en stor samlad klinisk erfarenhet och det har i flera länder utarbetats behandlingsriktlinjer för handläggning av handeksem (7, 78–84). Överensstämmelserna mellan dessa riktlinjer är stora och de kan sammanfattas på följande sätt.

Lokala glukokortikoider och mjukgörande medel utgör basen i behandling av akut såväl som kroniskt handeksem (85). Mycket talar för att det vid handeksembehandling bör anläggas ett proaktivt behandlingssätt på samma sätt som vid behandling av atopisk dermatit (86, 87). Det innebär användning av starka eller mycket starka glukokortikoider en gång dagligen fram till utläkning. Utvärdering av behandlingen är viktig. Efter utläkning minskas applikationsfrekvensen av glukokortikoider till två gånger i veckan under en längre tid dvs under flera veckor. Hur lång tid behandling bör fortgå innan den avslutas eller kompletteras med annan terapi är inte studerat varför detta blir en bedömningsfråga i varje enskilt fall. Om behandlingseffekten är begränsad bör dock systembehandling övervägas redan efter två månaders behandling. I de fall systembehandling ej blir aktuell kan underhållsbehandling med starka glukokortikoider pågå under flera månader (88).

Mjukgörare utgör en viktig del i behand-

lingen av handeksem. Grunden för detta är att mjukgörare påverkar hornlagret och därigenom har en effekt på barriärfunktionen. Experimentella studier av irritationsreaktioner har visat att användning av mjukgörare har en positiv effekt på hudbarriärens återhämtning (89, 90).

Välgjorda interventionsstudier har visat att mjukgörare kan ha en positiv effekt som en del i ett större preventionsprogram (91). I en randomiserad och kontrollerad studie visades att ett mjukgörande medel baserat på en vaselinberedning och en mjukgörande som innehöll ceramid gav förbättring av handeksemet i nästan 70 procent av fallen (92). Någon skillnad mellan produkterna kunde ej påvisas i denna studie och ej heller i en omfattande review av mjukgörare i en Cochrane-review (93).

Efter utläkning av handeksemet har det visats att behandling med en mjukgörande kräm förlängde det sjukdomsfria intervallet, d.v.s. tiden till återfall (94), och också reducerade behovet av glukokortikoider (95).

Behandling med ultraviolett ljus har visats ha god effekt såväl i randomiserade studier som i klinisk praxis (77, 96, 97). Emellertid är det inte fullt klarlagt om behandlingen bör ges lokalt till händerna eller som helkroppsbehandling. Buckybehandling som enligt klinisk erfarenhet vara användbar för vissa former av svårbehandlade kroniska handeksem.

Om behandling med lokala glukokortikoider och/eller ultraviolett ljus inte har tillräcklig effekt kan man överväga lokalbehandling med tacrolimus 0,1% (98). Det är emellertid viktigt att som förskrivare ha kännedom om att kalcineurinhämmare ofta har måttlig effekt vid handeksem (77) men vissa individer har tillräcklig effekt för att inte behöva gå över till systembehandling.

Systemisk behandling kan ges med ett flertal läkemedel. Det vetenskapliga underlaget är bäst för alitretinoin även om jämförande studier med andra systemläkemedel är bristfälliga (77).

Alitretinoin är det systemläkemedel som i första hand rekommenderas vid behandling av svårt handeksem som inte svarat tillräckligt på lokalbehandling och där behandling med ultraviolett ljus inte haft tillräckligt god effekt eller inte ansetts lämpligt för patienten (99–102). I placebokontrollerade studier och i klinisk användning är det knappt hälften som erhåller läkning eller nästan läkning vid behandling med alitretinoin. Emellertid är det ytterligare 20–30% som får en måttlig effekt vilket kan vara väsentligt för de med svåra besvär (99–100). Vanligtvis tolereras behandlingen väl, den vanligaste biverkan är

huvudvärk. Alitretinoin får ej användas under graviditet och ska vara utsatt minst en månad före konception.

Perorala glukokortikoider används ganska frekvent (103). Den främsta indikationen är svåra handeksem i väntan på att annan samtidig systembehandling ska uppnå full effekt (104). Användningen av systemiska glukokortikoider begränsas framförallt av risken för biverkningar vid längre tids användning (104).

Andra systemläkemedel som används vid behandling av svåra handeksem är utan inbördes rangordning metotrexat (105), ciklosporin (106), azatioprin (107, 108), acitretin (109) och botulinumtoxin typ A (110).

Nya läkemedel som ännu inte används i någon större omfattning i klinisk praxis och vars plats i behandlingsarsenalen ännu är oklar är dupilumab (111, 112) samt olika JAK-hämmare (81, 97, 113).

Sjukskrivning

Handeksem har ett varierande förlopp över tid där en andel patienter har en kroniskt påverkad funktion medan majoriteten har perioder av symtomfrihet. Påverkan på arbetsförmågan vid handeksem är ofta uppenbar. Handeksem ger funktionsinskränkning främst på grund av klåda och smärta, i svåra fall med nedsatt rörlighet och styrka som följd. Handeksem kan även ge upphov till emotionell påverkan och sömnstörningar.

Basen i omhändertagandet av handeksem är förutom behandling eliminering av olämplig exponering vilket kan inkludera anpassat arbete eller arbetsbyte. Sjukskrivning kan krävas för att återställa funktionshinder orsakade av klåda, värk samt nedsatt rörlighet och styrka. För att återställa hudbarriärens funktion och stabilt läka inflammationen krävs efter att eksemets kliniska tecken försvunnit ytterligare 3–6 månaders reducerad exponering och behandling. Eliminering av olämplig exponering kan vara skäl till ytterligare sjukskrivning i väntan på rehabiliterande åtgärder. Det åligger dock i första hand arbetsgivaren att erbjuda den anställda arbetsuppgifter som inte är skadliga för hälsan. Det kan innebära ändrade arbetsuppgifter eller omplacering. Risk föreligger för långa sjukperioder om inte anpassat arbete eller arbetsbyte kan erbjudas.

Vid eksem måste man beakta att infekterade sår respektive hudinfektioner gör att man inte får arbeta med livsmedel (114).

Vid långvarig sjukskrivning av patient med handeksem finns skäl att överväga remiss till yrkesdermatologisk mottagning.

Försäkringsmässiga aspekter

Vid misstanke om arbetsorsakat eksem skall patienten informeras om gällande lagstiftning och försäkring samt uppmanas att anmäla arbetsskada till Försäkringskassan och till AFA Försäkring.

Referenser

- Johansen JD, Hald M, Andersen BL, Laurberg G, Danielsen A, Avnstrøm C, et al. Classification of hand eczema: clinical and aetiological types. Based on the guideline of the Danish Contact Dermatitis Group. *Contact Dermatitis* 2011;65:13-21.
- Agner T, Aalto-Korte K, Andersen KE, Foti C, Gimenez-Arnau A, Goncalo M, et al. Classification of hand eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:2417-22.
- Agner T, Elsner P. Hand eczema: epidemiology, prognosis and prevention. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34 Suppl 1:4-12.
- Cvetkovski RS, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Relation between patients' and physicians' severity assessment of occupational hand eczema. *Br J Dermatol* 2005;153:596-600.
- Curr N, Matheson MC, Dharmage S, Nixon R. Does the occupational contact dermatitis disease severity index correlate with quality of life in patients with occupational contact dermatitis of the hands? *Contact Dermatitis* 2010;62:251-2.
- Lindberg M, Borgefors K, Meding B, Berg M. Hand eczema and health-related quality of life; a comparison of EQ-5D and the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in relation to the Hand Eczema Extent Score (HEES). *Contact Dermatitis* 2013;69:138-43.
- Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015;13:e1-22.
- Stenberg B, Meding B, Svensson A. Dermatology in public health--a model for surveillance of common skin diseases. *Scand J Public Health* 2010;38:368-74.
- Borgefors K, Lindberg M, Isacson D. Quality of life, use of topical medications and socioeconomic data in hand eczema: a Swedish nationwide survey. *Acta Derm Venereol* 2011;91:452-58.
- Quaade AS, Simonsen AB, Halling AS, Thyssen JP, Johansen JD. Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population - A systematic review and metaanalysis. *Contact Dermatitis* 2021;84:361-74.
- Lindberg M, Isacson D, Borgefors K. Self-reported skin diseases, quality of life and medication use: a nationwide pharmaco-epidemiological survey in Sweden. *Acta Derm Venereol* 2014;94:188-91.
- Johannisson A, Ponten A, Svensson A. Prevalence, incidence and predictive factors for hand eczema in young adults - a follow-up study. *BMC Dermatol* 2013;13:14.
- Drewitz KP, Stark KJ, Zimmermann ME, Heid IM, Apfelbacher CJ. Frequency of hand eczema in the elderly - cross-sectional findings from the German AugUR study. *Contact Dermatitis* 2021;85:489-93.
- Meding B, Jarvholm B. Incidence of hand eczema-a population-based retrospective study. *J Invest Dermatol* 2004;122:873-7.
- Grönhagen CM, Lidén C, Bergström A, Kull I, Wahlgren CF, Meding B. Prevalence and incidence of hand eczema in adolescence: report from BAMSE-a population-based birth cohort. *Br J Dermatol* 2014;171:609-14.
- Björnerberg A. Skin reactions to primary irritants in men and women. *Acta Derm Venereol* 1975;55:191-4.
- Agner T. Noninvasive measuring methods for the investigation of irritant patch test reactions. A study of patients with hand eczema, atopic dermatitis and controls. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockholm)* 1992;173:1-26.
- Møllerup A, Veien NK, Johansen JD. An analysis of gender differences in patients with hand eczema - everyday exposures, severity, and consequences. *Contact Dermatitis* 2014;71:21-30.
- Dietz JB, Menné T, Meyer HW, Viskum S, Flyvholm MA, Ahrensboell-Friis U, et al. Degree of employment, sick leave, and costs following notification of occupational contact dermatitis-A register-based study. *Contact Dermatitis* 2021;84:224-35.
- DGUV Statistics 2019 - Figures and long-term trends. <https://publikationen.dguv.de/zahlen-fakten/ueberblick/3922/dguv-statistics-2019-figures-and-long-term-trends> accessed 4 Aug 2021.
- Dietz JB, Menné T, Meyer HW, Viskum S, Flyvholm MA, Ahrensboell-Friis U, et al. Incidence rates of occupational contact dermatitis in Denmark between 2007 and 2018: A population-based study. *Contact Dermatitis* 2021;85:421-28.
- Grönhagen C, Lidén C, Wahlgren CF, Ballardini N, Bergström A, Kull I, et al. Hand eczema and atopic dermatitis in adolescents: a prospective cohort study from the BAMSE project. *Br J Dermatol* 2015;173:1175-82.
- Gittler JK, Krueger JG, Guttman-Yassky E. Atopic dermatitis results in intrinsic barrier and immune abnormalities: implications for contact dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131:300-13.
- Fujii M. Current understanding of pathophysiological mechanisms of atopic dermatitis: Interactions among skin barrier dysfunction, immune abnormalities and pruritus. *Biol Pharm Bull* 2020;43:12-9.
- Lund T, Petersen SB, Flachs EM, Ebbelhøj NE, Bonde JP, Agner T. Risk of work-related hand eczema in relation to wet work exposure. *Scand J Work Environ Health* 2020;46:437-45.
- Meding B, Lindahl G, Alderling M, Wrangsjö K, Anveden Berglind I. Is skin exposure to water mainly occupational or nonoccupational? A population-based study. *Br J Dermatol* 2013;168:1281-6.
- Bennike NH, Johansen JD, Menné T. Friction from paper and cardboard causing occupational dermatitis in non-atopic individuals. *Contact Dermatitis* 2016;74:307-8.
- Ramsing DW, Agner T. Effect of glove occlusion on human skin (II). Long-term experimental exposure. *Contact Dermatitis* 1996;34:258-62.
- Rycroft RJ, Smith WD. Low humidity occupational dermatoses. *Contact Dermatitis* 1980;6:488-92.
- Callahan A, Baron E, Fekedulegn D, Kashon M, Yucelsoy B, Johnson VJ, et al. Winter season, frequent hand washing, and irritant patch test reactions to detergents are associated with hand dermatitis in health care workers. *Dermatitis* 2013;24:170-75.
- Meding B, Wrangsjö K, Jarvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: predictive factors. *J Invest Dermatol* 2005;124:893-7.
- Heede NG, Thyssen JP, Thuesen BH, Linneberg A, Johansen JD. Predictive factors of self-reported hand eczema in adult Danes: a population-based cohort study with 5-year follow-up. *Br J Dermatol* 2016;175:287-95.
- Bonneville M, Chavagnac C, Vocanson M, Rozieres A, Benetiere J, Pernet I, et al. Skin contact irritation conditions the development and severity of allergic contact dermatitis. *J Invest Dermatol* 2007;127:1430-5.
- Aalto-Korte K, Koskela K, Pesonen M. 12-year data on dermatologic cases in the Finnish Register of Occupational Diseases I: Distribution of different diagnoses and main causes of allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2020;82:337-42.
- Lysdal SH, Johansen JD, Flyvholm MA, Søstved H. A quantification of occupational skin exposures and the use of protective gloves among hairdressers in Denmark. *Contact Dermatitis* 2012;66:323-34.
- Meding B, Anveden Berglind I, Alderling M, Lindahl G, Wrangsjö K. Water exposure-challenging differences between occupations. *Contact Dermatitis* 2016;74:22-8.
- Anveden Berglind I, Alderling M, Meding B. Life-style factors and hand eczema. *Br J Dermatol* 2011;165:568-75.
- Sørensen JA, Fisker MH, Agner T, Clemmensen KK, Ebbelhøj NE. Associations between lifestyle factors and hand eczema severity: are tobacco smoking, obesity and stress significantly linked to eczema severity? *Contact Dermatitis* 2017;76:138-45.
- Sørensen JA, Clemmensen KK, Nixon RL, Diepgen TL, Agner T. Tobacco smoking and hand eczema - is there an association? *Contact Dermatitis* 2015;73:326-35.
- Zimmer KA, Armbrecht ES, Burkemper NM. The association of smoking with contact dermatitis and hand eczema - a review. *Int J Dermatol* 2018;57:375-87.
- Hamnerius N, Svedman C, Bergendorff O, Björk J, Bruze M, Ponten A. Wet work exposure and hand eczema among healthcare workers: a cross-sectional study. *Br J Dermatol* 2018;178:452-61.
- Haslund P, Bangsgaard N, Jarlov JO, Skov L, Skov R, Agner T. *Staphylococcus aureus* and hand eczema severity. *Br J Dermatol* 2009;161:772-7.
- Mernelius S, Carlsson E, Henricson J, Lofgren S, Lindgren PE, Ehrlich R, et al. *Staphylococcus aureus* colonization related to severity of

