

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 33 • 1/2023



www.ssdv.se

Vem är DVSS nya ordförande? • SVGD:s utbildningsdag
PsoReg:s årsrapport 2022
SVGD:s förtjänstutmärkelse • Dermatoskopiquiz

Annons



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

Chefredaktör:
Josefin Ulriksdotter
josefin.ulriksdotter@skane.se

Redaktörer:
John Paoli
john.paoli@vgregion.se

Christian Steczko Nilsson
christian.steczko@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:
Lotusblad i provinsen Phú Yên, Vietnam.
Foto: Petter Bengtsson

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
DVSS nya ordförande.....	7
SVGD:s utbildningsdag 2023.....	8
Uppdaterade STI-riktlinjer.....	15
Hittahudcancer 2022.....	19
PsoReg:s årsrapport 2022.....	22
SVGD:s förtjänstutmärkelse 2023.....	49
DVSS utbildningsdagar.....	50
En dermatologs vardag.....	53
Notiser.....	55
SDKO:s Nyhetsbrev 2023.....	57
Dermatoskopiquiz.....	59
Dermatoskopiquiz - Lösning.....	60
SSDV:s styrelse.....	63
SSDV:s kalender.....	64

Alternativ problemlösning

Med jämna mellanrum brukar det i brevlådan dyka upp ett gratisexemplar av en tidning med nyhetsbevakning från hälso- och sjukvårdssektorn. Som komplement brukar det även ingå telefonsamtal från en person som erbjuder och vill sälja in en tills vidare prenumeration. Jag har hittills avböjt. Till min förvåning började jag för en tid sedan att få inte bara ett utan två exemplar av samma tidning vid varje utdelningstillfälle. Jag granskade adressetiketten. Samma namn, samma kontrollnummer och i övrigt identiska exemplar av tidningen. Onödigt tänkte jag och kontaktade kundtjänst. Efter sedvanliga knappval och väntan fick jag prata med en handläggare. Det blev ett oväntat omständligt samtal. Det var som att de verkligen inte förstod mitt problem.

- Du får alltså två exemplar av tidningen?
- Ja.
- Gratis?
- Ja.
- Och det vill du inte ha?
- Nej, det är onödigt tycker jag.
- Har du själv beställt en tidning?
- Nej.
- Har du registrerat dig två gånger?
- Nej, det är ni som skickar ut gratisexemplar och jag skulle gissa att ni använder någon yrkesrelaterad adresskälla.
- Vill du bli prenumerant?
- Nej. Kan det ha blivit någon slags dubbelregistrering av min adress?
- Vi har ett erbjudande...
- Nej, tack.

I bakgrunden hördes samtidigt flitigt knappande från ett tangentbord och samtalet fortsatte på liknande sätt en stund till. Jag poängterade flera gånger att jag är tacksam för ett de bjuder på en tidning men att de inte behöver skicka ut dubbla exemplar varje gång. Till slut meddelade kundtjänstpersonen, kanske lika mycket till sin egen som min lättnad, att nu var problemet löst. Jag skulle inte få dubbla gratisnummer nästa gång. Och visst, det visade sig vara helt sant. Jag får inte längre två gratisnummer vid varje utdelning. Jag får tre. Efter en kort övervägning bestämde jag mig för att inte ringa kundtjänst igen.

I detta nummer

I årets första nummer av D&V kan ni ta del av referat från SVGD:s utbildningsdag och även läsa om SVGD:s nyinstitfide Förtjänstutmärkelse och årets två pristagare. PsoReg lägger fram sin årsrapport och ni får en sammanställning från Hitta hudcancer 2022. DVSS presenterar sin nya ordförande och SSDV:s ST-representant ger en fin överblick över hur läkar- och ST-utbildning ändrats över tid. Och som alltid träffsäkra glimtar från en dermatologs vardag och nya Quiz. God läsning!



Christian Steczko Nilsson
Redaktör
christian.steczko@gmail.com



Annons



Vi är nu inne i en mycket intensiv period med högt arbetstempo för många av oss. Jag har många gånger under mitt arbetsliv varit tacksam för att jag valde just dermatovenereologi. Inte minst nu när många kliniker har det riktigt tufft på grund av vårdplatsbrist, fyllda akutmottagningar och personalbrist. Det känns tillfredsställande när vi kan hjälpa till med en och annan läkemedelsreaktion, svårare vaskuliter eller hudsymtom relaterade till systemsjukdom. Men sen är det tryggt att vi kan krypa tillbaka till vår hudmottagning där vi känner oss mer bekväma och hemma. På landets hudmottagningar är det förstås fullt upp, men vi har möjlighet att styra vår verksamhet på ett annat sätt.

Med tanke på hur vanligt det är med dermatovenereologiska sjukdomar i befolkningen och hur explosionsartat hudtumörerna ökar har vi andra problem att brottas med och vi behöver fundera över ändrade arbetssätt inom många delar av vår specialitet. På riksplanet gör man stora satsningar på primärvård och den nära vården, finns det möjlighet att uppmuntra till fler "hudintresserade" distriktsläkarkollegor? Skin cancer clinics som i vissa delar av Australien, delvis drivna av primärvårdsläkare? Hur får vi en mer jämlik vård över landet när det gäller hudsjukdomar? Kan digitala lösningar användas i större utsträckning? Hur prioriterar vi så att patienter med störst behov får träffa en dermatovenereolog? Ja, det finns en hel del att fundera över och det är en stor utmaning för oss inom specialiteten.

Inom SSDV har vi fortsatt att arbeta med utbildningsfrågor. Riktlinjer för fortbildning av specialister finns publicerat på hemsidan under fortbildningsgruppens rubrik. Det pågår ett intensivt arbete med planering av stundande årsmöte och vårmöte i Malmö, samt ST-mötet som kommer att äga rum den 13-14 november. Vidare finns önskemål om en nationell specialistexamen vilket SSDV:s utbildningsgrupp har börjat fundera över. Vi försöker uppdatera hem-

sidan och har där lagt till en rubrik "Remisser", där alla kan se vilka remisser vi från styrelsen svarat på.

Arbetet med riktlinjer fortsätter och näst på tur står genitala dermatoser. Riktlinjer för atopiskt eksem efterfrågas och vi hoppas kunna bilda en intressegrupp samtidigt som Läkemedelsverket arbetar med frågan. SSDV:s insatser synkroniseras med arbetet inom NPO och kunskapsorganisationen för att undvika dubbelarbete och för att vi ska sträva mot samma mål för vår specialitet. Inom den nordiska föreningen NDA arbetar vi också med ST-frågan och hur vi på bästa sätt får god kvalitet på ST-utbildningen i de olika nordiska länderna, men också forskningssamarbeten och gemensamma kurser. Finland kommer att vara värdland för nästa nordiska möte, NCDV, vilket planeras till den 6-10 maj 2025 i Helsingfors. Styrelsearbetet är stimulerande och roligt och vi hoppas få se många av er i Malmö.

Våren är på väg. Ljuset börja komma tillbaka och det är numera dagsljus när jag åker till jobbet. Trots att jag älskar vintern är det alltid lika härligt när det luktar vår på gatorna, talgoxarna sjunger och gruset sopas bort efter vintern. När tidningen kommer ut är det snart påsk och jag önskar er alla en härlig påskledighet. Ännu ett plus med att vara dermatovenereolog – de flesta av oss behöver inte arbeta på helgdagar! Njut av våren, naturen och varandra.

Anna Josefson

Ordförande SSDV

Överläkare

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

anna.josefson@regionorebrolan.se



Från grundutbildning till ST

År 1954 moderniserades strukturen på grundutbildningen av läkare i Sverige, efter att ha varit oförändrad sedan år 1907. Utbildningen förkortades till 6 år samtidigt som assistenttjänstgöring utanför utbildningsorterna infördes.

Nästa större förändring gjordes år 1969, då ST togs in i utbildningssystemet samtidigt som grundutbildningen förkortades till 5,5 år och AT inrättades direkt efter examen. Efter godkänd AT erhöles läkarlegitimation.

Efter Sveriges inträde i EU år 1995 uppstod önskemål om att harmonisera den svenska läkarutbildningen med övriga läkarutbildningar i Europa. Vår långa AT passade inte riktigt in och man började utreda detta.

Sedan 2007 omfattas läkarutbildningen av den s.k. Bolognaanpassningen. Denna innebär en harmonisering av utbildnings-

strukturerna i Europa. Som ett led i denna anpassning utformades "Bastjänstgöring – BT", avsedd att skapa en övergång från grundutbildningen med läkarlegitimation till starten av ST för alla läkare med legitimation från hela EU och EES.

I slutet av år 2018 beslutade riksdagen att BT ska införas och att AT därmed successivt fasas ut. Regeringen beslutade också att införa en 6-årig läkarutbildning och de första nyutexaminerade läkarna enligt det nya programmet beräknas bli färdiga år 2027. Socialstyrelsens förordning om BT och ST trädde i kraft 1 juli 2021.

De största förändringarna är att minimitiden för ST förlängs till 5,5 år och att ST ska inledas med en BT som är gemensam för alla specialiteter. BT ska vara minst 6 månader och eftersom BT är en del av ST så ingår den i minimitiden för hela ST.

Alla kommer inte att omfattas av det nya systemet direkt. Läkare som har gjort svensk AT samt läkare som påbörjat men inte avslutat ST före den 1 juli 2021 kommer även efter att de nya reglerna har börjat gälla att kunna få bevis om specialistkompetens enligt de gamla reglerna, SOSFS 2015:8.

Den nya ST-föreskriften (HSLF-FS 2021:8) gäller därmed initialt för utlandsutbildade läkare som har svensk läkarlegitimation och vill specialisera sig i Sverige, men som inte har gjort svensk AT eller inte påbörjat sin svenska specialisering innan den 1 juli 2021. Den första kullen med svenskutbildade läkare kommer att påbörja sin BT tidigast år 2027.

Sveriges regioner är i full fart med arbetet och alla utmaningar som väntar, likaså landets specialitetsföreningar inklusive vi inom SSDV. I SSDV:s utbildningsgrupp har vi det senaste året lagt ner mycket tid och arbete på att uppdatera målbeskrivningarna och checklistorna så att de är samstämmiga med gällande föreskrifter för ST.

Hoppas att ni alla är någorlunda bekanta med ovanstående förändringar i den svenska ST-utbildningen, övergångsreglerna och skillnaderna mellan de gamla och nya föreskrifterna.



Vattenmålning av Sanja Gavric.



Tanja Gavric

ST-representant i SSDV

ST-läkare

Tudorkliniken hudmottagning, Halmstad

Annons

Annons

Vem är DVSS nya ordförande?



Startar år 2023 som ny ordförande för DVSS. HJÄLP, vad har jag gett mig in i?! Samtidigt tänker jag på Pippi Långstrump när hon får frågan om hon kan spela piano. "Hur skall jag kunna veta det, när jag aldrig försökt?" Precis, precis så är det! Jag sträcker på mig och ansluter till videokonferensen för årets första styrelsemöte. Det är fredag, klockan är 08.10 på morgonen och det är den 20 januari. Så fort jag ser ansiktena på resten av styrelsen blir jag lugn, tillsammans kommer vi att verka för att stärka den dermatologiska och venerologiska omvårdnaden. Det finns ett stort engagemang i gruppen och otroligt mycket kunskap. Jag tänker då särskilt på Sara Rosengren, vår förra ordförande som nu är invald ledamot i styrelsen med en mandatperiod på två år. Kanske är det kontroversiellt att som avgående ordförande stanna kvar i styrelsen? Jag vet inte. Men för mig och resten av styrelsen är det en stor tillgång att få möjlighet att ta vara på hennes erfarenheter och otroliga minne.

Jag heter Alexandra Sjöholm och arbetar halvtid som forskningssjuksköterska på Sahlgrenska universitetssjukhuset, verksamhetsområde Hud- och könssjukvård. Jag är även på halvtid doktorand vid Göteborgs universitet. Mitt stora intresse är forskning

och utbildning. Jag brinner för att vara med och påverka kvaliteten på den omvårdnad som vi erbjuder våra patienter. Av samma anledning har jag engagerat mig i EADV:s nya task force för sjuksköterskor. På hemmaplan har jag de senaste åren fått möjlighet att arrangera uppdragsutbildningar på avancerad nivå tillsammans med Göteborgs universitet. Syftet med kurserna är att stärka kompetensen hos sjuksköterskorna inom vårt område. I vår startar kursen Dermatologisk omvårdnad med inriktning mot hudsjukdomar 7,5 hp. Kursen blev fullbokad på endast ett par dagar. Intresset för vidareutbildning är stort bland sjuksköterskorna!

Att ta över ordförandeklubban för DVSS blir en ny spännande utmaning som ligger i linje med mina stora intressen, forskning och utbildning.

Årets nyhet, följ oss på Instagram!

För att synliggöra omvårdnad inom hud- och könssjukvård har vi nu även ett öppet konto på Instagram.

Vi ses där!

För er som är medlemmar i DVSS finns även vår



slutna Facebookgrupp. Där får ni reda på senaste nytt och kan lätt kommunicera med varandra, ställa frågor och annat kul.

Vid frågor och synpunkter kontakta mig gärna på: alexandra.sjoholm@dvss.nu

Här kommer en liten påminnelse om vad DVSS egentligen är:

DVSS (Dermatologi Venerologi Sjuksköterskor i Sverige) är en ideell, professionell sammanslutning av sjuksköterskor med intresse för den dermatologiska och venerologiska omvårdnadens framåtskridande. DVSS är en riksomfattande specialistförening i Svensk sjuksköterskeförening.

I våra stadgar, §1 kan man läsa om föreningens ändamål:

- Att verka för att patienterna får en god dermatologisk och venerologisk omvårdnad
- Att främja forskning, utveckling och utbildning inom medlemmarnas funktionsområde
- Att främja samarbetet med de nordiska föreningarna inom dermatologisk och venerologisk omvårdnad
- Att främja det internationella samarbetet inom dermatologisk och venerologisk omvårdnad
- Att främja samverkan med Svensk sjuksköterskeförening, bland annat genom att tillsammans aktivt verka för att sjuksköterskor blir medlemmar i både DVSS och Svensk sjuksköterskeförening.

Jag ser fram emot att tillsammans med styrelsen och alla medlemmar arbeta med att uppfylla våra uppsatta mål!



Alexandra Sjöholm
(Nybakad) ordförande, DVSS



Utbildningsdag om anogenitala dysplasier och nyheter inom STI

*Sista fredagen i januari gick årets utbildningsdag organiserad av **Sektionen för venerologi och genital dermatologi** av stapeln, och äntligen i fysiskt format på Svenska Läkaresällskapets hus i Stockholm. Drygt 160 personer tog sig till huvudstaden för att lyssna på ett spännande program som fokuserade på anogenitala dysplasier och nyheter inom STI.*

Vulva

Vi började med området vulva, där Päivi Kannisto från Lund pratade om precancerösa och cancerösa lesioner. För vulvacancer finns ett nationellt vårdprogram och SVF-förlopp. Alla fall dras på MDK som finns på Sahlgrenska universitetssjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset, Linköpings universitetssjukhus och Skånes universitetssjukhus.

Man skiljer på invasiv vulvacancer och dysplasi, det vill säga vulvar intraepitelial neoplasia (VIN) som i sin tur delas in i höggradiga skivepiteliesioner (HSIL) och differentierad vulvar intraepitelial neoplasia (dVIN). Även låggradiga skivepiteliesioner förekommer (LSIL), men dessa räknas inte som farliga och skall inte följas upp hos immunkompetenta individer. Vulvar aberrant maturation (VAM) är ett slags mellanting mellan dVIN och SCC. Detta tillstånd har osäker malignitetspotential och behöver därför hållas under uppsikt.

HSIL är dysplasier orsakade av HPV medan dVIN snarare har sitt ursprung i inflammatoriska dermatoser. HSIL ses oftare hos en yngre population jämfört med dVIN och det senare tillståndet är mer aggressivt när det kommer till risk för utveckling till invasiv sjukdom.

dVIN behandlas i regel med excision, medan man vid HSIL i första hand rekommenderar topikal behandling med imiquimod tre gånger i veckan i 16 veckor. I samband med topikal behandling erbjuds också adjuvant 9-valent vaccin mot HPV. Vaccinet täcker 90% av de HPV-typer som orsakar HSIL.

Vulvar intraepitelial neoplasia ingår i nationella vårdprogrammet för vulvacancer. Misstänkta lesioner skall biopsieras, fotograferas och lymfkörtelstationer skall palperas. Vid tumörer >4cm skall även bilddiagnostik och fin nålspunktion av ljumskar genomföras.

För avancerad sjukdom kan PD-(L)1-hämmaren pembrolizumab användas som palliativ behandling.

Penis

Sinja Kristiansen från Malmö berättade om penil intraepitelial neoplasia, PeIN. I Sverige drabbas totalt cirka 170 män/år av PeIN eller peniscancer. 95% av dessa fall utgörs av skivepitelcancer.

Vid PeIN förekommer dysplasin i hela epitelet och när den penetrerar basalmembranet talar vi om invasiv cancer. Tidigare har PeIN benämnts som Morbus Bowen på keratiniserad hud och erytroplasia Queyrat på slemhin-

na. Nu delas PeIN istället in i odifferentierad PeIN orsakad av HPV-infektion och differentierad PeIN som associeras med dermatoser. Förekomsten av PeIN ökar i Sverige. Varför vet vi inte riktigt, är vi bättre på att hitta dessa män? Minskad tabu? Ökad HPV-spridning under 60-talet som visar sig? Oavsett orsak så ses inte samma trend för invasiv peniscancer, där incidensen inte är stigande.

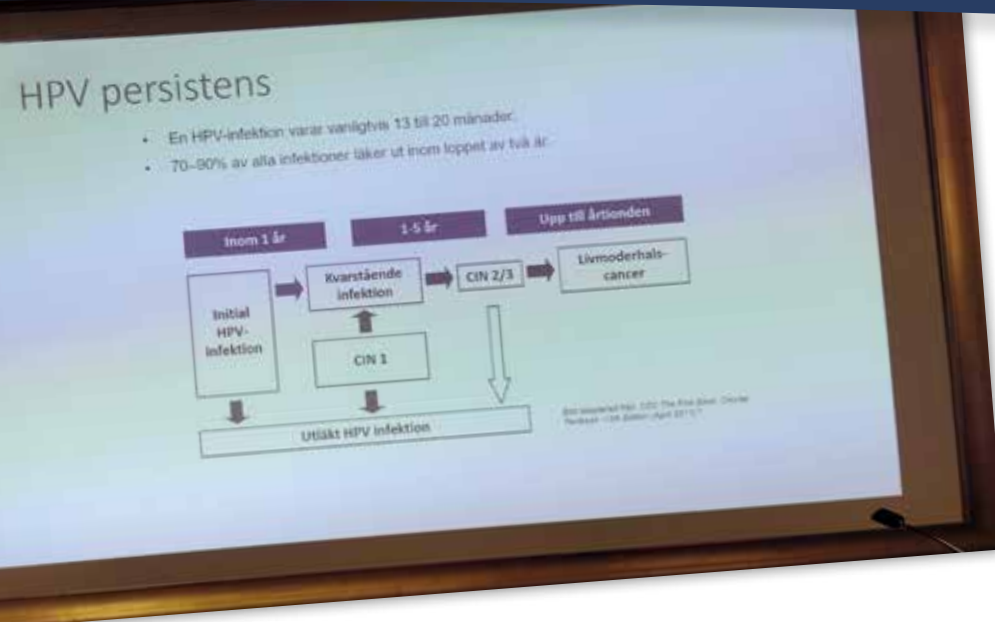
När män söker för besvär från penis är diagnoser som balanit, plasmacellsbalanit, lichen sclerosus, lichen planus och psoriasis mycket vanligare än PeIN. Så när ska man misstänka tillståndet? Balanit som inte svarar på behandling, välvägränsade rodnader, sår som inte läker, hyperkeratoser och fimosis kan alla vara tecken på PeIN. Vid histologisk undersökning av förhudar som opererats bort på grund av fimosis utan annan känd diagnos sågs lichen sclerosus hos 60% och PeIN hos 2%.

Både differentierad PeIN och odifferentierad PeIN kan utvecklas till invasiv peniscancer, men hur ofta detta sker och huruvida det föreligger någon skillnad mellan subtyperna är ännu inte känt.

Risikfaktorer för PeIN och invasiv peniscancer är HPV-infektion, framför allt högrisk-HPV (typ 16), inflammatoriska hudsjukdomar och balanit/fimosis. Dock kan man såklart fundera över vad som gömmer sig i de senare diagnoserna. Även rökning, immunsuppression, PUVA och ensamstående livssituation faller ut som riskfaktorer.

