

DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 34 • 2/2023



**SSDV:s Vårmöte i Malmö • Pristagare och stipendiater
Auskultation gav nya kunskaper • Disputation vid Lunds universitet
Disputation vid Karolinska institutet • 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:

En vårdag i Malmö.

Foto: Adobe Stock

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 rekommendationer till ST-utbildningen.....	5
SSDV:s Vårmöte i Malmö.....	11
Pristagare & stipendiater vid SSDV:s Vårmöte.....	25
Auskultation i Graz.....	32
Patch testing with palladium and aluminium.....	35
Treatment and consequences of atopic dermatitis.....	39
ST-kurs om bensår.....	42
Uppdaterade STI-riktlinjer.....	45
En dermatologs vardag.....	53
Dermatoskopi quiz.....	55
Dermatoskopi quiz - Lösning.....	56
SSDV:s styrelse.....	59
SSDV:s kalender.....	60

Skärgårdsdoktor – i alla fall för en dag

Under läkarutbildningens anestesiplacering tjänstgjorde jag i Hilleröd. En varm försommarekväll fick jag följa med en lång, brunhårig, mycket svärstressed och rolig anestesiläkare i hennes läkarbil. Med blåljusen snurrande på taket och gaspedalen i botten rusade bilen fram genom Nordsjälland. Trafikolyckor, hjärtstopp och anafylaxier anhopade sig under passet och jag var såld. Som medpassagerare i baksätet med säkerhetsbältet hårt fastspänt och i en roll främst som observatör var det riktigt spännande. Det här var att göra skillnad, på riktigt.

När jag väl själv "satt i framsätet" var verkligenheten en annan. De största ljusglimtar på akutpassen under AT utgjordes för min del av suturering på ortopedakuten, "lagandan" i den sammansvetsade lilla grupp av kollegor som hjälptes åt under nattpassen, men framför allt att få krypa ned i sängen efter passens slut. De schemalagda mottagningspassen och sjukdomarnas mer kroniska natur inom hudsjukvården har därför kommit att passa mig ganska bra. Patienterna drabbas sällan av någon akut livshotande sjukdom – och i princip alla larm som går på mottagningen är felringningar. Jag har landat i att denna typ av läkare, min typ, också är värdefull och har andra spetskompetenser. Exempelvis att inför återbesök bli snabb på att läsa och sammanfatta kollegornas tidigare besöksanteckningar, ta stansbiopsier, diagnostisera olika hudutslag, mikroskopera, operera och dermatoskopifotografera. Inte desto mindre kan jag ibland dagdrömma om att få utföra de där "akuta" insatserna som ger omedelbar lindring för patienterna så som anafylaxibehandling, behandling av ventilpneumothorax och, som min man distriktsläkaren så tillfredsställd berättar om – bortförskaffande av vaxproppar.

Vi spenderade nyligen Kristi himmelfärdshelgen i Bohuslän, där vi gjorde en dagsutflykt till en intilliggande ö för picknick, soldyrkande och bad. Det var en alltigenom idyllisk dag där även hudläkaren checkade ut och tog paus från solkrämstjater (vilket märktes på solbrännan i sällskapet dagen efter). Plötsligt hör jag svärnor i all iver ropa och ropa – på vem då tänkte jag, tills jag insåg att det var min uppmärksamhet hon försökte påkalla. Borta på klipporna cirkulerade en orolig mamma runt sitt barn, en 10-årig pojke som satt ledsen och ihopkruken på marken. Han hade i trampdynan fått in en vass, svart främmande kropp som stack och skar när han gick. Mamman hade letat fram en stor pincett som tillsammans med nålspetsen på en säkerhetsnål kom att utgöra mitt provisoriska operationskit.



I de lugnaste vatten.

Pojkens pappa undrade, när nålen redan var inne och grävde i hälen, om jag hade någon formell utbildning eller mest bara var allmänt hjälpsam. Inte för att någon formell utbildning egentligen krävdes för att fullborda uppdraget. Efter sådär 60 sekunder kunde jag sprätta bort den vassa tångbiten som for iväg över klippållarna. Pojken började snabbt gå som vanligt igen och hans mamma pustade ut. Några enkla rekommendationer kring sårtvätt senare kastade vi loss båten för hemfärd.

På vägen hem kände jag en tillfredsställelse som till sin natur påminde om den jag upplevde i bilbaksätet på Nordsjälland. När allt kommer omkring så tror jag att jag har landat i vilken doktor jag är – både på och utanför jobbet – och jag känner mig nöjd med det. Tjusningen med att kunna hjälpa till när något oförutsett inträffar finns ju alltså kvar. En före detta kollega, tillika akutläkare, hade under många år alltid med sig instrument för intubering i händelse av att en akut situation skulle uppstå. Jag tror att jag personligen nöjer mig med pincett och säkerhetsnål och hoppas på fler skärgårdsuppdrag under sommaren.



Josefin Ulriksdotter

Chefredaktör

josefin.ulriksdotter@skane.se

Annons

Arbetsglädje och stort engagemang inom vår förening



På väg hem efter ett fantastiskt vårmöte i Malmö. Tack återigen Cecilia, Irina och Gustav för ett varierat vetenskapligt program av hög kvalitet samt för trevliga möjligheter att mötas och utbyta erfarenheter och idéer. Den hotande tågstrejken avblästes dessutom så vi alla kom hem, inspirerade och trötta. Många på mötet talade om vikten av att träffa dermatovenereologer över hela landet för att diskutera, jämföra och lära av varandra. Dessa möten ordnas en gång årligen och nog bör vi kunna se till att vi är representerade från alla hudkliniker och de flesta mottagningar i landet? Mötet är inte bara en egen källa för kunskapsinhämtning utan även ett sätt att tillsammans utveckla och driva dermatovenereologin framåt. Som styrelsemedlem upplevde jag många intressanta samtal och vi fick flera goda idéer till oss att arbeta vidare med inom styrelsen.

De olika sektioner och intressegrupper som finns inom SSDV är mycket värdefulla vid arbetet med utveckling av vår specialitet. En hel del av de remisser som SSDV besvarar har passerat dessa grupper för formuleringar och synpunkter. Vissa remisser svarar intressegruppen eller sektionen i stort sett helt på. På SSDV.se framgår vilka intressegrupper och sektioner som finns och vem man ska kontakta om man önskar delta på möten, vid utbildningstillfällen eller i andra diskussioner. Två nya grupper bildades vid årsmötet; Intressegruppen för hidradenitis suppurativa och Intressegruppen för atopisk dermatit. Alla ni som är intresserade av att vara med i någon av dessa grupper kan kontakta styrelsen så förmedlar vi kontakt tills mer information om kontaktperson framgår på SSDV.se. Båda dessa nya intressegrupper representerar patientgrupper där vi efterlämnar nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer.

SSDV är en medlemsförening till Svenska Läkaresällskapet och har nu 637 medlemmar, varav 42 är nya sedan föregående möte. På hem-

sidan hittar ni årsberättelser där man kan läsa både vad vi i styrelsen och även de flesta intressegrupper och sektioner gjort under 2022. Den relativt nystartade gruppen för psykodermatologi har påbörjat ett arbete om parasitofobi vilket blir spännande att följa och SVGD planerar att arbeta med riktlinjer för genitila dermatoser.

Styrelsen hälsar också Lena Lundeborg, Stockholm välkommen som vice ordförande och Teo Helkkula, Lund välkommen som ST-representant. Styrelsens fortsatta arbete kommer att fokusera på utbildningsfrågor men också på att stärka specialiteten i ett större perspektiv. För att det ska bli möjligt behöver vi arbeta tillsammans med NPO och verksamhetschefer men också tillsammans med alla er medlemmar. Vi hoppas kunna inspirera er till att gå med i en intresseförening som lockar eller engagera er i styrelsearbetet. För att utveckla och stärka vår specialitet behöver vi arbeta tillsammans och inte var och en hemma i sin lilla bubbla. Kom ut, hör av er och engagera er! Det blir mycket roligare och man får många kontakter över hela landet som är av stor nytta i alla möjliga sammanhang.

Anna Josefson

Ordförande SSDV

Överläkare

Hudkliniken, Universitetssjukhuset Örebro

anna.josefson@regionorebrolan.se



Annons

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

DEL 1: Organisation och ansvarsfördelning. Tjänstgöring och utbildning. Kvalitetsaspekter. Kvantitativa mål. Checklistor för enheter som utbildar ST-läkare.

I april 2022 utkom SSDV med uppdaterade rekommendationer till ST-utbildning i dermatologi och venerologi. Syftet med rekommendationerna är att underlätta vid planering av specialiseringstjänstgöringen samt att bidra till en strukturerad ST-utbildning med jämn och hög kvalitet över hela landet. I kommande nummer av D&V kommer vi i fyra olika delar presentera SSDV:s råd och rekommendationer till ST-utbildningen samt målbeskrivningens delmål och checklistor.

Läkarnas specialiseringstjänstgöring regleras i ST-förordningen med tillhörande målbeskrivning. Dessa kompletteras med rekommendationer och mer utförliga beskrivningar av kompetens- och kunskapskrav framtagna av respektive specialitetsförening. Det finns två gällande ST-förordningar. De läkare som gjort AT följer som regel SOSFS 2015:8 medan läkare som gått en legitimationsgrundande läkarutbildning följer HSLF-FS 2021:8 där ST-utbildningen inleds med BT (bastjänstgöring). Det som skiljer de båda ST-förordningarna är främst det som berör BT, i övrigt är de mycket lika. De specialitetsspecifika delmålen i respektive målbeskrivning för dermatovenereologi är i princip identiska förutom att det tillkommit ett delmål i målbeskrivningen 2021 (STc13 Läkemedel). SSDV:s rekommendationer och checklistor är samstämmiga mellan 2015 och 2021. På SSDV:s hemsida under fliken Utbildning finns Socialstyrelsens ST-förordningar och målbeskrivningar samt SSDV:s rekommendationer.

<https://ssdv.se/utbildning/malbeskrivning>

I detta nummer av D&V presenteras ST-förordningens riktlinjer tillsammans med SSDV:s rekommendationer gällande organisation och ansvarsfördelning, tjänstgöring och utbildning samt kvalitetsaspekter. Därtill presenteras SSDV:s checklistor för enheter som utbildar ST-läkare samt en checklista med kvantitativa mål för ST-läkare. Sammantaget är detta kapitel 5, 7, 14, 21 och 22 ur *Utbildningsboken med SSDV:s rekommendationer till målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring i dermatologi och venerologi 2015 respektive 2021*. Eftersom de flesta av ST-läkarna går enligt målbeskrivning 2015 så visas här utdrag ur *Utbildningsboken 2015*.

https://ssdv.se/images/2015_Utbildningsboken_med_SSDVs_rekommendationer_till_ST-utbildning_april_2022.pdf

SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen kommer att presenteras i D&V i fyra olika delar

- DEL 1:** Organisation och ansvarsfördelning. Tjänstgöring och utbildning. Kvalitetsaspekter. Kvantitativa mål. Checklistor för enheter som utbildar ST-läkare.
- DEL 2:** Kompetensbeskrivning. ST-utbildningens genomförande, råd och rekommendationer. Delmål för ST i dermatologi och venerologi. Delmål c1/STc1 – c4/STc4.
- DEL 3:**Handledning. Kompetensbedömning. Specialistexamen. Delmål c5/STc5 – c8/STc8.
- DEL 4:** Kurser under ST-utbildningen. Utvecklingsarbete och medicinsk vetenskap. Delmål c9/STc9 – c13/STc14.

https://ssdv.se/images/2021_Utbildningsboken_med_SSDVs_rekommendationer_till_ST-utbildning_april_2022.pdf

Checklistorna för enheter som utbildar ST-läkare tillkom i samband med uppdateringen av rekommendationerna 2022. De ska ses som ett stöd för kliniken att tillförsäkra en adekvat utbildningsmiljö med tillräckligt bred och djup verksamhet för att ge ST-läkaren förutsättningar att uppnå specialistkompetens enligt målbeskrivningen. Checklistan med kvantitativa mål för ST-läkaren exemplifierar utbildningsaktiviteter, tjänstgöring och patientfall som behövs regelbundet under specialiseringstjänstgöringen. Tillsammans kan dessa checklistor användas och vara till hjälp i samband med planering av klinikkens verksamhet för att balansera utbildningsaktiviteter i den kliniska vardagen samt vid planering av den enskilda ST-läkarens utbildningsplan.

SSDV:s grundläggande rekommendation för ST-utbildning i dermatovenereologi:

ST-läkaren ska under minst fyra år av sin ST-utbildning tjänstgöra under handledning på en dermatovenereologisk enhet, som genom att ge ST-läkaren en tillsvidareanställning tar helhetsansvar för den tjänstgöring och kompletterande utbildning som behövs för att hen ska uppnå kompetenskraven i målbeskrivningen. Enheten där ST-läkaren är anställd ska i sin dagliga verksamhet ha interdisciplinär samverkan med flera andra specialiteter och handlägga akuta och/eller komplexa dermatovenereologiska konsultationer kring både inläggande patienter och patienter i öppen vård. Syftet är att ge ST-läkaren vana vid akuta och komplexa tillstånd och deras handläggning. Därtill ska enheten ha en bred dermatovenereologisk verksamhet som möjliggör för ST-läkaren att bli självständig avseende handläggning av vanliga och viktiga dermatovenereologiska tillstånd. (kap 2 Utbildningsboken med SSDV:s rekommendationer till målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring i dermatologi och venerologi)

Kontakta gärna utbildningsgruppen om ni har frågor kring ST-utbildningen.

SSDV:s Utbildningsgrupp

SSDV:s rekommendationer till 2015 års målbeskrivning för ST-läkare i dermatologi och venerologi, april 2022

5. ANSVARSFÖRDELNING

Av SOSFS 2015:8 4 kap 1–5 § framgår att:

Vårdgivare

Vårdgivaren ska ansvara för att det i sådan verksamhet som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring finns de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vårdgivaren ska vidare ansvara för att det finns tillgång till:

1. en studierektor,
2. handledare som motsvarar behovet av handledning, och
3. medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.

Vårdgivaren bör se till att studierektorn har relevant specialistkompetens.

Vårdgivaren ska ansvara för att säkerställa kvaliteten på specialiseringstjänstgöringen. Mer om detta tas upp i kapitel 14.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att:

1. det individuella utbildningsprogrammet tas fram, regelbundet följs upp och vid behov revideras i samråd med studierektor, handledare och ST-läkaren,
2. en huvudansvarig handledare utses till ST-läkaren, och
3. den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Verksamhetschefen bör hålla regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkaren.

Studierektor

Studierektorn ska ha:

1. specialistkompetens, och
2. genomgått handledarutbildning.

Studierektorn ska samordna de interna och externa utbildningsaktiviteterna för ST-läkarna och bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.