- hand eczema. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016;35:1355-61.
44. Nørreslet LB, Edslev SM, Clausen ML, Flachs EM, Ebbelhøj NE, Andersen PS, et al. Hand eczema and temporal variation of *Staphylococcus aureus* clonal complexes: A prospective observational study. *J Am Acad Dermatol* 2021. Epub ahead of print.
 45. Hamnerius N, Svedman C, Bergendorff O, Björk J, Bruze M, Engfeldt M, et al. Hand eczema and occupational contact allergies in healthcare workers with a focus on rubber additives. *Contact Dermatitis*. 2018;79:149-56.
 46. Nørreslet LB, Edslev SM, Flachs EM, Ebbelhøj NE, Andersen PS, Agner T. Wearing occlusive gloves increases the density of *Staphylococcus aureus* in patients with hand eczema. *Acta Derm Venereol* 2021;101.
 47. Nilsson E, Henning C, Hjörleifsson ML. Density of the microflora in hand eczema before and after topical treatment with a potent corticosteroid. *J Am Acad Dermatol* 1986;15(2 Pt1):192-97.
 48. Holness DL. Results of a quality of life questionnaire in a patch test clinic population. *Contact Dermatitis*. 2001;44:80-4.
 49. Kadyk DL, McCarter K, Achen F, Belsito DV. Quality of life in patients with allergic contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:1037-48.
 50. Moberg C, Alderling M, Meding B. Hand eczema and quality of life: a population-based study. *Br J Dermatol*. 2009;161:397-403.
 51. Capucci S, Hahn-Pedersen J, Vilsbøll A, Kragh N. Impact of atopic dermatitis and chronic hand eczema on quality of life compared with other chronic diseases. *Dermatitis* 2020;31:178-84.
 52. Wallenhammar LM, Nyfjall M, Lindberg M, Meding B. Health-related quality of life and hand eczema--a comparison of two instruments, including factor analysis. *J Invest Dermatol* 2004;122:1381-9.
 53. Marron SE, Tomas-Aragones L, Navarro-Lopez J, Gieler U, Kupfer J, Dalgard FJ, et al. The psychosocial burden of hand eczema: Data from a European dermatological multicentre study. *Contact Dermatitis*. 2018;78:406-12.
 54. Meding B, Wrangsjö K, Jarvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol*. 2005;152:975-80.
 55. Meding B, Swanbeck G. Predictive factors for hand eczema. *Contact Dermatitis*. 1990;23:154-61.
 56. Holness DL, Beaton D, Harniman E, DeKoven J, Skotnicki S, Nixon R, et al. Hand and upper extremity function in workers with hand dermatitis. *Dermatitis* : 2013;24:131-6.
 57. Passlov HM, Pontén A, Björk J, Rosén B, Bruze M, Svedman C, et al. Hand strength and dexterity in individuals with hand eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:2856-62.
 58. Meding B, Lantto R, Lindahl G, Wrangsjö K, Bengtsson B. Occupational skin disease in Sweden--a 12-year follow-up. *Contact Dermatitis*. 2005;53:308-13.
 59. Carøe TK, Ebbelhøj NE, Bonde JP, Agner T. Occupational hand eczema and/or contact urticaria: factors associated with change of profession or not remaining in the workforce. *Contact Dermatitis*. 2018;78:55-63.
 60. Politiek K, Oosterhaven JA, Vermeulen KM, Schuttelaar ML. Systematic review of cost-of-illness studies in hand eczema. *Contact Dermatitis* 2016;75:67-76.
 61. Andrees V, John SM, Nienhaus A, Skudlik C, Brans R, Augustin M, et al. Economic evaluation of a tertiary prevention program for occupational skin diseases in Germany. *Contact Dermatitis*. 2020;82:361-9.
 62. Meding B, Wrangsjö K, Jarvholm B. Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. *Br J Dermatol*. 2005;152:975-80.
 63. Meding B., Sämre prognos för handeksem vid sent omhändertagande. *Läkartidningen*. 2010;107:324.
 64. Petersen A, Johansen J, Hald M. Hand eczema--prognosis and consequences: a 7-year follow-up study. *Br J Dermatol* 2014;171:1428-33.
 65. Hald M, Agner T, Blands J, Johansen J, Danish Contact Dermatitis Group. Delay in medical attention to hand eczema: a follow-up study. *Br J Dermatol* 2009;161:1294-300.
 66. Olesen C, Agner T, Ebbelhøj N, Carøe T. Factors influencing prognosis for occupational hand eczema: new trends. *Br J Dermatol* 2019;181:1280-86.
 67. Topal Y, Agner T, van der Heiden J, Ebbelhøj N, Clemmensen K. Hand eczema patient's knowledge of skin protection following a guided talk-A retrospective study with a follow-up questionnaire. *Contact Dermatitis* 2019;81:117-123.
 68. Erdil D, Koku Aksu A, Gür T, Gürel M. Hand eczema treatment: Change behaviour with text messaging, a randomized trial. *Contact Dermatitis* 2020;82:153-160.
 69. Tauber M, Lourari S, Bérard E, Questel E, Redoules D. Positive change in hand care habits using therapeutic patient education in chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2020;82:10-17.
 70. Elsner P, and T. Agner, Hand eczema: a 'neglected' disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020. 34 Suppl 1: p. 3.
 71. Graversgaard, C., et al., A long-term follow-up study of the Hand Eczema Trial (HET): a randomized clinical trial of a secondary preventive programme introduced to Danish healthcare workers. *Contact Dermatitis*. 2018. 78(5): p. 329-334.
 72. Fisker M, Ebbelhøj N, Vejlsø S, Lindschou J, Gluud C. Prevention of hand eczema: effect of an educational program versus treatment as usual - results of the randomized clinical PREVEX trial. *Scand J Work Environ Health* 2018;44:212-218.
 73. The Commission of the European Communities. Commission regulation (EC) no 552/2009 amending regulation (EC) no 1907/2006 of the European Parliament and of the council on the registration, evaluation, authorisation and restriction of chemicals (REACH) as regards annex XVII. *Off J Eur Union*. 2009;52:L164:7-31
 74. Regulation (EC) No 1223/2009 of the European Parliament and of the Council of 30 November 2009 on cosmetic products. *Off J Eur Union* 2009:L342:59-209.
 75. European Union, Commission regulation (EU) No. 301/2014 of 25 March 2014 amending Annex XVII to regulation (EC) No. 1907/2006 of the European Parliament and of the Council on the Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals (REACH) as regards chromium VI compounds Text with EEA relevance.
 76. Johansen J, Aalto-Korte K, Agner T, Andersen K, Bircher A et al. European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing - recommendations on best practice. *Contact Dermatitis* 2015; 73:195-221.
 77. Christoffers W, Coenraads P-J, Svensson Å, Diepgen T, Dickinson-Blok J et al. Interventions for hand eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4:CD004055
 78. Menné T, Johansen J, Sommerlund M, Veien N et al. Danish Contact Dermatitis Group. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2011; 65:3-12.
 79. Cazzaniga S, Ballmer-Weber B, Gräni N, Spring R, Bircher A et al. Medical, psychological and socio-economic implications of chronic hand eczema: a cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30:628-37.
 80. NKR: Behandling av håndeksem. Sundhedsstyrelsen, Danmark, 2016 (<https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-Behandling-af-haandeksem>).
 81. Berthold E, Weisshaar E. [Treatment of hand eczema]. *Hautarzt*. 2019; 70:790-796.
 82. Salvador J, Mendaza F, Garcés M, Palacios-Martínez D, Camacho R et al. Guidelines for the diagnosis, treatment, and prevention of hand eczema. *Actas Dermosifiliogr*. 2020; 111:26-40.
 83. Kim H, Bang C, Kim H, Lee D, Ko J et al. 2020 Korean consensus guidelines for diagnosis and treatment of chronic hand eczema. *Ann Dermatol*. 2021;33:351-360.
 84. Rademaker M, Armour K, Baker C, Foley P, Gebauer K et al. Management of chronic hand and foot eczema. *An Australia/New Zealand clinical narrative*. *Australas J Dermatol* 2021; 62:17-26.
 85. Veien N. Acute and recurrent vesicular hand dermatitis. *Dermatol Clin*. 2009;27:337-353.
 86. Schmitt J, von Kobyletzki L, Svensson Å, Apfelbacher C. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol*. 2011;164:415-28.
 87. Wollenberg A, Christen-Zäch S, Taieb A, Paul C, Thyssen J et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34:2717-2744.
 88. Veien N, Ølholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. *Br J Dermatol* 1999;140:882-886.