I Sverige har vi ett peniscancerregister som infördes år 2000. Sedan 2017 finns SVF för peniscancer. Sedan 2013 ska alla fall (både peniscancer och PeIN) dras på MDK och 2015 centraliserades peniscancervården till Malmö och Örebro. MDK sker varje måndag året runt. Vid misstanke om PeIN, markera ut var biopsi skall tas och fotografera. Ta därefter en stansbiopsi och skicka på vanligt sätt till patologen. När svar föreligger att det är en PeIN, anmäl patienten till MDK. Anmälan sker via strukturerad mall som finns på SSDVs hemsida. Man är varmt välkommen att delta vid MDK och presentera sitt fall för att sedan





Cervix

Vi gick tillsammans med Kristina Elfgrén, Karolinska universitetssjukhuset, sedan vidare till cervix och dess dysplasier. Dessa är ett betydligt vanligare tillstånd där målet i Sverige är permanent utrotning (definierat som $<4/100\,000/\text{år}$). Incidensen av cervixcancer har minskat påtagligt sedan 70-talet på grund av screeningprogrammet och ligger nu på $11,5/100\,000$. Det ses en ökning sedan 2014 med ca 2 fall/vecka, med stora regionala skillnader där vissa regioner har mer cancer och svårare fall.

Cervixdysplasier är HPV-relaterade och en infektion varar vanligtvis 13–20 månader där 70–90% läker ut inom 2 år. Kvarstående infektioner som ger CIN 2/3 kan ge cervixcancer om de inte läker ut spontant.

Screeningprogrammet har uppdaterats. I det nya programmet utgörs provtagning och typning av HPV basanalysen. I juli ska det uppdaterade programmet vara implementerat i hela landet. HPV 16, 18 och 45 står för 90% av all cervixcancer. Olika HPV-typer ska handläggas olika. HPV 16 har exempelvis högst cancerrisk och långsammast utläkningshastighet. HPV 18 har näst högst cancerrisk och är kopplat till adenocarcinom med långsammare progress och HPV 45 är

få remissvar med behandlingsrekommendationer.

Behandling av PeIN kan vara såväl kirurgisk som topikal. Vid differentierad PeIN framför allt 5-FU som smörjes dagligen i 4 veckor följt av ett återbesök. Vid tydlig reaktion kan behandlingen då avslutas medan patienten vid otillräcklig reaktion får smörja i ytterligare två veckor. Vid HPV-associerad odifferentierad PeIN används oftare imiquimod som topikal behandling, med smörjning 5 gånger i veckan och i övrigt samma

schema som 5-FU. Andra behandlingsalternativ såsom PDT, kryo, laserablation och total glans resurfacing förekommer, men det finns endast ett fåtal kvalitativa studier och ingen RCT och således är rekommendationsgraden svag.

Patienterna följs därefter upp enligt vårdprogram efter 3 månader, 6 månader och därefter med årskontroller i sammanlagt 5 år. Vid besöken görs klinisk undersökning, lymfkörtelpalpation och biopsi tas vid behov.



Sinja Kristiansen berättade om penil intraepitelial neoplasi (PeIN).



Finn Filén föreläser om mpox.

besläktad men med ännu något långsammare progress.

Det finns även medelontkrogena typer (31/33/52/58) som snarare ger dysplasier än invasiv cancer men som är besläktade med HPV 16. Dessa kommer handläggas annorlunda än högriskvirus.

Vid screeningen är inte HPV-infektion i sig det viktiga utan HPV-persistens, då det är detta som är relaterat till cancerutveckling. Självprovtagning är ett bra alternativ till vårdgivartaget prov, men i kallelsen bör patienten erbjudas vårdgivartaget prov.

Det nya screeningprogrammet ställer krav på välutbildade kolposkopister. Krav ställs även på vårdenheten att bildokumentationsutrustning bör finnas för att spara bilder och för att patienten skall kunna följa med i undersökningen.

Flera studier visar att HPV-vaccination kan användas som recidivprofylax med halverad risk för återfall och det rekommenderas efter kirurgisk behandling. Vaccinationen skyddar även primärt mot cervixcancer, och bäst

skydd erhålls såklart om vaccinet ges tidigt. I Sverige ges i nuläget ett 9-valent HPV-vaccin med god täckningsgrad hos flickor (90%) och något lägre hos pojkar.

Man identifierar nu även kvinnor med ökad risk för cervixcancer så att de kan erbjudas undersökning och vaccination. Målet är att minska sjukdom och död, samt att bevara fertiliteten.

WHO har som globalt mål att 90% av alla flickor ska vara vaccinerade vid 15 års ålder, 70% av kvinnor ska vara screenade vid 35–45 års ålder och att 90% av alla med cervikal sjukdom ska få behandling och vård.

HPV-vaccin och män

Arne Wikström från Karolinska universitetssjukhuset, tog över för att prata om män och HPV-vaccin. Nu har vi en könsneutral vaccination av barn i Sverige med 9-valent HPV-vaccin i 2-doschema. Diskussion pågår kring om det kan vara tillräckligt med endast en dos, och det föreligger ingen indikation på att boosterdos krävs. Biverkningar

är framför allt lokal reaktion vid insticksstället samt huvudvärk, och ingen direkt könsskillnad ses.

Studier har påvisat vaccineffekt hos män med fler kondylom i placebogrupp men det finns i nuläget sämre vetenskapligt stöd för effekt av vaccination av män jämfört med kvinnor. I en liten grupp med MSM har man sett ett effektivt förebyggande av anal intraepitelial neoplasia (AIN). På grund av utebliven flockimmunitetseffekt när endast flickor har vaccinerats löper MSM en hög risk att utveckla HPV-relaterad sjukdom, och i vissa länder rekommenderas gruppen vaccinera sig på grund av detta.

Om HPV ska utrotas är könsneutral vaccination viktig. I Sverige är oron låg för negativa biverkningar av vaccin, men det finns en grupp skeptiker även här. Sedan det nationella HPV-vaccinationsprogrammet startade har täckningen varit ca 80%, vilket är förhållandevis högt internationellt, men lägre än för andra vaccin i vårt barnvaccinationsprogram.



Anal

Helle Kiellberg Larsen kom från Köpenhamn för att prata om anal intraepitelial neoplasia, AIN. Under de senaste decennierna har förekomsten av analcancer ökat i Sverige och Danmark. Då detta inte ingår i någon screening ligger incidensen av analcancer högre än den av dysplasi. Ökad risk för analcancer ses bland MSM (framför allt hiv-positiva), kvinnor med tidigare cervix- eller vulvacancer, organtransplanterade och andra immunsupprimerade samt patienter med tidigare anogenitala vårtor.

Liksom vid cervixcancer sker neoplasin inom transformationszonen och föregås av prekursorlesioner associerade med hög-risk-HPV.

Man ska inte screena för AIN om man inte har möjlighet att följa upp ett avvikande provsvar. Golden standard för att upptäcka aHSIL är en anal kolposkopi, high resolution anoscopy. Detta är svårt men det går att lära sig och kräver utrustning såsom kolposkop med förstoring upp till 25x, fiberoptisk lampa och fotomöjligheter. Om man ska genomföra denna typ av undersökning måste man även kunna behandla eventuella avvikande fynd. Undersökaren ska visualisera transformationszonen och sedan färga vävnaden med ättiksyra och jodlösning för att identifiera patologiska lesioner. Biopsi görs utifrån färg, kontur och kärnbild. Behandling av AIN inkluderar bl.a. diatermi, koldioxidlaser, ir-koagulation, kirurgi, imiquimod, och 5-FU men alla behandlingar har över 50% recidivrisk. HPV-vaccin diskuteras som recidivprofylax, men forskningsresultaten är inte entydiga.

I USA har man genomfört en stor multicenterstudie för att utvärdera om förekomsten av analcancer minskar vid screening och behandling hos hiv-positiva där man slumpmässigt antingen följde upp eller förebyggande behandlade precancerösa lesioner. Där såg man en 57% minskad risk för progression i gruppen som behandlades.

Det är framför allt HPV 16 som är associerad med analcancer, så den viktigaste primärprofylaktiska åtgärden är vaccination. Avseende sekundärprevention så lade Helle fram ett potentiellt screeningförslag för högriskpersoner. Annars finns även förslag på tertiär screening med digital anorektal undersökning för att kunna hitta tumörer när de är små och har god prognos. Även här gäller det att i så fall identifiera riskpersoner. *International anal neoplasia society* genomför kurser som man kan gå för att lära sig mer om detta. Det går också bra att kontakta Helle för att auskultera i Köpenhamn där

hon har en AIN-mottagning på Bispebjerg sjukhus.

Hiv-uppdatering

– vad gör man vid positivt hiv-test?

Catharina Missailidis från Venhälsan pratade om hiv. Det är ett komplext virus som det tar ett tag att utveckla antikroppar och få igång en immunaktivering mot. Första månaden är virusmängden högst och det kan ge upphov till symtom såsom feber, svullna lymfkörtlar, halsont och ospecifikt exantem. I hiv-tester mäter man antigen och antikroppar. Således kan antigenet bli svårare att mäta efter immunaktiveringen och antikroppar kan vara omätbara i början av förloppet.

Snabbtester är kopplade antikropp/antigen-tester som har 100% sensitivitet, men något lägre specificitet och kan ge falskt positivt resultat men även falskt negativt om det tas för tidigt i förloppet.

Serologiska tester undersöker också antikroppar och antigen med en specificitet och sensitivitet nära 100%. Om ett serologiskt screeningtest blir positivt går labbet vidare med en konfirmationsanalys och det är denna konfirmation som gäller. Dessa tester kan vara falskt negativa de första sex veckorna efter kontakt.

För att säkert ställa en hiv-diagnos krävs två kontroller – antingen positivt snabbtest och en positiv serologi eller två positiva serologier.

I nuläget är hiv en fullt behandlingsbar infektion där patienten har samma förväntade livslängd som resten av populationen, men historiken påverkar hur vi och patienter hantarer ett positivt svar. Det finns nu en uppsjö av bra terapier och sedan 2014 sätts behandling in direkt vid diagnos. Biverkningsrisken är låg, likaså interaktionsproblematiken och preparaten som används har en låg metabol påverkan.

WHO har målet att 95% av all hiv ska identifieras, 95% av dessa fall ska behandlas, 95% av dem som behandlas ska ha välkontrollerade nedtryckta virusnivåer och 95% av dessa ska ha bra livskvalitet. I Sverige beräknas 90% vara diagnostiserade, varav 99% är under behandling och 95% av dessa välkontrollerade. Doctor's delay förekommer när patienter söker för diffusa symtom och ingen tänker på hiv, detta framför allt när det inte rör sig om klassiska riskgrupper. Idag är heterosexuell smitta den vanligaste överföringsvägen.

Med tanke på den goda effekten av antiviral behandling så är hiv numera en sjukdom som man blir gammal med, och fler och fler äldre är hiv-positiva. 2030 beräknas 70% av de smittade vara över 50 år.

Risken för att smitta någon vid en välkontrollerad hiv är obefintlig. I the Lancet har två stora studier publicerats, PARTNER och PARTNER2 där många par ingick varav ena partnern var hiv-positiv. Allt sex registrerades under några år och inga transmissioner skedde. Välkontrollerade hiv-positiva behöver inte informera sexpartners eller använda kondom, de behöver inte registreras med blodsmitta i journal och heller inte informera vid vårdkontakter.

Tarmpatogener på venmottagning

Sedan gick vi tillsammans med Yauheni Luksha från Venhälsan vidare till diarréer på venerologimottagningen. Dessa kan bero på infektioner som erhållits vid sexuell kontakt, men inte nödvändigtvis de klassiska STI:erna. Här gäller det att tänka patofysiologiskt då infektioner såsom gonorré och klamydia kan ge proktit med rektal smärta, slem, blod och tenesmer men inte symtom från proximala tarmen. Bakterier som infekterar tunntarmen ger en absorptionspåverkan med vattentunna och voluminösa diareer – enterit. Bakterier som snarare infekterar tjocktarmen ger kolit med lös, men inte lika lös, avföring med eller utan blod.

Tarmpatogener smittar fekalt-oralt både direkt och indirekt via kontaminerad mat/vatten. Sexuellt så kan överföring exempelvis ske direkt när munslemhinna kommer i kontakt med analslemhinna eller indirekt när något som haft rektal kontakt därefter har munkontakt.

Den vanligaste tarmpatogenen kopplat till MSM är Shigella där det just nu pågår ett utbrott med hög resistens i Europa. I Storbritannien står MSM för 50% av alla shigella-fall och har 75 gånger högre risk att drabbas. De stammar som ofta drabbar MSM utmärker sig med en hög nivå av azitromycin- och kinolonresistens. Anmärkningsvärt är att azitromycin inte rekommenderas vid behandling av Shigella, så troligen drivs denna resistens av något annat såsom behandling av annan STI. Förhöjd risk finns också för *Campylobacter*, dock inte för *Salmonella*. Andra relevanta patogener kan vara *Giardia Intestinalis*, *Hepatit A* och *Entamoeba Histolytica*. *Giardia* och *Entamoeba* ska behandlas eftersom dessa kan ge komplikationer.

I Sverige ses inte denna trend och på Venhälsan är dessa infektioner ovanliga. Det är oklart om det beror på mindre provtagning, att man inte söker eller att infektionerna inte är lika vanligt förekommande.

Vid eventuell provtagning ska man fråga om yrke. Vid riskyrken såsom arbete med oförpackade livsmedel och vård av spädbarn



så behöver patienterna erhålla specifika förhållningsregler. Generellt ska patienterna få smittskyddsföreskrifter, men sexuella restriktioner förekommer inte i dessa. Det finns rekommendationer kring hur länge efter avslutad diarré som man bör avhålla sig. Dessa skiljer sig åt runt om i världen men vanligaste rekommendationen är 1–2 veckor.

Positiva fall ska anmälas och smittspåras och alla symtomatiska eller nyligen symtomatiska bör provtas, liksom personer med riskyrken. Vid hepatit kan det vara aktuellt med postexpositions-profylax med vaccin. I regel behandlas inte dessa typer av tarminfektioner. Shigella har dock behandlats för att minska smittspridningen. Detta avråder nu CDC från sedan två år tillbaka på grund av den höga resistensbördan.

I regel behövs ingen uppföljning men vid avstängning från arbete behövs negativt kontrollprov för att kunna återgå, här gäller 1–3 negativa prover beroende på agens.

Sammanfattningsvis så bör vi tänka på att ta en ordentlig diarréanamnes när patienter söker med detta symptom för att avgöra om det rör sig om proktit eller något högre upp.

Syfilisuppdatering

Petra Tunbäck, från Göteborg, tog över för att uppdatera oss på syfilisfronten. 2012–2021 skedde en långsam ökning av syfiliscidensen i Sverige och trots covid har denna ökat med ca 7% årligen. 2021 registrerades 591 fall, framför allt bland MSM. Även globalt ses en kraftig ökning av syfilis. Den ökade förekomsten av syfilis kan eventuellt bero på bra hiv-behandling, PrEP, minskat kondom användande, ökat antal partners samt anonyma kontakter och appar.

Eftersom syfilis kan vara asymtomatisk och serokonvertering kan dröja så finns möjligheten att vi testar för tidigt. Serologier kan även vara svårtolkade vid upprepade infektioner. Det är dock positivt att det inte ses någon resistensutveckling mot penicillin.

Det klassiska förloppet vid syfilis är att infektionen manifesterar sig som ett primärsår. Därefter uppkommer utslag. Serologin kan vara negativ upp till några veckor efter sårdebut. PCR kan tas från såret innan det spontanläker. Senast 3–4 veckor efter sårdebut blir IgM och TPPA positiv och de specifika testerna VDRL och RPR blir positiva i stigande titrar, som även kan användas för att följa behandlingseffekten. Vid sekundär syfilis är serologin alltid positiv.

Vid latent syfilis förekommer inga kliniska symptom men serologin är positiv. Om detta upptäcks och patienten inte har fått behandling ska detta sättas in för att inte ris-

kera en aktivering. Det finns ingen markör för spontan utläkning.

Reinfektion ska misstänkas om en patient har svarat på behandling och sedan får positiv VDRL/RPR igen, om ökningen är minst två titersteg och anamnesen kan stämma.

Kongenital syfilis är lyckligtvis ovanligt i Sverige, några få fall förekom 2018–2019 hos kvinnor som inte följts på MVC. I Brasilien och USA ses tyvärr en ökande förekomst och globalt leder kongenital syfilis till ca 200 000 dödfödda barn/år. Som en positiv nyhet blev Oman 2022 det första landet i östra medelhavsregionen att eliminera mor-barntransmission av hiv och syfilis.

Mpox på Venhälsan

Finn Filén avslutade dagen med en genomgång av mpox-utbrottet från Venhälsans perspektiv. Sedan våren 2022 har ca 85 000 fall registrerats globalt, 257 fall i Sverige varav 154 på Venhälsan. Peakerna nåddes under sensommaren med 12–13 fall/vecka och därefter har det klingat av. Minskningen av antalet fall har pågått i många länder parallellt och kan delvis bero på vaccinering, detta trots att vi i Sverige inte hade hunnit börja vaccinera när antalet fall började minska.

Så hur har det varit?

Åldern hos de som insjuknat har varierat, 151/154 var MSM varav 23% hade känd hiv och 52% tog PrEP. I princip alla smittades sexuellt. En fjärdedel hade samtidigt en annan STI, 2% en samtidig tarminfektion, 15% en sekundärinfektion och 1% utvecklade bakteriemi. Lesionerna läkte snabbare vid behandlad sekundärinfektion, så frikostighet med allmän odling är viktigt.

10% har behövt läggas in, huvudsakligen på grund av smärtor vid matintag och avföring men även på grund av påverkat allmäntillstånd. I enstaka svåra fall har transplanterade organ varit i farozonen då man tvingats överväga utsättning av immunsuppression. I publikationer beskrivs ovanliga komplikationer i form av encefalit, myokardit och

epiglottit varför man vid samtidig immunsuppression och mpox bör diskutera med infektionsläkare.

Inkubationstiden är cirka en vecka innan debut av feber, huvudvärk och myalgier. Koppor, sår, proktit och stomatit kommer kort därefter. Initialt uppstår koppor vid den lokalen där smittöverföringen skett vartefter spridning sker till andra lokaler och ibland slemhinnor.

Smittspridning sker framför allt vid sex eller nära kroppskontakt, det vill säga att gnugga kopporna mot någons friska hud. Smittspridning sker alltså inte på arbetsplatsen, hos lägenhetskompisar eller till andra man bor med utan förekomst av tät kroppskontakt. Vid genomgång av 24 000 fall har endast fyra sjukvårdspersonal smittats, varav en av dessa aspirerade en koppa och sedan stack sig själv. Risken för smittspridning får bedömas som låg och är troligen jämförbar med exempelvis herpes simplex-virus och lägre än vid många andra infektioner.

Typiska hudmanifestationer vid mpox är koppor med navling. Differentialdiagnoser inkluderar herpes simplex-virus, herpes zoster med bakteriell sekundärinfektion och syfilis. Vid mpox som inte läker är det viktigt att utesluta samtidig primärsyfilis.

Handlägningsförslag vid klinisk misstanke är provtagning med PCR för mpox, klamydia/gonorré från alla lokaler, hiv/syfilis-serologi, eventuellt sårdodling, PCR för herpes simplex-virus och syfilis samt eventuellt F-tarmpatogener. Vid hög feber eller svåra smärtor tas CRP, LPK, Hb och kreatinin. I nuläget gäller munskydd, mask, långärmat förkläde och handskar vid patientkontakt. Behandlingen är i första hand symtomlindrande, men vid livshotande tillstånd kan tecovirimat övervägas och då ska tjänsteman i beredskap på Folkhälsomyndigheten kontaktas. Bedövande munsölj kan beställas på apoteket.

Post-exponeringsvaccin kan vara aktuellt vid kontakt de senaste 4 dagarna och längre

tillbaka för barn, gravida eller immunsupprimerade. Skyndsamt smittspårning är viktigt. Förhållningsregler och smittskyddsblad ska ges till både den infekterade och eventuell exponerad partner.

Vid sjukskrivning kan smittbärrarpenning kryssas i, och denna kan brytas tidigare vid tillfrisknande. Generellt ska patienterna hålla sig hemma tills man vet hur sjukdomen utvecklar sig.

Dagen avslutades med några frågeställningar för framtiden, är mpox en infektionssjukdom eller en venereologisk sjukdom? Oavsett så behöver vi ha diagnosen i bakhu-vudet framöver, inte minst då den även kan dyka upp i populationer som hittills inte drabbats. Kommer den minskade förekomsten fortsätta? Kommer vi se mer avslappnade smittskyddsföreskrifter och bättre tillgång till vaccin? Hur kommer det att se ut vad gäller vaccination och tecovirimatanvändning framöver?