I studierektorns arbetsuppgifter bör ingå att:

- utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna och
- ta del av de kompetensbedömningar som görs av ST-läkarna.

SSDV:S KOMMENTAR OCH REKOMMENDATION

ST-förordningen reglerar tydligt vårdgivares, verksamhetschefer och studierektors ansvar. Den som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att förutsättningar finns att genomföra tjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Åtagandet innefattar ett helhetsansvar för den tjänstgöring och kompletterande utbildning som ST-läkaren behöver för att uppnå kompetenskraven i målbeskrivningen. Förutsättningar för att bedriva ST-utbildning ska vara klarlagda innan ST-läkare anställs, exempelvis ska det finnas en fastställd plan för att samtliga delar i ST-utbildningen kan erbjudas och

en tydlig plan för hur ST-läkaren ska kunna uppnå kompetenser som inte går att uppfylla inom den egna verksamheten. Ansvaret för att träffa avtal om och att finansiera nödvändiga utbildningsaktiviteter som klinisk tjänstgöring, sidutbildning och kurser ska ligga på den enhet där ST-läkaren är anställd.

Enhet som utbildar ST-läkare inom dermatovenereologi ska ha ST-studierektor med dermatovenereologisk specialistkompetens och handledarutbildning.

SSDV:s förväntningar på ST-utbildande enheter specificeras ytterligare i checklistor och kommentarer till delmålen i kapitel 18–22.

7. TJÄNSTGÖRING OCH UTBILDNING

Av SOSFS 2015:8 2 kap 2–5 § framgår att:

Allmänna bestämmelser

Tjänstgöringstid, utbildningsaktiviteter

För att en legitimerad läkare ska uppnå specialistkompetens ska han eller hon förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetensen genom specialiseringstjänstgöring under minst fem år. Den ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. Meriter från utbildning på forskarnivå får tillgodoräknas.

Om specialiseringstjänstgöringen genomförs på deltid, ska tjänstgöringstiden förlängas så att den sammanlagt motsvarar denna hel-tid.

Där de anges i målbeskrivningen för specialiteten ska följande föreskrivna utbildningsaktiviteter genomföras:

1. auskultationer,
2. kliniska tjänstgöringar under handledning,
3. kurser,
4. kvalitets- och utvecklingsarbeten, och
5. självständiga skriftliga arbeten enligt vetenskapliga principer.

Individuellt utbildningsprogram

ST-läkaren ska ha ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen för specialiteten. Utbildningsprogrammet ska vara individuellt och omfatta den tjänstgöring och kompletterande utbildning som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Det individuella utbildningsprogrammet bör innehålla:

- planerad intern och extern utbildning,
- planerat deltagande i forsknings- och kvalitetsutvecklingsarbeten, och
- planerad tid för regelbundna självstudier.

SSDV:S KOMMENTAR OCH REKOMMENDATION

Alla ST-läkare ska ha ett individuellt utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och SSDV:s rekommendationer till ST-utbildningen. Det är verksamhetschefens ansvar att det individuella utbildningsprogrammet upprättas, regelbundet följs upp och vid behov revideras i samråd med studierektor, handledare och ST-läkaren. Uppföljning ska ske årligen eller tätare om behov finns. ST-läkarens kompetensutveckling och progress är avgörande vid revidering av utbildningsprogrammet.

Det individuella utbildningsprogrammet (även kallat utbildningsplan) är ett skriftligt schema för hur ST-utbildningen ska läggas upp till dess att specialistkompetens uppnås. I utbildningsplanen beskrivs

bland annat introduktionsprogram, klinisk tjänstgöring, teoretiska utbildningar, tid för regelbundna självstudier, handledning och bedömningar, sidoutbildningar, tjänstgöring på annan ort, samt deltagande i forsknings- och utvecklingsarbeten.

I kapitel 16 finns råd avseende ST-utbildningens upplägg och genomförande.

14. KVALITETSASPEKTER PÅ ST-UTBILDNINGEN

Specialiseringsutbildningens kvalitet

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring, SOSFS 2015:8 4 kap 2 §, ska vårdgivaren ansvara för att specialiseringstjänstgöringen säkerställs genom systematisk granskning och utvärdering av om verksamheten uppfyller de krav som ställs enligt förordningen. Specialiseringstjänstgöringens kvalitet ska även granskas och utvärderas av en extern aktör. Extern granskning och utvärdering ska ske regelbundet, enligt Socialstyrelsens rekommendation vart femte år. Om granskningen visar att det finns brister ska vårdgivaren åtgärda dessa.

SSDV:s KOMMENTAR OCH REKOMMENDATION

För att säkerställa god utbildningskvalitet rekommenderar SSDV att ST-utbildning i dermatologi och venerologi enbart ska ske vid enheter som är SPUR-inspekterade och uppvisar följsamhet till SPUR-inspektionens rekommendationer. Extern granskning av utbildningsenhet bör genomföras vart femte år. Enheter som tidigare inte haft ST-läkare ska SPUR-inspekteras inom arton månader efter att den första ST-läkaren börjat på enheten. Kliniker som genomgått en större omorganisation rekommenderas genomgå en ny SPUR-inspektion även om det inte gått fem år sedan den senaste inspektionen.

Avseende utbildningskvalitet så bör SSDV:s rekommendationer till ST-utbildning betraktas som en kravspecifikation för utbildande enhet.

När man som ST-läkare ska välja utbildningsklinik kan man informera sig om kliniken är granskad och vilka styrkor och eventuella brister som finns. Mer information finns på hemsidan.

www.ssdv.se/utbildning/SPUR

21. KVANTITATIVA MÅL FÖR ST-LÄKARE

ST-läkaren bör uppnå nedanstående kvantitativa mål
(ska dokumenteras)

Delta i minst 30 PAD-ronder

Ha STI-mottagning återkommande under hela ST-utbildningen

Handlägga bensår återkommande under hela ST-utbildningen

Handlägga minst 10 blåsdermatoser

Handlägga minst 30 svårare dermatologiska fall, exempelvis:

- Akut och allvarlig hudinfektion
- Allvarlig och komplicerad STI
- Avancerad hudtumörsjukdom, inklusive hudlymform
- Erythrodermi/Sezarys syndrom
- Gendermatoser, EB (svårare form)
- Generaliserad pustulär psoriasis
- Global dermatologi/resedermatologi; leishmaniasis, lepra, larva migrans, myiasis
- Graviditetsdermatoser; PEP, PG
- GVHD
- HAE
- Kollodium baby/andra akuta neonatala dermatologiska tillstånd
- Komplicerade kollagenoser
- SSSS
- TEN/SJS, DRESS, AGEP
- Vaskuliter



22. CHECKLISTOR FÖR UTBILDNINGSENHET

Utbildningsenheten som har huvudansvaret för ST-läkarens utbildning bör uppfylla SSDV:s krav enligt nedanstående checklistor:

Lokaler/utrustning

På den ST-utbildande enheten ska det finnas utrustning och material för undersökning (inklusive allmänt status), provtagning, diagnostik och behandling av dermatovenereologiska patienter.

Adekvat utrustning för att genomföra epikutantest
Adekvat utrustning för biopsring av hud med stans och kniv för histopatologi och direkt IF
Adekvat utrustning för mikrobiologisk provtagning
Akutväska
Dermatoskop, god tillgång vid varje mottagningspass
Handikappanpassade lokaler, inklusive lift
Mikroskop
Möjlighet att erbjuda bad- och ljusbehandling inklusive PUVA och Bucky
Möjlighet för blodprovstagning
Operationsrum
Undersökningsrum utrustat för undersökning/provtagning/behandling av genitala infektioner och genitala dermatoser, inklusive gynstol
Utrustning för att genomföra allmänstatus
Utrustning för bedömning/behandling av bensår, inklusive handdoppler och omlägnings- och kompressionsmaterial
Utrustning för fotografering, god tillgång vid varje mottagningspass
Utrustning för kryokirurgi, diatermi och PDT
Woods lampa

Personal/kompetenser

På den ST-utbildande enheten ska det finnas personal och kompetens för att bedriva dermatovenereologisk verksamhet.

Ssk/usk med god erfarenhet av att sätta epikutantest
Ssk/usk med vana att assistera vid operationer
Ssk/usk med vana att hantera STI-mottagning
Ssk/usk med vana att lägga om sår och kompressionsbehandla
Ssk/usk med vana att ge injektionsbehandling

Struktur/utbildning/klinisk bredd

SSDV anser att utbildningsenheten ska tillgodose:

Individuellt utbildningsprogram, som utgår från målbeskrivningen enligt Socialstyrelsens krav, med följsamhet till SSDV:s rekommendationer
Handledare med specialistkompetens inom dermatovenereologi som genomgått handledarutbildning enligt Socialstyrelsens Allmänna råd, ej distanshandledning
Studierektor med specialistkompetens inom dermatovenereologi som genomgått handledarutbildning enligt Socialstyrelsens Allmänna råd
Visningspatienter, både digitala fall och närvarande på enheten, regelbundet, minst två tillfällen/månad, bör schemaläggas
Rådgivande funktion mot andra specialiteter, inklusive jour- och konsultverksamhet för akuta dermatovenereologiska frågeställningar, ST-läkaren ska delta i denna verksamhet
Interdisciplinär samverkan, ST-läkaren ska regelbundet delta i sådan verksamhet
Möjlighet för ST-läkaren att delta vid MDK (multidisciplinär konferens)
Regelbundna PAD-ronder
Journal club minimum 2 gånger/år
Möjlighet för ST-läkaren att ansvara för injektionsbehandlingar, både subkutana, intramuskulära och intravenösa

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev!

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

Anmäl dig till vårt nyhetsbrev genom att följa denna länk: mediahuset.link/nyhetsbrev_DoV



Annons

Annons

Hudproblem orsakat av hjälpmedel – växande problem vid diabetes

Programmet för SSDV:s Vårsmöte visade bredden inom dermatologin. När det gäller kontaktallergi låg fokus på kontaktallergiskt eksem vid användande av medicintekniska produkter. För vissa personer med diabetes innebär reaktionerna stora problem eftersom de inte kan använda de hjälpmedel som finns för att hålla blodsockret i balans.

Medicintekniska produkter (MTP) används dagligen av de flesta av oss – i sjukvården, till exempel i form av lindor och EKG-elektroder, och av privatpersoner, till exempel plåster. MTP har under de senaste åren blivit en allt vanligare orsak till hudbesvär och kontaktallergi. De flesta som använder MTP får inte hudproblem, men hos de som får det kan följderna bli omfattande och kostsamma. Under mötet låg fokus på produkter som i Sverige används av majoriteten av personer med diabetes typ 1: sensorer som kontinuerligt mäter blodsockret (CGM) och insulinpumpar.

Om hudproblem uppstår kan de flesta patienter byta till en annan likvärdig pro-

dukt men vissa behöver sluta använda sina hjälpmedel. Följderna kan bli allvarliga, dels i form av en sämre livskvalitet för individen, dels på grund av högre samhällskostnader. För individer med diabetes innebär deras MTP att det blir betydligt enklare att hålla blodsockret i balans och att risker med grundsjukdomen, både akuta som till exempel ketoacidosis och mer kroniska såsom sämre njurfunktion och påverkan på synen, kan minskas eller undvikas.

Ämnen i MTP som har visat sig kunna ge kontaktallergi är akrylater, kolofonium och antioxidationsmedel. Ofta är det ämnen som används i häftmassan eller i sammanfogningen av produkten som ger problem. För patienten innebär utvecklande av en allergi att hen även riskerar att exponeras för sitt allergen och få problem i helt andra miljöer. Akrylater används till exempel hos tandläkaren och när man bygger naglar. Kolofonium finns i gran, trä och papper.

Utvecklingen inom MTP går mot allt mer komplexa produkter som ska tåla mycket. De är ofta i nära kontakt med huden vil-

ket ökar risken för kontaktallergi mot något ämne i produkten. Det kan också öka risken för att häftan som är tänkt att sitta på i många dagar lossnar, och vissa användare behöver på grund av utslagen byta oftare än rekommenderat. Att identifiera orsaken till hudproblemen är alltså helt grundläggande: Om man vet vilket ämne som orsakar allergin kan man oftast ta bort detta – individen kan då fortsätta använda sin MTP och nya användare kan slippa få problem. Eftersom många olika discipliner möter patientgruppen hamnar hudbesvär ofta mellan stolarna vilket kan göra att de blir otillräckligt utredda.

SSAMD-mötet fokuserade på varför vi blir allergiska och vad det kan få för konsekvenser. Det avslutades med ett panelsamtal där Cecilia Svedman, sektionschef och professor vid Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen på Skånes universitetssjukhus i Malmö (YMDA) var moderator. I panelen fanns Stig Attvall, docent i internmedicin, endokrinologi och diabetologi, Helena Sandin, ordförande i Swedish Medtechs sektorgrupp diabetes, kemisten Martin Mowitz, Josefin Ulriksdotter doktorand och ST-läkare inom dermatovenerologi samt Ulrica Carlander från Läkemedelsverket. Syftet var att i ett brett perspektiv diskutera hudproblem hos individer som använder MTP och ge tillfälle för reflektion, nya idéer och samverkan.

Samverkan för bättre, säkrare och mer kostnadseffektiv vård

Josefin Ulriksdotter konstaterade att det saknas större, välgjorda studier som primärt undersökt förekomsten av hudreaktioner och kontaktallergi bland de som använder MTP för blodsockerkontroll. I vissa undersökningar uppgår 60-90 procent av användarna att de någon gång haft en hudreaktion, i andra studier är siffrorna betydligt lägre. Ulrica Carlander berättade att Läkemedelsverket under förra året fick in fyrtio anmälningar, från vården och enskilda patienter. Helena Sandin poängterade att företagen har en europeisk lagstiftning att följa och att man rapporterar när det kommer in information om problem med pro-



Gustav Christensen, Cecilia Svedman och Irina Baranovskaya från vårdkliniken hälsar tillsammans med SSDV:s ordförande Anna Josefson välkomna. Foto: Kajsa Asp Jonsson

dukterna, men det finns inte någon samlad statistik.

När man misstänker en allergisk reaktion mot en MTP behöver patienterna remitteras för adekvat kontaktallergisk utredning, där man måste testa med den egna produkten eftersom MTP är komplicerade och inte innehållsdeklarerade. Utredningen är tidskrävande, både för patienten och kliniken. Det är viktigt att samverka och att tester görs på samma sätt på olika kliniker i landet. Då får industrin, Läkemedelsverket och upphandlingsansvariga information om vilka ämnen i MTP som kan orsaka allergi.

I panelen var enigheten stor om att vi alla måste bli bättre på att rapportera hudbiverkningar till Läkemedelsverket. Även brukaren själv kan rapportera, man måste inte ha säker diagnos. När vi vet vad som orsakar problemet blir det lättare att genomföra förändringar.