89. Held E, Lund H, Agner T. Effect of different moisturizers on SLS-irritated human skin. *Contact Dermatitis*. 2001; 44:229-34.
90. Buraczewska I. Skin barrier responses to moisturizers. Thesis, Acta Universitatis Upsalensis, Uppsala, 2008.
91. Mygind K, Sell L, Flyvholm M, Frydendall Jepsen K. High-fat petrolatum-based moisturizers and prevention of work-related skin problems in wet-work occupations. *Contact Dermatitis* 2006; 54:35-41.
92. Kucharekova M, Van De Kerkhof P, Van Der Valk P. A randomized comparison of an emollient containing skin-related lipids with a petrolatum-based emollient as adjunct in the treatment of chronic hand dermatitis. *Contact Dermatitis* 2003; 48:293-9
93. Van Zuuren E, Fedorowicz Z, Arents B. Emollients and moisturizers for eczema: abridged Cochrane systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol* 2017; 177:1256-1271.
94. Lodén M, Wirén K, Smerud K, Meland N, Hønnås H et al. Treatment with a barrier-strengthening moisturizer prevents relapse of hand-eczema. An open, randomized, prospective, parallel group study. *Acta Derm Venereol* 2010; 90:602-6.
95. Lodén M, Wirén K, Smerud K, Meland N, Hønnås H et al. The effect of a corticosteroid cream and a barrier-strengthening moisturizer in hand eczema. A double-blind, randomized, prospective, parallel group clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26:597-601.
96. Brass D, Fouweather T, Stocken D, Macdonald C, Wilkinson J et al. An observer-blinded randomized controlled pilot trial comparing localized immersion psoralen-ultraviolet A with localized narrowband ultraviolet B for the treatment of palmar hand eczema. *Br J Dermatol* 2018; 179:63-71.
97. Elsner P, Agner T. Hand eczema: treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34: Suppl 1:13-21.
98. Juntongjin P, Pongprasert R. Calcipotriol ointment shows comparable efficacy to topical steroids in chronic hand eczema. *Dermatol Ther*. 2019; 32: e12956.
99. Blair H, Scott L. Alitretinoin: A review in severe chronic hand eczema. *Drugs* 2016;76:1271-1279.
100. Morris M, Schifano L, Fong R, Graff O. Safety of alitretinoin for severe refractory chronic hand eczema: Clinical studies and postmarketing surveillance. *J Dermatolog Treat* 2016; 27:54-8.
101. Halioua B, Paul C, Berbis P, Cambazard F, Doutre M et al. Efficacy and safety of oral alitretinoin as treatment for chronic hand eczema in France: a real-life open-label study. *Eur J Dermatol* 2019; 29:59-66.
102. Ferrucci S, Persichini P, Gola M, Scandagli I, Pigatto P et al. DECISA project (Dermatology Clinics in Italy: Survey on Alitretinoin): A real-life retrospective cohort multicenter study on 438 subjects with chronic hand eczema. *Dermatol Ther* 2021;34: e14911.
103. Apfelbacher C, Molin S, Weisshaar E, Bauer A, Elsner P et al. Characteristics and provision of care in patients with chronic hand eczema: updated data from the CARPE registry. *Acta Derm Venereol* 2014; 94:163-7.
104. Thyssen J, Schuttelaar M, Alfonso J, Andersen K, Angelova-Fischer I et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis* 2022. Epub ahead of print.
105. Politiek K, van der Schaft J, Christoffers W, Coenraads P, van den Reek J et al. Drug survival of methotrexate treatment in hand eczema patients: results from a retrospective daily practice study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30:1405-7.
106. Christoffers W, Politiek K, Coenraads P, van der Schaft J, de Bruin-Weller M et al. Drug survival of cyclosporine in the treatment of hand eczema: a multicentre, daily use study. *J Eur Acad Venereol*. 2016; 30:63-6.
107. Oosterhaven J, Politiek K, Schuttelaar M. Azathioprine treatment and drug survival in patients with chronic hand eczema – results from daily practice. *Contact Dermatitis*. 2017; 76:304-307.
108. Garritsen F, van der Schaft J, de Graaf M, Hijnen D, Bruijnzel-Koomen C et al. Allopurinol co-prescription improves the outcome of azathioprine treatment in chronic eczema. *Acta Derm Venereol* 2018; 98:373-375.
109. Politiek K, Christoffers W, Coenraads P. Alitretinoin and acitretin in severe chronic hand eczema; results from a retrospective daily practice study. *Dermatol Ther* 2016;29:364-371.
110. Ismail A, El-Kholy S, Farid C. Botulinum toxin type A in chronic non-dyshidrotic palmar eczema: A side-by-side comparative study. *J Dermatol* 2020; 47:601-608.
111. Halling A, Zachariae C, Thyssen J. Severe treatment-resistant acute and recurrent vesicular chronic hand eczema successfully treated with dupilumab. *Contact Dermatitis*. 2020; 83:37-38.
112. Oosterhaven J, Voorberg A, Romeijn G, de Bruin-Weller M, Schuttelaar M. Effect of dupilumab on hand eczema in patients with atopic dermatitis: An observational study. *J Dermatol* 2019; 46:680-685.
113. Worm M, Bauer A, Elsner P, Mahler V, Molin S et al. Efficacy and safety of topical delgocitinib in patients with chronic hand eczema: data from a randomized, double-blind, vehicle-controlled phase IIa study. *Br J Dermatol*. 2020; 182:1103-1110.
114. Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 852/2004 av den 29 april 2004 om livsmedelshygien – bilaga II kapitel VIII punkt 2 (<https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/SV/TXT/?qid=1565178108906&uri=CELEX:32004R0852>).

Snabbguide för handläggning av handeksem Se även bakgrundsdocument

Syfte

Målet med dessa råd är att förbättra prognosen för patienter med handeksem genom snabbt insättande av korrekt behandling och rådgivning samt i fall med mer terapiresistenta besvär genomföra utvidgad utredning och förstärkt behandling. Data talar för att snabb och korrekt handläggning förbättrar prognosen.

Varianter av handeksem

I bakgrundsdocumentet beskriver vi de vanligaste varianterna av handeksem. Alla typer av handeksem kan försämrats av barriärskadande och irriterande exponering. Man kan

Behandlingstrappa



aldrig utesluta inslag av relevant kontaktallergi oavsett kliniskt utseende. Därför skall alla patienter som inte läker på 6 veckors korrekt handläggning, eller som reciderar efter läkning, erbjudas lapptest.

Primärvård (PV)

I patientinformationen framgår principerna för behandling och förebyggande råd, se Patientinformation. Att bara använda steroiden när eksemet är som värst medför att inflammationen inte läker ut. För val av mjukgörande kräm, se regionernas rekommenderade läkemedel. Om patienter önskar fetare kräm till kvällen finns sådana receptfritt på apotek. Uppföljning, se nedan.

Om handeksemet inte läkt på 6 veckors korrekt omhändertagande eller om eksemet reciderar efter utläkning, skall patienten remitteras till specialistvård för kompletterande utredning och behandling.

Specialistvård

Extra stark glukokortikoid kan provas under en begränsad tid. Om tillägg med UVB-behandling inte räcker för läkning eller sådan behandling bedöms som olämplig bör patienten erbjudas systembehandling. Förstahandsval för systembehandling är alitretinoin. Andrahandsval är metotrexat. För hyperkeratotiskt handeksem är acitretin ett alternativ till methotrexat. Ciklosporin föreslås vid vesikulos med glesa skov eftersom läkemedlet har kort anslagstid. Andra mer ovanliga terapival beskrivs i bakgrundsdocumentet.

Uppföljning

För att bekräfta att patienten förstått hur behandlingen skall genomföras och att patienttråden följs är klinisk uppföljning viktig och bör genomföras med 4-6 veckors intervall. Det primära målet bör vara stabil klinisk utläkning. Om målet inte nås kan det vara motiverat att använda lokala glukokortikoider intermittent under längre behandlingstid.