Det återstår att se, för sedan var det dags att ta helg och ge sig ut i ett kallt januari-stockholm. På återseende nästa år. Stort tack till alla föreläsare för en mycket intensiv och givande dag!



Inessa Bjartmar

ST-läkare,

Hudkliniken,

Skånes universitetssjukhus, Malmö

Är du intresserad av venereologi?

Varmt välkommen som medlem i Sektionen för venereologi och genital dermatologi, SVGD!
Mer info via ssdv.se

Anmäl medlemskap i SVGD till sinja.kristiansen@skane.se eller ansök i samband med medlemskap i SSDV.

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.

OSPECIFIK URETRIT OCH OSPECIFIK CERVICIT

I dessa riktlinjer/rekommendationer definieras begreppet ospecifik uretrit/cervicit som en symtomgivande infektion där prov för gonorré, klamydia och *Mycoplasma genitalium* är negativa och som uppfyller nedan angivna kliniska kriterier. På svenska STD/STI-mottagningar brukar dessa fall omfatta knappt en tredjedel av alla med uretrit.

Bakgrund och klinik

Uretrit, urinrörskatarr, kan ha flera orsaker, men i de flesta fall är orsaken en sexuellt överförd infektion. Hos mannen ger uretrit upphov till sveda vid miktion (dysuri), klåda i urinröret och ibland en diffus obehagsskänsla i penis och åtföljs oftast av en mer eller mindre påtaglig flytning från urinröret. En varig gul flytning ska inge misstanke om gonorré. Samtidig pollakisuri, trängningar, värk infraumbilicalt och utstrålade värk mot testiklarna är ett tecken på prostatit eller undantagsvis cystit. Hos kvinnan är symtomen på uretrit miktionsveda men mer sällan uretral flytning. Subjektiva besvär kan saknas, vara diskreta eller ibland intermittenta. Graden av flytning varierar och genom att den ofta är färglös uppfattas den inte alltid som en flytning. Hos kvinnor är bilden ofta mer komplex men en isolerad uretrit kan handläggas såsom hos män.

Cervicit, livmoderhalsinflammation, kan förorsaka dova smärtor nedåt i buken och ökad vaginal flytning. Det finns tyvärr ingen konsensus globalt kring hur cervicit ska definieras eller verifieras. Detta är också orsaken till att det ofta saknas internationella riktlinjer för handläggning av cervicit. Olika definitioner beskrivs nedan under diagnostik.

Kända orsaker till uretrit/cervicit som infektion med *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia*

trachomatis och *M. genitalium* beskrivs under respektive kapitel. Infektion med *Trichomonas vaginalis* är numera mycket sällan förekommande såväl i Sverige som i övriga europeiska länder och därför nästan aldrig ett alternativ som orsak (differentialdiagnos). Herpes simplex virus (HSV)-infektion kan ibland yttra sig som enbart uretrit (utan blåsor och sår) och typiskt är då en uttalad dysuri distalt i uretra. I det färgade utstryket ses ofta förutom neutrofila granulocyter ett inslag av mononukleära celler. Vid primärinfektion med HSV med blåsor och sår finns ofta en mikroskopisk uretrit som kan vara symptomatisk. Adenovirus samt andra luftvägspatogener såsom *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* och *Moraxella catarrhalis* kan i sällsynta fall förklara en uretrit. Infektion med *Ureaplasma urealyticum* kan ge symptom särskilt vid hög "bacterial load" medan *Ureaplasma parvum* anses vara apatogen. Uretrit kan ses vid samtidig förekomst av kondylom eller balanit. Strikturer i uretra eller främmande kropp ger också upphov till uretrit.

HSV kan också förorsaka cervicit. Sannolikt finns okända mikroorganismer som kan förorsaka uretrit och/eller cervicit även om man hittills, trots förfinad diagnostik med nucleic acid amplification test (NAAT), inte säkert har kunnat påvisa detta. Några av de anaeroba bakterier som hos kvinnor ger bakteriell vaginos och som är vanligt förekommande också hos män har föreslagits som orsak till uretrit och cervicit. Flera studier har gjorts och görs. Evidens saknas för att fastställa kausalt samband mellan förekomst av anaeroba bakterier och uretrit hos män. Bakteriell vaginos är vanligare förekommande hos kvinnor infekterade med klamydia, gonorré och *M. genitalium* varför sådan orsak ska misstänkas i första hand vid kliniska tecken på cervicit och samtidig bakteriell vaginos. Bakteriell vaginos i sig bör behandlas då antibiotika mot klamydia inte har effekt mot anaeroba bakterier.

Diagnostik

Uretrit: I ett färgat utstryk av sekret från

uretra ses vid mikroskopi en ökning av antalet polymorfnukleära neutrofila leukocyter (PMNL). Den vedertagna definitionen av vad som är en uretrit är > 4PMNL/synfält (1000 gångers förstoring = high power field (hpf)) i minst 5 hpf där antalet PMNL är högst. Det används olika typer av instrument vid provtagningen såsom plastögla, metallspatula eller bomullspinne. Instrumentet ska föras in cirka 1 cm i uretra. Spatula och rännsond ger bäst utbyte. Uretra är mycket känslig och det är därför viktigt att provet tas med rätt teknik och utan att förorsaka annat än ett lätt obehag hos patienten. Ett representativt prov bör innehålla epitelceller och vid uretrit brukar det finnas en flytning, det vill säga ett ökat utbyte. Miktionsfritt intervall på minst 1 timme förbättrar förutsättningarna till ett bra utbyte. "Mjölknings" av uretra kan bidra till ett representativt utstryk.

För diagnos krävs ett positivt direktprov. Enbart subjektiva besvär kan kräva en ny bedömning vid ett senare tillfälle och utgör inte indikation för antibakteriell behandling. Inte minst vid oro för sexuellt överförd infektion beskriver män ofta besvär. Enbart mikroskopisk uretrit utan symptom är inte indikation för behandling. Sådan förekommer till exempel hos män som tidigare har haft klamydia, infektion med *M. genitalium* eller gonorré och denna kan kvarstå i många år, men kan också vara indikation på en asymtomatisk sexuellt överförd infektion orsakad av klamydia eller *M. genitalium*.

Cervicit: Strikta och objektiva kriterier saknas och olika definitioner används. Internationellt används oftast den mikroskopiska definitionen av färgat endocervikalt prov som arbiträrt satts till fler än 30 PMNL/hpf. Dock har olika subdefinitioner använts i studier (fritt liggande utanför mucus, minst 2 hpf som inte ligger intill varandra etc). Fler PMNL än epitelceller i vaginalt våtutstryk (slidsekret i fysiologisk koksaltlösning och fasmikroskopi i 400 gångers förstoring) föreslaget av Lars Westström används ofta i Sverige. Lättblödande (Lindner)

eller varig flytning från yttre modermunnen (YMM) (Brunham) är andra definitioner. Få jämförande studier har gjorts. Weströms definition tycks vara den något bättre än övriga. Minst två definitioner varav en är fler leukocyter än vaginalepitelceller ger sannolikt en hög specificitet och god sensitivitet.

Det färgade utstryket är essentiellt för gonorrédiagnostik. Nedre buksmärtor, post-coitala blödningar eller mellanblödningar är symtom som förekommer liksom ökad/förändrad vaginal flytning, men som också ofta ses vid bakteriell vaginos utan annan påvisad orsak. Därför bör man initialt vara restriktiv med behandling annat än mot eventuell bakteriell vaginos. Vid symtomatisk uretrit eller cervicit bör alltid NAAT för klamydia, gonorré och *M.genitalium* tas. Att avvakta med NAAT för *M. genitalium* till dess svar för klamydia och gonorré finns med negativt utfall liksom om kvarstående symtom trots adekvat behandling för NAAT-positiv klamydia kan vara en acceptabel alternativ handläggningstrategi.

Behandling

Motiv för behandling

- Lindra/bota symtom och minska risken för smittspridning.
- Förhindra komplikationer såsom reaktiv artrit eller epididymit och hos kvinnor övre genital infektion, till exempel salpingit som hittills oidentifierade agens eventuellt kan ge upphov till.
- Minska risken för hiv-transmission som ökar vid samtidig inflammation i uretra/cervix.
- Trots negativt test för klamydia eller *M. genitalium* kan dessa infektioner inte uteslutas helt eftersom testets sensitivitet inte är 100 %.
- Vid epidemiologisk misstanke om klamydia eller *M. genitalium*-infektion innan provsvar kommit.

Avsaknad av subjektiva besvär och flytning trots kliniska tecken på infektion och/eller mikroskopisk uretrit/cervicit är inte motiv för omedelbar antibiotikabehandling.

Vid okomplicerad infektion

Tablett doxycyklin 100 mg 2 gånger dagligen i en vecka.

Vid överkänslighet eller allergi mot doxycyklin kan tablett azitromycin 500 mg första dagen följt av 250 mg dagligen i ytterligare 4 dagar förskrivas. Vid vistelse i område med hög UV-strålning kan lymecyklin 300 mg i 10 dagar alternativt azitromycin enligt ovan förskrivas.

Avstå från samlag även med kondom under behandlingstiden och tills eventuell aktuell partner också har fullföljt sin behandling.

Vid graviditet

Se riktlinjer för klamydia.

Partner

Erbjud regelbunden sexualpartner undersökning och epidemiologisk behandling, helst med samma typ av läkemedel.

Uppföljning

Återbesök rekommenderas endast vid kvarstående symtom trots behandling.

Kvarvarande symtom efter 3 veckor

Verifiera att uretrit/cervicit föreligger enligt ovan. Kontrollera följsamhet till behandling. Uteslut reinfektion. Togs inte prov för *M. genitalium* initialt bör detta tas med makrolidresistensbestämning om positivt svar.

Ny partner – ny infektion? Överväg ny provtagning för gonorré, klamydia och *M. genitalium*.

Icke-infektiös orsak möjlig

Behandling av persisterande eller återkommande specifik uretrit/cervicit

Förlängd kur med doxycyklin 100 mg 2 gånger dagligen i upp till 3 veckor, särskilt om patienten rapporterat tillfällig förbättring med detta medel tidigare. Tablett azitromycin 500 mg dag 1, 250 mg dag 2-5 kan övervägas förutsatt att prov för *M. genitalium* tagits (och om positivt inte påvisad makrolidresistens). Resistensutveckling allmänt samt risk för förlängd hjärtretledning (QTc-tid) bör alltid beaktas och EKG bör alltid tas om patienten använder vissa SSRI-preparat eller andra läkemedel som kan ge denna biverkan.

Postinfektiös inflammation förekommer också och då kan NSAID (t.ex. tablett ibuprofen 400/600 mg x 3 i 7-10 dagar) ha effekt.

Kombinationsbehandling med tablett metronidazol 400 (500) mg x2 i en vecka rekommenderas endast inom områden där trikomonas är vanligt förekommande. Det är oklart om anaerob bakteriell infektion kan förorsaka en uretrit. Vid förekomst av positivt prov för *Ureaplasma urealyticum* (NAAT) eller vid uretrit med påtagliga besvär (och inte prov för *U. urealyticum* tagits) och där patienten inte svarat på behandling med doxycyklin kan tablett klaritromycin 250 mg x 2 dagligen i 10 dagar provas.

Om en manlig patient trots förnyad behandling har kvar uretrit kan remiss till urolog för uretroskopi övervägas och vid negativt fynd en individuell handläggning – i första hand lugnande besked. Det anses inte nödvändigt att åter behandla partner. Vid kvarvarande cervicit kan remiss till gynekolog för bedömning övervägas.

Lars Falk 2022

SSDV/Sektionen för venerologi och genital dermatologi

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev!

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

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev genom att följa denna länk:

mediahuset.link/nyhetsbrev_DoV



Annons

Annons

Hittahudcancer 2022

Bakgrund

Kampanjen hittahudcancer.se genomfördes första gången i september 2021 av Privatpraktiserande Dermatologers Förening (PDF) i samarbete med PDFNU. Den bakomliggande orsaken var att Euromelanomkampanjen av olika anledningar ställdes in 2020 och i Sverige även 2021.

Helt klart var att covid-19 hade gett upphov till ett uppdämt vårdbehov speciellt bland de äldre. Vi visste också att väntetiden för en hudläkarbedömning på flera håll i landet var lång (SVF hudmelanom exkluderat). Det gjordes 1890 besök och 32 melanom exciderades varav 11 melanom in situ. Även ett stort antal icke melanocytära tumörer diagnosticerades och åtgärdades (1).

Med stöd av dessa resultat och eftersom Sverige inte deltog i Euromelanoma valde vi att genomföra hittahudcancer.se även 2022.

Vi ställde oss frågan:

Berodde våra höga melanomtal enbart på covid-19 eller finns det ett behov av att öka tillgängligheten på hudmottagningarna i Sverige?

Medverkan i Euromelanomkampanjen har i flera år ifrågasatts i Sverige eftersom det är "först till kvarn" och databokning som gäller. Statistik har visat att den äldre delen av befolkningen, som har den största risken för hudcancer (i synnerhet män), missgynnas vid denna typ av screeningförfarande. Man har dock sett ett värde i att sprida information om hudcancer och prevention (2).

Resultat

Liksom föregående år inbjöds alla hudmottagningar i Sverige att delta. 17 privata men ingen offentlig mottagning tackade ja.

I år gjordes 1294 besök. 48 melanom varav 7 melanom in situ exciderades. Därutöver åtgärdades även ett stort antal icke melanocytära tumörer.

Diskussion

Australien, som tillsammans med Nya Zeeland har den högsta melanomincidensen i världen, har även varit världsledande vad det gäller förebyggande insatser mot hudcancer. Detta har på senare år resulterat i en viss utplaning av melanomincidensen i åldersgruppen 30-60 år (3). Att satsa mer på information och förebyggande verksamhet är något som vi i Sverige borde ta efter



enligt Strålsäkerhetsmyndighetens UV-råd (4). "Melanoma Monday" som initierades av AAD (American Academy of Dermatology) i slutet av 1900-talet följdes senare av Euromelanoma i regi av EADO (European Association of Dermatology and Oncology) varje år en vecka i maj månad. Cancerfonden genomförde "Sola sakta"-kampanjen i Sverige vid ett tillfälle i slutet av 1980-talet. Därutöver har inga landsomfattande kampanjer i ämnet sett dagens ljus.

Intresset för och behovet av information om hudcancer och hudcancerprevention har inte minskat i Sverige, snarare tvärtom. Vi har, efter Australien och Nya Zeeland, bland de högsta incidenserna av melanom i världen. År 2021 (preliminära siffror) diagnos-

ticerades närmare 5000 invasiva melanom i vårt land och lika många melanom in situ.

Orsakerna till den höga och fortfarande stigande incidensen av melanom i kaukasisk befolkning världen över är fortfarande inte helt klarlagda. Redan under 1980-talet visade forskning, bl.a. vår svenska studie ifrån Göteborg (5), att solen hade en avgörande betydelse. Speciellt brännskador i barndomen och intermittent solning misstänktes spela störst roll.

Man kunde visa att solen stimulerade uppkomsten av pigmentnevi och att ett stort antal pigmentnevi, banala så väl som kliniskt atypiska, var den starkaste riskfaktorn för att utveckla ett melanom. Fenotypiska faktorer som hudtyp, ögonfärg och hårfärg samt he-

reditet för melanom är andra men inte lika starka riskfaktorer.

På Västkusten och ner mot Skåne har man den högsta melanomincidensen i Sverige och även det i särklass högsta antalet nevi/individ (i medeltal 60–70 st, 2 mm eller större i åldern 30–50 år) (5). Någon säker förklaring till detta har man inte funnit men det har spekulerats i om det skulle kunna vara genetiskt betingat. Att man utsätts mindre för sol i norra Sverige är inte kontroversiellt men att storstadsbor i Stockholm skulle ha ett annorlunda förhållningssätt till solen än boende i Göteborg och Malmö är inte speciellt troligt.

Under Euromelanomaveckan 2019 i Sverige diagnosticerades 3% av patienterna med ett kliniskt misstänkt melanom (2). I år hittade vi ett PAD-verifierat melanom hos nästan 4% av patienterna. Eftersom PAD-svar inte samlades in 2019 är siffrorna förstås inte helt jämförbara. Antalet patienter som undersöktes var också lågt men tillsammans med den fortsatt stigande melanomincidensen i landet är denna trend ändå ett observation.

Vi vet alla att om vi hittar ett melanom som är tunt så är patienten i de flesta fall botad med ett litet kirurgiskt ingrepp. Jag uppfattar att det idag finns en ganska utbredd åsikt att man exciderar ett antal benigna melanocytära lesioner ”i onödan” om man är alltför generös i diagnostiken. Man diskuterar även frågan om alla melanom in situ verkligen utvecklas till ett melanom med risk för metastasering. Så länge vi inte har ett säkert svar på denna frågan tycker jag att

det är självklart att vi skall excidera ”the ugly duckling”. Vem skulle vilja avstå om lesionen satt på en vän eller släkting? Man kan säkert spara mycket genom att inte operera pigmentlesioner i onödan. Kostnaden måste dock sättas i relation till vad ett missat melanom kostar sjukvården i framtiden. Patientens lidande är då inte inräknat.

Hur skall vi då hitta individerna med hög risk att utveckla melanom? Screening av hela befolkningen är inte kostnadseffektivt. Idag överläter vi mestadels åt patienterna att själva kontrollera huden regelbundet. Det fungerar säkert bra om man har ett medelantal nevi och är välinformerad om vad man skall leta efter. Det förutsätter dock att man kan få en snar tid för kontroll om man hittar något misstänkt. Det är däremot inte lika lätt att själv undersöka sin hud om man har 200–300 nevi. Det kan ibland vara en utmaning även för en erfaren dermatolog.

Min uppfattning är att det av någon anledning är kontroversiellt i vårt land att kontrollera patienter med flera riskfaktorer för att utveckla melanom. Patienter som har ett stort antal banala nevi, flera kliniskt atypiska nevi och ytterligare någon riskfaktor har en betydligt högre risk än genomsnittet att utveckla ett melanom. Har dom dessutom tidigare haft ett melanom, vilket inte är ovanligt, är risken ännu högre (4). Är inte detta en grupp patienter vi dermatologer i Sverige verkligen borde fokusera på?

Sammantaget talar mycket för att vi behöver öka tillgängligheten på våra hudmottagningar med särskilt fokus på riskgrupper med flera riskfaktorer för att utveckla me-

lanom. Ett foto (inkl. dermatoskopi) på en lesion hos en patient som har ett hundratal pigmentlesioner hjälper föga, även om den bedöms av en erfaren dermatolog. Erfarenheter ifrån länder i världen med hög melanomincidens visar att information, bl.a. via större kampanjer, till allmänheten om beteende i solen, solskyddsmedel, tidiga melanomtecken spelar stor roll. Det är dags att tänka om och ta efter.

För att kunna genomföra en kampanj av denna storlek krävs ekonomisk stöttning. PDF är en ideell förening och arbetet som styrelsen lagt ner har förstås gjorts på obetald tid. Vi är mycket tacksamma för det stöd vi fått ifrån de 6 läkemedelsbolag som ställde upp även 2022. Vi har kunnat annonsera via sociala medier och skicka ut den broschyr och den poster som togs fram 2021 till de deltagande mottagningarna. Lyckligtvis var intresset ifrån massmedia fortsatt stort.



Agneta Augustsson
Grimmereds Hudläkargrupp
Ordförande i PDF



Referenser

1. Augustsson A. Hittahudcancer 6-12 september 2021. Dermatologi & Venereologi nr 29; 1 2022:52
2. Ingvar Å. Euromelanoma 2019 – en rapport om hur det gick! Dermatologi & Venereologi nr20; 4 2019: 18-19
3. Janda M, Olsen CM, Mar VJ, Cust AE. Early detection of skin cancer in Australia. Public Health Res Pract. 2022; 32(1):e3212204. <https://doi.org/10.17061/phrp3212204>
4. Strålsäkerhetsmyndighetens vetenskapliga råd för UV-frågor 2021:16. www.ssm.se
5. Augustsson A. et al. Regional distribution of melanocytic naevi in relation to sun exposure, and site-specific counts predicting total number of naevi. Acta Derm Venereol. 1992; 72 (2):123-7

Annons

PsoReg:s årsrapport för 2022

What's in it for me?

Vad är nyttan av att registrera i PsoReg? Psoriasisföreningen i Stockholms län är både vårdgivare och patientföreträdare, och som patientföreträdare vill jag betona vikten av att vi har ett kvalitetsregister för vård vid psoriasis för patienter med psoriasis.