Aktuella utmaningar

Martin Mowitz, kemist och PhD vid YMDA i Malmö, gav en grundlig genomgång av kontaktallergi vid användning av diabetes-hjälpmiddel. Fyra nya allergen har upptäckts i MTP de senaste åren i Malmö. Idag finns det för patienter i Södra sjukvårdsregionen en speciell serie som inkluderar ämnen som kan associeras med MTP-användning.

Stig Attvall förklarade hur viktiga MTP är för patienter med diabetes och vilka enorma framsteg som gjorts inom diabetesvården tack vare dessa. Barn med diabetes kommer troligtvis att behöva sin MTP hela livet. Det

gör det än viktigare att minimera problemen med hudkomplikationer. Endokrinologerna ser att det finns hudproblem men de registreras inte och alla skickas inte för utredning, däremot får patienterna information om hur de kan hålla hudbarriären intakt.

MTP behöver inte innehållsdeklareras, det gör det svårt att hitta information om möjliga allergen i produkterna och försvårar utredningen vid kontaktallergi avsevärt. Vid produktutveckling kan innehållet ändras och tillgänglig information om vilka ämnen som ingår är inte alltid uppdaterad. Patienterna kan få allergiska reaktioner mot flera olika ämnen och samma allergen kan finnas i flera olika produkter. Det är därmed svårt att hitta fungerande alternativ för de som utvecklat en allergi.

”Vi kan lösa detta tillsammans”

Panelen konstaterade att MTP bidrar med väldigt många positiva aspekter i diabetesvården och att samarbetet mellan disciplinerna är viktigt, liksom ett bra samarbete med patienten.

– Pumpen och den kontinuerliga glukosmätaren ger en frihet som gör att patienterna älskar sina devices, och vill fortsätta använda dem – även om de har stora utslag på magen, sa Josefin Ulriksdotter som menade att även de som har riktigt allvarliga besvär upplever hudproblemen som små i förhållande till att det blivit så mycket enklare att leva med diabetes.

En mötesdeltagare poängterade att det bör krävas en dermatologisk utredning inn-

an den här typen av produkt blir aktuell för upphandling, och att det faktum att patienter behöver byta till en ny MTP oftare än anvisningarna säger bör vägas in när man bedömer kostnaderna.

Stig Attvall konstaterade att det i Sverige finns ungefär 8000 barn och 45 000 vuxna med typ 1-diabetes. Möjligheten att mäta glukosvärdet kontinuerligt har varit en revolution och gör att Sverige har världens bästa diabetesvård.

– Bland de vuxna patienterna har 95 procent CGM och ungefär 30 procent har insulinpump. I princip alla barn med diabetes har CGM och de flesta får pump relativt tidigt. För att skydda huden behöver man jobba preventivt, vårda den dagligen och diabetessjuksköterska och läkare måste kontrollera huden under CGM och pump vid varje vårdkontakt, menade han.

– Utvecklingen har varit fantastisk, men det behövs en internationell standard för att kunna testa och produktutveckla ännu bättre och mer hudvänliga MTP. Barn får både CGM och pump, och har ofta känslig hud. Utrustningen ska sitta fast på huden i 14 dagar, det ställer höga krav på vidhäftningen.

Nationellt register saknas

Det finns inget nationellt register vad gäller hudproblem hos individer med diabetes orsakat av MTP, men man räknar med att 2-3 procent har bekymmer. Av deltagarna i salen hade ungefär en tredjedel stött på problemet med kontaktallergi mot MTP. Josefin Ulriksdotter konstaterade att det är ett



Paneldebatt om hudproblem vid användning av medicintekniska produkter. Från vänster Stig Attvall, Helena Sandin, Martin Mowitz, Josefin Ulriksdotter och Ulrika Carlander.

Foto: Kajsa Asp Jonson

problem i sig man inte vet omfattningen av detta.

– Vi vet inte hur stort problemet är, eller vilka ämnen patienterna är allergiska mot. Det finns de som har ganska mycket besvär men aldrig söker vård, menar hon. Många provar kortisonkräm, potatismjöl och comediplåster – med varierande resultat. Det finns samtidigt en risk att även dessa egna lösningar innehåller allergener som orsakar allergiska kontakteksem och evidens saknas.

Martin Mowitz konstaterade att ämnen som orsakar problem ofta finns i häftan som fäster MTP på huden, men även i andra delar av utrustningen som inte är i direkt hudkontakt. Ofta kommer olika delar från underleverantörer och det kan vara svårt att få information från dem.

– Utredningen från misstanke till diagnos tar tid, men patienterna är otroligt tåliga. De vill ha hjälp för egen del, och är även angelägna om att hjälpa andra i samma situation, sa Cecilia Svedman som avslutade samtalet med ett stort tack till panelen och en summering av läget:

– Kontaktallergiskt eksem orsakat av ämnen i MTP är ett växande problem med stora konsekvenser för både individen och samhället. Ett ökat samarbete kring detta ger en säkrare vård, kortar ledtiderna och minskar risken för att fler ska drabbas!

SSDV:s vårmöte

SSDV-mötet på Malmö Live startade på onsdagsförmiddagen i strålende vårsol. Ordförande Anna Josefson hälsade välkomna och "arrangörstrojkan" Irina Baranovskaya, Gustav Christensen och Cecilia Svedman konstaterade att vi genom pandemin har förstått vikten av att kunna ses IRL och bygga

broar för att samverka till bättre diagnostik, vård och prevention för våra patienter.

Gustav Christensen inledde med en snabb historisk genomgång av Lund och Malmö, universiteten och Skånes Universitetssjukhus – likheter, skillnader, konkurrens och

samverkan. Cecilia Svedmans förhoppning var att årets möte på temat prevention, utmaningar och förändring skulle ge möjlighet att främja ett utbyte mellan kliniker, olika yrkesgrupper, forskare och företag inom dermatologi. Möten som detta stimulerar till lä-



"Man ligger alltid steget efter"

För en yrkesdermatolog är ett problem att produkterna måste testas riktat, med extrakt och kemisk analys av produkten för att kunna identifiera allergenet. De allergener som identifieras är oftast inte kommersiella testprodukter och det är svårt att hitta rätt testmaterial, och tillräcklig mängd testmaterial. Några saker som hade hjälpt oerhört – både för den som utreder och för den drabbade – är tillgänglighet till testmaterial, innehållsdeklaration samt information om eventuella förändringar i produktionen.

Cecilia Svedman



Monica Grekula föreläste på temat nya medicintekniska produkter - hur når vi dit.

Foto: Kajsa Asp Jonson

rande, samverkan, forskning och utveckling inom dermatovenereologin, och det fanns gott om tid för nätverkande.

Säkrare medicintekniska produkter – hur når vi dit?

Efter paneldebatten följde en föreläsning av Monica Grekula, Limulus Bio AB, apotekare och toxikolog (European Registered Toxicologist), som arbetar med biologiska utvärderingar av MTP bland annat i den svenska standardiseringsgruppen. Hon berättade att man till en början trodde att MTP var harmlösa och många gånger har allvarliga olyckor gjorts att man upptäckt riskerna. Erfarenheterna har lett till noggrannare tester och utveckling av säkrare produkter.

MTP syftar till att underlätta en primär funktion för kroppen. Genom att CE-märka enligt medicinteknisk lagstiftning intygar tillverkaren att regelverkets krav uppfylls. Det innebär bland annat att konstruktion och dokumentation uppfyller krav på säkerhet för den avsedda användningen, att varje tillverkad produkt som släpps ut på marknaden uppfyller kraven och att tillverkaren har en systematisk riskhantering samt uppföljning av erfarenheter från användare. CE-märkningen utgör dock ingen garanti för att kontaktallergi mot något i produkten inte kan uppstå.

Gemensam standard

En "standard" är en gemensam vägledning och lösning på ett återkommande problem. Syftet är att skapa och enas kring enhetliga och transparenta rutiner. Monica Grekula gick igenom de viktigaste ISO 10993

standardserierna (materialkaraktärisering, dentalpreparat samt nanomaterial), och presenterade olika möjligheter att testa och utvärdera MTP ur ett medicinskt riskperspektiv. När det gäller kontaktallergi förklarade hon att ett möjligt problem kan vara att alla kanske inte definierar det som en allvarlig biverkan. Även företagens hantering och tolkning av rapporter om biverkningar kan variera beroende på produkttyp. Vilken kompetens det finns att registrera och tolka biverkningar kan också göra att resultaten av rapportering varierar.

– Det ligger i allas intresse att höja kvaliteten, undvika missförstånd och slippa uppfinna hjulet på nytt varje gång, poängterade hon.

EU-gemensamma regler

MTP omfattas av EU:s gemensamma regelverk om MTP (MDR). Gränsvärden för hur höga halter det får finnas av olika ämnen sätts ofta utifrån ett miljöperspektiv och inte av hänsyn till patienten.

MTP som placeras på huden eller förs in under huden och innehåller ämnen som absorberas eller sprids i kroppen kräver försiktighetsåtgärder, bland annat när det gäller ämnen som kan resultera i sensibilisering eller en allergisk reaktion hos användaren. För en produktutveckling och tillverkning som är säker för användaren krävs ett multidisciplinärt team som studerar riskerna på både kort och lång sikt. Företagen avgör själva vilken kompetens de behöver ha för att bedöma alla substanser, men kravet är att nödvändig kompetens och kunskap för att ta emot rapporteringar och klagomål finns.

Läkemedelsverkets perspektiv

Ulrika Carlander, Nina Damber och Bodil Sjöberg presenterade frågan ur Läkemedelsverkets perspektiv. Sedan två år tillbaka är det medicintekniska regelverket en förordning, vilket innebär höga krav på säkerhet för användaren. CE-märkning och försäkran om överensstämmelse innebär att tillverkaren ansvarar för att produkten uppfyller kraven i MDR och annan tillämplig unionslagstiftning.

Eventuella risker med produkten ska vara acceptabla gentemot fördelarna. Skyddsnivån för hälsa och säkerhet ska vara hög och tillverkarna ska upprätta, genomföra, dokumentera och upprätthålla ett riskhanteringssystem, med krav på regelbunden och systematisk uppdatering under hela produktens livscykel. Alla kända och förutsägbara risker och oönskade bieffekter ska minimeras så långt det är möjligt.

Nina Damber gick igenom detaljer kring anmälningar från hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska anmälan göras vid funktionsfel och försämring av en produkts egenskaper eller prestanda samt vid felaktigheter och brister i märkning eller bruksanvisning som medför risk för allvarlig försämring av hälsotillstånd eller dödsfall.

Anmälan och hantering

Anmälan kan man både i yrkesroll och som privatperson göra via hemsidan Läkemedelsverket.se. En rapport/anmälan ska tas på allvar och utredningen kan bland annat leda till förändringar och utveckling av produkt och design, bättre bruksanvisningar och tydligare märkning, samt ändring eller återkallande av produkt.

Genom att alla blir bättre på att rapportera och att samarbeta kring uppkomna problem kan riskerna för kontaktallergiskt eksem kopplat till MTP minimeras. Det möjliggör att fler kan använda produkterna, att patienternas livskvalitet höjs och att både tid och pengar sparas.



Kajsa Asp Jonson
Journalist

Vårmötets första dag bjöd också på föreläsningar

om såväl psoriasis som bensår, barndermatologi och tumöravbildning

Intressegruppen för psoriasis informerar

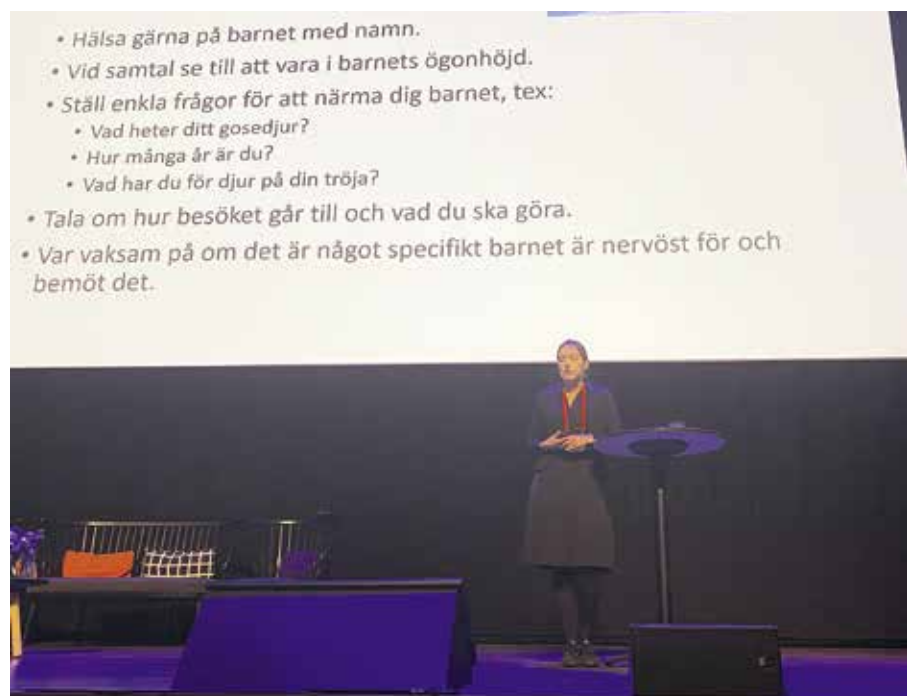
Förmiddagens psoriasispass inleddes av Toomas Talme, docent och överläkare vid Hudmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset, med en kort summering av dagens behandlingsalternativ för psoriasis. Intressegruppen för psoriasis har för att underlätta valet av systembehandling utarbetat nationella behandlingsrekommendationer för psoriasis vulgaris, vilka förnyas årligen. Riktlinjerna behöver uppdateras ofta med tanke på den hastiga utvecklingen inom fältet där Läke medelsverket och Socialstyrelsen inte håller jämna steg.

Talme fortsatte med att nämna några ämnen som diskuterats inom intressegruppen under åren, varav monitorering av leverskada under metotrexatbehandling är ett. Att metotrexat ökar risken för levercirros samt att både leverbiopsi och prokollagen-III-peptid som metoder för uppföljning har sina begränsningar är känt bland dermatologer. Intressegruppen rekommenderar därför beräkning av leverfibrosindexet FIB-4 innan insättning av metotrexat. Beräkning av FIB-4 kan enkelt göras på www.fib4.se. Ungefär ett par år efter insatt behandling rekommenderas leverelastografi som uppföljning. Vidare berörde Talme infektionssjukdomar såsom screening för tuberkulos och hepatit B samt vaccination innan systemisk behandling. En kort genomgång om faktorer som komorbiditeter att ta i beaktande vid val av systembehandling hann också beröras.