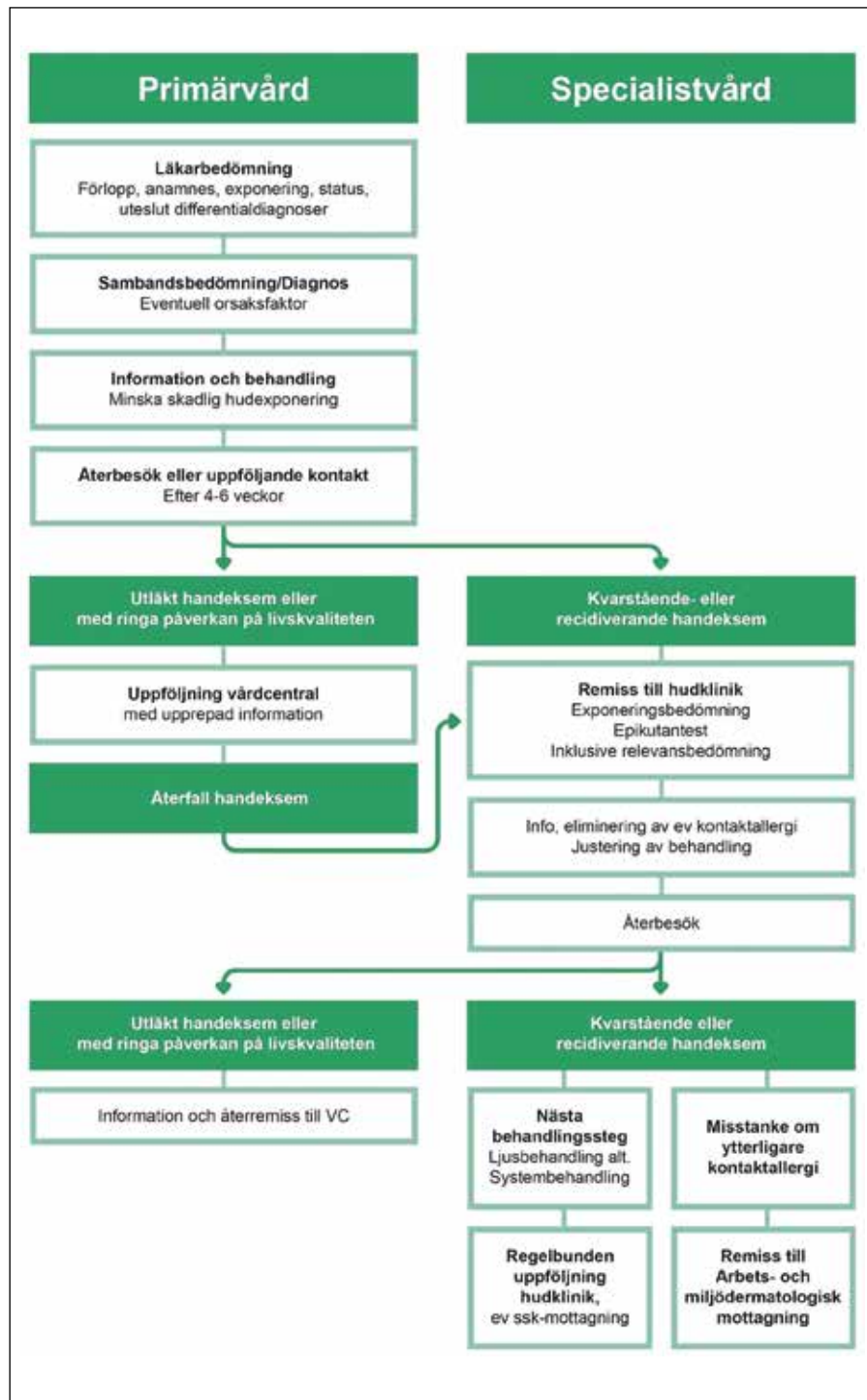
Livskvalitet

Vi har inte angivit någon objektiv parameter för handeksemets svårighetsgrad. Patientens upplevelse av handeksemets påverkan på livskvaliteten bör vara vägledande för handläggningen.

Försäkring

Om patienten har ett förvärvsarbete och utredningen talar för att yttre faktorer i arbetet är av betydelse skall patienten informeras om hur man kan anmäla arbetsskada till Afa försäkring och Försäkringskassan.

Flödesschema avseende handläggning av handeksem



Åke Svensson

Övriga författare: Nils Hamnerius, Anna Josefson, Magnus Lindberg, Berndt Stenberg

2022-01-01

Patientråd vid handeksem

Råd för att förebygga och behandla handeksem

I: Undvik hudskadande faktorer

- Använd skyddshandskar av plast eller gummi vid våtarbete och matlagning.
- Använd lämpliga skyddshandskar vid nedsmutsande aktiviteter.
- Handskarna skall vara anpassade till arbetsuppgifterna.
- Skyddshandskarna ska vara rena och torra på insidan. Använd handskarna så kort tid som möjligt. Om längre tid krävs rekommenderas bomullsvante under skyddshandsken.

Om utredningen påvisar en kontaktallergi kommer du få speciell information om hur du ska undvika aktuellt ämne.

II: Åtgärda inflammationen

- Smörj kortisonkräm varje kväll till eksemet är läkt. Övergå då till smörjning två kvällar per vecka.
- Underhållsbehandling med kortisonkräm två kvällar per vecka kan fortgå under lång tid.
- Om eksemet återkommer, återgå då till daglig användning av kortisonkräm.

- Om detta behandlingsschema inte fungerar kommer behandlande läkare att diskutera andra behandlingsalternativ med dig.

III: Vårda hudbarriären

- Smörj händerna med en oparfymerad, fuktbevarande kräm flera gånger dagligen. På kvällen kan en fetare kräm användas vid behov, eventuellt under bomullsvante.
- Använd så lite tvål som möjligt, skölj noga i ljummet vatten och torka torrt.
- Handkräm kan användas som mild tvål (smörj först, ta vatten sedan).
- I många situationer kan handsprit ersätta tvål.
- Händerna ska tvättas med tvål och vatten om de är synligt smutsiga samt vid risk för smittspridning av magsjuka.
- Undvik ringar.
- Använd handskar utomhus på vintern.



TIPS! Skriv gärna ut patientbroschyren och dela ut till eksempatienter på er klinik!

Annons

Annons

Annons

Iktyos – en översikt och uppdatering

Iktyos omfattar ett brett spektrum av hudsjukdomar med minst 30 olika former, från mild till svårt funktionsnedsättande sjukdom. Iktyos finns i alla världsdelar, befolkningsgrupper och hudtyper. Statistiken avseende antal personer som drabbas baseras på internationella studier. Hur många personer det finns i Sverige med iktyos går inte att exakt redogöra för, men det föds omkring 2-4 barn i Sverige per år med någon form av kongenital iktyos. Om man dessutom räknar in de så kallade vanligare formerna ichthyosis vulgaris och X-linked ichthyosis föds det betydligt fler.

Namn på iktyosjukdomarna och indelning i olika grupper har varierat över tid. Allt eftersom kunskapen om iktyosjukdomarnas ursprung, patofysiologi och de genetiska orsakerna har ökat avsevärt, har de olika iktyosformerna grupperats på nya sätt. Den nuvarande indelningen syns i figur 1.

Den genetiska forskningen har kommit långt avseende iktyosjukdomarna. Cirka 60 gener med tusentals mutationer har identifierats som orsak till någon form av iktyos eller syndrom där iktyos ingår. För att verifiera genen och mutationen krävs ett blodprov som skickas till Klinisk genetik, Akademiska sjukhuset i Uppsala, för analys. Man kör där en så kallad "iktyospanel" med analys av 58 olika gener. Vet man den genetiska orsaken kan information ges om ärftlighetsmönster, upprepningsrisk och testmöjligheter, till exempel fosterdiagnostik, eller preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD) i samband med provrörsbefruktnings. Patienter med såväl mild som svår iktyos som får sin diagnos verifierad via genetisk testning, mår mycket bättre av att få bekräftat vilken form av iktyos de har, även om man inte kan göra mer än att ordinera utvärtes behandling för egenvård till patienterna. Svaret på den genetiska testningen ger svar på vilken gen och mutation som orsakar patienternas iktyos men kan inte ge något svar avseende långsiktig prognos av sjukdomen, vilket patienten ofta vill veta.

Symtom

Symtombilden vid de olika iktyosformerna kan variera stort. Symtomen varierar även inom samma grupp av iktyos även om det ses mutation på samma gen. När man ska förklara vad iktyos ger för symtom brukar man säga torr, förtjockad och fjällig hud, ibland rodnad hud eller sårigheter. Det finns vissa särdrag som skiljer de olika iktyosformerna från varandra (se figur 2). Personer med ichthyosis vulgaris (IV) har kraftigt linjerade handflator utöver den torra huden. Pojkar med könsbunden iktyos (XLI) har mörkare fjäll, särskilt på extremiteter, bål och nacke. På senare tid har ett flertal studier visat att pojkar/män med XLI oftare har neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom ADHD och autism i jämförelse med motsvarande pojkar/män utan XLI (se referenser).

Barn och vuxna med Autosomal Recessive Congenital ichthyosis (ARCI) har i allmänhet svårare hudsymtom än de med IV och XLI. Huden är torrare, mer fjällande och ofta kraftigt förtjockad. Vissa har en uttalad rodnad hud som är finfjällig med ljusa fjäll. Utseendet är förändrat och studier visar att

den annorlunda huden och utseendet påverkar livskvaliteten negativt. Vid epidermolytic ichthyosis/keratinopathic ichthyosis ses en markant skörhet i huden och efter nyföddhetsperioden ökar hudens tjocklek mycket tydligt särskilt i alla hudveck.

Olika syndrom har sina särdrag. Personer med Sjögren-Larssons syndrom har till exempel en "randig hudteckning" särskilt i armveck, nacke, axill medan de med Nether-ton syndrom har en tunn rodnad hud där yttersta hudlagret lossar och fjällar av i stort sett varje dag. Varje syndrom har även sina specifika organsymtom.

Nyfödd med iktyos

Två till fyra barn per år föds i Sverige med svår iktyos som syns direkt efter födseln, det vill säga redan på förlossningsavdelningen. De flesta är så kallad collodion baby eller har en kraftig erythrodermi. Det är ofta inte möjligt att avgöra vilken iktyosform det nyfödda barnet har bara genom att titta på hudsymtomen direkt efter födelsen. Undantagen är Harlequin ichthyosis/Harlequin baby där barnet ser så annorlunda ut och har så svåra hudsymtom att det inte går att förväxla

Non-syndromic ichthyoses

- Common Ichthyoses
- Autosomal Recessive Congenital ichthyosis (ARCI)
- Keratinopathic ichthyosis (KPI)
- Other Non-syndromic Ichthyoses

Syndromic ichthyoses

- Autosomal recessive ichthyosis syndromes
- Autosomal dominant ichthyosis syndromes
- X-linked ichthyosis syndromes

Figur 1. Kortfattad indelning av iktyosjukdomarna enligt Oji et al., 2010.

med något annat. Det nyfödda barnet som har blåsor och hudavlossningar misstänks ofta ha Epidermolysis bullosa (EB) istället för blåsbildande iktyos. Viktigt då att omedelbart behandla barnet med stor försiktighet och lägga om med silikonförband och snabbt ta hudbiopsi på barnet för att klarlägga en eventuell EB-form eller om det rör sig om iktyos.

Utifrån hudsymtomen kan man inte ge föräldrarna en exakt diagnos eller prognos under de första veckorna, utan man behöver invänta hur symtomen utvecklar sig, samt vad den genetiska undersökningen visar. Som ditkallad dermatolog till nyföddhetsavdelningen gäller det att försöka vara så lugn och påläst som möjligt. Det är viktigt att komma ihåg att det är ett barn i första hand och en hudsjukdom i andra hand. Försök att se det lilla barnet bakom den speciella huden och ge stöd till föräldrarna.

Behandling

Det finns ingen utvärtes eller invärtes behandling som passar alla personer med iktyos och alla iktyosformer, utan det är viktigt att det blir en genomtänkt och individuell behandling. Personen måste också trivas med sin behandling för att det skall fungera optimalt och ge bästa resultat. Många med iktyos eller de som har barn med iktyos, provar sig fram i all oändlighet, i vissa fall för att de inte träffat på en dermatolog som engagerat sig för att ge de bästa råden. Det är alltså viktigt att patienten får ordentligt med tid till att diskutera vad de ska och kan göra för att uppnå ett så tillfredställande resultat som möjligt. Det är därför viktigt att det finns ordentligt med tid avsatt för besöken.