Att leva med en kronisk inflammatorisk sjukdom som psoriasis, med hög grad av samsjuklighet, innebär att systembehandling av psoriasis ger en viktig ökning av livskvaliteten.

Att leva med en kronisk sjukdom och vara symtomfri möjliggör och underlättar inkludering i samhället.

Kvalitetsregister finns för att utveckla och säkra vårdens kvalitet, framställa statistik och för forskning inom hälso- och sjukvård. Kvalitetsregistret ska följa upp de av Socialstyrelsen satta kvalitetsindikatorerna och enskilda patienters data registreras.

PsoReg ger oss möjlighet att via registrerade data följa utvecklingen av systembehandling av psoriasis i Sverige på individ- och klinisknivå. Under 2022 ser vi att många av våra registrerade patienter upplever förbättring både vad gäller huden och livskvaliteten, PASI/DLQI, på hälften av våra registrerade kliniker.

PsoReg ger oss möjlighet till saklig kunskapsutveckling baserad på rättvisande och jämförande information om kvalitet i vården, och därmed även en hög grad av patientsäkerhet. Så svaret på den inledande frågan är – **it's for us!**

Framtidens vård är patientens framtid.

Tänk vad bra alla engagerade registrerar har varit under 2022.

Varmt tack för ert engagemang!

Annelie Edrén,
Verksamhetschef
Psoriasisföreningen
i Stockholms län



PsoReg engagerar många inom dermatologin. Det utförs ett stort arbete i det tysta i psoriasisregistret på klinikerna, vilket är glädjande. Informationen i registret används på många olika sätt för att förbättra vården av patienter med psoriasis.

Kring hälften av regionerna har en kontinuerlig förbättring av behandlingsutfall sedan 2018 (Fig.13). För att ytterligare förbättra psoriasisvården har Socialstyrelsen under 2022 fastställt fem målnivåer för vård vid psoriasis, varav Socialstyrelsen hämtar information för fyra av dem från PsoReg.

För den första indikatorn är målnivån fastställd till >80%, för de övriga indikatorerna till >95%:

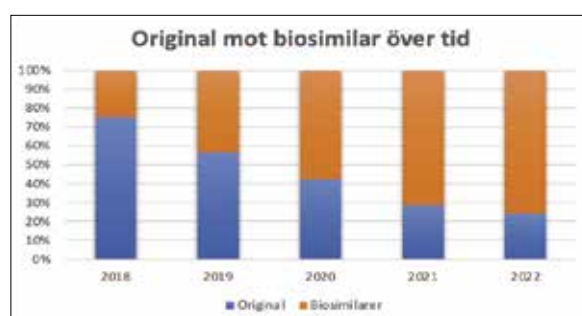
- (1) Genomgång av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor och psoriasis.
- (2) Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patient-rapporterade mått såsom PASI, DLQI och EQ-5D.
- (3) Utvärdering av behandlingseffekt med kliniska instrument och patient-rapporterade mått såsom PASI och DLQI, 3–12 månader efter insättning av systemiska läkemedel.
- (4) Planerade besök i öppen specialiserad vård för personer med systembehandling av psoriasis.

De senaste åren har ett gott samarbete mellan NPO-organisationen och PsoReg:s styrgrupp varit en framgångsfaktor för svensk psoriasisvård. Birgitta Stymne, NAG psoriasis, säger:

”Med ett välfungerande nationellt kvalitetsregister, som PsoReg, har vi möjlighet att återföra kunskapsvinster till både sjukvården och patienter, och därigenom förbättra psoriasisvården med fokus på patientsäkerhet, behandlingsutfall samt jämlik och effektiv vård. Vi har också möjlighet att uppmärksamma samsjuklighet och levnadsvanors betydelse för psoriasis och effekten av behandlingen. Viktigt är att tillsätta klinikadministratörer, som ansvarar för registrering på respektive klinik/mottagning, för att ytterligare öka täckningsgraden i PsoReg”.

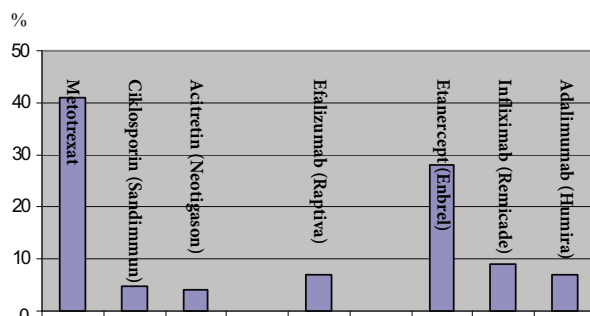
Biosimilarer på frammarsch

Svenska dermatologer sparar resurser genom att välja läkemedel till lägsta möjliga kostnad. Förskrivningen de senaste åren har gått från 1/4 till 3/4-delar biosimilarer i TNF-gruppen (se även figur 4).

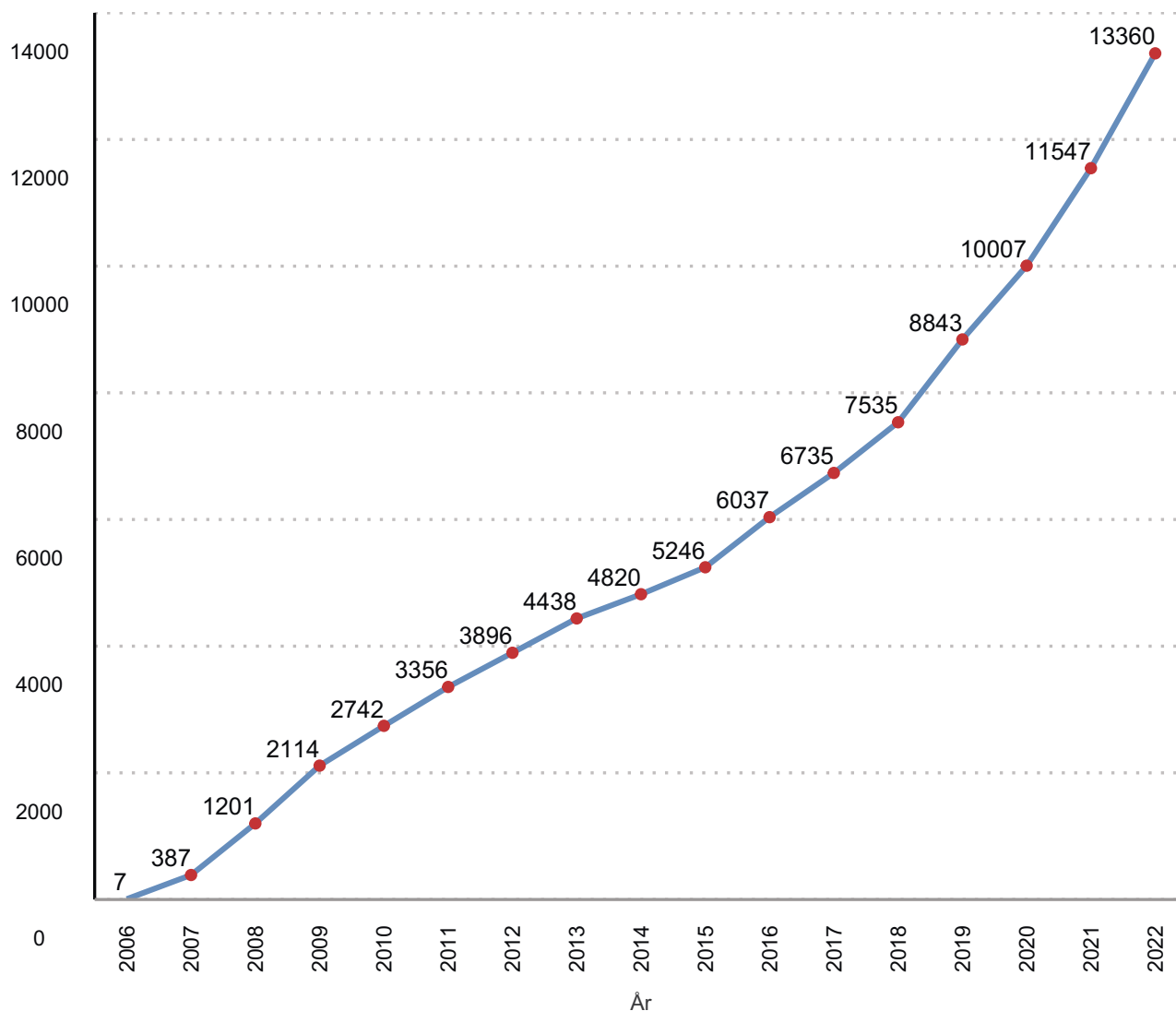


Psoreg i backspegeln

2007 fick Doris Lessing Nobelpriset i litteratur och orkanen Per drog fram över Sverige. I PsoReg fanns 105 patienter, på följande behandlingar (se figur till höger).



Patientregistrering ackumulerat över tid



Figur 1:

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

Vetenskapliga bidrag under 2022

The Use of IL-17 and IL-23 Inhibitors in Swedish Clinical Practice: A Register-Based Analysis.
Norlin JM et al. *Dermatology*. 2022 Dec 14;1-5. doi: 10.1159/000528007. PMID: 36516805

Severity of psoriasis: time to disentangle severity from symptom control.
Geale K et al. *Br J Dermatol*. 2022 Jun;186(6):1033-1034. doi: 10.1111/bjd.21023. PMID: 35048366

Longitudinal study of patients' health-related quality of life using EQ-5D-3L in 11 Swedish National Quality Registers. Teni FS et al. *BMJ Open*. 2022 Jan 6;12(1):e048176. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048176. PMID: 34992101

Styrgruppen för PsoReg 2022

Amra Osmancevic, överläkare,
Hudkliniken Sahlgrenska
universitetssjukhuset, Göteborg

Annelie Edrén, verksamhetschef,
Psoriasisföreningen i Stockholms
läns mottagningar

Bertil Born, patientföreträdare,
Horda

Eva Aspelin, sjuksköterska,
Hudkliniken Sahlgrenska
universitetssjukhuset, Göteborg

Ewa Wallin, sjuksköterska,
Hudmottagningen, Skånes
universitetssjukhus, Malmö

Grigorios Theodosiou,
(föräldradig) specialistläkare,
Hudmottagningen, Skånes
universitetssjukhus, Malmö

Kari Dunér, överläkare
Hudmottagningen,
Blekingesjukhuset, Karlskrona

Lenita Gustafsson, sjuksköterska,
Hud- och STI-mottagningen,
Nässjö vårdcentrum

Marcus Schmitt-Egenolf,
Professor i dermatologi vid
Umeå universitet, överläkare Norrlands
universitetssjukhus, registerhållare

Ronny Lestander,
Region Västerbotten, Umeå

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



Stående från vänster: Eva, Marcus, Kari, Amra, Åke, Annelie, Ronny. Sittande: Ewa. Inklipta: Lenita och Bertil.

NPO/RPO Hud- och könssjukdomar och NAG Psoriasis

Nationella programområden (NPO)

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

Sjukvårdsregionala programområden (RPO)

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

Nationella arbetsgrupper (NAG)

Nationella programområden tillsätter nationella arbetsgrupper (NAG).

NAG bistår NPO i att utföra dess uppdrag. NPO Hud- och könssjukdomar har tillsatt NAG Psoriasis.

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

Biologiska läkemedel, syntetiska läkemedel och biosimilarer

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

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

Tumörnekrosfaktor (TNF):

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

Interleukiner (IL):

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

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

Anslutning i PsoReg

Klinik	Sjukvårdsregion	Antal patienter
Norrlands US	Norra sjukvårdsregionen	310
Sundsvalls sjukhus	Norra sjukvårdsregionen	221
Sunderby sjukhus	Norra sjukvårdsregionen	210
Östersunds sjukhus	Norra sjukvårdsregionen	178
Mälarsjukhuset	Sjukvårdsregion Mellansverige	487
Falu Lasarett	Sjukvårdsregion Mellansverige	353
US Örebro	Sjukvårdsregion Mellansverige	265
Karlstads sjukhus	Sjukvårdsregion Mellansverige	222
Akademiska sjukhuset	Sjukvårdsregion Mellansverige	175
Västerås lasarett	Sjukvårdsregion Mellansverige	121
Lindesbergs Lasarett	Sjukvårdsregion Mellansverige	79
Gävle sjukhus	Sjukvårdsregion Mellansverige	77
Lasarettet Enköping	Sjukvårdsregion Mellansverige	33
PSO i Stockholm	Stockholms sjukvårdsregion	1464
Karolinska US	Stockholms sjukvårdsregion	416
P-Stockholm Hud Odenplan	Stockholms sjukvårdsregion	274
Danderyds sjukhus	Stockholms sjukvårdsregion	171
P-Kungsholmens Hudklinik	Stockholms sjukvårdsregion	139
Södersjukhuset	Stockholms sjukvårdsregion	81
P-Diagnostiskt Centrum Hud	Stockholms sjukvårdsregion	67
Visby lasarettet	Stockholms sjukvårdsregion	44
Länssjukhuset Ryhov	Sydöstra sjukvårdsregionen	426
Länsjukhuset Kalmar	Sydöstra sjukvårdsregionen	281
US i Linköping	Sydöstra sjukvårdsregionen	244
Vrinnevisjukhuset Norrköping	Sydöstra sjukvårdsregionen	150
Västerviks Sjukhus	Sydöstra sjukvårdsregionen	135
SUS Malmö	Södra sjukvårdsregionen	423
Blekingesjukhuset	Södra sjukvårdsregionen	309
Kristianstads sjukhus	Södra sjukvårdsregionen	222
SUS Lund	Södra sjukvårdsregionen	213
Hallands sjukhus Halmstad	Södra sjukvårdsregionen	135
Helsingborgs lasarett	Södra sjukvårdsregionen	134
Växjö lasarett	Södra sjukvårdsregionen	71
P-Hudläkarna i Trelleborg	Södra sjukvårdsregionen	52
Sahlgrenska US	Västra sjukvårdsregionen	674
Södra Älvsborgs Sjukhus	Västra sjukvårdsregionen	453
Skaraborgs sjukhus	Västra sjukvårdsregionen	293
Uddevalla Sjukhus	Västra sjukvårdsregionen	239
P-Kungsbacka	Västra sjukvårdsregionen	204
Västra Frölunda sjukhus	Västra sjukvårdsregionen	103

Tabell 1a:

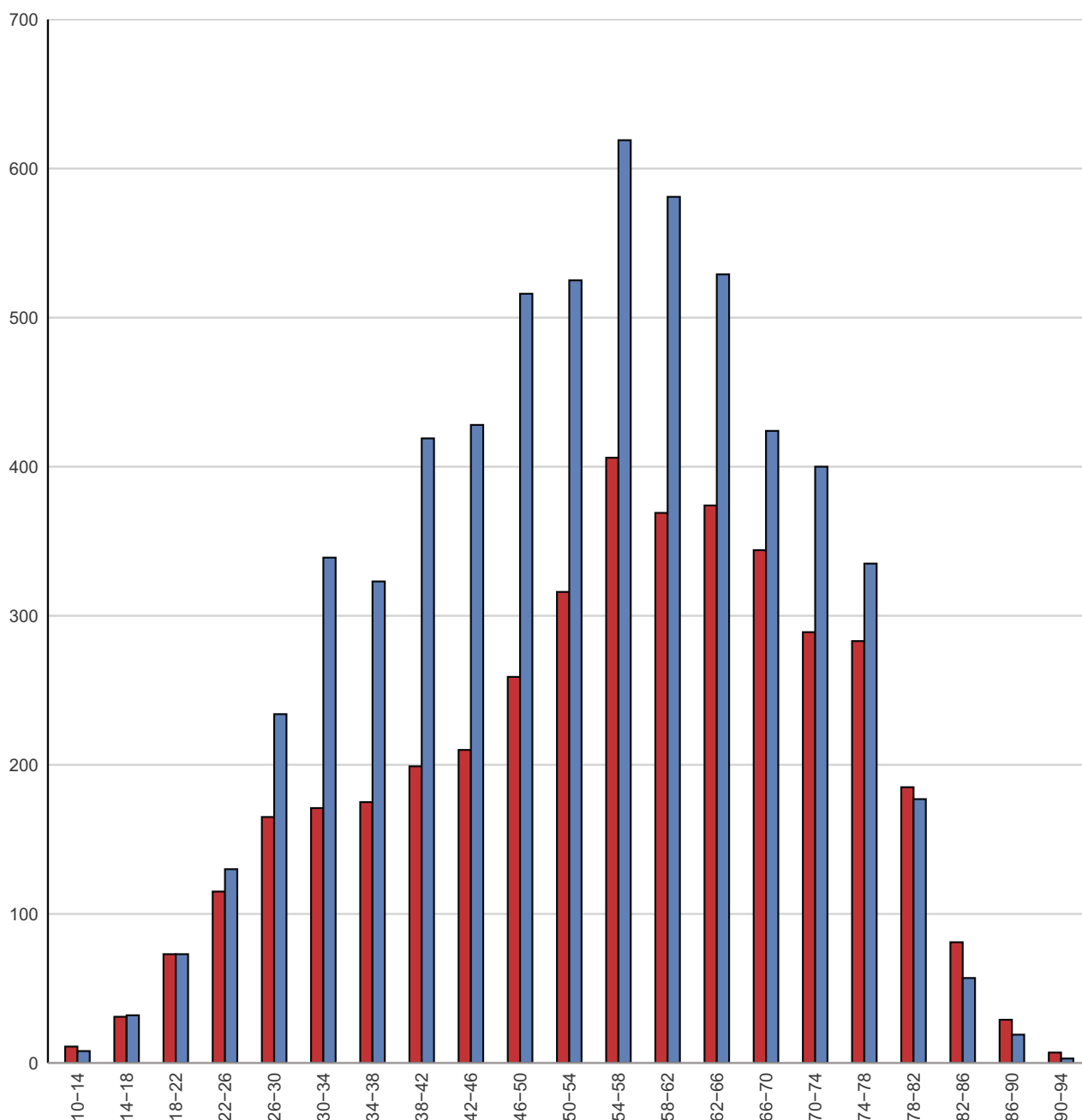
Antal patienter i PsoReg efter region vid årsskiftet 2022/2023, kliniker med fler än 20 patienter under 2022 visas.

Klinik	Sjukvårdsregion	Antal patienter
Karlskoga lasarett	Sjukvårdsregion Mellansverige	14
P-Hudläkartjänst	Stockholms sjukvårdsregion	14
Ljungby Lasarett	Södra sjukvårdsregionen	17
Landskrona Lasarett	Södra sjukvårdsregionen	16
P-Capio Specialisthuset Eslöv	Södra sjukvårdsregionen	15
P-Diagnostiskt Centrum Hud, Helsingborg	Södra sjukvårdsregionen	13
P-Hudläkarmott Lundagårds läkargrupp	Södra sjukvårdsregionen	5
P-Tudorkliniken Halmstad	Södra sjukvårdsregionen	4
P-Doctor RY Skin Clinic	Södra sjukvårdsregionen	3
P-Privatläkarna Hudmottagning Helsingborg	Södra sjukvårdsregionen	2
P-Diagnostiskt Centrum Hud Göteborg	Västra sjukvårdsregionen	14
P-Skin Hudkliniken Göteborg	Västra sjukvårdsregionen	1
Totalt		10266

Tabell 1b:

Antal patienter i PsoReg efter region vid årsskiftet 2022/2023, kliniker med 20 eller färre patienter under 2022 visas.

Åldersfördelning uppdelat på kön



Figur 2:

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

*Hagg, D., et al. The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. *Plos One*, 2013, 2013. 8(5):p. e63619.

Hagg, D., et al. Severity of Psoriasis Differs Between Men and Women: A Study of the Clinical Outcome Measure Psoriasis Area and Severity Index (PASI) in 5438 Swedish Register Patients. *Am J Clin Dermatol*, 2017 Aug;18(4):583-590.

Fördelning av systembehandlingar de senaste 5 åren

Om en patient står på fler än ett läkemedel räknas det som inte är syntetiskt. Ifall det finns två syntetiska läkemedel räknas det senast insatta. Vid två eller fler biologiska läkemedel räknas samtliga.

De senaste åren har förskrivningen av substansen adalimumab ökat mest.