Amra Osmancevic, docent, lektor och överläkare vid Hudkliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset bjöd på utbildning om patientutbildning. Osmancevic är del av det multidisciplinära Regionala Processteamet (RPO) Psoriasis i Västra Götaland, som tagit fram patientinformation till patienter med psoriasis och deras anhöriga. I Västra Götalandsregionen (VGR) anordnas psoriasis-skolan två gånger årligen, både digitalt och fysiskt. Även utanför VGR kan man instruera patienterna att googla på "Snabbutbildning



Åke Svensson berättar om PsoReg.



Emma Belfrage föreläser om barndermatologi.

Foto: Teo Helkkula

psoriasis” för att på Sahlgrenskas hemsida hitta många informativa filmer med det mesta man som patient behöver veta om psoriasis.

PsoReg, det nationella registret för patienter med psoriasis under systembehandling belystes av Åke Svensson, docent och överläkare vid Hudmottagningen Malmö, Skånes universitetssjukhus och hans sjuksköterskekollega Ewa Wallin. Syftet med PsoReg är att förbättra vården för patienter, följa upp effekten av insatt systembehandling, bidra till kvalitetshöjning

samt möjliggöra jämförelser regionalt och nationellt. Registret kan även användas för forskning. För att allt detta ska vara möjligt bör varje läkare som träffar psoriasispatienter göra sitt för att registrera patienterna i PsoReg.

Barnfall på grund av manfall

Då de tilltänkta föreläsarna tyvärr fick förhinder hoppade istället Emma Belfrage, doktorand och överläkare vid Hudmottagningen Lund, Skånes universitetssjukhus in med kort varsel. Publiken bjöds på en interaktiv

genomgång av spännande barndermatologiska fall. Diagnoser som avhandlades var neonatal erythrodermi, skabb, subcutaneous fat necrosis of the newborn, borrelia pseudolymfom, mastocytos och leukemia cutis. Med andra ord, röda barn, lila barn, fjällande barn, kliande barn och knöliga barn.

Framtida terapier för kroniska sår

Ett fält inom dermatologin där utvecklingen av behandlingar minst sagt inte hållit jämna steg med t.ex. psoriasis är kroniska sår. Artur Schmidtchen professor och överläkare vid Hudmottagningen Lund, Skånes universitetssjukhus presenterade lovande nya rön om BioC; en peptid med multifunktionell positiv effekt på sårsläkning. Arturs team och kollegor har genomfört flera studier med lovande resultat och BioC studeras i den första fas I studien som gjorts på Hudmottagningen i Lund.

Tumöravbildning med spektrala metoder

Malin Malmjö, ögonläkare och professor på Ögonkliniken Lund, Skånes universitetssjukhus har ett specialintresse för hudtumörer och forskar på metoden fotoakustik som är en icke-invasiv metod för tumöravgränsning. Spektrala metoder är icke-invasiva metoder för att avbilda vävnadens molekyllära sammansättning i 3D. Fotoakustik är en kombination av laser och ultraljudsdetektering för att skapa detaljerade bilder på t.ex. hudtumörer. Hyperspektral avbildning är en annan metod där man lyser på det man vill avbilda med laser och mäter det reflekterade ljuset i extrem detalj för att kunna skilja på olika typer av vävnad. Malmjö hoppas att kombinationen av hyperspektral avbildning på ytan och fotoakustik på djupet ska kunna användas för att avgränsa hudtumörer preoperativt i framtiden, med målet att öka andelen radikala operationer och minska antalet operationer.



Teo Helkkula

ST-läkare, Hudkliniken
Skånes universitetssjukhus, Lund



Artur Schmidtchen föreläser om modern bensårsbehandling.

Foto: Teo Helkkula



Malin Malmjö höll en föreläsning om tumöravbildning.

Kärmissbildningar, sexuellt överförbara infektioner och melaninrik hud

Kärmissbildningar, genetik och nya behandlingsmöjligheter

Torsdagen började med representation från vårdkliniken och först ut var Mette Larsen, specialistläkare på Hudkliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö. Hon pratade om kärlanomalier. Historiskt har det saknats konsensus om vad som är en kärlanomali och målet är att sätta upp en klassifikation. Nuvarande klassifikation delar upp kärlanomalier i tumörer och missbildningar. Kärmissbildningar klassificeras därefter utifrån vilka kärl som är påverkade och om de ses som del av ett syndrom eller inte. Framöver kommer klassifikationen av kärmissbildningar att vara uppdelad efter flöde; fast flow, slow flow och kapillära kärmissbildningar. Klassifikationen kan komma att ändras utefter förändrat kunskapsläge.

En kärmissbildning är en samling av abnormt utvecklade kärl som är medfödd, men som inte nödvändigtvis ger besvär från födseln. Missbildningarna expanderar genom livet och kan ge olika grader av besvär från ingenting alls till att vara livshotande.

Behandling ska ske genom diskussion i

multidisciplinärt team där man väger in parametrar som tyngdkänsla, smärta, livskvalitet och kosmetik. Behandlingar innefattar kirurgi, sklerosering, embolisering och laser, men detta räcker inte alltid till.

Ett flertal mutationer har identifierats som ger upphov till specifika fast flow- eller slow flow- förändringar via två olika signalvägar. Många av dessa mutationer har också visat sig vara kända från onkologin där man redan utvecklat beprövade, riktade läkemedelsbehandlingar. Mest erfarenhet finns av sirolimus, som traditionellt använts för behandling av cancer och vid transplantation men sedan 2011 även som behandling vid kärlanomalier. Läkemedlet provas nu i klinisk studie. Det finns även ett antal ytterligare läkemedel med lovande resultat i små studier.

Vi fick se några spännande patientfall som visade effekten dessa preparat kan ha. Framtiden är lovande avseende riktade behandling för kärlanomalier utifrån den genetiska profilen, men än så länge finns många kunskapsluckor som vi får hoppas kommer att fyllas i framtiden.

Laser – möjligheter och utmaningar

Sedan tog Lisa Alenmyr, specialistläkare på Hudkliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö över för att prata om laser som behandlingsform. Olika strukturer i huden tar upp olika våglängder av ljus, vilket utnyttjas vid laser för att så specifikt som möjligt angripa pigment, kärl eller vatten (för att ge vävnadsdestruktion, ablativt). När ljuset absorberas i målstrukturerna skapas värme vilken ger en destruktion.

För att få bra effekt så gäller det att ha bra inställningar. En specifik laser emitterar endast ljus i en enskild våglängd och sedan anpassas pulsduration, spotstorlek och energi för att uppnå önskad effekt.

Inom Region Skåne sker behandling fokuserad på pigment, kärl och ablation. Med pigment som målstruktur kan man exempelvis behandla hypertrikos hos transpersoner, håriga transplantat och pilonidalcystor samt även nevus av Ota och stigmatiserande, traumatiska eller strålrelaterade tatueringar. Man bör vara försiktig med att behandla café au lait-fläckar, eftersom resultatet ofta blir ojämnt med ärrbildning och repigmen-



Mette Larsen föreläser om kärlanomalier.

Foto: Josefin Ulriksdotter



Lisa Alenmyr föreläser om laserbehandling.

Foto: Josefin Ulriksdotter

tering. Kärldämsigt kan svår rosacea och kärldämsbildningar behandlas medan ablativ laser huvudsakligen används vid hidradenitis suppurativa men även uttalad rhinophyma, epidermala nevi, kongenitala nevi och tera-piresistenta kondylom. Behandling av kongenitala nevi är kontroversiellt men det kan vara indicerat vid stigmatiserande lesioner på svåröperabla områden.

Vi fick se en hel del kliniska fall med imponerande resultat, men avseende konstformen som är laserinställningarna så får under-tecknad hänvisa till experterna.

PrEP och Mpox

Sedan bytte vi spår och Finn Filén, specialistläkare inom dermatovenereologi och infektionsmedicin, tog över för en uppdatering av

PrEP-läget på Venhälsan. Den HIV-förebyggande behandlingen, som har förskrivits till huvudsakligen MSM med multipla kontakter och suboptimalt kondom-användande, har sannolikt hindrat 100 nya HIV-fall i Stockholm. Ståndpunkten från venhälsan är att om en klinik kan administrera ceftriaxon mot gonorré, så bör även PrEP kunna förskrivas, det behöver inte vara så krångligt.

Sedan programmet inleddes har 2427 personer screenats varav 2022 idag har aktiv behandling. Endast en person har testat positivt för HIV efter uppstart, men hade då slutat ta tabletterna. Nio personer har dock testat positivt i väntan på att få starta. Vid screeningen har några fall av hepatit B och C upptäckts. Läkemedlet har även indikation kronisk hepatit B, men då är följsamhet extra viktigt för att motverka flare-up och dessa patienter bör behandlas via infektionsklinik.

Besök för kontrollprover sker var tredje månad, främst via ssk-mottagning men vid komplicerade ärenden sker patientbesöken hos läkare. Under behandling har man sett cirka 70 infektioner med klamydia, gonorré och syfilis per 100 PrEP-år. Omkring 1-2% har slutat på grund av huvudsakligen diffusa biverkningar och cirka 1-2% har fått rådet att inte börja eller avslutats. Kontraindikationer innefattar njursvikt, manifesterad osteoporos och förväntad dålig följsamhet. Det största problemet idag är tillgänglighet, och kön växer. PrEP bör ses som en självklar del av paketet för sexuell hälsa.

Vi gick sedan vidare till Mpox där 154 av Sveriges 260 fall var aktuella på Venhälsan. Nästan samtliga av dessa var MSM som smittades sexuellt. 23% hade känt HIV, 52% stod på PrEP och 26% av de drabbade hade någon annan STI samtidigt. 10% behövde inläggning, exempelvis på grund av svårighet med försörjning per os, sänkt allmäntillstånd, för sårrevidering, sekundär bakteriemi eller progress på grund av immunosuppression. Globalt har fall av encefalit, myokardit, epiglottit och disseminerad sjukdom rapporterats och immunosupprimerade kan bli väldigt sjuka.

Efter en inkubationstid på en dryg vecka ses feber, myalgi och huvudvärk. Kopporna, sår och proktit kommer samtidigt eller någon enstaka dag före/efter de andra symptomen. Kopporna ses först vid inokulationsstället. De sprider sig därefter till andra delar av huden. Smittsamheten vid sex är hög men i princip obefintlig vid sociala kontakter och är troligen i nivå som vid en primär herpesinfektion. Smittskyddsföreskrifterna är stränga, och bör troligen revideras.

Provtagnings bör innefatta PCR för ap-



Finn Filén redogör för behandling med PrEP.

Foto: Josefin Ulriksdotter



Amna Elyas och Maria Bradley föreläste om hudsjukdomar i melaninrik hud.

Foto: Josefin Ulriksdotter

koppsvirus samt bred STI-screening. Därutöver får man även fundera kring sårodding, eventuellt PCR för syfilis och HSV från sår, tarmpatogenprover och allmänna blodprover vid påverkat allmäntillstånd samt eventuellt inläggningsbehov. Behandlingsmässigt är det symptomlindring som är aktuellt och vid mycket svåra fall kan tecovirimat behövas.

Nu har utbrottet klingat av, många inom MSM-gruppen är vaccinerade men en stor del av landets och världens befolkning är det inte. Vi får inte glömma bort denna sjukdom ifall den skulle få fäste igen i någon ny population.

Aspekter av HPV-vaccinering

Arne Wikström, överläkare på Hudkliniken vid Karolinska universitetssjukhuset, tog över och flyttade fokus till HPV-vaccin. Idag använder vi i Sverige det 9-valenta vaccinet Gardasil 9 och sedan 2012 har flickor i årskurs 5–6 vaccinerats med en catch-up för de som är födda 1993–1998. Sedan hösten 2020 är även pojkar inkluderade i vaccinationsprogrammet. Ett tvådoschema är godkänt för barn mellan 9–13 år och man diskuterar endoschema, men där är vi inte än. Efter de tio åren som vaccinationerna pågått så ses ingen indikation på att en booster behövs. För att utrota HPV16 krävs en 95% täckningsgrad om endast flickor vaccineras, men bara 75% om vaccinet även ges till pojkar.

Om vaccin ges innan 17 års ålder minskar risken för cervixcancer med 88%, och innan 30 års ålder med 50%. Jämfört med många andra länder har vi i Sverige en bra täckningsgrad på ca 80% hos flickor och nästan lika hög hos pojkar. Detta speglar en hög acceptans för vaccinet i Sverige. Bäst effekt fås om vaccinet ges före sexualdebut, men man har hos kvinnor även sett en förebyggande effekt för HPV och dysplasi också vid högre ålder (26–45 år), dock är dessa studier genomförda i länder med väldigt lågt antal livspartners och i Sverige rekommenderas inte rutinmässig vaccination i denna åldersgrupp.

Som den tidigaste markören på effekt av vaccinet ses en minskning av kondylom. I Australien har man inom fyra år sett en 90% minskning av kondylom hos unga kvinnor, och även unga heteromän har påverkats av flockimmunitet. Ingen effekt har dock setts hos personer över 30 år eller MSM. Det är således ett effektivt vaccin och signifikanta minskningar ses av HPV-prevalens och nu även av CIN2. Efter behandling för cervikala cellförändringar rekommenderas nu vaccin för att minska recidivrisken.

Behandlingsindikation är förebyggande av precancerösa anogenitala lesioner, cervix- och analcancer samt kondylom. Även oral- och oropharyngeal cancer har en HPV-association. Prevalensen av dessa cancerformer ökar men förhoppningsvis kommer vaccinationsprogrammet att ha effekt även mot dem. Det stora målet från WHO är en utrotning av cervixcancer, och med

vaccination i kombination med screening så har man ett nära på 100% skydd.

Melaninrik hud

Sedan var det eftermiddag och dags för Maria Bradley (överläkare på Hudkliniken vid Karolinska universitetssjukhuset) och Amna Elyas (ST-läkare på Hudkliniken vid Skånes universitetssjukhus i Malmö) att äntra sce-



Valeska Padovese berättade om hudsjukdomar och sexuellt överförbara infektioner bland migranter och flyktingar.

Foto: Inessa Bjartmar



Postervandring.

Foto: Inessa Bjartmar

nen för att prata om melaninrik hud. Detta är ett viktigt ämne då det som regel tar längre tid innan patienter med melaninrik hud får en korrekt diagnos. I vissa fall landar man bara i "oklar" diagnos. Vi guidades genom en fallbaserad föreläsning som kretsade kring tre kliniska huvudfokus.