Bad, dusch och skrubbing och därefter regelbunden smörjning är basbehandling. Krämer och salvor som används är mjukgörare med eller utan tillsatser (karbamid, mjölksyra, propylenglykol, glycerol). Det är ytterst viktigt att patienten får recept på sina krämer/salvor eftersom det är en mycket stor mängd kräm eller salva som går åt. En vanlig mängd är 0,5–1 kg kräm sammanlagt för en person med svår iktyos per vecka, året runt och hela livet. Under en hel livslängd kan man därmed förbruka flera ton krämer/salvor.

Systemisk behandling ges till en mindre grupp av framför allt vuxna patienter med svår kongenital iktyos. Retinoider, det vill säga acitretin, har varit och är den mest effektiva systemiska behandlingen för att minska hudens tjocklek och fjällning. Traditionellt har vi i Sverige varit mycket försiktiga med att skriva ut retinoider till barn

med svår iktyos. Nu finns det en artikel från USA med en omfattande genomgång av vilka överväganden som behöver göras i dessa fall, för- och nackdelar med behandlingen samt vad man bör tänka på vid utskrivning av retinoider till barn (se referenser). Vid epidermolytic ichthyosis ses god effekt av acitretin hos de individer där sjukdomen orsakas av en mutation på KRT10 men inte vid KRT1-mutation.

Läkare som behandlar patienter med iktyos, bör vara medvetna om risken för D-vitaminbrist hos de personer som har svår kongenital iktyos och detta är ännu viktigare hos individer med mörk/melaninrik hud. D-vitaminbrist har visat sig för-sämra hudsymtomen och skall behandlas.

Förutom hudsymtomen kan man vid iktyos även se symtom och bekymmer från en rad andra organ. Ett gott samarbete med barnläkare är viktigt och tillväxt- och nutritionsproblem kan göra att dietist behöver kopplas in. Det finns en rad besvär från ögon och ögonlock vid framför allt svår kongenital iktyos. Man bör i dessa fall tidigt etablera kontakt med ögonläkare för bedömning och ställningstagande till behov av fortsatt uppföljning. Det är vanligt med rinnande och irriterade ögon och i vissa fall ektrapion, vilket tidigare har behandlats med ibland upprepade plastikoperationer av ögonlocken. För att slippa operation används idag en retinoidkräm (tazaroten) till ögonlocken med gott resultat.

De många hudfjällen sitter ofta hopbakade med vax i hörselgången vilket kan orsaka hörselproblem även hos det minsta barnet. Remiss till öronläkare behövs. Det finns barn och vuxna som kan ha problem med motoriken p.g.a. tjocka hudlager och därför

kan ha nytta av kontakt med fysioterapeut för rörelseträning. Många har också svårt att sköta sina fötter och när kanske inte ner varför det kan finnas behov av medicinsk fotvård.

Många, framför allt med kongenital iktyos, kan inte svettas och har stora problem med temperaturregleringen. En kylväst som kan användas varma dagar gör nytta för såväl barn som vuxna. I vissa regioner kan dessa skrivas ut som hjälpmedel.

Äldre med iktyos

Att vara äldre och ha iktyos betyder att man har levt länge med denna hudsjukdom. Barndomen ger ofta sår i själen med ärr som finns kvar hela livet. De flesta anser att det inte skiljer sig särskilt mycket hur hudsymtomen yttrar sig när man är äldre jämfört med tidigare i livet. Sjukdomen kan till och med bli bättre när man är äldre eftersom man då har mer tid för omvårdnad och bättre krämer jämfört med vad som fanns att tillgå som barn. De som haft peroral retinoidbehandling i mer än 30 år kan heller inte säga att hudsjukdomen eller huden förändrats varken till det bättre eller sämre. Det finns dock vissa områden som kan vara mer problematiska hos äldre med iktyos. Vid intervjuer med 16 äldre (HT 2020) framkom att de hade bekymmer med sina ögon och ögonlock, öron och hörapparater, fötter samt hår och hårbotten.

Mitt intryck är att det som ger den största oron på äldre dagar är att man är rädd för den dagen då man inte själv kan sköta bad, dusch och smörjning. Man oroar sig över att inte kunna få hjälp av samhället och man önskar att "slutet" av livet ska gå fort så att man inte behöver be om hjälp.

Referenser

- Chatterjee, S., Humby, T., & Davies, W. (2016). Behavioural and Psychiatric Phenotypes in Men and Boys with X-Linked Ichthyosis: Evidence from a Worldwide Online Survey. *PLoS One*, 11(10), e0164417
- Gånemo A (2021). Iktyossjukdomar. Symtom, behandling och att leva med iktyos. Falkenberg. Digitaltrycknu
- Ingen-Housz-Oro, S., Boudou, P., Bergot, C., et al. (2006). Evidence of a marked 25-hydroxyvitamin D deficiency in patients with congenital ichthyosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 20(8), 947-952
- Mazereeuw-Hautier, J., Hernandez-Martín, A., O'Toole, E. A., et al. (2019) Management of congenital ichthyoses: European guidelines of care, part two. *Br J Dermatol*, 180(3), 484-495
- Mazereeuw-Hautier, J., Vahlquist, A., Traupe, H.,

- et al. (2019). Management of congenital ichthyoses: European guidelines of care, part one. *Br J Dermatol*, 180(2), 272-281
- Oji, V., Tadini, G., Akiyama, M., et al. (2010). Revised nomenclature and classification of inherited ichthyoses: results of the First Ichthyosis Consensus Conference in Sorèze 2009. *J Am Acad Dermatol*, 63(4), 607-641
- Virtanen, M., Gedde-Dahl, T., Jr., Mork, N. J., et al. (2001). Phenotypic/genotypic correlations in patients with epidermolytic hyperkeratosis and the effects of retinoid therapy on keratin expression. *Acta Derm Venereol*, 81(3), 163-170
- Zaenglein, A. L., Levy, M. L., Stefanko, N. S et al. (2021). Consensus recommendations for the use of retinoids in ichthyosis and other disorders of cornification in children and adolescents. *Pediatr Dermatol*, 38(1), 164-180

Mitt möte med en iktyosfamilj

Mitt första möte med en person som har iktyos sträcker sig 49 år tillbaka i tiden eftersom min första dotter har ARCI/lamellär iktyos. Genom hennes sjukdom kom jag i kontakt med andra i samma situation redan 1973 och 1988 var vi så pass många att Iktyosföreningen startades. Detta ledde mig vidare till att så småningom bli forskarstuderande i Uppsala. Jag disputerade år 2002 med ärftlig iktyos som huvudämne.

Jag har genom detta träffat så otroligt många patienter och familjer som har berört mig djupt och som jag har kvar i minnet. En av dessa familjer/barn som jag mötte för första gången för drygt 20 år sedan vill jag berätta om.

Sent på kvällen, efter att jag kommit hem från en arbetsvecka i Uppsala, blev jag kontaktad av en förtvivlad mamma. Hon berättade att hon hade fått en flicka som dermatologen sa hade "fiskfjällssjuka" (tacksam för om ni aldrig använder detta ord till patienterna). Hon hade hittat mig och mitt telefonnummer på internet. Jag lovade att ringa henne dagen efter. Ytterligare en dag senare satte jag mig i bilen och körde till familjen med sin 8 dagar gamla baby. Flickan var mörkröd i skinnet och hade en tydlig vit fjällning på vissa ställen. Instruktioner om omvårdnad saknades från sjukhusets sida och föräldrarna var oerhört förtvivlade. Mitt lugn gav ändå hopp om att flickan skulle klara sig och vi diskuterade smörjning och övrig vård.

Vi hade mycket kontakt genom åren och flickan kom även till Gendermatosmottagningen i Uppsala där blodprov togs. Diagnosen blev vid det tillfället congenital ichthyosiform erythroderma (CIE) med oklar mutation. Hon hade svårt att gå vissa perioder och var stel och hade nedsatt motorik under barndomen. Hon hade även under en period hela ansiktet fullt av plana vårtor. Familjen flyttade runt utomlands eftersom man tänkte att hon skulle bli lite bättre i både hud och motorik om hon bodde i länder där det var "lagom" varmt. Tyvärr gav det inte ett önskat resultat och familjen återvände efter några år till Sverige.

När flickan precis blivit tonåring kontaktades jag igen av samma ledsna mamma, som ville att jag åter skulle se flickan för att se om jag kunde finna någon lindring för henne. Jag såg henne på en hudklinik och

upptäckte då att på hela kroppen fanns det ljusa små konfettiliknande fläckar i den röda huden (se fig 3 c-d). Då jag precis träffat en annan patient som jag också följt från tidiga barndomen, med samma hudfenomen



Figur 2. a = Ichthyosis vulgaris, b = XLI/könsbunden iktyos, c = ARCI/TGM1 mutation, d = Epidermolytic ichthyosis, e = Sjögren-Larssons syndrom, f = Nethertons syndrom



Figur 3. a-e. Samma patient med Ichthyosis with confetti IWC/Ichthyosis variegata på samtliga foton. a = 8 dagar, b = 2 år, c + d = 13 år, e = 21 år.

misstänkte jag snabbt att detta var diagnosen Ichthyosis with confetti (IWC)/Ichthyosis variegata.

Nu var vi denna flickas diagnos på spåret. Blodprov från både patient, syskon och föräldrar inklusive medicinsk information sändes till forskare i USA. Några år senare fastställdes den genetiska orsaken. IWC orsakas av mutation på Keratin 10 på kromosom 17. Ärftligheten är autosomal dominant vilket är en väsentlig skillnad mot den tidigare förmodade recessiva ärftligheten. Att diagnosen och mutationen är fastställd är oerhört viktigt för flickan i vuxen ålder, då hon kanske önskar bilda familj. Hon har nu tagit igen förlorade år från barndomen och har fortfarande en mycket svår hudsjukdom men lever ett normalt liv.

Under mitt skrivande av boken Iktyos-sjukdomar har jag fått löfte att publicera

foton från olika tidsperioder under hennes uppväxt, se figur 3.



Agneta Gånemo
Sjuksköterska, med dr. och docent
i experimentell dermatologi



Bok "Iktyos-sjukdomar - Symtom, behandling och att leva med iktyos" utkom hösten 2021. Beställes av Agneta Gånemo, agneta@ganemo.se.