Systembehandling	2018	2019	2020	2021	2022
IL23					
Guselkumab (Tremfya)	0.4	1.3	2.2	3.0	3.5
Risankizumab (Skyrizi)	-	0.6	1.8	2.4	2.9
IL17					
Sekukinumab (Cosentyx)	6.3	6.3	5.9	5.5	5.1
Ixekizumab (Taltz)	1.3	2.0	2.3	2.4	2.5
Brodalumab (Kyntheum)	0.1	0.2	0.5	0.5	0.4
Bimekizumab (Bimzelx)	-	-	-	-	0.4
IL12/23					
Ustekinumab (Stelara)	12.7	11.3	10.2	8.7	7.7
TNF					
Adalimumab	8.3	13.6	17.9	24.4	27.6
Etanercept	8.0	7.3	6.6	5.5	4.9
Infliximab	0.8	0.6	-	0.4	0.3
Certolizumabpegol (Cimzia)	0.0	0.1	0.2	0.2	0.3
Andra generationens syntetiska					
Apremilast (Otezla)	2.5	2.6	2.6	2.4	2.3
Dimetylfumarat (Skilarence)	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
Syntetiska					
Metotrexat tbl	38.1	33.9	30.8	27.8	26.6
Metotrexat inj	13.1	12.9	12.4	11.6	10.8
Acitretin (Neotigason)	8.0	6.6	5.6	4.7	4.2
Ciklosporin (Sandimmun)	-	-	-	-	-
Fumaderm (Fumarsyra)	-	-	-	-	-
Alitretinoin (Toctino)	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2

Tabell 3:

Tabellen visar andelen av respektive behandling, i förhållande till alla behandlingar, i procent.

Fördelning av TNF-inhibitorer utan patent de senaste 5 åren

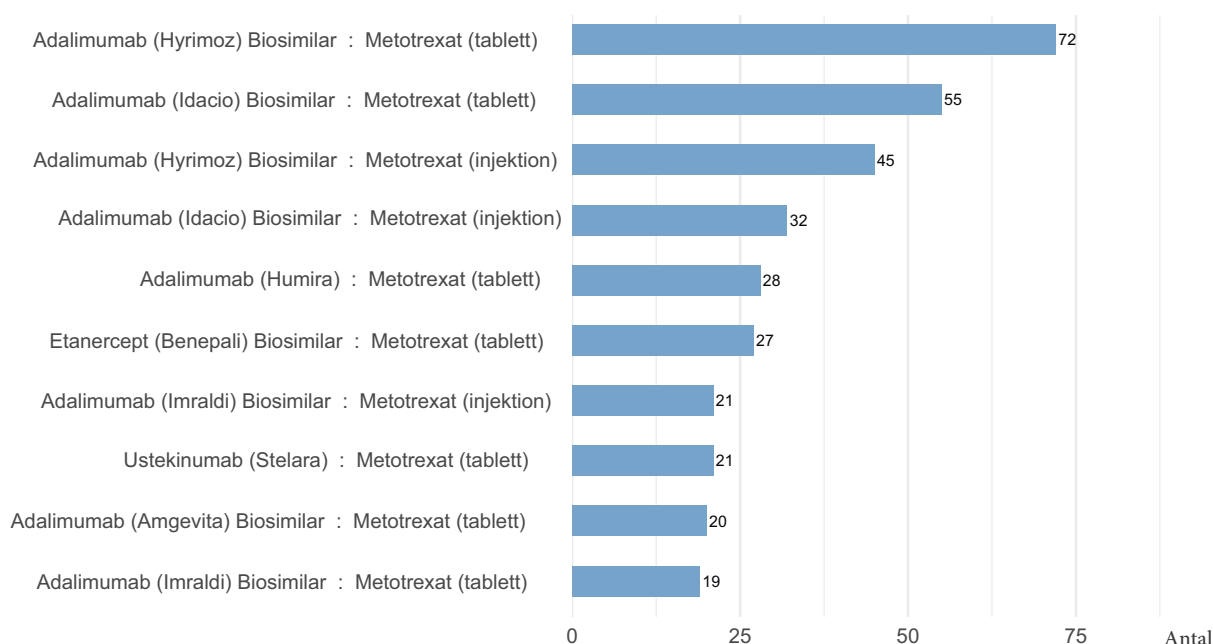
Systembehandling	2018	2019	2020	2021	2022
Adalimumab					
Adalimumab (Amgevita) Biosimilar	0.8	15.0	18.0	15.5	14.0
Adalimumab (Hukyndra) Biosimilar	-	-	-	-	0.9
Adalimumab (Humira)	47.0	37.9	28.9	19.7	14.8
Adalimumab (Hyrimoz) Biosimilar	-	2.7	10.1	26.5	30.9
Adalimumab (Idacio) Biosimilar	-	0.1	2.2	6.3	13.0
Adalimumab (Imraldi) Biosimilar	-	6.9	11.8	11.9	9.7
Etanercept					
Etanercept (Benepali) Biosimilar	22.9	18.5	16.1	11.7	9.9
Etanercept (Enbrel)	23.7	15.4	10.7	6.7	5.1
Etanercept (Erelzi) Biosimilar	0.2	0.5	-	0.4	0.7
Infliximab					
Infliximab-Biosimilar (Inflectra/Remsuma)	2.7	1.7	-	0.8	0.6
Infliximab (Remicade)	2.1	-	-	0.5	0.5

Tabell 4:

Tabellen visar andelen av respektive behandling i procent.

För kommentar se "Biosimilarer på frammarsch" på första sidan av PsoReg:s årsrapport.

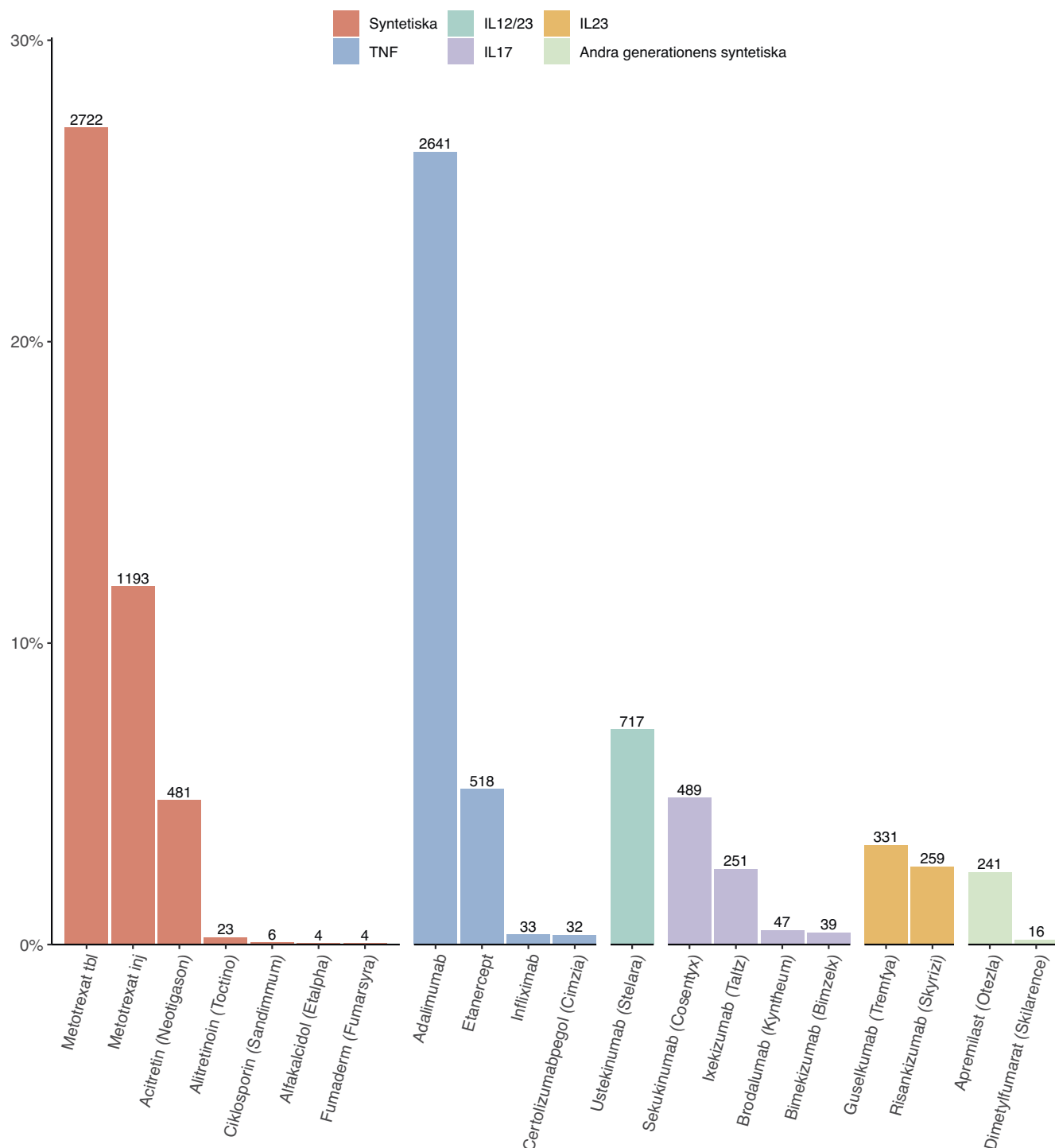
Fördelning av kombinationsbehandling



Figur 3:

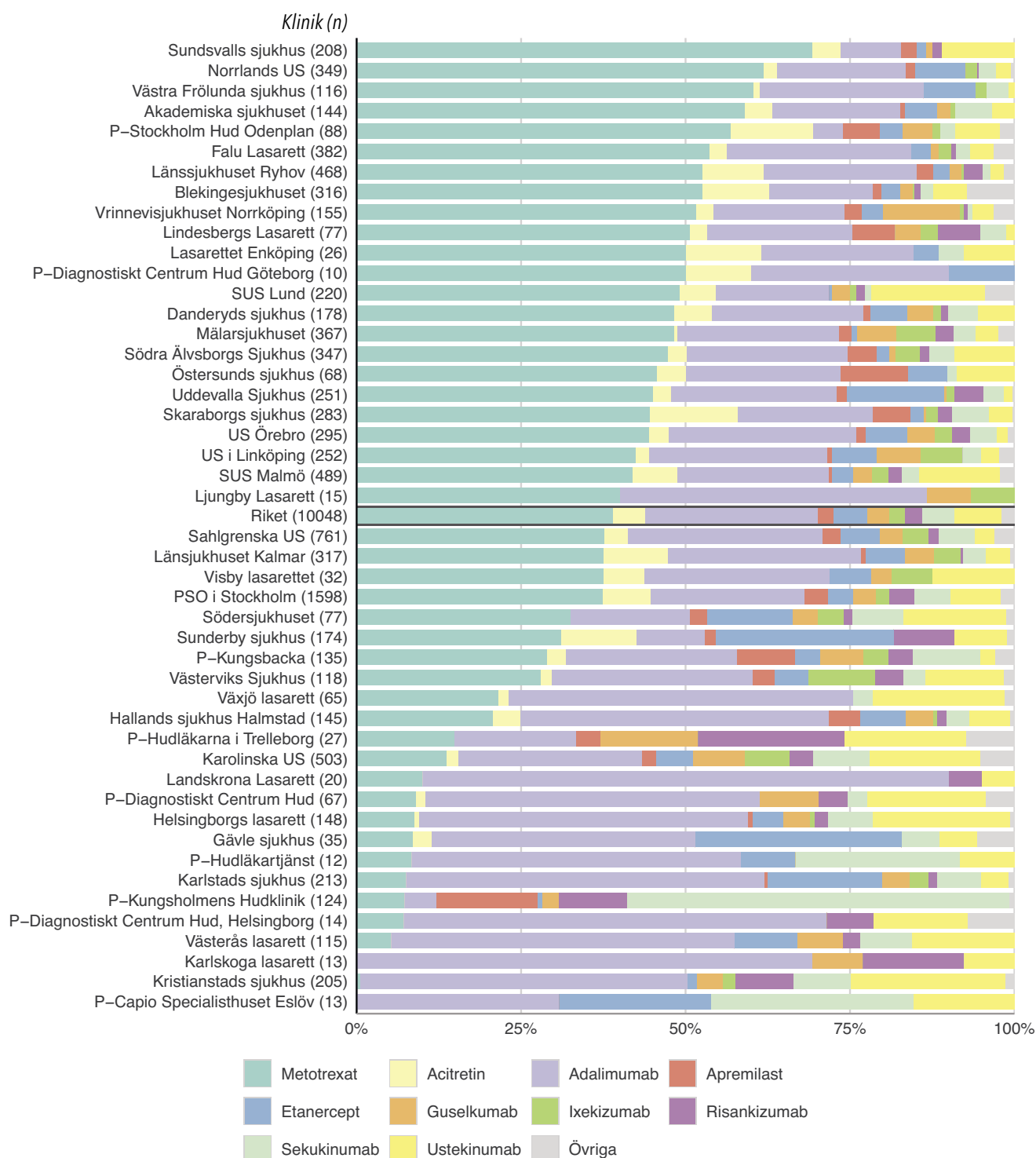
De 10 vanligaste kombinationsbehandlingarna i PsoReg vid årsskiftet 2022/2023. Gemensamt för dessa är att ett biologisk läkemedel kombineras med metotrexat. Förra året var originalpreparatet adalimumab (Humira) i kombination med metotrexat (tablett) vanligast. I år har de första fyra platserna intagits av biosimilarer till adalimumab i kombination med metotrexat.

Fördelning av systembehandlingar

**Figur 4:**

Samtliga pågående systembehandlingar i PsoReg vid årsskiftet 2022/2023. En patient kan behandlas med mer än en systembehandling samtidigt.

Fördelning av systembehandlingar uppdelat på klinik



Figur 5:

Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2022/2023. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "övriga".

Här noteras att ett antal kliniker endast har ett fåtal eller inga registreringar på traditionella syntetiska läkemedel. Detta kan spegla att dessa kliniker ej registrerar denna grupp och inte att dessa läkemedel ej används. Enligt Socialstyrelsen ska även traditionella syntetiska läkemedel registreras, för att få en komplett bild av behandlingen i landet.

Annons

Annons

PASI och DLQI

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

Psoriasis Activity and Severity Index (PASI)

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

Dermatology Life Quality Index (DLQI)

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



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

 PASI < 3 & DLQI ≤ 5

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

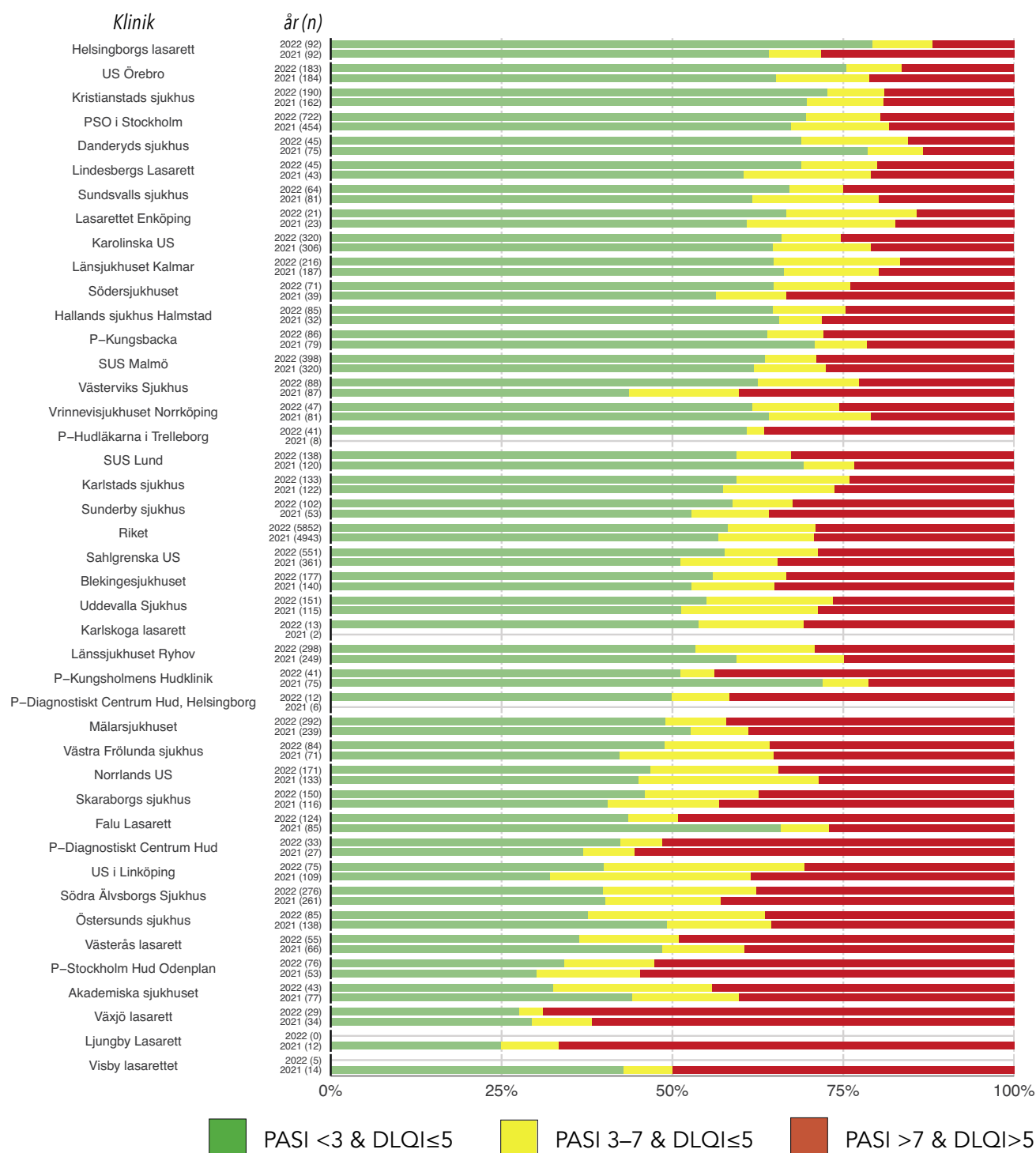
 PASI 3–7 & DLQI ≤ 5

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

 PASI > 7 & DLQI > 5

*www.ssdv.se/dermatologi/allmaen-dermatologi

PASI & DLQI jämfört mellan 2022 och 2021



Figur 6:

Senaste mätningen av PASI & DLQI. Enligt SSDV:s och Socialstyrelsens rekommendationer bör PASI vara <3 och DLQI ≤5 för att behandlingen ska uppfattas som framgångsrik. Observera att antalet registreringar måste vara minst 5 individer i respektive kategori för att redovisas. För de kategorier där antalet understiger 5 redovisas inte den kategorin för aktuellt sjukhus.

Det behövs registrering av både PASI & DLQI för att patienten ska presenteras i denna figur.