Atopisk dermatit i mörk hud har ofta ett perifollikulärt småpapulöst mönster som gärna involverar sträcksidor och bål. Lichenifiering är vanligt och även postinflammatoriska hypo- och hyperpigmenteringar. Det är även visat att klåda och prurigo nodularis är vanligare i mörk hud. Melaninrik hud är ett spektrum, och erytem ter sig olika utefter detta. I hudtyp 4–5 kan atopisk dermatit vara rödviolet med en mörkare hudtyp ses snarare en gråaktig mörkare färg. Vid EASI-skattning rekommenderas att lägga till ett extra poäng för erytem. I nuläget använder vi Fitzpatrick-skalan men framöver övergår vi troligen till mer objektiva metoder för att beskriva hudfärg, kanske genom AI. Det är inte bara melaninhalten som påverkar sjukdomsfenotypen. Vid atopisk dermatit bland afrikanska patienter finns inga fillagrinmutationer och man ser mer aktivitet i Th2 och Th22 än Th17 och Th1. Hos asiatiska patienter ses en immunologisk och kliniskt mer psoriasiform bild. På grund av underrepresentation av dessa grupper i kliniska studier är det oklart om behandlingssvaret är annorlunda varför det är viktigt med registrering av hudfärg och helst föräldrars ursprungsland i SwedAD för att kunna följa detta.

Vi gick vidare till ett fall med sekundär kortisolsvikt efter användande av hudblekningsprodukt där förekomsten av steroider inte stod med i innehållsförteckningen. Dessa medel är vanliga och innehåller ofta olagliga ingredienser, men trots medvetenheten om att de kan vara farliga så används de ändå. Från Sverige finns en studie som visar att 2,6% av gravida använder hudblekande medel och dessa kan innehålla hydrokinon, kvicksilver, retinoider och syror. Ju fattigare land desto farligare medel används och i Sudan är det mycket vanligt med hudblekningsrelaterade komplikationer bland framför allt de kvinnliga patienter som söker på en hudklinik. Att jämställa önskan om en ljusare hud med kaukasiers solbrännedyrkan i en postkolonialistisk värld är såväl insikts- som historielöst och vi måste skilja på vithetsnormen och skönhetsideal. En förståelse för att patienter med dessa komplikationer sällan berättar om användandet av hudblekande produkter är också viktigt med tanke på komplexa motiverande faktorer påverkade av colorism och anamnes bör utforskas ödmjukt.

Slutligen gick vi över till samtal om keloider. Den vanligaste handläggningen är kryo och intralesionella steroider men det finns ingen standardiserad behandling. Reexcision leder som regel till recidiv och förvärring men som alternativ finns att utöver excision även ge perioperativ brakyterapi. Det finns inte mycket publicerat än men detta verkar ha bra effekt.

Fortsättningsvis keloidrelaterat gled vi över till akne keloidalis nuchae som är vanligast hos män med afrikanskt ursprung men förekommer även hos andra. Dessa män måste fångas tidigt för att utbildas om vikten av att undvika mekanisk irritation såsom rakning och skav från kläder. UpToDate har bra behandlingsrekommendationer att följa och eventuellt kan vi gå in med isotretinoin. Om det har hunnit utvecklas ett keloidalt plack så behöver detta behandlas som en keloid. Brakyterapi har visat sig ha bra effekt, men görs i nuläget bara på Plastikkirurgiska kliniken vid Karolinska universitetssjukhuset.

Maria och Amna har med Anna Karlsson-Groth (Uppsala) och Kelvin Mponda (Blantyre, Malawi) skrivit en bok om melaninrik hud. Boken rekommenderas starkt, och om ni vill ha böcker till era kliniker så kan ni kontakta författarna direkt.

Hudsjukdomar och STI hos migranter och flyktingar

Sist på dagen kom doktor Valeska Padovese från Mater Dei Hospital, Malta för att föreläsa om dermatovenerologiska tillstånd hos migranter och flyktingar. Globalt fanns 281 miljoner migranter 2020, 3,6% av den globala populationen. En stor tillväxt i Europa har skett under 2000-talet och de flesta når kontinenten genom att färdas över Medelhavet.

Migrant- och flyktinghälsa innefattar somatiskt, mentalt och socialt välmående. Svårigheter innefattar språkbarriärer, kulturella skillnader, liten tillgång till information och vård, stigmatisering, diskriminering och legal status. Vid mottagningen på Malta är 40% av patienterna internationella migranter. Malta är ett litet land med många anländande migranter som screenas för hudsjukdomar liksom GI-infektioner, lungsjukdomar och covid. Skabb är en av de vanligaste infektionerna där tränga och usla levnadsförhållanden under färd och i flyktingläger spelar en stor roll. Många båtar kommer in till ön efter en farlig färd över Medelhavet. I trängseln på båtarna saknas tillgång till toaletter och tvätt och alla människor på dessa måste screenas för sjukdomar, även om det innebär att leta skabbgångar med ficklampa mitt i natten.

Vanligt förekommande hudåkommor är irritativ dermatit orsakad av saltvatten och sol, infekterade bölder, trycksår efter långvarigt sittande på båten, extensiva bakteriella hudinfektioner och atypisk herpes simplex. Smittsamma sjukdomar kan lätt spridas och vid screening har bland annat lymfkörteltuberkulos, annan tuberkulos, nyupptäckt HIV och även ett fall av lepromatös lepra upptäckts. Även traumatiska skador med sekundära infektioner är vanliga och exempelvis ses skador efter försök att bränna bort sina fingeravtryck.

Vi fick se många fall av olika svampinfektioner som drabbar populationen och det beskrevs även en ökning av tinea genitalis, en ovanlig sexuellt överförbar infektion med *Trichophyton mentagrophytes*.

Prevalensen av sexuellt överförbara infektioner är hög hos flyktingar. Många kommer från länder med höga infektionsnivåer, men studier visar att ett stort antal även smittas av infektioner efter att de kommer till Europa och risken ligger påtagligt högre än hos europeiska medborgare. Det här är en väldigt utsatt grupp och många har även blivit offer för våld, sexuell exploatering och trafficking med en kumulativ övergreppshistorik som börjar i ursprungslandet för att fortsätta under färd och efter ankomst. Maktobalans, ekonomiska svårigheter, osäkra boenden och transportmetoder samt papperslöshet är givetvis enorma riskfaktorer och konsekvenser såsom oönskade graviditeter, STI och såväl fysiska som psykiska skador blir följder som måste fångas upp.

Doktor Padovese gör ett enormt jobb och håller nu på med projekt för att försöka nå ut till drabbade populationer i behov av nödvändig vård. Det var en mycket intressant föreläsning som inte lämnade någon obörörd inför att vi sedan skulle avsluta dagen med poster walk och bankettmiddag. Det är nyttigt att få sina privilegier slängda i ansiktet då och då.



Inessa Bjartmar

ST-läkare, Hudkliniken
Skånes universitetssjukhus, Malmö

Hudcancer, motiverande samtal och precisionsmedicin på Vårmtöts avslutande dag

Den goda staden

Malmö stadsbyggnadsdirektör Marcus Horning berättade inspirerande om hur stadsplanering i grunden har som syfte att möjliggöra invånarnas ambitioner och idéer.

Malmö beskrevs som en vibrerande och dynamisk stad med sina 360 000 invånare där omkring hälften av befolkningen är under 35 år och 30% är födda utomlands. Stora investeringar har inneburit en rikttningsförändring i staden sedan ett rekordstort budgetunderskott på 90-talet. Exempel på detta är Malmö Högskola (nu Malmö universitet) som har omvandlat Malmö till en kunskapsstad och Öresundsbron som fört staden närmare Europa. Nu är dock fokus på att ta vara på de nya förutsättningar som skapats, värna om Malmö rika kultur- och föreningsliv och utveckla områden i staden som till exempel Rosengård. Rosengård har stor potential med ett starkt lokalt centrum med mycket framgångsrik handel och 80 000 besökare i veckan. Han kunde också glädjande meddela att resten av Europa kommer att kännas ännu närmare när Fehmarn Bält-förbindelsen mellan Danmark och Tyskland är klar 2029, då vi från Malmö kan ta oss med tåg till Hamburg på tre timmar!

Nikotinamid och hudcancer

Professor Diona Damian från Sidney redogjorde för forskningen om nikotinamid (amidformen av vitamin B3) som kemoprevention mot hudcancer. Forskningen är en del av en strävan att hitta ett komplement till solskydd med få biverkningar, hög tillgänglighet och ett rimligt pris. Compliance till solskydd är som känt generellt dålig, även hos riskpatienter som t.ex. organtransplanterade. Det är påvisat att nikotinamid ökar DNA-reparationen efter exponering för UV-strålning och motverkar immunosuppressionen denna inducerar. Professor Damian lyfte fram en fas-III studie av Chen et al. (N Engl J Med 2015) där immunokompetenta patienter som fick nikotinamid 1000 mg per dag per oralt i 12 månader uppvisade signifikant färre fall av basalcancercancer, skivepitelcancer och akti-



Marcus Horning, stadsbyggnadsdirektör Malmö stad föreläste om "den goda staden".

Foto: Josefin Ulriksdotter



Marcus Horning.

Foto: Josefin Ulriksdotter



Mats Hogmark föreläste om motiverande samtal.

Foto: Josefin Ulriksdotter

niska keratoser jämfört med placebo. Inga biverkningar noterades. Bäst resultat såg man i gruppen som haft 6 eller fler uttryck av hudcancer. Effekten försvann dock efter att deltagarna slutade med nikotinamid vilket indikerar att behandlingen behöver vara kontinuerlig. Samma effekt har tyvärr inte kunnat visas i en mindre studie av Allen et al (N Engl J Med 2023) på organtransplanterade patienter. En större studie med samma upplägg pågår dock.

Varför gör de inte som vi säger?

Mats Hogmark, allmänläkare på Svärdsjö vårdcentral berättade om motiverande samtal (motivational interviewing, MI). Detta är en evidensbaserad samtalsmetod som initialt användes inom beroendevården men nu används inom alla människovårdande yrken. Som dermatovenereolog kan MI vara användbart när vi står inför den ibland utmanande uppgiften att framgångsrikt ge rådgivning avseende till exempel solskydd



Professor Diona Damian föreläste via videolänk.

och kondomanvändning. Under föredraget berördes grunderna för MI som kortfattat bygger på ett samarbetande samtal där patienten är expert på sig själv och vi läkare på det medicinska. För att kunna ge råd eller information med bra resultat bör man som läkare försäkra sig om att man inleder en dialog med en mental attityd som är öppen, nyfiken och utforskande. På så sätt kan man få viktig kunskap om patienten som grund för samtalet. Därtill är det viktigt att skapa en accepterande atmosfär och bekräfta patientens ansträngningar och positiva intentioner.

Dermatoskopi

John Paoli, professor och överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, höll ett kort men lärorikt och engagerande föredrag om dermatoskopi. Han gick igenom dermatoskopi av malignt melanom in situ och lyfte fram att en "wise" margin approach är lämpligare än en "wide" margin approach vid diagnostisk excision där misstanken är malignt melanom in situ (5 mm klinisk marginal i stället för 2 mm för att undvika behovet av re-excision). Vidare visades fina fall av spitz nevi, angiokeratom samt subunguala nevi och melanom. Därtill tog föredraget upp dermatoskopi i mörk hud med fall av dermatofibrom samt utbredd benign melanonyki som är känt för att kunna utgöra en diagnostik utmaning.

Precisionsmedicin med fokus på atopisk dermatit och psoriasis

Thomas Bieber, professor vid Universitetssjukhuset i Bonn höll ett spännande föredrag om precisionsmedicin med fokus på atopisk dermatit och psoriasis. Principerna för precisionsmedicin är att rätt patient ska få rätt medicin i rätt dos och vid rätt tillfälle, vilket kan vara svårt att implementera i praktiken. Ny teknik och kunskap öppnar dock upp möjligheter att stratifiera stora grupper av patienter med en heterogen sjukdom till mindre, mer homogena grupper genom att kartlägga fenotyp och genotyp och med hjälp av AI bana vägen för precisionsmedicin. Professor Bieber berättade om forskningen relaterat till CK-CARE-registret och tillhörande biobank (Bieber T et al. Allergy. 2020) med just nu ca 2500 patienter, där ca 1700 är vuxna med atopisk dermatit. Deras fokus är bl.a. att identifiera relevanta biomarkörer, upptäcka nya mål för läkemedel, och bidra med kunskap för utvecklandet av en mer prediktiv och prognostiskt inriktad vård. Ett exempel på forskningsfält har varit att försöka identifiera de patienter



som har atopisk dermatit eller psoriasis men predisposition för båda sjukdomarna (ännu opublicerad data) och risk att skifta från en fenotyp till den andra under systemisk behandling ("flip-flop" fenomen). Detta kan vara viktig kunskap inför valet av systemisk behandling.



Amna Elyas

ST-läkare, Hudkliniken
Skånes universitetssjukhus, Malmö

Deadline för kommande nummer 2023

Nr. 35 21 augusti
Nr. 36 30 oktober

*Välkommen med ditt bidrag!
/Redaktörerna*

Skicka ditt bästa tips till någon av oss redaktörer:

josefin.ulriksdotter@skane.se

christian.steczko@gmail.com

john.paoli@vgregion.se

eller

petter-bo-olof.bengtsson

@regionorebrolan.se

Bifoga gärna en illustration.

Alla tips beaktas!

Annons

Pristagare & Stipendiater VID SSDV:s VÅRMÖTE 2023



Den finaste utmärkelsen som SSDV delar ut, har 2023 tilldelats **Mats Bjellerup**, Landskrona.

Hedersmedlem Mats Bjellerup



Mats Bjellerup föddes i Lund, staden där även senare medicin-studier företogs. Hans dermatologiska gärning, som nu sträcker sig över fem decennier, har gjort honom till en centralgestalt inom den skånska såväl som den nationella hudsjukvården och även inom undervisning av området.

Den dermatologiska banan påbörjades som underläkare på hudklinik vid dåvarande Malmö allmänna sjukhus. En avhandling om fototoxicitet hos tetracykliner kom att författas. På 90-talet

utvecklade Mats i samarbete med kärlkirurg ett framgångsrikt multidisciplinärt omhändertagande av ben- och fotsårspatienter. Diverse litteratur - alltjämt användbar - författades inom detta ofta förbisedda område. Ett forskningsprojekt med sjuksköterskan Christina Lindholm (sedermera professor med specialintresse för sår) kring förekomst och behandling av dessa patienter ledde till hennes avhandling. Ett lokalt kvalitetsregister med över 700 patienter utvecklades och blev underlag för flera arbeten inom området.

Efter tiden i Malmö tog Mats över som klinikchef på hudmottagningen vid Helsingborgs lasarett, där han var verksam som sådan under två decennier. Under tiden i Helsingborg, som präglades av en påtaglig tillväxt av både antalet patienter och kollegor, stod Mats ständigt stadigt vid rodret under den ofta utmanande sjögång som sjukvården (och dess ombytliga organisation) kan innebära. Den växande tumörbördan för hudsjukvården gjorde att Mats tidigt fick upp ögonen för värdet av dermatoskopi och eget kirurgiskt omhändertagande av gruppen. Ett antal artiklar författades utifrån detta intresse och klinikens stora tumörregister, och resulterade även i flera kollegors avhandlingar.