Annons

Annons

SSDV:s rekommendationer för handläggning av sexuellt överförbara infektioner

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

GENITAL PAPILLOM-VIRUSINFEKTION (GPVI)

Bakgrund och klinik

Humant papillomvirus (HPV) är ett epidermotropt virus som kan orsaka varierande grader av epidermal hyperplasi och/eller dysplasi. Cirka 200 HPV-typer har påvisats av vilka ett 30-tal har tropism för genitalt epitel. HPV 6 och 11 är de vanligaste benigna "låg risk"-HPV-typerna. Dessa finns i genitala och anala vårtor. HPV 16 och 18 är de mest förekommande onkogen "högrisk"-typerna och finns i lesioner som histopatologiskt uppvisar dysplasi ("intraepitelial neoplasi"). Övriga högrisktyper, som oftast inte ger upphov till synliga vårtor, är HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 och 68. De benigna HPV-typerna kan också ibland ge upphov till lätt dysplasi.

Genital HPV-infektion är i huvudsak en sexuellt överförd sjukdom. Man har även diskuterat andra möjliga smittvägar såsom fingrar, handdukar och underkläder; om sådan transmission förekommer är osäkert då viruset är oerhört känsligt för uttorkning. Autoinokulation med fingrar kan ske från kondylom till andra anogenitala ytor. HPV kan överföras vid alla typer av intima kontakter, alltså inte bara vid penetrerande samlag.

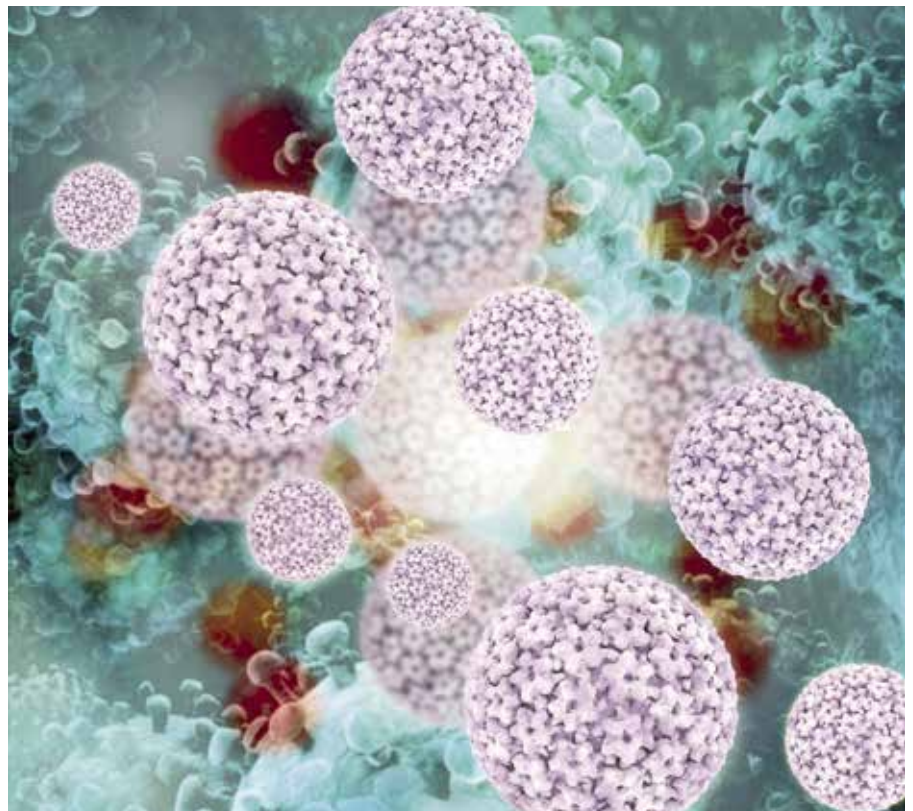
Få studier finns som belyser inkubationstiden. Man kan generellt säga att inkubationstiden är lång – i typiska fall av synliga vårtor 2–6 månader, men den kan vara betydligt längre. Synliga kondylom ses hos ca 0,5–1% av den vuxna befolkningen. Subkliniska lesioner är sannolikt betydligt vanligare. Asymptomatisk infektion (bärarskap av HPV-DNA) förekommer hos 20–30% av sexuellt aktiva vid 20–30 års ålder, d.v.s.

genital HPV-infektion är i denna ålder lika vanlig som genital herpes. De flesta prevalensstudier är dock utförda innan HPV-vaccination infördes, så möjligen ser siffrorna nu annorlunda ut i länder med hög vaccinationstäckning.

Kondylom kan morfologiskt indelas i akuminata ("spetsvårtor"), papulösa och platta. Färgen på vårtorna kan variera beroende på lokalisation och ålder. En ovanligare typ av lesioner orsakade av högrisk-HPV är Bowenoid papulos som oftast drabbar yngre individer. Lesionerna är multipla, vanligen rödbruna och papulösa, men kan även vara platta. De har god prognos trots malignt hi-

stologiskt utseende motsvarande avancerad dysplasi.

Benämningen "bowenoid papulos" har egentligen frångåtts (men finns ändå med i ICD-10). Dessa lesioner kallas istället för penil intraepitelial neoplasi (PeIN, eller det tidigare använda begreppet PIN) II-III respektive vulva intraepitelial neoplasi (VIN) II-III. En annan klassifikation är LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion, vilket motsvarar främst PeIN/VIN I) och HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion, vilket motsvarar främst PeIN/VIN II, III). Den allra senaste klassifikationen, som nu börjat användas är istället begreppet "odif-



ferentierad PeIN” för HPV-positiva lesioner, och ”differentierad PeIN” för HPV-negativa lesioner. Terminologin kan alltså verka förvirrande, men samtliga ovan nämnda benämningar förekommer. Numera finns ett standardiserat vårdförlopp (SVF) för peniscancer, och det sker veckovis nationella konferenser dit fall av höggradig dysplasi kan anmälas. För detaljer, se hemsidan (SSDV.se). Motsvarande SVF för vulvacancer finns.

HPV kräver (liksom HSV) en ingångsport och vårtorna uppkommer ofta på hud/slemhinna utsatt för trauma vid samlag. Rakning av pubisregionen har medfört att kondylom på denna lokal är mycket ofta förekommande hos både män och kvinnor. Andra vanliga lokaler hos mannen är preputiets insida, frenulum och glans. Kondylom kan även sitta på penisskafet (vanlig lokal hos omskurna män). Hos kvinnan är mediala delen av vulva, i bakre kommissuren, kring klitoris och introitus vanliga lokaler för kondylom. Vårtor kan även finnas i vagina och på portio, vilket är predilektionsställe för cervikal intraepitelial neoplasia (CIN) och cancer (men kräver då infektion med en högrisk-typ). Meatusengagemang är vanligare hos män än kvinnor. Både män och kvinnor kan ha perianala vårtor. Intraanala kondylom kräver vanligen receptivt analsamlag. Ofta finns också viruset på fler ställen än där vårtor hittas.

Diagnostik

Kondylom är i första hand en klinisk diagnos. I atypiska fall eller för dysplasiagnostik kan biopsi tas. Typiska histopatologiska förändringar inkluderar epidermal hyperplasi, akantos, hyper- och parakeratos, koilocytos (virusdegenererade epitelceller med en undantröckt cellkärna) samt eventuellt en varierande grad av intraepitelial neoplasia. Mild dysplasi kan även ses vid benigna kondylom. HPV kan inte odlas, men kan påvisas och typas med HPV-DNA-hybridiseringsteknik (numera oftast PCR). Virustypning används ganska sällan i klinisk rutin, förutom i screeningprogrammet för kvinnor.

Behandling

Tillgänglig behandling åstadkommer framförallt borttagande av synliga vårtor. Latent virus kan finnas kvar och ge upphov till recidiv. Behandlingen får därför ofta upprepas. Tjugo procent av patienterna får problem med täta recidiv och utgör en terapeutisk problemgrupp. Cirka 80% blir av med kondylomen inom 1 år. Det är individuellt vilken typ av behandling som passar den enskilda patienten, hur olika biverkningar

toleras m.m. I vissa fall kan i samråd med patienten ”aktivt avvaktande” vara ett alternativ till behandling. Kombination av flera behandlingsmetoder används ofta. Om vårtorna varit borta i 3–6 månader är recidiv mer ovanliga, även om smittsamhet via latent virus inte helt kan uteslutas. Oftast utvecklas en immunitet för den aktuella HPV-typen. Reaktivering av en gammal infektion kan i enstaka fall ske efter flera år, även om smitta med ny HPV-typ då är mer trolig.

Indikation för behandling

Behandlingens mål är att avlägsna synliga och/eller symtomgivande (psykosexuellt lidande, sveda, klåda, dyspareuni) lesioner. Dysplastiska lesioner bör generellt behandlas, eller åtminstone följas upp. Då infektionen ofta är långdragen med täta recidiv är information och psykologiskt stöd till patienten av största vikt.

Kemisk hemma-behandling

Podofyllotoxin (lösning eller kräm)

Penslas eller appliceras 2 gånger dagligen i 3 dagar. Ev. upprepning av behandlingen efter 4–7 dagar; 1–4 behandlingsomgångar ges. Behandlingen fungerar bäst på ”spets-vårtor” på tunt epitel men fungerar dåligt på hudtytor med tjockare epitel samt i meatus och perianalt.

För att undvika uttalade lokala biverkningar (sår, sveda, ömhet är vanligt) är det väsentligt att noggranna instruktioner ges till patienten. Denna behandling är lämplig för primär- såväl som specialistvård.

Imikvimod kräm

Substansen verkar immunomodulerande genom att åstadkomma induktion av cytokerin viktiga för elimination av HPV. Krämen appliceras 3 gånger per vecka i upp till 16 veckor. Detta preparat hör i första hand hemma i specialistvården. Lokala biverkningar kan förekomma (sår, sveda, ömhet, klåda). Även influensaliknande symptom finns beskrivna. Preparatet är något dyrtare men ett bra alternativ i selekterade fall. Utgör ofta förstahandsbehandling vid perianala vårtor. Fallrapporter finns med god effekt för behandling av genitala dysplasier. Imikvimod har av oklar anledning visat bättre effekt hos kvinnor än hos män. Det går bra att ge imikvimod till immunsupprimerade, men försiktighet bör iakttas vid kollagenoser.

Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling kan ske med: diatermi, CO₂-laser, kryo eller excision. Vilken typ av

dessa kirurgiska behandlingsmetoder som väljs beror på klinikerns vana och tradition. Samtliga metoder är rent destruktiva.

Vid graviditet

Podofyllotoxin är kontraindicerat vid graviditet (klass 2). Imikvimod bör inte heller användas vid graviditet (klass 2). Vid behandling under graviditet används oftast någon form av kirurgi. Ibland väntar man helt med behandling tills efter förlossningen. Smitta till barnet kan i vissa fall ske via förlossningskanalen. En ovanlig HPV-manifestation hos barn är juvenila larynxpapillom. Vid amning betecknas podofyllotoxin som klass 3, och imikvimod som klass 1.

Partner

Någon obligatorisk undersökning av partner behöver inte göras. Partner kan söka vid ev. utslag/besvär. Vad gäller relationer där en eller båda har kondylom, vet man att kondom användning inte påverkar behandlingsresultatet. Sannolikheten att man smittas varandra igen är minimal, och smittan är alltså inte av ping-pong-typ.