EQ-5D det generiska livskvalitetsmättet

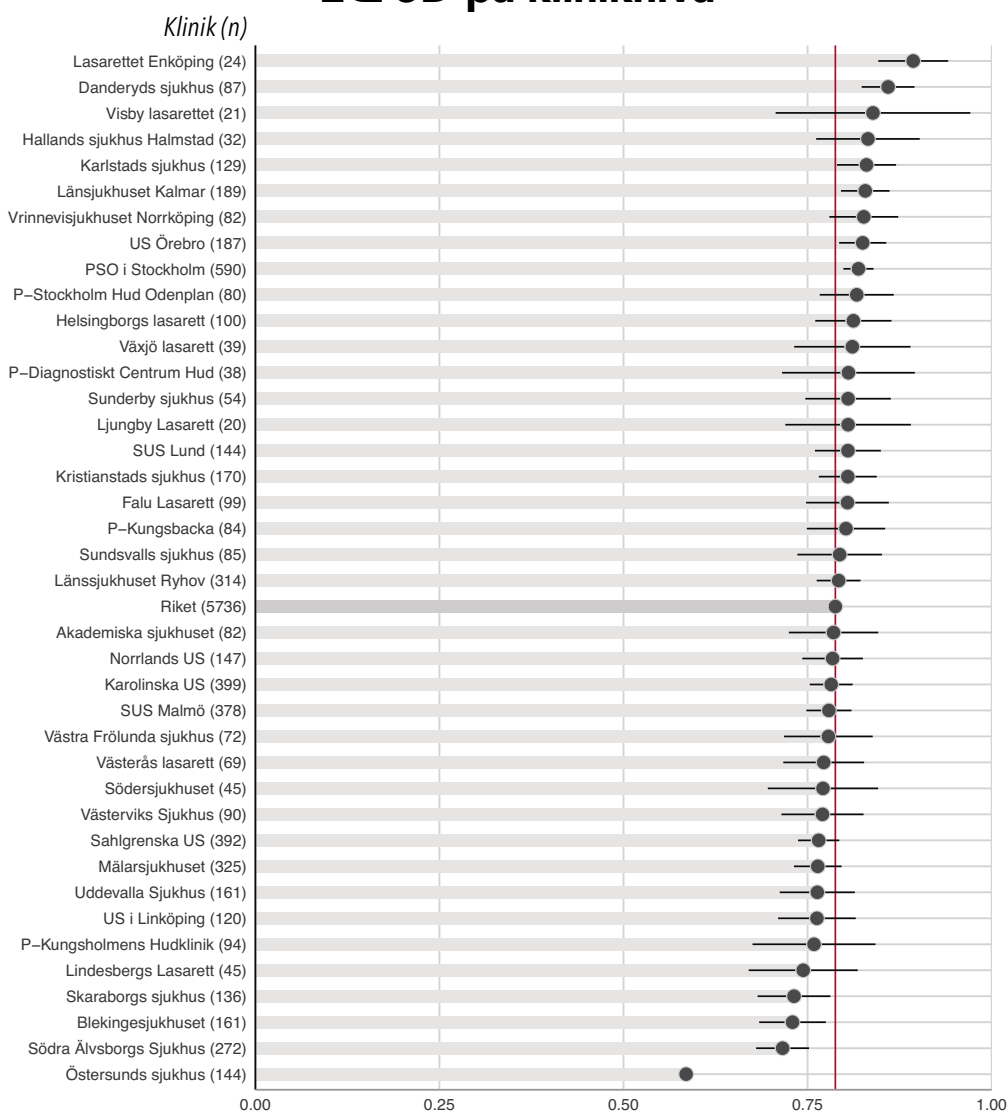
EQ-5D är ett generiskt livskvalitetsmått. Det betyder att EQ-5D (idealiskt) ska skatta påverkan av den hälsorelaterade livskvaliteten av alla sjukdomar. EQ-5D är framtagen av EuroQol gruppen och är baserad på 5 dimensioner:

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

I den klassiska tre-nivåer-versionen av enkäten svarar patienterna hur deras livskvalitet är i dag i 3 nivåer:

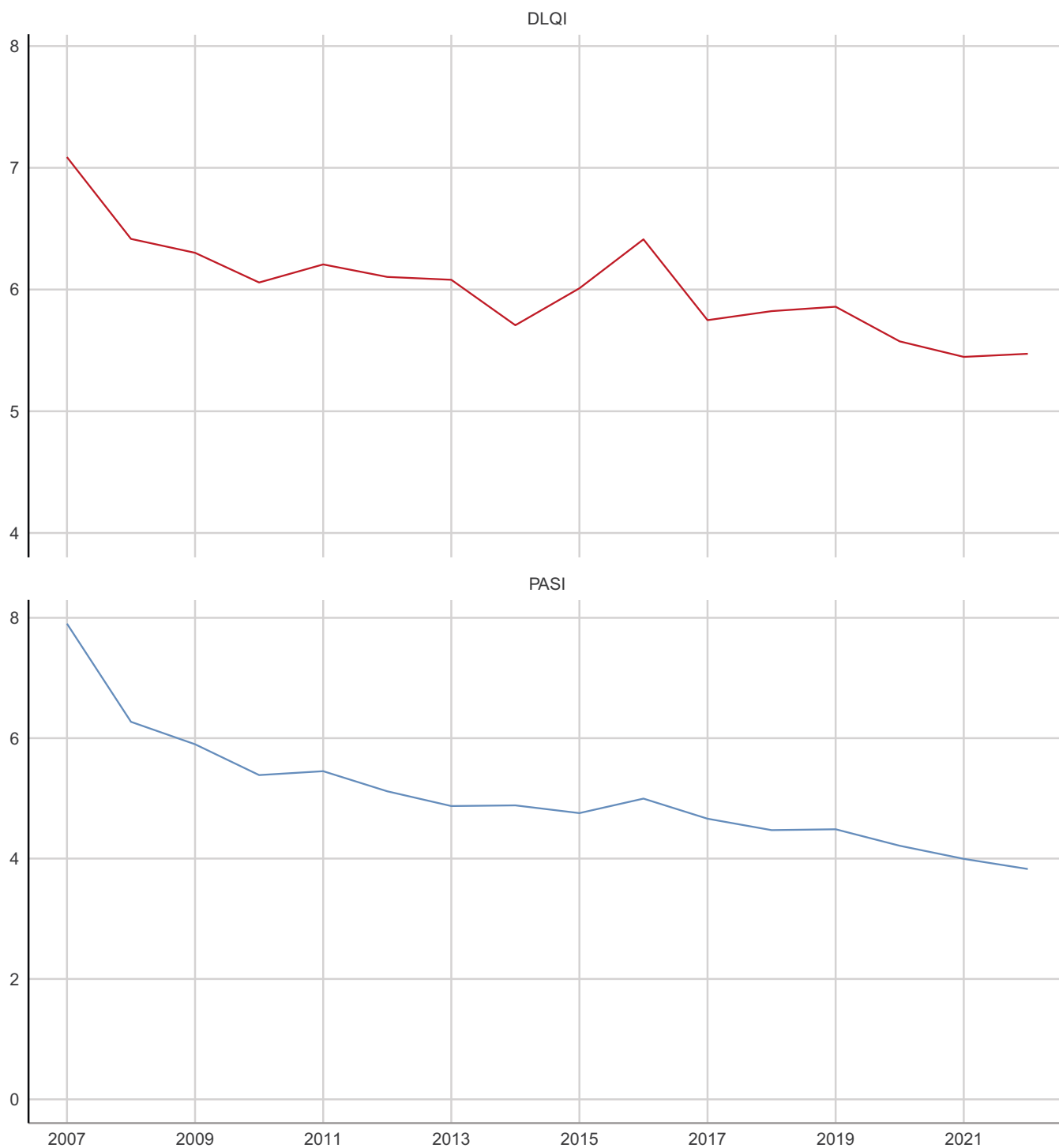
- Inga problem
- En del eller måttliga problem
- Extrema problem

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

EQ-5D på kliniknivå**Figur 7:**

Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2022. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 10 registreringar ej visas.

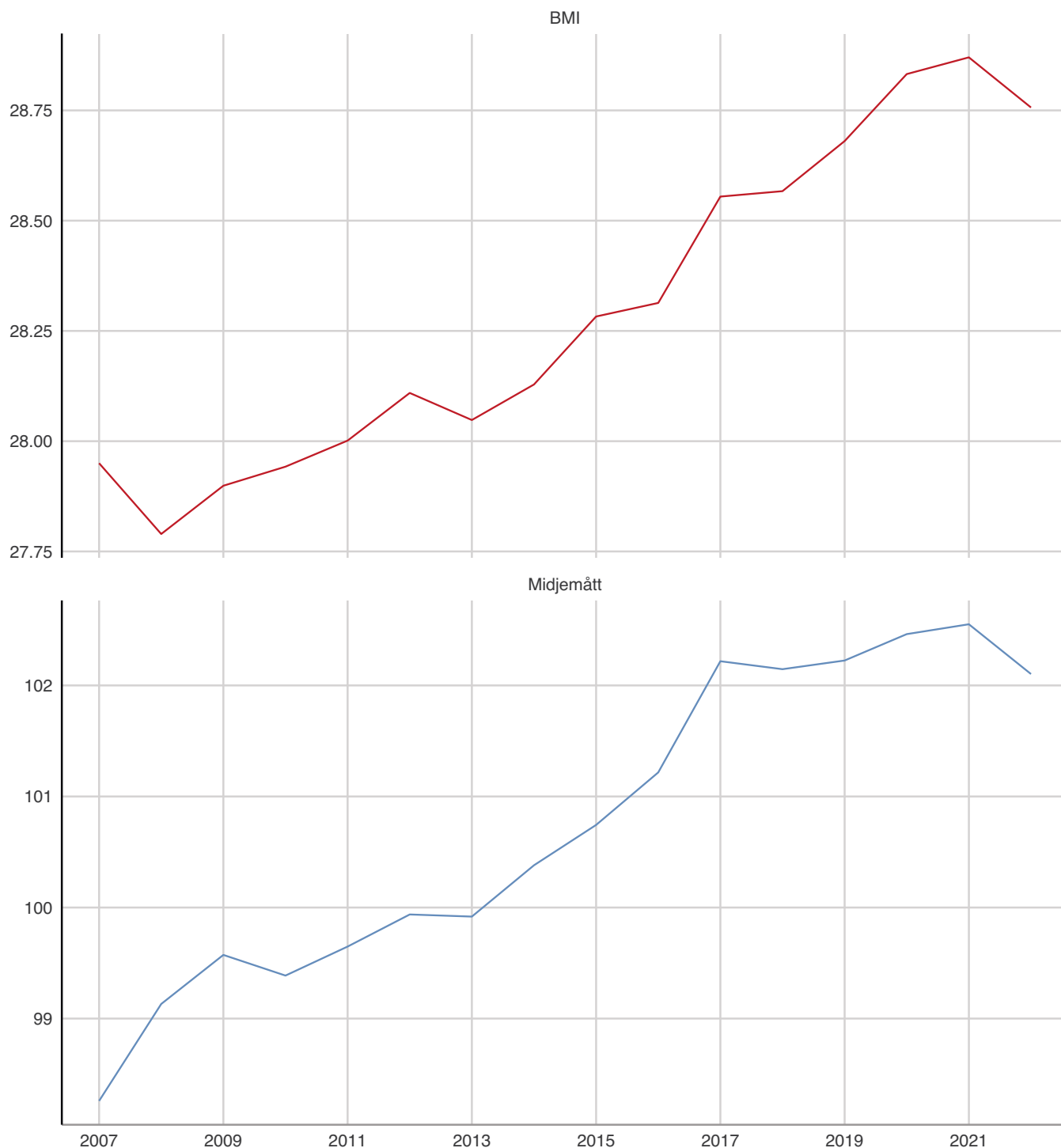
Långtidsrapport – Förändring av utfallsmått sedan 2007

**Figur 8:**

Genomsnittligt DLQI och PASI över tid.

Både PASI & DLQI har under de senaste åren gått ned – PASI har halverats sedan 2007.

Förändring av hälsoparametrar sedan 2007



Figur 9:

Genomsnittligt BMI och midjemått över tid. I kontrast till den positiva utvecklingen av PASI & DLQI har hälsoparametrar tyvärr försämrats över tid. Det sistnämnda är en trend vi ser generellt i befolkningen, se årsrapportens sista figur.

Annons

Annons

Regionrapport

Region	Antal patienter
Region Stockholm	2626
Västra Götalandsregionen	1777
Region Skåne	1098
Region Sörmland	487
Region Jönköpings län	426
Region Kalmar län	416
Region Östergötland	394
Region Örebro län	358
Region Dalarna	353
Region Halland	343
Region Västerbotten	310
Region Blekinge	309
Region Värmland	222
Region Västernorrland	221
Region Norrbotten	210
Region Uppsala	208
Region Jämtland Härjedalen	178
Region Västmanland	121
Region Kronoberg	88
Region Gävleborg	77
Region Gotland	44
Totalt	10266

Tabell 5: Inskrivna patienter per region.

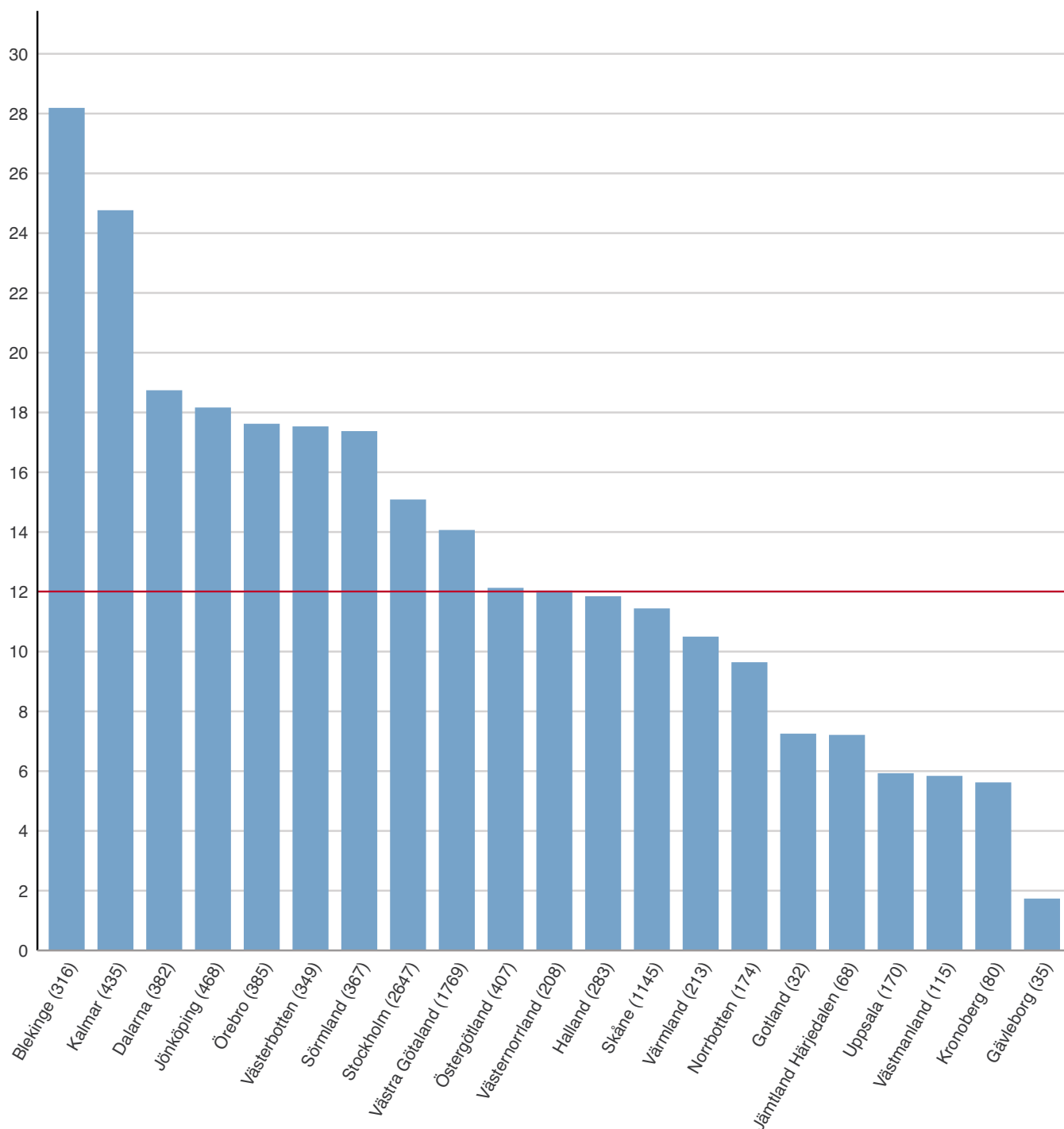
Region	PsoReg patienter per 10 000 invånare
Blekinge	28.2
Kalmar	24.7
Dalarna	18.7
Jönköping	18.1
Örebro	17.6
Västerbotten	17.5
Sörmland	17.3
Stockholm	15.1
Västra Götaland	14.0
Östergötland	12.1
Västernorrland	12.0
Halland	11.8
Skåne	11.4
Värmland	10.5
Norrbotten	9.6
Gotland	7.2
Jämtland Härjedalen	7.2
Uppsala	5.9
Västmanland	5.8
Kronoberg	5.6
Gävleborg	1.7

Tabell 6: PsoReg-patienter per 10 000 invånare 2022.

Region	Patienter med kontakt under 2022 per 10 000 invånare
Blekinge	18.2
Kalmar	17.7
Sörmland	17.2
Jönköping	14.6
Dalarna	14.5
Örebro	11.9
Skåne	10.5
Västra Götaland	10.4
Stockholm	9.9
Västerbotten	9.3
Jämtland Härjedalen	9.0
Halland	7.3
Värmland	7.0
Norrbotten	5.9
Västernorrland	4.1
Östergötland	3.7
Västmanland	3.5
Gotland	2.7
Uppsala	2.5
Kronoberg	2.4

Tabell 7: Patienter med kontakt under 2022 per 10 000 invånare.

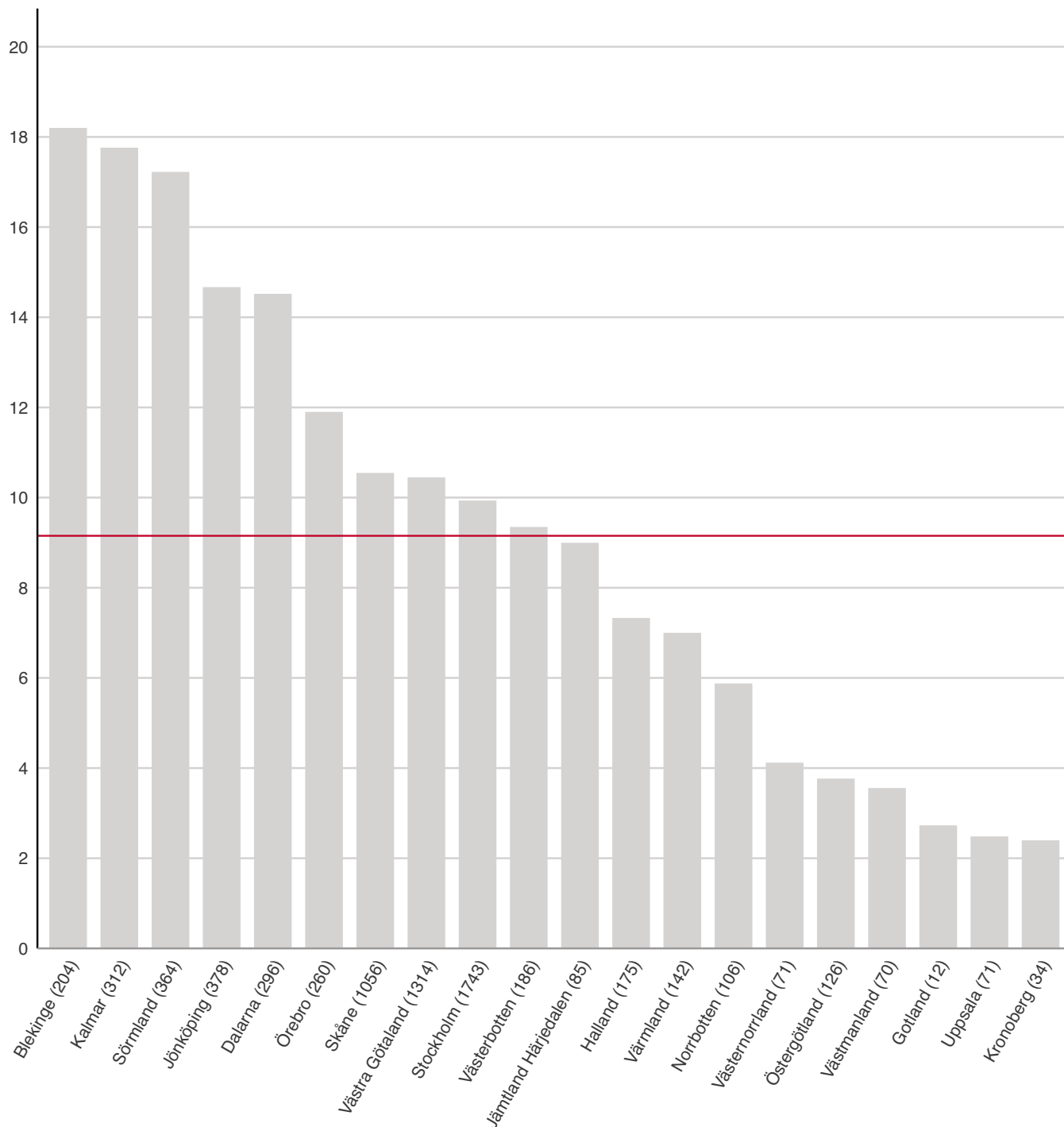
PsoReg-patienter per 10 000 invånare



Figur 10:

Antal patienter i PsoReg år 2022 per 10 000 invånare uppdelat på region. Definierat som inskrivna patienter (oavsett om de haft något kontaktdatum senaste året).