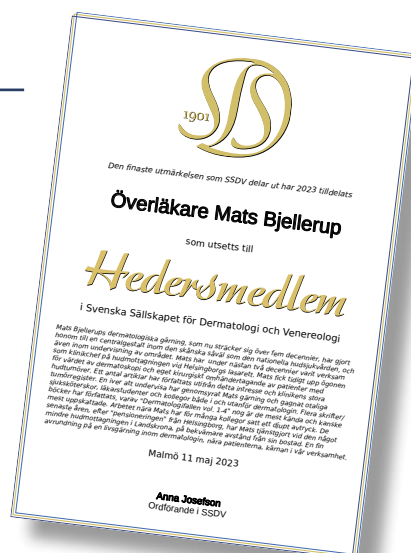
Mats pedagogiska insatser är väl omvittnade och för dessa erhöi han SSDV:s pedagogiska pris 2016. En iver att undervisa har genomsyrat Mats gärning och gagnat otaliga sjuksköterskor, läkarstudenter och kollegor både i och utanför dermatologin. Kunskapen har inte sällan förmedlats med underfundighet och humor, och skapat ytterligare en-

tusiasm för vår spännande specialitet. Flera skrifter/böcker har författats, varav "Dermatologifallen vol. 1-4" nog är de mest kända och kanske mest uppskattade. Arbetet nära Mats har för många av oss satt djupt avtryck; när Mats beskrivit den "andliga" ledare han som ung dermatolog i Malmö fann i professor Halvor Möller har det gått att känna igen sig. Även pausernas allmänbildade diskussioner om högt och lågt, spännande över italienska motorcyklar (Moto Guzzi!), allehanda kulturyrtringar, Nebbioloviner, resorna med frun Anne och de tre söner, eller hur man renoverar ett jugendhus, har varit en glädje att få delta i.

De senaste åren, efter "pensioneringen" från Helsingborg, har Mats tjänstgjort vid den något mindre hudmottagningen i Landskrona, på bekvämare avstånd från den vördade bostaden i Barsebäckshamn. En fin avrundning på en livsgärning inom dermatologin, nära patienterna, kärnan i vår verksamhet. Ytterligare en liten tid säger Mats att han vill fortsätta arbeta, till vår och patienternas stora glädje. Vi tycker att det finns en fin symbolik i att Mats utnämns till hedersmedlem vid årsmötet i Malmö, ett slags slutande av cirkeln där den en gång tog sin början.

Christian Runehammar

och övriga kollegor på Hudklinikerna i Helsingborg och Landskrona



Den finaste utmärkelsen som SSDV delar ut, har 2023 tilldelats **Agneta Andersson, Uppsala**.

Korresponderande hedersmedlem Agneta Andersson



Foto: John Paoli

Agneta har under lång tid haft en central, samordnande administrativ funktion inom SSDV. I samarbete med styrelsen, underföreningar/intressegrupper och enskilda medlemmar har hon föredömligt ansvarat för och skött SSDV:s kansli med administrering av föreningsangelägenheter, hemsida, utskick och medlemsregister. Agneta har även stått för en viktig kontinuitet när olika styrelsemedlemmar kommit och gått genom åren. Förutom en god kännedom om vår förening besitter Agneta en mycket god problemlösningsförmåga och allmän klokhet. Det finns få personer man hellre rådfrågar kring olika ärenden med koppling till SSDV.

Agneta har dessutom varit en viktig samordnande administrativ länk mellan SSDV och Hudfonden respektive Acta Dermato-Venereologica, vilket gagnat SSDV:s vetenskapliga förankring.



SSDV:s Pedagogiska pris har 2023 tilldelats **Maria Karlsson, Stockholm**.

SSDV:s Pedagogiska pris Maria Karlsson



Foto: John Paoli

Maria är en trevlig och kompetent kollega med ett stort och varmt engagemang för patienterna. Som ansvarig för mottagningen för pediatrik dermatologi vid Karolinska universitetssjukhuset har hon genom åren handlett många randande läkare från hela Sverige och haft en central roll vid genomförande av utbildningar inom detta område. Hon har dessutom blivit en auktoritet inom specialområdet hereditärt angioödem (HAE).

Maria tvekar inte att hjälpa såväl läkare under utbildning som äldre kollegor med handläggning av komplexa patientfall. Hennes rekommendationer har alltid en vetenskaplig förankring. Marias bemötande gentemot såväl andra kollegor som patienter utgör en förebild för hur man själv vill vara i sin läkarroll. Hennes öppenhet att dela med sig av sin erfarenhet och kunskap får den som arbetar tillsammans med henne att känna sig stärkt i den egna professionella rollen.



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

Albert Duvetorp, Hudkliniken, Skånes universitetssjukhus Malmö för utveckling av screening för leverfibros/NAFLD hos patienter med systembehandlad psoriasis vid Skånes universitetssjukhus.

Lotta Sandelin Franke, Hudsektionen, Akademiska sjukhuset Uppsala för att översätta och validera HiSQOL, ett specifikt instrument för utvärdering av livskvalitet vid hidradenitis suppurativa.

Hassan Killasli, Älvsjö Hudmottagning (medsökande: Louise Lönndahl & Enikö Sonkoly) för uppstart av ett nationellt register för Hidradenitis Suppurativa.



Foto: John Paoli

SSDV:s forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar – Novartis



Lina Ivert, Karolinska universitetssjukhuset, för att identifiera dermatoskopiska kännetecken och undersöka nyttan av dermatoskopi för att skilja inflammatoriska hudsjukdomar från hudlymfom i den kliniska vardagen.



Philip Curman, Stockholm, för en studie som syftar till att undersöka associationen mellan ihärdigt förhöjda nivåer av autoantikroppar med svårighetsgrad och risken för återfall i de kroniska hudsjukdomarna pemfigus och pemfigoid.

DCH-stipendiet

Jessica Norberg, Älvsjö hudmottagning, för att delta i Läkarförbundets chefsförenings ledarskapsutbildning under hösten 2023.



Foto: John Paoli

Ines Isabelle Naouar, Sahlgrenska universitetssjukhuset, för att åka till Centre Hospitalier Universitaire de Kigali i Rwanda under en månad för att lära sig mer om diagnostik av hudsjukdomar i melaninrik hud.



Foto: John Paoli

ST-pris Bästa kvalitetsarbete

Maja Modin, Göteborg: "Hudpraktikan. Topikala behandlingar, licenspreparat och praktiska färdigheter".

ST-pris Bästa vetenskapliga arbete

Johanna Enberg, Helsingborg
"The use of carvone in consecutive patch testing".

Niki Radros, Stockholm
"Muir-Torre Phenotype in Lynch Syndrome A case series".



Johanna Enberg och Niki Radros. Nederst till vänster: Maria Haraldsson utbildningsansvarig i SSDV och Maja Modin.

Foto: John Paoli

**ST-pristagarna kommer presentera sina arbeten
i kommande nummer av D&V**

Annons

Annons

Auskultation gav nya kunskaper om kutana lymfom

Jag har tack vare SSDV:s fortbildningsstipendium (Janssen-Cilag AB) fått åka till hudkliniken vid Medical University of Graz, för att fördjupa mina kunskaper inom kutana lymfom. Hudkliniken är excellenscenter för dermatopatologi och en av de största hudklinikerna i Österrike. På kliniken arbetar 15 specialister, 12 ST-läkare och två histopatologer. Alla var mycket vänliga och välkomnande.

Under min vecka där fick jag följa professor Lorenzo Cerroni, en högt respekterad och erfaren dermatopatolog som bidragit med mycket forskning inom området kutana lymfom. Han har bland annat skrivit boken "Skin Lymphoma: The Illustrated Guide" som alla hudlymfomintresserade kollegor säkert känner till. Jag fick under dessa dagar se ett brett spektrum av histopatologiska fall, från vanliga hudsjukdomar till sällsynta tillstånd och några mycket spännande fall av kutana lymfom. Detta har gjort att jag lärt mig mer om hudlymfom men även andra hudsjukdomar.

Något som var annorlunda jämfört med kliniken hemma i Sverige var att det endast tar cirka 1-3 dagar att få ett histopatologiskt

utlåtande på en stansbiopsi. Detta beror framför allt på att professor Cerroni själv undersöker och bedömer 70-130 histopatologiska fall per dag och är extremt snabbt i sina bedömningar. Vissa fall presenterades så snabbt som på 2 sekunder. Vid svåra fall tog det såklart lite längre tid men oftast inte mer än 5 minuter. Det blev stundtals svårt att hänga med, men som tur var kunde jag tillsammans med klinikkens ST-läkare gå igenom fallen i lite mer "normal" takt. För att bli dermatopatolog i Österrike behöver man vara färdig med en 5-årig ST inom dermatologi (3 år inom allmän dermatologi och 2 år inom specialområde) och därefter arbeta ytterligare 2 år med allmän histopatologi. Det är så klart en stor fördel att ha en bred klinisk bakgrund och dessutom kunna bedöma histopatologiska preparat.

En annan stor skillnad var att hudläkarna skickar precis alla hudpreparat för analys. Har patienten multipla basalcells-cancer (BCC) av samma karaktär skickas alltså alla för histopatologisk analys. Motiveringen till detta var att man till exempel haft fall med BCC i rhinophyma, samt fall med misstänkta seborroiska keratoser som sedan visade sig vara maligna hudtumörer. De skickar till och med hundöronen efter operationer för histopatologisk bedömning. Man blir naturligtvis nyfiken på varför dermatoskopiska bilder observeras i patienternas journal.

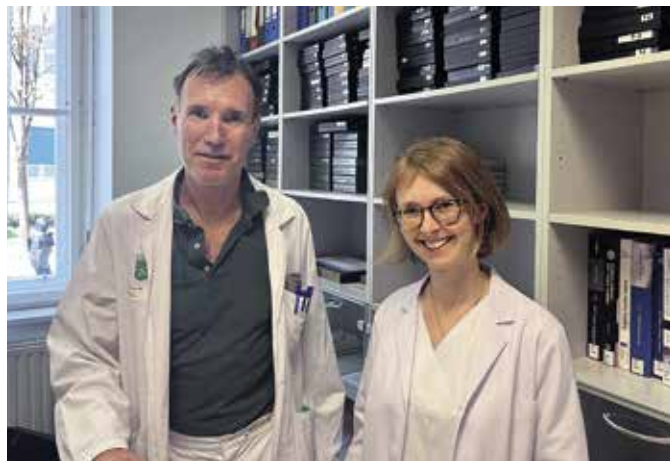
Då jag framför allt var intresserad av att se kliniska fall kunde jag även gå bredvid doktor Regina Fink-Puches som har hudlymfommottagning en gång per vecka. Vid dessa tillfällen träffar hon tillsammans med ST-läkare mellan 15-18 patienter, både med stabil lymfomsjukdom men även svårt sjuka patienter.

Kliniken kan erbjuda ljusbehandling som UVB, UVA och PUVA men även extracorporeal fotofores (ECP) på plats, vilket naturligtvis är en stor fördel för patienten.

Jag kunde även närvara vid klinikens akutverksamhet. Till hud-



Utsikt från Schlossberg, Graz.



Professor Lorenzo Cerroni och Karolina Wojewoda.



Karolina Wojewoda på Schlossberg.

akuten kan det komma upptill 60-70 patienter under de 24 timmar akuten är öppen. Läkare arbetar 48-timmarsspass när de bemannar akuten. Där finns även läkarstudenter i senare delen av utbildningen som tar patienter.

Vanliga söksaker var sår, tumörer, erysipelas, läkemedelsreaktio-

ner, urtikaria, skabb, brännskador och blässjukdomar. Jag fick även se ett spännande fall av herpes zoster ophthalmicus.

Graz är en vacker stad som charmade mig med sina smala gator, mysiga innergårdar, grönområden och sin vackra historiska arkitektur.

Denna resa var otroligt värdefull på många sätt, men framför allt har jag fått möjligheten att fördjupa mig inom mitt intresseområde kutana lyfom.

Jag rekommenderar alla att åka utomlands för att besöka andra kliniker och verksamheter. Därigenom kan man ta lärdom från experter inom deras olika spetskompetenser och bygga nätverk som man kan ha nytta av under hela sin karriär, livet ut.



Karolina Wojewoda

Specialistläkare

Hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset



Intyg om att kliniken är träningscentrum för dermatopatologi.

Annons

Patch testing with palladium and aluminium

Epidemiological and experimental studies

Lisbeth Rosholm Comstedt disputerade den 2 december 2022 vid Lunds universitet med avhandlingen "Patch testing with palladium and aluminium. Epidemiological and experimental studies". Huvudhandledare var Cecilia Svedman och bihandledare Magnus Bruze samt Jakob Dahlin. Ordförande vid disputationen var Ola Bergendorff, opponent var Chris Anderson och Johan Engblom, Karin Sjöström och Niels Bendsøe utgjorde betygsnämnd.

Lapptestning är standardmetoden för påvisning av kontaktallergi. Metoden har använts i över 100 år och utvecklas fortfarande. På 80-talet började flera kliniker i USA och Europa, inklusive Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen i Malmö, att lapptesta med palladiumklorid för att kunna påvisa palladiumallergi.

2009 visade den holländska tandläkaren Joris Muris att lapptestning med ett annat palladiumsalt än palladiumklorid, nämligen natriumtetrakloropalladat (Na-PdCl), kunde hitta flera individer med palladiumallergi. Man noterade då att förekomsten av palladiumallergi ökade, särskilt i Nederländerna och Schweiz där palladium i tandmaterial är mycket vanligare än i Sverige.

Palladium är en metall som började användas mycket i metallegeringar i tandmaterial på 70-talet. Även inom industrin, i elektronik och katalysatorer i bilar ökade användningen av palladium. Under de senaste 20 åren har användningen av palladium ökat

i Sverige som en ersättning för vitguld och platina i smycken, men det är fortfarande inte vanligt i tandmaterial.

Vid lapptestning har man kunnat konstatera att kontaktallergi för palladium är relativt vanligt, och framför allt att det är mycket vanligt att samtidigt ha både palladium- och nickelallergi. Vid lapptestning i Malmö hade dock palladiumallergi aldrig någon riktig relevans, däremot rapporterades det från utlandet att symptomgivande palladiumallergi oftast var relaterad till metallegeringar i munhålan. I Malmö fanns det dock många patienter där lapptestning tydde på kontaktallergi för palladium, utan att de hade palladiumlegeringar i munhålan. Redan på 90-talet började man förstå att palladiumallergin troligen i många fall representerade en så kallad korsreaktion till nickel. Nickel och palladium är nämligen två metaller som kemiskt liknar varandra. När en person med nickelallergi lapptestas med palladium känner immunförsvaret igen palladiummetallen



som nickel, och reagerar. Resultatet blir ett positivt test, trots att patienten kanske aldrig har varit exponerad för palladium.