Vaccin

Numera finns endast ett vaccin registrerat i Sverige: Gardasil 9R (nonavalent) (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58). Vaccinerna är i första hand profylaktiska och bör helst ges före sexualdebut. I många fall kan vaccinering löna sig även för redan sexuellt aktiva. Vaccinerna bygger på syntetiskt framställda virusliknande partiklar och har visat sig mycket effektiva. I praktiken har man med dessa uppnått full skyddseffekt mot genital HPV-infektion orsakad av de virus typer man vaccinerats mot. Allmän vaccinering av unga kvinnor sker i Sverige i årskurs 5 från 2012, och sedan hösten 2020 är även unga män inkluderade i skolvaccinationsprogrammet. Anledningen till att man dröjt med att inkludera män, är att män drar nytta av att kvinnor vaccinerats genom så kallad flockimmunitet. Problemet är att män som har sex med män inte drar nytta av sådan flockimmunitet, och denna grupp är drabbad av HPV-associerad analcancer som skulle kunna förebyggas via vaccinering. Studier kring terapeutiska vacciner pågår.

Kondylom hos barn

Diskussion om smittsamhet har väckts framför allt i fall där anogenitala vårtor uppstått hos barn. Smitta via förlossningskanalen (vertikal smitta) kan förekomma. En annan konsekvens av smitta via förlossningskana-

len är juvenila larynxpapillom, vilka orsakas av HPV 11.

Frågan om sexuellt övergrepp skall alltid beaktas. Det finns en möjlighet att det skett överföring från mamman, vilket vanligen är orsaken till kondylom hos barn. Sannolikheten för vertikal smitta minskar gradvis hos barn äldre än 4 år, men kan inte helt uteslutas heller hos äldre barn. Det finns mycket få kriterier att gå efter vid sådan utredning (specialistfall, helst i samråd med andra specialister). Hos många barn, och framför allt yngre, torde enbart förekomst av kondylom i de flesta fall inte indikera sexuellt övergrepp. Hos barn hittas ofta kutana HPV-typer i kondylom, vilket inte heller utesluter sexuella övergrepp med fingrar. Förutom sexuell smitta är möjliga smittvägar autoinokulation från handvärta eller inokulation av virus från annan familjemedlems vrta. Indirekt smitta via föremål som handdukar kan inte uteslutas, men är ovanligt. Hos barn med kondylom bör man vara frikostig med provtagning för annan STI. Ett positivt prov för gonorré

och/eller klamydia stärker övergreppsmisstanken.

Utredning

Socialanamnes

Syskon, föräldrar, andra familjemedlemmar, BVC-kontakter m.m.

Status

Hela hudkostymen inkl. genitalia inspekteras noggrant (ev. traumatiska skador, blåmärken eller ärr noteras).

Provtagning

HPV-test rekommenderas i allmänhet inte (fynd av kutan HPV-typ utesluter inte sexuell övergrepp då fingersex är vanligaste formen av sexuellt övergrepp). Undersökning av föräldrarna är ibland av värde, och uppskattas ofta. Test för att utesluta annan STI rekommenderas, med provtagning för klamydia och gonorré från svalg, urin och rektum. Provtagningen bör göras försiktigt och efter information och i samråd med

patient och förälder. Om något i anamnes eller status, förutom vårtan, inger misstanke om sexuellt övergrepp skall orosanmälan göras till sociala myndigheter. Det kan, som nämnts ovan, ibland vara av värde att se patienten i ett multidisciplinärt team med barnläkare.

Behandling

Exspektans skall alltid övervägas då förändringarna kan gå i regress spontant. Om patienten har påtagliga besvär rekommenderas skrapning och bränning, vanligen i narkos (remiss till barnkirurg). Användning av lokalbehandling kan vara ett bra alternativ, och i litteraturen finns beskrivet användning av podofyllotoxin och imikvimod på barn.

Arne Wikström 2022

SSDV/Sektionen för venerologi och genital dermatologi

GENITAL HERPES

Bakgrund och klinik

Genital herpes orsakas av herpes simplex-virus typ 1 (HSV-1) och typ 2 (HSV-2). Smitta kan ske genom sexuell kontakt, inklusive oralsex (HSV-1). Virus lagras i sensoriska nervceller och kan sedan reaktiveras och ge symtom. HSV-1 är nu den vanligaste orsaken till genital herpes. Den kliniska bilden kan vara mycket varierande och de flesta infekterade har inga eller lindriga symtom, vilket gör att diagnosen kan vara svår eller missas. Symtomen kan t.ex. misstolkas som candidavulvovaginit. Typiska symtom är grupper av små blåsor och sår på rodnad botten. Vid immunsuppression kan sår bli stora och kroniska. Herpesinfektion bör alltid uteslutas vid återkommande ospecifika symtom. Infektion med HSV ökar risken att smittas med hiv.

Primärinfektion

Primärinfektionen varierar från asymtomatisk till svår med allmänpåverkan, svullna lymfkörtlar och utbredda, ofta symmetriska, utslag. Inkubationstiden är 2–20 dagar och utan behandling kvarstår symtomen i 2–4 veckor. Viremi, liksom neurologiskt engagemang, kan förekomma både vid primär och

recidiverande infektion med t.ex. meningit (HSV-2) och encefalit (HSV-1, i enstaka fall HSV-2).

Recidiverande infektion

Recidiverande utbrott ses oftast inom ett välavgränsat område och läker inom en vecka. Cervicit, uretrit, perianala sår och fissurer kan ses även vid återkommande utbrott. Ungefär hälften av patienterna har prodromalsymtom, t.ex. klåda, innan recidiv. Behandling ska påbörjas direkt vid typiska prodromalsymtom. Utöndring av herpesvirus kan förekomma även utan samtidiga genitala symtom och orsakar sannolikt en stor del av virusövermissionen. Både symtom och tyst virusutsöndring minskar med tiden. Förekomst av HSV-1-antikroppar skyddar inte mot HSV-2-infektion men kan mildra och förkorta symtomen. Recidiv och subklinisk virusutsöndring är vanligare vid HSV-2. Kondom reducerar, men tar inte bort risken för smitta.

Diagnostik

Provtagning med typspecifik diagnostik bör alltid ske vid utredning av genitala blåsor eller sår och vid recidiverande atypiska genitala symtom. Vid genital sårbildning uteslut/verifiera i första hand HSV-infektion, men tänk även på syfilis och lymfogranuloma ve-

nereum (MSM). Erbjud också blodprov för hiv och syfilis.

NAAT (Nucleic Acid Amplification Test) är standard för påvisning av HSV-1 och HSV-2. Provtagningspinnen rullas mot blåsbottnen/sår och stoppas i avsett rör enligt laboratoriets anvisningar. Vid korrekt provtagning är sensitivitet och specificitet mycket hög. DNA-testning är av värde så länge sårytan inte helt har läkt.

Typspecifik HSV-serologi. Påvisande av HSV-2-antikroppar talar för genital infektion medan HSV-1-antikroppar kan avspejla både genital och oral infektion. IgM-tester är inte typspecifika och kan vara positiva vid recidiverande infektion och bör inte tas. Antikroppsutveckling sker vanligen efter 3–4 veckor, men kan ta betydligt längre tid. Blodprov för diagnostik av genital herpes ska inte tas rutinmässigt, men kan vara motiverat i speciella fall, t.ex. vid täta skov och stor misstanke och när NAAT inte kunnat tas.

Behandling

Behandling vid misstänkt primärinfektion påbörjas direkt sedan provtagning för virusstypning gjorts. Positivt provresultat ska finnas innan behandling mot recidiverande herpes eller suppressionsbehandling.

Resistensutveckling är ovanligt och ses

främst hos immunsupprimerade patienter. Vid resistent infektion kan högre antivirala doser och längre behandlingstider krävas. Fallrapporter har visat att även imikvimodkräm 5 % kan ha effekt mot resistent HSV.

Primär herpesinfektion

Behandling kan reducera och förkorta symtomen vid primärinfektion med HSV och är indicerad så länge infektionen är aktiv. Var frikostig med behandling då klinisk bild talar för en primär herpesinfektion. Peroral behandling ges med valaciklovir 500 mg x 2 (alternativt aciklovir 200 mg x 5 eller 400 mg x 3/ famciklovir 250 mg x 3). Behandlingstiden är 5–10 dagar. Erbjud även smärtstillande kräm.

Om patienten har mycket symptom ge ny tid för uppföljning och ta STI-prover vid återbesöket. Enstaka patienter med t.ex. urinretention, meningism eller allmänpåverkan kan behöva inläggande vård och aciklovir i.v. kan då bli aktuellt.

Recidiverande herpesinfektion

Valaciklovir 500 mg x 2 (alternativt aciklovir 200 mg x 5 eller 400 mg x 3/ famciklovir 125 mg x 2) peroralt. Behandlingstid 2–5 dagar. Starta behandlingen tidigt för bästa effekt. Data visar effekt även av endagsbehandling vid recidiv men då i högre doser.

Suppressionsbehandling

Vid täta skov kan suppressionsbehandling vara indicerad. Suppressionsbehandling minskar den tysta virusutsöndringen, men risken för virus transmission till eventuell partner försvinner inte helt.

Peroral behandling kan ges med valaciklovir 500 mg x 1 alternativt 250 mg x 2 (dela tabletten) (alternativt /aciklovir 400 mg x 2/ famciklovir 250 mg x 2). Vid otillräcklig effekt är behandling uppdelad på två doser/dag att föredra. Vid genombrott trots suppressionsbehandling kan dosen ökas till valaciklovir 500 mg x 2 i 3 dagar (alternativt aciklovir 400 mg x 3). Suppressionsbehandlingen bör utvärderas efter 6–12 månader. Minimiperioden för omprövning av behandlingen bör omfatta minst två recidiv.

Speciella överväganden

Allergisk reaktion mot aciklovir, valaciklovir och famciklovir (samtliga hör till gruppen nukleosidanaloger) är extremt ovanligt. Om allergi föreligger finns inget riktigt bra alternativ. Licenspreparatet natriumfoskarnet i.v. (fosfonsyraderivat) kan övervägas om patienten har svåra besvär och behandling är av stor vikt. Desensitisering mot aciklovir finns beskrivet.

Hos patienter, speciellt äldre, där njursvikt kan misstänkas eller vid känd njursjukdom finns risk för neurotoxiska symptom. Vid misstänkt

neuro-/nefrotoxicitet rekommenderas koncentrationsbestämning av aciklovir och dess metabolit CMMG, vilket utförs på avdelningen för klinisk farmakologi, KS Huddinge.

Graviditet

Vid primärinfektion under sen graviditet eller förlossning finns en betydande risk att fostret/barnet smittas. Goda erfarenheter finns av aciklovirbehandling under graviditet. Handläggning ska ske i samråd med obstetiker. HSV-hepatit är en ovanlig men farlig komplikation. Gravid kvinna som är seronegativ och där partner har en känd genital herpes är ett observandum och obstetiker bör informeras. Suppressionsbehandling av partner och användande av kondom/avhållsamhet bör övervägas.