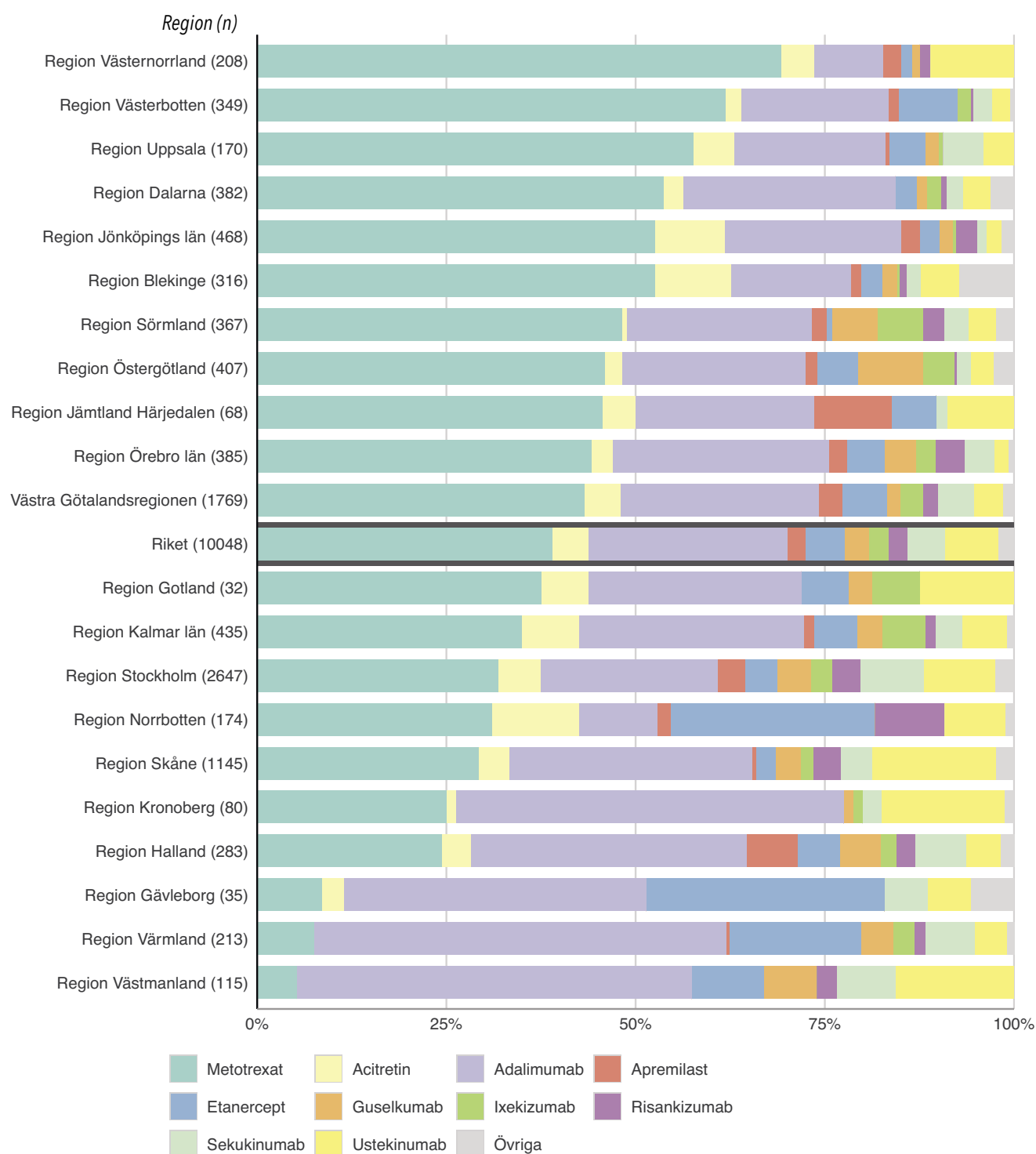
PsoReg-patienter per 10 000 invånare



Figur 11:

Antal patienter i PsoReg med kontakt under 2022 per 10 000 invånare uppdelat på region. Definierat som patienter med kontakt(er) under det senaste året som står på (minst) ett läkemedel.

Fördelning av systembehandlingar uppdelat på region



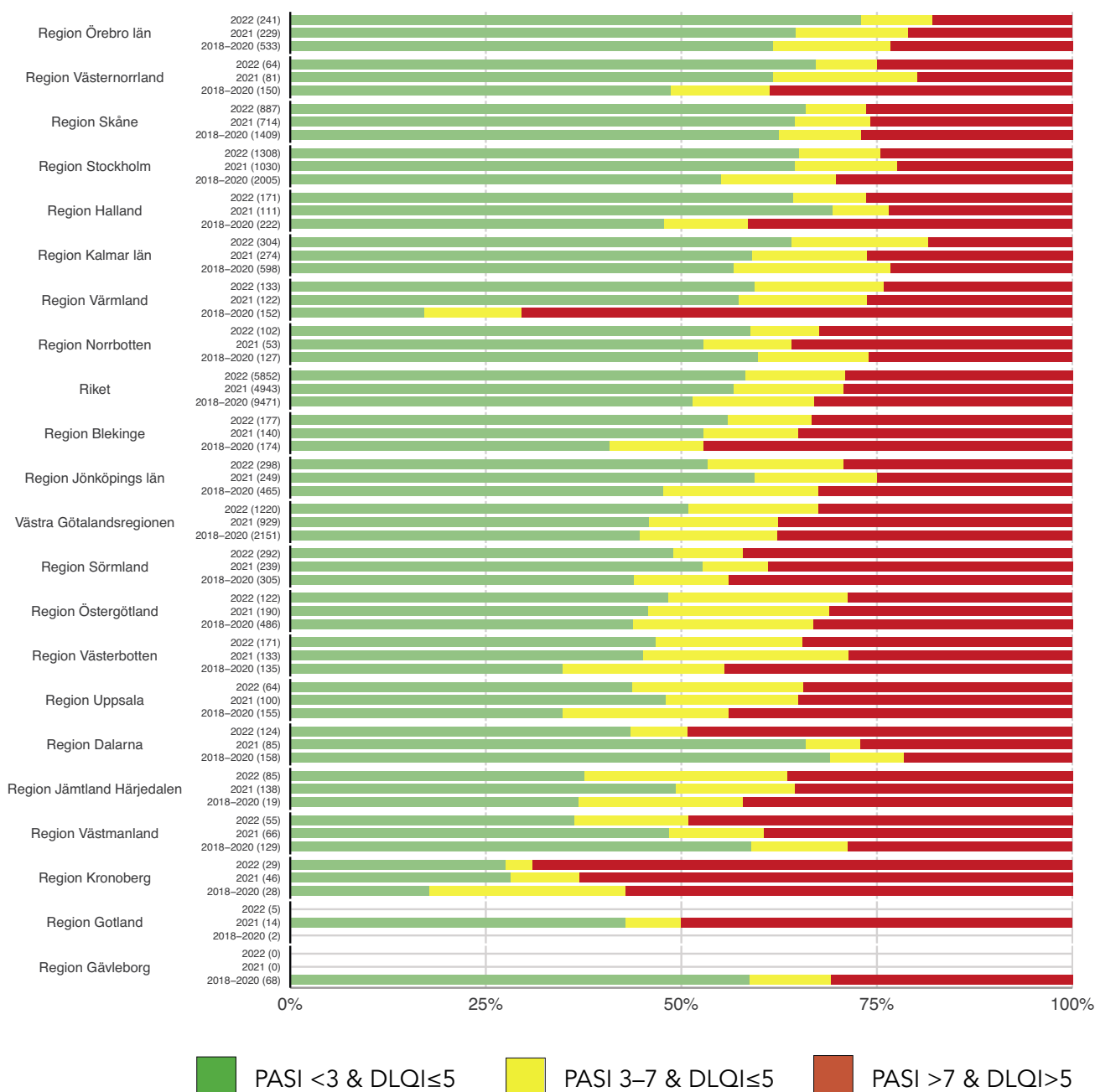
Figur 12:

Fördelning av registrerade systembehandlingar vid årsskiftet 2022/2023. De systembehandlingar som totalt i riket utgör under 1 procent har lagts samman i kategorin "övriga". Observera att regioner med färre än 10 registreringar ej visas.

Här noteras att ett antal kliniker endast har ett fåtal eller inga registreringar på traditionella syntetiska läkemedel. Detta kan spegla att dessa kliniker ej registrerar denna grupp och inte att dessa läkemedel ej används. Enligt Socialstyrelsen ska även traditionella syntetiska läkemedel registreras, för att få en komplett bild av behandlingen i landet.

Behandlingsmål

PASI & DLQI per region, jämfört mellan 2022, 2021 och 2018–2020



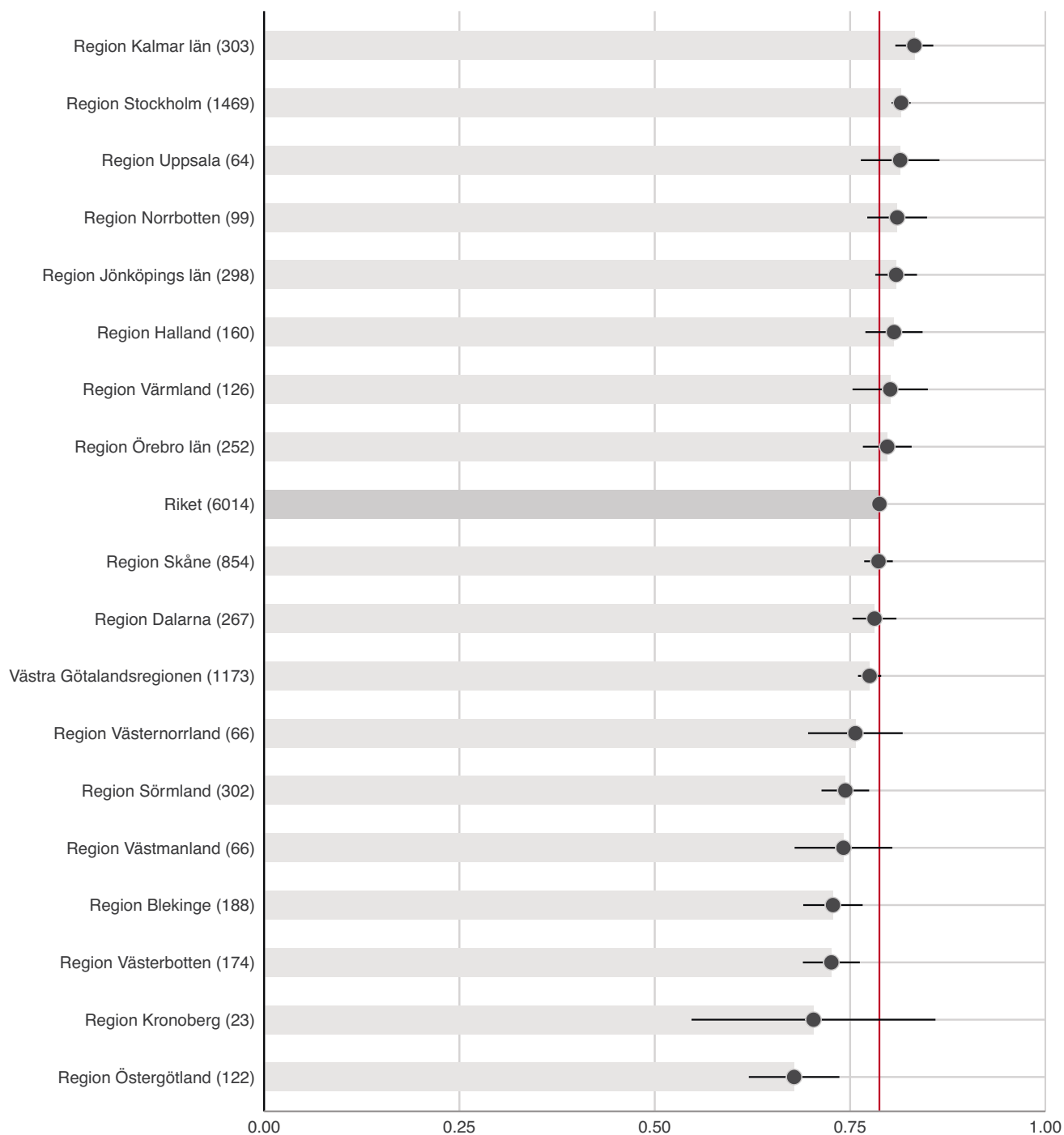
Figur 13:

Senaste mätningen av PASI & DLQI per individ vid respektive tidsperiod. Observera att för de regioner där antalet patienter understiger 10 för en tidsperiod men överstiger 10 för en annan tidsperiod i jämförelsen sätts antalet till 0 för den tidsperioden där antalet understeg 10.

Det behövs registrering av både PASI & DLQI för att patienten ska presenteras i denna figur.

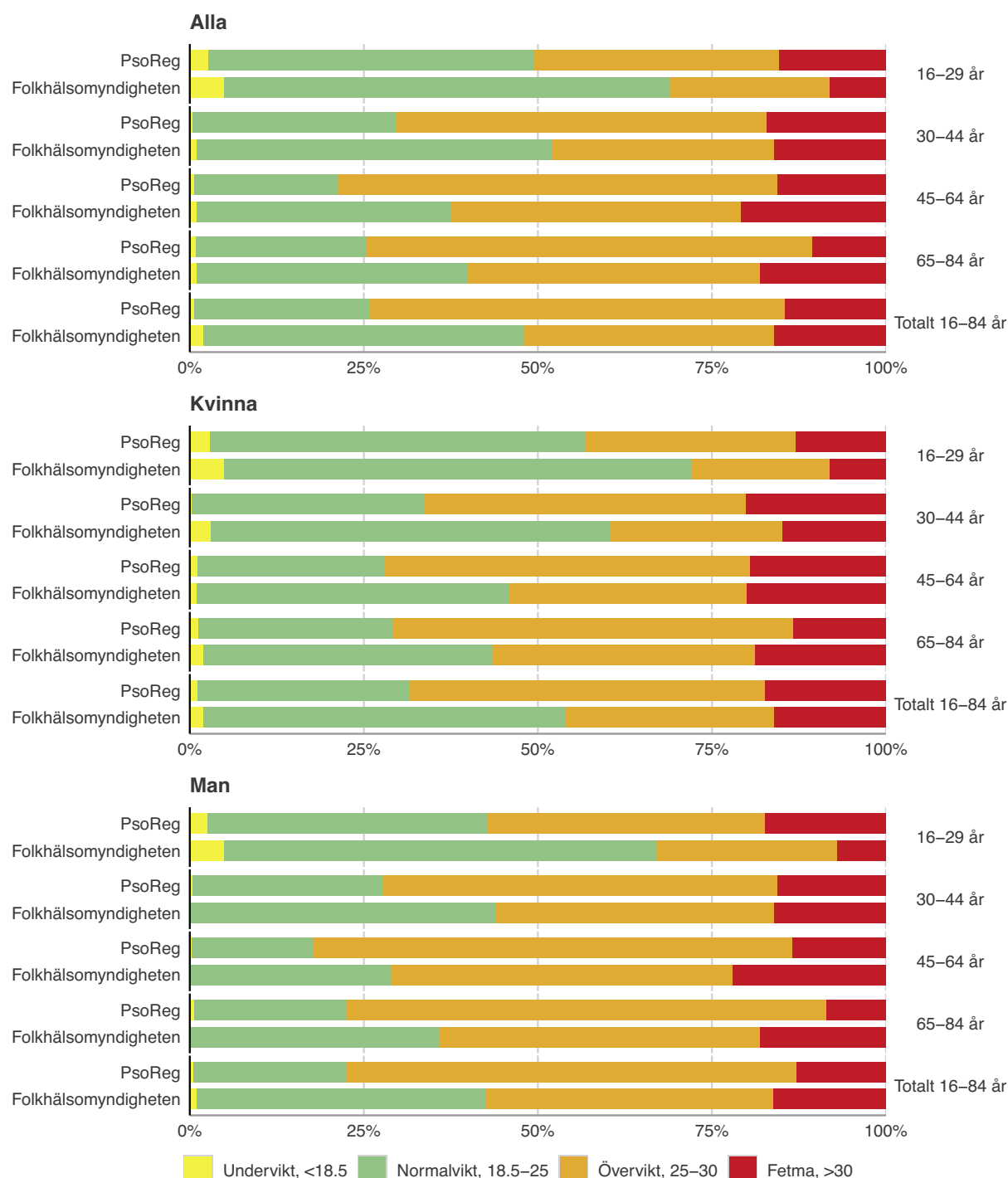
Figuren visar en kontinuerlig positiv utveckling över tid i hälften av regionerna.

EQ-5D på regionnivå

**Figur 14:**

Senaste mätningen av EQ-5D per individ under 2022. Figuren visar medelvärde och konfidensintervall på 95 procent. Observera att kliniker med färre än 10 registreringar ej visas.

BMI per kön & åldersgrupp, jämförelse PsoReg & normalbefolkningen



Figur 15:

Senaste mätningen av BMI i PsoReg jämfört med normalbefolkningen (år 2020, Folkhälsomyndigheten). Övervikt och fetma, som redan är ett stort problem i normalbefolkningen, ses hos patienter med systembehandlad psoriasis i betydligt högre omfattning. Redan i den yngsta gruppen, personer 16–29 år, föreligger övervikt och fetma oftare jämfört med normalbefolkningen.

Figuren dokumenterar hur viktigt det är att personer med psoriasis, inte minst yngre patienter, får tillgång till kompetent hjälp för att arbeta med levnadsvanor.

© PsoReg. PsoReg tackar D&V redaktionen för hjälp med layouten till årsrapporten.

Annons

SVGD:s förtjänstutmärkelse 2023

Vi har inom SVGD (Sektionen för venerologi och genital dermatologi) instiftat en utmärkelse för personer som gjort förtjänstfulla insatser inom vårt område. Planen är att utse en person varje år. Förutom äran, får man livstids fritt medlemskap i vår sektion samt vid ett tillfälle (året därefter) gå gratis på vår utbildningsdag. I år är det alltså första året vi delar ut detta, och bestämde därför att 2023 utse två personer som på olika sätt gjort sig väl förtjänta av utmärkelsen.

Stockholm och Umeå

Arne Wikström, ordförande
Elisabet Nylander, styrelseledamot

Carin Anagrius: Har ganska ensam under många år fått ta ansvar för STI-mottagningen i Falun. Trots stor arbetsbörda har hon hunnit med banbrytande forskning inom området uretrit med fokus på *Mycoplasma genitalum*. Detta har skett i samarbete med två andra eldsjälar, Britta Loré vid laboratoriet i Falun samt Jörgen Skov Jensen vid Statens Seruminstitut i Köpenhamn. Trots pensionär sedan många år, håller Carin sig fortfarande à jour inom området och deltar vid vetenskapliga möten med stort intresse.

Per Anders Mjörnberg: Har verkat i Skövde samt i Jönköping och vid dessa sjukhus varit med och byggt upp en väl fungerande STI-verksamhet. Per Anders var under många år ordförande i vår sektion, och gjorde sig känd för att ha talets och formuleringskonstens gåva. Många skratt har hans kåserande inledningar vid utbildningsdagen givit, samt de lika uppskattade och roliga referat han skrivit om dessa utbildningsdagar. Per Anders har nu som pensionär flyttat till Stockholm, men deltar fortfarande som aktiv medlem vid alla våra sammankomster.



Carin Anagrius.



Per Anders Mjörnberg.



Ett tack för hedersbevisningen 23 01 26

Nog blev jag tagen på sängen
av er – det bästa av de bästa gången!

Tänk att jag, som är tagen ur tjänst,
får detta tecken på historisk förtjänst.

Det finns uppenbart en uppsjö av sätt
varav mitt måste anses som lätt.

Jag menar – en ordförande ordförande
jämfört med Carins vetenskapsgörande.

Efter att ha bidragit till knarr på estraden
kan jag nu knarra kostnadsfritt på 1:a raden

och gå igen och igen och igen
utan att fundera på något sen.

Nu är det bara att vara på vänt
tills dess att diplommet är sänt.

Om än risk att sektionen går back –
åter ett stort varmt tack!

/ Per Anders



Varmt välkommen till DVSS utbildningsdagar och årsmöte 2023

DVSS styrelse tillsammans med Västra Götalandsregionen bjuder in till ett gemensamt arrangemang av DVSS utbildningsdagar 7 – 8 september i Stenungsund. Nytt för i år är att utbildningsdagarna förläggs till två vardagar i stället för fredag och halvdag lördag.

KONFERENSSANLÄGGNING: Nordic Choice Hotels, Stenungsbaden, Södra Stenungsön, 444 48 Stenungsund

ANMÄLAN OCH HOTELLBOKNING: Anmälan till konferensen sker på www.dvss.nu. Anmälan är bindande och ingen återbetalning kan göras. Platsen kan dock överlåtas till annan person för en administrativ kostnad av 250 kr exkl. moms. **Sista anmälningdag är 30/8.**

Medlem	-1/6	2950 kr exkl. moms	Medlem	11/8-30/8	4500 kr exkl. moms
Medlem	2/6-10/8	3950 kr exkl. moms	Icke medlem*		4500 kr exkl. moms *leg. vårdpersonal

Fakturerings sker löpande, faktura kommer att skickas efter att Sweden MEETX mottagit anmälan online med 30 dagars betalning.