Syftet med avhandlingen var i första hand att kartlägga prevalensen av kontaktallergi mot palladium i södra Sverige och sambandet mellan nickel- och palladiumallergi.

I avhandlingens första studie undersöktes förekomsten av kontaktallergi mot palladiumklorid och Na-PdCl bland patienter som utreddes för kontaktallergi på Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen i Malmö. Nästan 10% av alla patienter som



Från vänster Johan Engblom, Karin Sjöström, Chris Anderson, Lisbeth Rosholm Comstedt, Cecilia Svedman, Jakob Dahlin, Niels Bendsøe och Magnus Bruze.

testades i Malmö mellan 1995–2016 hade palladiumallergi och cirka 90% av dessa var kvinnor. Det visade sig att på 90-talet var förekomsten bland yngre kvinnor cirka 16% medan förekomsten av palladiumallergi var 9% när samma åldersgrupp testades 2012–2016. Liknande nedgång i förekomst noterades även hos de som testades positivt för nickel. På 90-talet var förekomsten av nickelallergi 33% bland yngre kvinnor, 6–30 år, medan förekomsten av nickelallergi var cirka 20% när samma åldersgrupp testades 2012–2016. Denna nedgång tolkas som en direkt effekt av det europeiska nickeldirektivet, som infördes 2001. I hela materialet av patienter, var sannolikheten för att ha palladiumallergi 36 gånger högre om man även var allergisk mot nickel, vilket tyder på ett mycket starkt samband, d.v.s. korsreaktion, mellan nickel och palladium. När palladiumallergi utan samtidig nickelallergi studerades, var förekomsten mycket lägre, endast 1,4% och även densamma 1995 och 2016. Fortfarande noterades en lite högre andel kvinnor med denna form av palladiumallergi, 1,6% respektive 1% för männen.

I den andra studien undersöktes reproducerbarheten av lapptestreaktionerna för palladium och nickel. 15 kvinnor med känd kontaktallergi mot både nickel och palladium lapptestades med nickel och palladium i fyra omgångar med 12 veckors intervall. Av resultaten kunde man se att det nya testsaltet Na-PdCl hade högre reproducerbarhet än palladiumklorid.

Den andra hälften av avhandlingen hade fokus på aluminiums betydelse när metallen används i lapptestmaterial. Vid lapptestning läggs testämnen i en beredning med vaselin i små testkammare som sedan tejpas fast på huden. Olika testkammersystem är tillgängliga och på Yrkes-och miljödermatologiska avdelningen i Malmö

har Finn Chamber-systemet används sedan 70-talet. Finn Chamber är gjort av aluminium. Ytan består av aluminiumoxid som anses mycket hållbart och som sällan interagerar med andra ämnen. Dock vet man från när Finn Chamber utvecklades och började användas vid lapptestning, att vissa ämnen såsom nickel, kobolt och kvicksilver kan skapa korrosion i aluminiumytan. Detta kan leda till utsöndring av aluminiumjoner i testberedningen. Vaselinet som används tillsammans med testämnen vid lapptestning har dock en tillräcklig skyddande effekt. Kamrarna har därför ansetts mycket säkra och används vid lapptestning både i Malmö och vid många andra kliniker runt om i Europa. Nyare laboratorieanalyser har visat att de två palladiumsalterna, palladiumklorid och Na-Pd-Cl skapar ökad korrosion, faktiskt så mycket att en patient med samtidig aluminiumallergi skulle kunna reagera på aluminiumjonerna som frisätts. Det visade sig att bland patienter med aluminiumallergi var förekomsten av palladiumallergi nästan 19%, jämfört med cirka 9% hos patienter utan aluminiumallergi. Förekomsten av isolerad palladiumallergi, d.v.s. utan samtidig nickelallergi, bland patienter med aluminiumallergi var över 10%, jämfört med förekomsten på cirka 1,4% för patienter utan aluminiumallergi. Det finns därför anledning att misstänka att en del av palladiumreaktionerna hos patienter med aluminiumallergi är falskt positiva, och snarare är en reaktion på de aluminiumjoner som utsöndrats från kammaren.

I avhandlingens sista studie undersöktes effekten av aluminiumklorid som tillsats till tre testberedningar som vanligtvis används vid lapptestning. När aluminiumklorid tillsattes till nickelberedningen i koncentrationerna 20–30% identifierades dubbelt så många individer med nickelallergi. De extra allergiska individerna som hittades med

denna nickel-aluminiumberedning hade alltså en mycket svag nickelallergi som inte upptäcktes vid den vanliga standardtestberedningen med nickel. Man kan fråga sig om det är relevant att diagnosticera en så svag allergi, men det kan finnas situationer när patienter har en svag men ändå symptomgivande allergi där koncentrationerna i de vanliga testberedningarna inte räcker till att påvisa detta. Resultaten väckte funderingar kring effekten av aluminiumklorid i hygienartiklar. Aluminiumklorid finns i antiperspiranta deodoranter, vilka i sig kan innehålla andra allergener som parfym och konserveringsmedel. Det blev därför intressant att undersöka om aluminiumklorid som tillsats till parfymberedningen, Fragrance mix I, som används vid lapptestning och testberedningen med konserveringsmedlet methylisothiazolinone (MI) kunde ge kraftigare reaktioner. Cirka 20 individer med allergi mot Fragrance mix I respektive MI lapptestades med beredningar innehållande Fragrance mix I samt aluminiumklorid respektive MI samt aluminiumklorid. I försöket med Fragrance mix I noterades ingen skillnad med eller utan aluminiumklorid. I försöket med MI visade det sig bättre att testa utan aluminiumklorid än med.

Slutsatserna i avhandlingen blev bland annat att palladiumallergi i södra Sverige framför allt är relaterat till nickelallergi och att det europeiska direktivet kring nickel har haft effekt på förekomsten av både nickel- och palladiumallergi. Förekomsten av palladiumallergi utan samtidig nickelallergi är mycket lägre i befolkningen, och har inte påverkats av det europeiska nickeldirektivet. Om palladiumallergi misstänks bör lapptestning utföras med testsaltet Na-PdCl, då detta ger det mest tillförlitliga resultatet. Viktigt är dock att använda ett testkammersystem med en yta som inte kan interagera med palladiumsaltet. Användningen av aluminiumklorid som tillsats i testberedningar med nickel är än så länge experimentell.



Lisbeth Rosholm Comstedt

Specialistläkare
Diagnostiskt Centrum Hud, Malmö

Annons

Annons

Treatment and consequences of atopic dermatitis from childhood to adulthood

Jag disputerade den 9 december 2022 med min avhandling "Treatment and consequences of atopic dermatitis from childhood to adulthood" vid Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Karolinska Institutet, Södersjukhuset. Min huvudhandledare var professor Inger Kull och mina bihandledare var seniorprofessor Carl-Fredrik Wahlgren, docent Anna Bergström och medicine doktor Marina Jonsson.

Atopisk dermatit (AD), är en vanlig folksjukdom hos barn, men även hos vuxna. De flesta har milda symtom och kan omhändertas i primärvården, medan en grupp har svårare besvär vilket kan kräva kontakt med specialistvården. Den grundläggande behandlingen utgörs av mjukgörande kräm dagligen för att undvika torr hud. Själva inflammationen behandlas vanligen med kortisonkräm i olika styrkor beroende på ålder, lokalisering och svårighetsgrad. Studier har visat att lokalbehandling kan upplevas som både jobbig och tidskrävande. Personer med AD kan i stort sköta den grundläggande behandlingen själva med egenvård. Då AD har varierande förlopp och svårighetsgrad över tid innebär det att man ska kunna klara av att hantera en försämringsperiod. Det kräver kunskap om hur man ska behandla sin sjukdom under de olika faser som ingår i det naturliga förloppet, samt att man vet vilken kräm som ska användas, var på kroppen, när och hur ofta. Trots att det finns mycket kunskap om AD kunde vi identifiera flera kunskapsluckor som utgångspunkt för min avhandling:

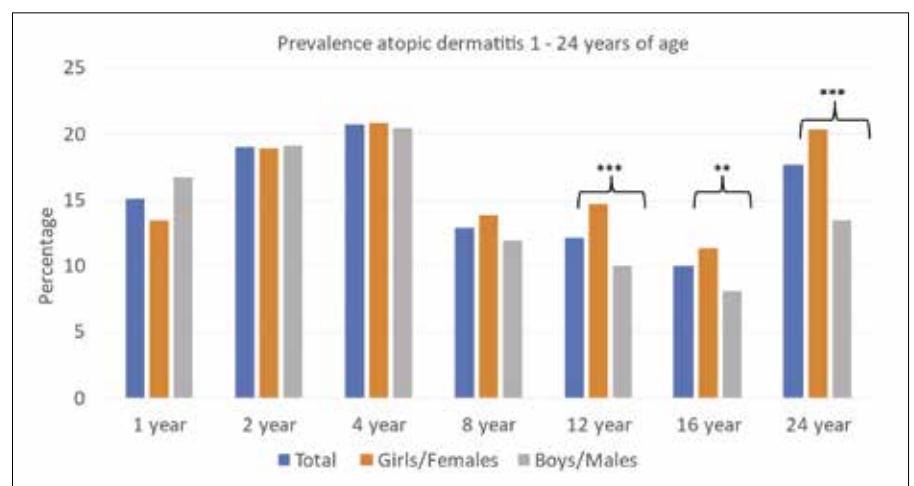
1. Många studier är gjorda på sjukhusmaterial, men färre är populationsbaserade.
2. Det finns bristande kunskap om vilket stöd ungdomar och unga vuxna med AD har från vårderna, om det är skillnad mellan könen och om eksemets svårighetsgrad påverkar stödet.
3. Kunskapen om hur det är att leva med AD som ung vuxen och hur AD påverkar deras hälsorelaterade livskvalitet är begränsad.
4. Att leva med AD kan eventuellt ha långsiktiga konsekvenser. Sambandet mellan AD och kardiovaskulära riskfaktorer är studerat, men resultaten är motstridiga.

Därför var det övergripande syftet med min avhandling att undersöka förekomsten av AD, behandling samt konsekvenser av att leva med AD i relation till kön och eksemets svårighetsgrad, bland ungdomar och unga vuxna.

Alla studier i avhandlingen baseras på data från den populationsbaserade BAMSE-undersökningen (Barn, Allergi, Miljö, Stockholm, Epidemiologi). Det är en pågående födelsekohort som inkluderade 4 089 nyfödda barn från fyra områden i Stockholm (norra innerstaden, Solna, Sundbyberg och Järfälla) mellan 1994 och 1996. För att undersöka förekomsten av samt riskfaktorer för allergi, astma och AD har familjerna besvarat utskickade frågeformulär när deltagarna varit 1, 2, 4, 8, 12 år samt deltagarna själva vid 12, 16 och 24 års ålder. Utöver det har deltagare blivit in-

bjudna att delta i kliniska undersökningar vid 4, 8, 16 och 24 års ålder.

Avhandlingen visar att förekomsten av AD mellan 1 och 24 års ålder fluktuerade mellan 10–20%. Förekomsten var högre tidigt i barndomen och vid 24 års ålder. Under det första året i livet var AD vanligare hos pojkar än hos flickor (Figur 1). Vid 2 och 4 år var AD lika vanligt hos båda könen. Från 8 år upp till vuxen ålder var AD vanligare hos flickor/kvinnor än hos pojkar/män.



Figur 1. Förekomsten av AD från 1–24 år, baserat på enkätdata. ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.



Susanne Lundin och opponent Emma Goksör.

Delstudie I visade att cirka 10% (270 av 3 108) av de 16-åriga ungdomarna uppfyllde kriterierna för AD. De flesta, 73%, hade lindrig AD, 17% medelsvår och 10% svårare AD. Nästan alla, oavsett kön, rapporterade att de hade använt mjukgörande kräm under det senaste året och 55% uppgav att de hade använt någon form av kortisonkräm. Att ha symtom från svårare AD ökade inte användningen av kortisonkräm. Data kring recept på kortisonkräm uthämtade från apotek under de senaste 12 månaderna visade att endast en av fyra med svår AD hade hämtat ut en stark kortisonkräm under den perioden.

I delstudie II undersöktes unga vuxnas erfarenheter av att leva med AD med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Trots att delta-

garna hade haft AD sedan barndomen kände de sig osäkra på hur de skulle behandla sin sjukdom, vilket påverkade användningen av kortisonkräm. De tyckte också att det var svårt att få hjälp från sjukvården med tidsbokning, samt att få instruktioner om hur de skulle utföra sin behandling. De upplevde också att sjukvårdspersonal inom primärvården verkade ha dålig kunskap om AD.

I delstudie III undersöktes hur AD påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten (HR-QoL) hos unga vuxna, samt om behandling med kortisonkräm och kontakter med sjukvården hade någon inverkan på HRQoL. Resultaten visade att AD påverkade HRQoL negativt från tidig ungdom upp till vuxen ålder, oavsett kön, svårighetsgrad och längre tid

med användning av kortisonbehandling. De som hade svårare AD upplevde större negativ påverkan med smärta och oro jämfört med unga vuxna utan AD. Studien visade också att användningen av kortisonkräm hade minskat jämfört med tidigare uppföljningar (Figur 2) och att sjukvårdskontakterna för AD var få. Vid 24 års ålder hade endast en av fem haft kontakt med sjukvården under de senaste åtta åren p.g.a. AD.

I delstudie IV, som ännu är opublicerad men inskickad, undersöktes om AD hos unga vuxna var förknippad med riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar. Preliminära data visar att AD hos män har ett positivt samband med vissa kända kardiovaskulära riskfaktorer.

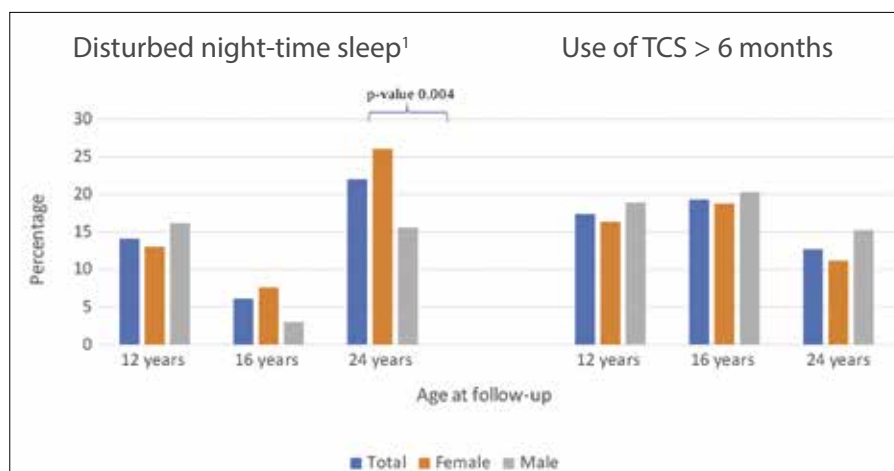
Sammanfattningsvis visar denna avhandling att ungdomar och unga vuxna med AD är underbehandlade, har begränsade kunskaper om behandling och har få sjukvårdskontakter relaterade till AD. Detta resulterar i att de flesta aldrig upplever sig helt symtomfria, vilket kan ha en negativ påverkan på deras HRQoL. För att öka kunskaperna och förmågan till egenvård hos unga vuxna med AD behöver sjukvården medverka till en förbättrad övergång till vuxensjukvård redan i de tidiga tonåren. Alla med AD behöver därför stöd från vården, med regelbunden information om sjukdomen och dess behandling.