Amning

Aciklovir och valaciklovir hör till klass 1 och kan användas under amning.

Anmälan och smittspårning

Genital herpes lyder inte under smittskyddslagen och är därför inte anmälningspliktig.

Elisabet Nylander 2022

SSDV/Sektionen för venerologi och genital dermatologi



Annons

Annons

SSDV:s ST-pris 2023

SSDV vill uppmärksamma ST-läkarnas kvalitets- och vetenskapliga arbeten. SSDV uppmuntrar alla ST-läkare som har genomfört sina arbeten att lämna in dessa till SSDV. En bedömningskommitté kommer att utse 4 arbeten (2 kvalitetsarbeten och 2 vetenskapliga arbeten) som belönas med SSDV:s ST-pris (ett personligt pris på 5 000 SEK per ST-läkare). I priset ingår även betald kongressavgift till SSDV:s vårmöte i Malmö 2023. Belönade arbeten kommer att presenteras i samband med vårmötet och publiceras som referat i medlemstidningen D&V.

ST-läkare och nyblivna specialister som erhållit specialistbevis

under 2022 är välkomna att söka SSDV:s ST-pris för vetenskapligt arbete och för kvalitetsarbete som utförts under ST. Arbetet skall vara tänkt att användas eller har bifogats i specialistansökan. Man måste vara medlem i SSDV. Ansökan bör innehålla en kopia av arbetet och curriculum vitae inklusive kontaktuppgifter (namn, adress, mail, telefonnummer) och skickas in elektroniskt till SSDV:s kansli (info@ssdv.se).

Sista ansökningsdatum är den 15 januari 2023.
Maria Haraldsson, Utbildningsansvarig SSDV

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

Deadline för kommande nummer 2022

Nr. 32 31 oktober

Välkommen med ditt bidrag!
/Redaktörerna

SSDV:s ST-läkarstipendium för deltagande vid vårmötet 2023

SSDV kommer att utdela 6 st stipendier till ST-läkare täckande kongressavgiften för deltagande vid vårmötet i Malmö 2023.

Krav:

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

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

Ansökan skickas till info@ssdv.se senast den 31 januari 2023 och skall innehålla namn, medlemsnummer och CV.

Information angående vilka som får stipendiet kommer att meddelas senast den 15 februari. Utbetalning sker i efterhand via faktura från den klinik där ST-läkaren är anställd. Vid eventuella frågor kontakta utbildningsansvarig Maria Haraldsson: maria.haraldsson@vgregion.se



Välkomna att nominera personer till Hedersmedlem samt till Pedagogiskt pris 2023

Vi tar tacksamt emot förslag på Hedersmedlem samt kandidater till Pedagogiskt pris 2023. Lämna motiveringar till era nomineringar. Nomineringarna skall vara oss tillhanda senast 31 januari 2023 och skickas till info@ssdv.se. Beslut tas av SSDV:s styrelse. Diplom i båda dessa kategorier utdelas vid SSDV:s årsmöte i Malmö 2023.



Annons

Annons

Dermatoskopiquiz

En 35-årig kvinna söker för en växande, rödbrun lesion på underbenet. För korrekt svar vill jag be er om svar på följande två frågor:

- Vilka två diagnoser är mest sannolika?
- Vilken är den optimala handläggningen?

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 30 • 2/2022

Facit:

I förra numret av D&V fick ni bedöma nedanstående lesion hos en man i 80-årsåldern som tidigare hade behandlats för aktiniska keratoser och basalcellscancer. Han sökte för nedanstående kliande lesion vid vänster ländrygg med erytem i omgivande hud. Klådan började för några veckor sedan. Vid helkroppsundersökning sågs för övrigt enstaka nevi och multipla seborrhoiska keratoser.

Dermatoskopiskt ses en upphöjd lesion med välavgränsade kanter och omgivande diffust erytem. Generellt i lesionen ses ett strukturlöst mönster med multipla färger (brunt, grått, blått, vitt och rött). Vid närmare inspektion ses mängder av små kärlstrukturer som skulle kunna beskrivas som polymorfa men som alla är omgivna av en ljus haloliknande struktur. Vissa av kärlen ser ut att vara av "hairpin" typ. Med tanke på kärltyp, dess distribution och övriga fynd är irriterad seborrhoisk keratos den mest sannolika diagnosen vilket också känns troligt med tanke på övriga seborrhoiska keratoser i omgivningen. För säkerhets skull curetterades den bort och skickades för PAD som bekräftade diagnosen.

Följande skickliga dermatoskopister skickade in korrekt svar på fallet:

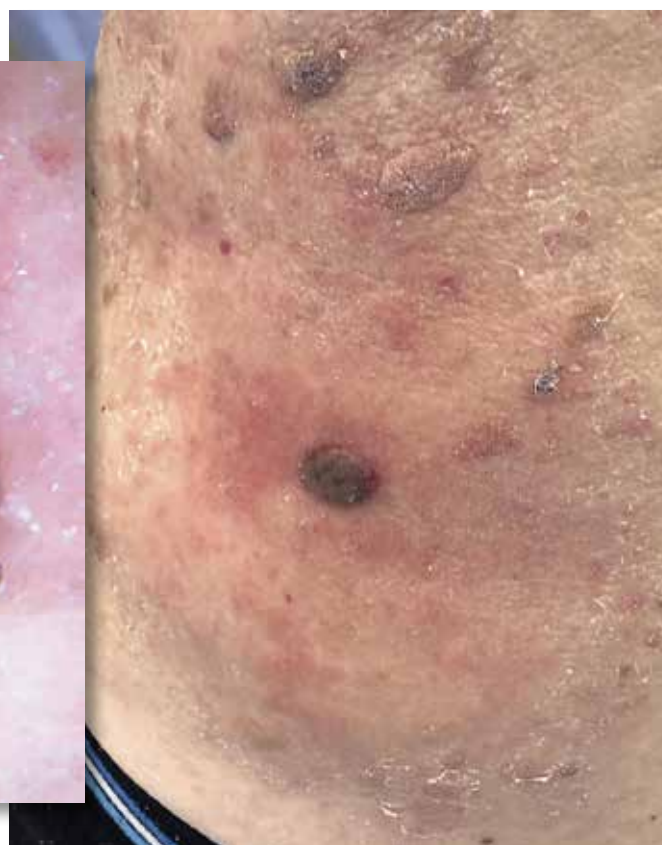
- Ann-Louise Storlund, Centralsjukhuset Karlstad
- Ghena Shabana, Mälarsjukhuset, Eskilstuna
- Marta Hubacz, Centrallasarettet Växjö

Stort tack till alla som skickade in diagnosförslag!

John Paoli

Professor,

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Annons

Mitt bästa tips

Det finns väldigt många oerhört kreativa kollegor ute i landet och alla har minst ett eller två specialknep som man tar till i specifika situationer och som underlättar ens kliniska arbete i större eller mindre utsträckning. En till mig närstående ÖNH-läkare, som också är redaktör på Svensk ÖNH-tidskrift, har därför infört "Dagens tips" i sin tidskrift. Jag och vi andra i SSDV:s utbildningsgrupp tänkte att man skulle kunna göra detta även för dermatovenereologer, här i vår egen tidning. Det spelar ingen roll om tipsen är stora eller små eller om du tror att alla redan kan det. Skicka in!

Tipset idag är banalt men det har underlättat min kliniska vardag och de yngre (och äldre) kollegor jag har fört tipset vidare till har uttryckt tacksamhet för det. Jag fick tipset som ST-läkare på Euroderm Excellence - kursen i Rom 2011. Nu till tipset: Nästa gång du skall spruta triamcinolonacetonid (Kenacort-T) i en

keloid och tycker det går trögt att spruta – kryobehandla lesionen och vänta ca 30 min (medan du tar nästa patient). Ödemet som bildas kommer sedan ha gjort det betydligt lättare att få in och jämnare fördela kortisonet i lesionen. Kryobehandling (framför allt intralesionell sådan) är dessutom i sig en vedertagen behandlingsmetod för keloider.

Vänliga hälsningar,

Karin Berggård

Överläkare och ST-studierektor,
Hudkliniken Skånes Universitetssjukhus, Lund
Medlem i SSDV:s utbildningsgrupp

Skicka ditt bästa tips till någon av oss redaktörer:

josefin.ulriksdotter@skane.se, christian.steczko@gmail.com, john.paoli@vgregion.se eller petter-bo-olof.bengtsson@regionorebrolan.se - Bifoga gärna en illustration. Alla tips beaktas!

Sektionen för Venereologi och Genital Dermatologis utbildningsdag Läkarsällskapet, Stockholm 27 januari 2023

Preliminärt program. Tema: Anogenitala dysplasier och "What's new"

08.30-09.00 Registrering + kaffe och smörgås

09.00-09.10 Introduktion (Arne Wikström, ordförande)

09.10-09.40 VIN (dysplasi i vulva)

09.40-10.10 PeIN (penil dysplasi)

10.10-10.40 Kaffe och frukt

10.40-11.20 CIN (cervix-dysplasi) och HPV-vaccin kvinnor

11.20-11.30 HPV-vaccin män

11.30-12.15 AIN (anal dysplasi)

12.15-13.15 LUNCH

13.15-13.45 HIV-uppdatering

13.45-14.05 Tarmpatogener som STI

14.05-14.20 Syfilis – en kort uppdatering

14.20-14.50 Kaffe och mingel

14.50-15.20 Apkoppor

15.20-15.45 Frågor och avslutning

Varmt välkomna - SVGD:s styrelse

Anmälan och mer info via ssdv.se

SSDV:s styrelse



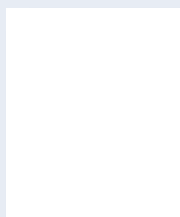
Ordförande
Anna Josefson
(Örebro)



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 2022/2023

3rd ILDS World Skin Summit

2022-10-13 - 2022-10-15

Lima, Peru

ST-träffen

2022-10-17 - 2022-10-18

Järfälla

SSAMD:s höstmöte

2022-10-19 - 2022-10-20

Uppsala

SVGD:s höstmöte

2022-10-21

Virtuellt möte

ST-kurs i arbets- och miljödermatologi

2022-11-07 - 2022-11-10

Malmö

ST-kurs 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

SVGD:s utbildningsdag

2023-01-27

Stockholm

AAD Annual Meeting

2023-03-17 - 2023-03-21

Orleans

SSDV:s Vårmöte

2023-05-09 - 2023-05-12

Malmö Live

EADV Spring Symposium

2023-05-18 - 2023-05-20

Sevilla

25th World Congress of Dermatology

2023-07-03 - 2023-07-08

Singapore

AAD Annual Meeting

2024-03-08 - 2024-03-12

San Diego, USA

Utgivningsplan 2022:

Manusstopp Utgivningsdag

Nr. 32 31 oktober 21 december



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

Annons

Annons