Hotellrum på Nordic Choice Hotels, Stenungsbaden bokas och betalas separat, direkt till hotellet. Rum finns reserverade fram till den 7 augusti 2023. Därefter sker bokning i mån av plats. Frukost och fri parkering ingår i priset. Bokning sker via telefon eller e-post: 0303-72 68 29 alt. reservation@stenungsbaden.se uppge bokningskod: GR 022704

Dubbelrum: 958 kronor exkl. moms/person/natt – Enkelrum: 1463 kronor exkl. moms/person/natt

Andra boenden i olika prisklasser finns i närheten, bokas själv.

För frågor och information tveka inte att kontakta oss;

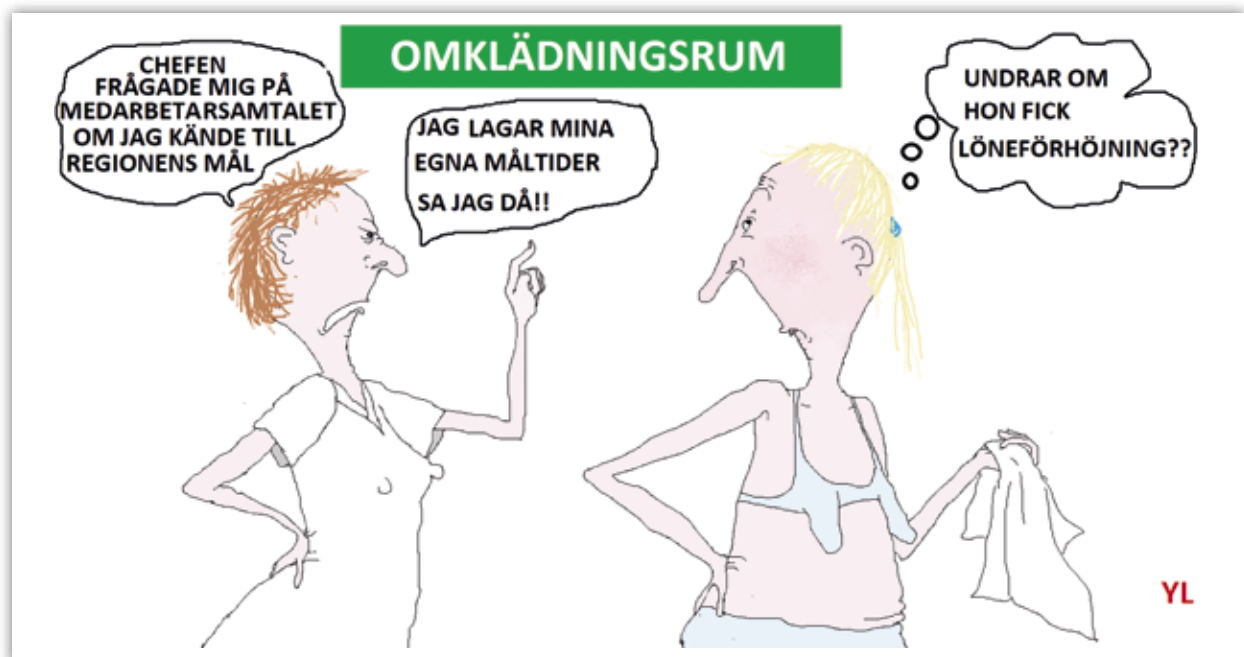
Anmälan: Sweden Meetx, dvss@meetx.se, Tel. 031-708 86 90

Övriga frågor: DVSS vice ordförande, Eva Wärme, eva.warme@vregion.se eller DVSS ordförande, Alexandra Sjöholm, alexandra.sjoholm@vregion.se



Annons

Annons



Ylva Lundquist
Specialistläkare, Hudkliniken
Helsingborgs lasarett

Annons

Apkoppor heter nu mpox

WHO har med kort varsel beslutat att ändra benämningen monkeypox till mpox i ICD-10. Socialstyrelsen följer WHO:s rekommendation. Benämningen för koden B04.9 i ICD-10-SE har ändrats från apkoppor till mpox. Denna ändring trädde i kraft den 1 januari 2023.

Vill du delta i SSDV:s utveckling – styrelsen behöver förstärkning

SSDV har som uppgift att främja den svenska dermatovenereologins utveckling.

Det sker på många sätt, exempelvis genom att anordna vetenskapliga möten, dela ut stipendier och priser, arbeta med utbildningsfrågor för ST-läkare och mycket mer. Vill du vara med och bidra till SSDV finns det goda möjligheter i våra olika intressegrupper, som är öppna för alla medlemmar.

Är du intresserad av att delta i styrelsens arbete, eller känner någon som du tror skulle vara lämplig, kontakta någon i nuvarande styrelse för mer information, eller skicka ett mail till

valberedningen: virginia.zazo@regionvasterbotten.se

Deadline för kommande nummer 2023

Nr. 34	1 maj
Nr. 35	21 augusti
Nr. 36	30 oktober

Välkommen med ditt bidrag!
/Redaktörerna

Digital patientutbildning PSORIASIS

Regionalt processteam psoriasis i Västra Götaland har nu tagit fram en digital patientutbildning om psoriasis, i form av 6 filmer på cirka 3 minuter vardera.

De handlar om psoriasisssjukdomen, samsjuklighet och behandling.

Filmerna är även granskade av Nationell arbetsgrupp (NAG) psoriasis.

De finns nu tillgängliga för alla på följande hemsida:

<https://www.sahlgrenska.se/omraden/omrade-5/hud-och-konssjukvard/information-om-psoriasissskola/>

Karin Olsson

koordinator Regionalt processteam psoriasis

Amra Osmancevic

ordförande Regionalt processteam psoriasis



Välkommen till SSDV:s vårmöte i Malmö 10-12 maj

Mötet kommer att hållas på Clarion Hotel Malmö Live.
Årsmötet kommer att hållas i samband med vårmötet
torsdagen den 11 maj kl 10.30 – 12.30.

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



Adressändring!



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

SDKO:s Nyhetsbrev 2023

SDKO

Kära medlemmar, här kommer som traditionen bjuder nyhetsbrevet för medlemmar i Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO). Det är späckat med information kring vad SDKO har företagit sig under 2022 samt tips på kurser och kongresser under 2023.

Utvecklande styrelsearbete

Vill du vara med och påverka vad som händer regionalt och nationellt inom hudcancerområdet? Är du engagerad i hudcancerverksamheten i din region eller på din klinik? Är du disputerad eller doktorand med forskningsområde hudcancer? Eller är du verksam både som dermatolog och patolog? Vi söker flera nya entusiastiska styrelsemedlemmar till SDKO – anmäl gärna ditt intresse till sekreterare ingela.ahnlide@skane.se. Arbetet sker helt ideellt men är mycket givande. Är du intresserad av hudcancer, ta chansen att få vara med och arbeta i SDKO-styrelsen!

Resebidrag med enkel ansökan

SDKO delar årligen ut resebidrag som nyligen höjdes till 8000 SEK. Resebidraget ska användas för besök på en vårdenhets i Sverige eller utomlands. Ansökningsprocessen är enkel och hittar på SSDV:s hemsida under SDKO/Stipendier och resebidrag/SDKO:s resebidrag. På hemsidan kan du även läsa reserapporter av medlemmar som tidigare fått anslag. Nytt för i år är att ansökningar tas emot från 1:a januari till 30:e april för att sedan bedömas på efterföljande styrelsemöte. Styrelsen har med ledning av SDKO:s ekonomi rätten att besluta om hur många bidrag som maximalt kan delas ut per år. Ansökan skickas till ingela.ahnlide@skane.se.

Vårdprogram basalcancers

Vi inleder med en kort dikt signerad den färska AI:n ChatGPT som sammanfattar BCC som följer:

*Basal cell carcinoma, a cancer of the skin,
Is caused by sun exposure, don't let it begin.
It grows slow, but can disfigure with ease,
But with treatment it's curable, so don't you seize.
We'll review what's known, and discuss what's to come,
Recent developments, future research, and some.
So read on to learn more about this common woe,
And how to protect yourself, with knowledge as your bow.*

Arbete för att ta fram ett nationellt vårdprogram för basalcancers har påbörjats. Styrelsen har föreslagit medlemmar i vårdprogramgruppen och deltagit i flera diskussioner. Ada Girnita och John Paoli delar på ordförandeskapet.

Målbekrivning ST

En reviderad målbekrivning för ST-utbildningen i dermatologi och venerologi har diskuterats. Styrelsen har varit involverad i arbetet med tumörmålen och försöker med detta uppnå en bättre samstämmighet med övriga europeiska utbildningar.

Nationella vårdprogram

Under året som gått har nationella vårdprogram för malignt melanom diskuterats. Viktiga områden som har diskuterats är adjuvant- och neo-adjuvant behandling. Länk till vårdprogrammen ligger nu på SDKO:s sida under SSDV.se.

Medlemsavgift

SDKO kommer fortsätta att ha en medlemsavgift på 100 kr under

2023. För närvarande går medlemsintäkterna i huvudsak direkt till SDKO:s resebidrag. Allt för att komma medlemmarna till godo.

Årsmöte

Alla SDKO:s medlemmar hälsas varmt välkomna till SDKO:s årsmöte 9:e maj 2023 klockan 14–15 i samband med SSDV:s vårmöte i Malmö.

Remiss från strålsäkerhetsmyndigheten

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) har via remiss önskat förslag till ändring i SSMFS 2012:5, föreskrifter för kosmetiska solarier och artificiella solanläggningar. SDKO har svarat på remissen med förslag på justeringar och rekommendation om totalförbud. Även en separat skrivelse till SSM har skickats och undertecknats av SDKO, SSDV, Svenska melanomregistret, nationella vårdprogramgruppen för hudmelanom, svenska melanomstudiegruppen, nationella vårdprogramgruppen för skivepitelskancer samt svenska melanomföreningen. I skrivelsen väddas till SSM att, istället för reviderade föreskrifter, allvarligt överväga att på högre politisk nivå i stället arbeta för ett totalförbud mot kosmetiska solarier och artificiella solningsanläggningar.

Min vårdplan hudcancer

Regionala cancercentrum i samverkan tar fram dokument kallade *min vårdplan* för olika cancerdiagnoser (<https://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/min-vardplan/nationell-min-vardplan/>). Idag finns detta för flera cancerdiagnoser. Remiss har inkommit till SDKO avseende min vårdplan hudcancer. Det är ett välskrivet och mycket ingående dokument på 156 sidor där tanken är att det kan delas ut som patientinformation för att öka jämlikheten och förbättra kvaliteten på information samt att avlasta regioner och verksamheter som inte själva behöver ta fram patientinformation. SDKO har tagit del av dokumentet och inkommit med förslag på justeringar.

Kurser och kongresser

Tips på kurser och kongresser följer nedan.

- SSDV:s vårmöte 9–12 maj, Malmö
- 7th Nordic Dermoscopy Course, 21 april och 22 april, Göteborg <http://nordicdermatologycourses.org>
- 8th Nordic Course on Skin Surgery, (datum ej klart). Köpenhamn <http://nordicdermatologycourses.org>
- 3rd Nordic Course on Laser Dermatology, (datum ej klart), Köpenhamn <https://nordicdermatologycourses.org/index.php?id=7602>
- ST-kursen Hudtumörer, (preliminärt HT2023 v39, datum ej klart), Göteborg.
- EADV Face-to-face learning. <https://eadv.org/education/face-to-face/>
- ESMS Mohs Surgery Course <http://esmscourse.org/> (datum ej klart)
- 19th EADO (European association of dermatology oncology) congress 20–22 april, Rom, <https://www.eado2023.com/>
- Hugh Greenway's 40th annual superficial anatomy and cutaneous surgery course, UC San Diego School of Medicine, La Jolla, USA (datum ej klart). <https://cme.ucsd.edu/superficialanatomy/index.html>
- Basic Dermoscopy, onlinekurs samt International short course on Dermoscopy, Graz, Österrike (datum ej klart). Dermoscopy and Preventive Dermatocology | (medunigraz.at) ISCD International Short Course on Dermoscopy | (medunigraz.at)

*Bästa hälsningar,
Styrelsen för SDKO*

**GENERELL
SUBVENTION**
sedan juni 2021



Förstahandsval vid **Annon** systembehandling av svårt kroniskt handeksem

RIKTLINJER FRÅN SSDV i januari 2022 tydliggör att alitretinoin är förstahandsval vid behandling av svårt handeksem som inte svarat tillräckligt på lokalbehandling eller behandling med ultraviolett ljus.

Alitretinoin Orifarm är beviljat generell subvention, och är idag det enda godkända läkemedlet som innehåller alitretinoin.

Läkemedlet kan förskrivas till kvinnor i fertil ålder, om alla villkor är uppfyllda.* Risk för teratogena effekter kvarstår tills produkten har eliminerats helt, vilket sker inom en månad efter avslutad behandling.

*Alitretinoin Orifarm är kontraindicerat för kvinnor i fertil ålder om inte alla villkor i det graviditetsförebyggande programmet är uppfyllda. Läs mer på fass.se.

ALITRETINOIN ORIFARM (ALITRETINOIN) 10 mg & 30 mg mjuka kapslar. Övriga dermatologiska medel. Rx (F). Indikation: Behandling av svårt kroniskt handeksem hos vuxna som inte svarar på behandling med starka topikala kortikosteroider. Alitretinoin Orifarm ska endast förskrivas av dermatologer eller läkare med erfarenhet av användning av systemiska retinoider, samt är fullt införstådd med riskerna med alitretinoinbehandling och övervakningskraven. Graviditet är en absolut kontraindikation för behandling. Kontraindicerat för kvinnor i fertil ålder om inte alla villkor i det graviditetsförebyggande programmet är uppfyllda. Övriga kontraindikationer: amning, leverinsufficiens, svårt nedsatt njurfunktion, okontrollerad hyperkolesterolemi, okontrollerad hypertriglyceridemi, okontrollerad hypotyreos, hypervitaminos A, överkänslighet mot den aktiva substansen, andra retinoider eller övriga ingående hjälpämnen (i synnerhet vid allergier mot jordnötter eller soja) och samtidig behandling med tetracykliner. Varningar och försiktighet: Innehåller sojabönsolja. Graviditet och amning: Alitretinoin Orifarm är en kraftfull human teratogen som leder till en hög frekvens av allvarliga och livshotande fosterskador. ATC-kod: D11AH04. Datum för senaste översyn av SPC: 2020-04-15. För mer info se fass.se. Kontakt: Orifarm Generics AB, info@orifarm.com, www.orifarm.se.

Dermatoskopiquiz

En 65-årig man som kommer på kontroll efter tidigare exciderad hudtumör på ryggen uppvisar en upphöjd och relativt hudfärgad lesion några centimeter från det gamla operationsärrät. Patienten har inte noterat lesionen tidigare. Vad tror du att det kan vara?

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 32 • 4/2022

Facit:

I förra numret av D&V bad jag er ställa diagnos på denna relativt nyupptäckta, blåaktiga lesion i skalpen hos en 40-årig kvinna.

Kliniskt och dermatoskopiskt ses en lesion som ger ett lite genomskinligt intryck. Dermatoskopiskt ses arboriserande kärl över en huvudsakligen blåvit bakgrund som apikalt övergår i en mer ljusbrun eller rosaaktig ton. De arboriserande kärlen är inte lika röda eller ”i fokus” som de brukar vara vid basalcellscancer. Som icke-specifikt bifynd ses även ett par ”rosettes” kl 4 och kl 7 perifert. Vid dessa sammantagna fynd är de vanligaste diagnoserna hidradenom eller hydrocystom även om andra benigna adnextumörer kan se liknande ut. För säkerhets skull exciderades lesionen och PAD bekräftade ett **apokrint hydrocystom**.

Följande skickliga dermatoskopister skickade in korrekt svar på fallet:

- **Karina Schultz**, Karolinska Universitetssjukhuset/Södersjukhuset
- **Korina Tryfonos**, Karolinska Universitetssjukhuset/Södersjukhuset
- **Ghena Shabana**, Mälarsjukhuset, Eskilstuna

Om ni vill läsa mer om de dermatoskopiska fynden vid apokrint hydrocystom och andra benigna adnextumörer så kan jag rekommendera följande artiklar:

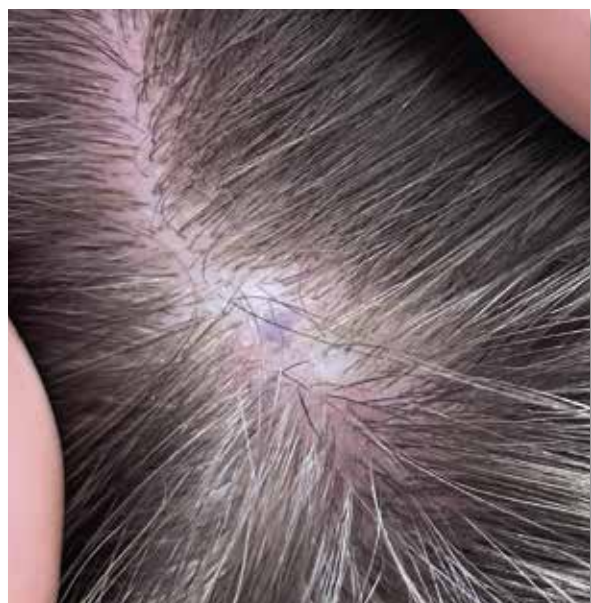
- Zaballos et al. Dermoscopy of apocrine hidrocystomas: a morphological study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(3):378-81.
- Zaballos et al. Dermoscopy of Adnexal Tumors. *Dermatol Clin.* 2018;36(4):397-412.
- Lai et al. Dermoscopy of cutaneous adnexal tumours: a systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(9):1524-40.

Ni kan också se ytterligare tre fall av hydrocystom i **D&V nr 27** (sida 46) där lösningen gavs på Dermatoskopiquiz från nr 26.

John Paoli

Professor,

Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet



Annons

Annons

SSDV:s styrelse



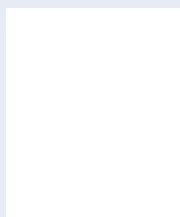
Ordförande
Anna Josefson
(Örebro)



Utbildningsansvarig
Maria Haraldsson
(Skövde)



Utbildningsansvarig, suppleant
Andrea Wahlberg
(Sundsvall)



Vice ordförande
Vakant



ST-representant
Tanja Gavric
(Halmstad)



ST-representant, suppleant
Teo Helkkula
(Lund)



Sekreterare
Susanna Sandberg
(Karlstad)



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



Ledamot 1, suppleant
Tore Särnhult
(Kungsbacka)



Skattmästare
Johan Dahlén
Gyllencreutz
(Göteborg)



Ledamot 2
(repr. venerologi)
Arne Wikström
(Stockholm)



Ledamot 2, suppleant
Petra Tunbäck
(Göteborg)



Redaktör
Josefin Ulriksdotter
(Helsingborg)



Svenska Sällskapet för
Dermatologi och Venereologi

ÖVRIGA

Ansvarig för SSDV:s kansli
Agneta Andersson (Uppsala)

Revisorer
Birgitta Stymne (Linköping)
Åke Svensson (Malmö)

Revisorssuppleanter
Alberto Aulet (Umeå)
Mikael Tarstedt (Karlskoga)

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

Representanter
för Nationella taxan
Ragnar Jonell (Göteborg)
Mårten Walhammar (Göteborg)

Valberedning
Virginia Zazo (Umeå)
Sammankallande
Anna Bergström (Uppsala)
Karim Saleh (Lund)

Ansvarig för hemsidan:
Josefin Ulriksdotter (Helsingborg)

SSDV:s kalender 2023

ST-kurs: STI

2023-04-17 - 2023-04-21
Skånes universitetssjukhus, Malmö

7th Nordic Dermoscopy Course

2023-04-21 - 2023-04-22
Göteborg

Digitalt seminarium om svårläkta sår

2023-04-21, 12:00-13:15

SSDV:s Vårmöte

2023-05-09 - 2023-05-12
Malmö Live

EADV Spring Symposium

2023-05-18 - 2023-05-20
Sevilla, Spain

25th World Congress of Dermatology

2023-07-03 - 2023-07-08
Singapore

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

2023-09-11 - 2023-09-15
Linköping

ST-kurs i Bensår

2023-10-18 - 2023-10-20
Lund

All about Cancer: Nurse Course by EADV

2023-11-23 - 2023-11-25
Brussels

2024

AAD Annual Meeting

2024-03-08 - 2024-03-12
San Diego, USA

SSDV:s Vårmöte

2024-05-22 - 2024-05-24
Örebro

Utgivningsplan 2023:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 34	1 maj	28 juni
Nr 35	21 augusti	11 oktober
Nr 36	30 oktober	20 december



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

Annons

Posttidning B

Returadress/Avsändare:

Mediahuset i Göteborg AB

Bankgatan 20

233 31 Svedala

Annons