Susanne Lundin

Specialistsjuksköterska barn- och ungdom,
Allergi/lung/hudenheten
specialistvårdssektionen
Sachsska barn- och ungdomssjukhuset,
Södersjukhuset

Delarbeten i avhandlingen

- I. Lundin S, Wahlgren CF, Bergström A, Johansson EK, Dahlen E, Andersson N, Kull I. Use of emollients and topical glucocorticoids among adolescents with eczema – data from the population-based birth cohort BAMSE. *Br J Dermatol*. 2018; 179:709–16.
- II. Lundin S, Jonsson M, Wahlgren CF, Johansson E, Bergström A, Kull I. Young adults' perceptions of living with atopic dermatitis in relation to the concept of self-management: A qualitative study. *BMJ Open*. 2021;11(6): e044777.
- III. Lundin S, Bergström A, Wahlgren CF, Johansson EK, Andersson N, Ballardini N, Kull I. Living with atopic dermatitis as a young adult in relation to health-related quality of life and healthcare contacts: A population-based study. *Acta Derm Venereol*. 2022;102: adv00702.
- IV. Lundin S, Wahlgren CF, Johansson E.K, Andersson N, Mogensen I, Ekström S, Jonsson M, Melén E, Ljungman P, Bergström A*, Kull I*. Childhood atopic dermatitis is associated with cardiovascular risk factors in young adulthood – a population-based cohort study. Submitted.



Figur 2. Störd nattsöm och rapporterad användning av utvärtes kortison (TCS) mer än 6 månader bland deltagare med AD vid 12 (n=405), 16 (n=297) och 24 år (n=542).

1. Störd nattsöm ibland, ofta eller alltid vid 12 och 24 år och en gång i veckan eller mer vid 16 års ålder.

Annons

Tre givande kursdagar med fullt fokus på bensår

I månadsskiftet november/december var det dags för bensårskurs i Skövde. Första dagen fick vi som uppgift att intervjua vår bordsgranne och sedan presentera varandra inför gruppen och ett sorl steg snabbt i lokalen. Presentationerna var sedan ett axplock av detaljer om alla kursdeltagare; någon skulle snart resa till Australien, några delade kontor, någon hade med sig sin fiol och några hade hund. Det som var ett genomgående tema var att nästan alla hade mindre än ett år kvar tills de beräknade att bli färdiga specialister inom dermatovenereologi. Dagen kickade sedan igång med Alexandra Forssgrens sammanfattning av de övergripande sårkategorierna; venösa, arteriella, diabetes, atypiska.

Efter en god lunch i vacker miljö, där vi kunde njuta av guldanten i tillvaron, ägnades eftermiddagen åt förbands- och kompressionsmaterial. Vi fick en gedigen genom-

gång av sjuksköterska Helena Edvardsson där föreläsning av förbanden ingick. Efter lite påtryckning berättade hon också vilka förband som var hennes personliga favoriter. Några av oss fick lite andnöd när vi fick höra att "absförband" var absolut förbjudet, förhoppningsvis har vi bara använt begreppet "absförband" lite slarvigt om superabsorberer som kan läggas på sår.

Många frågor dök upp om olika klinikers lokala preferenser. På en klinik gick inte zinksalva hem hos sjuksköterskorna, på en annan användes mycket betametason med neomycin. Den stora frågan om jämlik vård och varför olika förband är upphandlade i olika regioner väcktes också. Kursledarna satt inte inne på alla svar men flaggade för arbetet kring nationella riktlinjer och hur dessa kanske kommer att ge viss klarhet i djungeln av åsikter. Ett annat tips var

sårwebben.se där mycket matnyttig information kan hittas.

Dag två inleddes och avslutades med interaktiva fallgenomgångar. Olle Nelzén berättade om vad en kärlkirurg gör när vi remitterar för kärlkirurgisk åtgärd. Den barfota Ulla Hellstrand Tang, disputerad ortopedtekniker, höll en föreläsning om diabetesfötter och om hur viktigt ett bra fotstatus är.

Eftermiddagen ägnades åt atypiska sår där Skövdes sårcentrums nestor Lill-Marie Persson delade med sig av sina kunskaper. Dagens lära-känna-varandra-moment var att med doppler ta ankeltrycket på varandra.

Efter en lång dag blev det en liten paus innan julbord serverades med både nyskapande och klassiska smaker. Den som hade tagit med sig sin fiol var Henrik Nyberg som underhöll oss med flera visor bland annat



Kursledningen. Från vänster Helena Edvardsson, Madeleine Ryndel, Alexandra Forssgren och Lill-Marie Persson.



Olle Nelzén berättade om kärlkirurgiska interventioner vid bensår.

de egenkomponerade Lill-Maries vals och ST-tentan.

Den tredje och sista dagen började med Madeleine Ryndels intro kring hur vi blir dirigenter i patientens smärtlindringsorkester. Vi fick många konkreta tips. Huvudbudskapet var att just låta den lokala smärtlindringen, eller stråkarna, ta mest plats. Dagen fortsatte med andra mer avancerade behandlingsmetoder som undertrycksbehandling, pinch/punch-graft och larver. Tydligt fanns det förr en larvodlare i Göteborg som skickade larverna med bussen till Skövde. Tyvärr tog ingen upp odlingen efter att den förra odlaren gick i pension så behandlingen är numera ovanlig i Sverige, dock är den på uppgång i bl.a. Afrika då det är en billig och effektiv sårrengöringsmetod. Lill-Marie Persson avslutade föreläsningsspasset med en viktig föreläsning om antibiotikaanvändning vid bensår och hur sällan det faktiskt är indicerat. Ett tips som kan förmedlas angående antibiotikaanvänd-



ning vid bensår är hemsidan sårsmart.se. Efter en mottagningsinspirerad pausgymnafilm som mottagningen i Skövde hade gjort avslutades dagen med falldiskussioner.

Sammanfattningsvis var kursen mycket uppskattad och kursens föreläsare var med sitt stora intresse för sår och sårvård en inspiration för alla som vill bli en sårnörd.



Kristina Rosling

ST-läkare

Hud- och STI-mottagningen, Värnamo



Annons

SSDV:s rekommendationer för handläggning av sexuellt överförbara infektioner

Här får ni ta del av de sista uppdaterade riktlinjerna.

SYFILIS

Bakgrund

Syfilis orsakas av en gramnegativ spiroket; *Treponema pallidum subspecies pallidum*. Denna sprids genom sexuell kontakt, via blod samt från mor till foster via placenta. Enligt WHO inträffade ca 7 miljoner nya fall globalt år 2020 och kongenital infektion är ett problem i många länder.

I Sverige minskade syfilis under 1900-talets slut, men därefter har antal fall ökat. År 2020 anmäldes 474 fall av syfilis (incidens 4,6 fall/100 000 invånare). Infektionen är vanligast hos män (363 fall, 77 %) och då framför allt bland män som har sex med

män. Sverige angavs som smittland i 77 % av fallen.

Syfilis och smittsamhet

Syfilis smittar vid vaginala och anala samlag samt vid oralsex. Endast tidig syfilis (smitta inom ett år) anses vara smittsam vid sexuell kontakt, medan blodsmitta och smitta till foster kan ske även vid sen syfilis (smittotillfället ligger mer än ett år tillbaka i tiden).

Stadieindelning och klinik vid syfilis

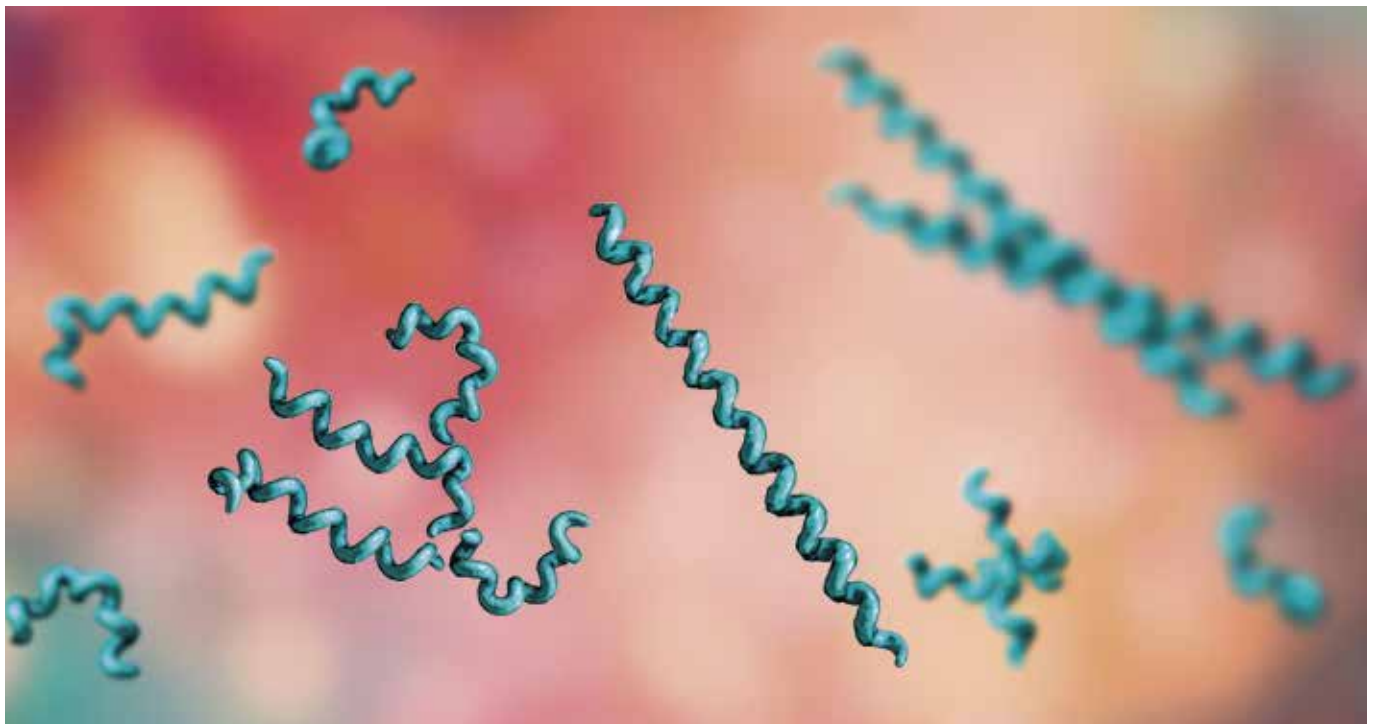
Primär syfilis (tidig syfilis)

Inkubationstiden är 10–90 dagar (vanligen 2–3 veckor). På inokulationsstället, oftast genitalt, ses klassiskt ett indurerat, ofta oömt och solitärt sår, i typiska fall med ren glänsande sårbotten (hård schanker). Även ytliga och multipla sår kan ses, men detta är mindre vanligt. Efter någon

vecka kan lokala oömma, hårda adeniter palperas. Utan behandling läker såret på 6–8 veckor.

Sekundär syfilis (tidig syfilis)

Symtom uppträder 4–10 veckor efter debut av primärsåret som inte alltid är läkt. Spiroketerna kan sprida sig via blodet till ett flertal organ, inklusive CNS. Kliniken är mycket skiftande. Allmänsymtom såsom måttlig feber och huvudvärk samt generell lymfadenopati kan ses. Mest karaktäristiskt är hud- och slemhinneförändringar som kan imitera olika dermatoser. Typiskt ses makulära, rödbruna hudutslag på bålen, men även i handflator och på fotsulor. Condylomata lata är vårtliknande, fuktiga förändringar som framför allt ses anogenitalt. CNS-symtom med påverkan på ögon, hörsel och kranialnerv kan förekomma och i sällsyn-



ta fall kliniskt manifest hepatit eller nefrit. Utan behandling kan recidiv av symtomgivande sekundärsyfilis ses under första året efter smittotillfället.

Tertiär syfilis (sen syfilis)

Tertiär syfilis ses mycket sällan och kan delas in i benign tertiär syfilis (drabbar hud och skelett), kardiovaskulär syfilis och sen neurosyfilis. Sjukdomsbilden är således mycket varierande beroende på vilka organ som angrips och symtomen uppträder först många år efter smittotillfället.

Latent syfilis

Definieras som positiv syfilisserologi hos person som inte har några kliniska symtom och som inte fått adekvat syfilisbehandling. Infektionen delas in i *tidig latent syfilis*, med smittotillfälle högst ett år före diagnos, och *sen latent syfilis* där smittoöverföring skett för mer än ett år sedan. Vid äldre infektioner är tidpunkten för smittoöverföring ofta svår att fastställa.

Neurologiska symtom kan således ses både tidigt och sent under förloppet. Kranialnervspåverkan, syn- eller hörselpåverkan, meningit, stroke och påverkat mentalt status kan ses inom de första åren efter smitta. De

sena neurologiska manifestationerna (t.ex. tabes dorsalis och pares) ses runt 10–30 år efter smittotillfället.

Icke-veneriska treponematoser (yaws, pinta, endemisk syfilis)

Dessa infektioner har blivit mindre vanliga men kan fortfarande förekomma i vissa delar av Asien, Afrika, Syd- och Mellanamerika. Vid utredning av misstänkt syfilis hos en person som kommer från sådant område skall man alltså överväga icke-venerisk treponematos.

Diagnostik

Indikation för testning

Epidemiologisk eller klinisk misstanke på infektion, sexuella utlandskontakter, män som har sex med män, prostitutionskontakter, hiv-infekterade samt frikostigt vid oskyddat samlag med flera partner. Blodgivare och gravida kvinnor testas rutinmässigt för syfilis.

Vid konstaterad syfilis bör man alltid ta prov för övriga STI, inklusive hiv. Man bör också överväga om behov finns för PrEP-behandling (PrEP=förebyggande behandling mot hiv) till patient med nydiagnostiserad syfilis.

Provtagning och laboratoriemetoder

Vanligen baseras diagnosen på serologi. Serologin kan inte skilja mellan syfilis och de nära besläktade icke-veneriska treponematoserna.

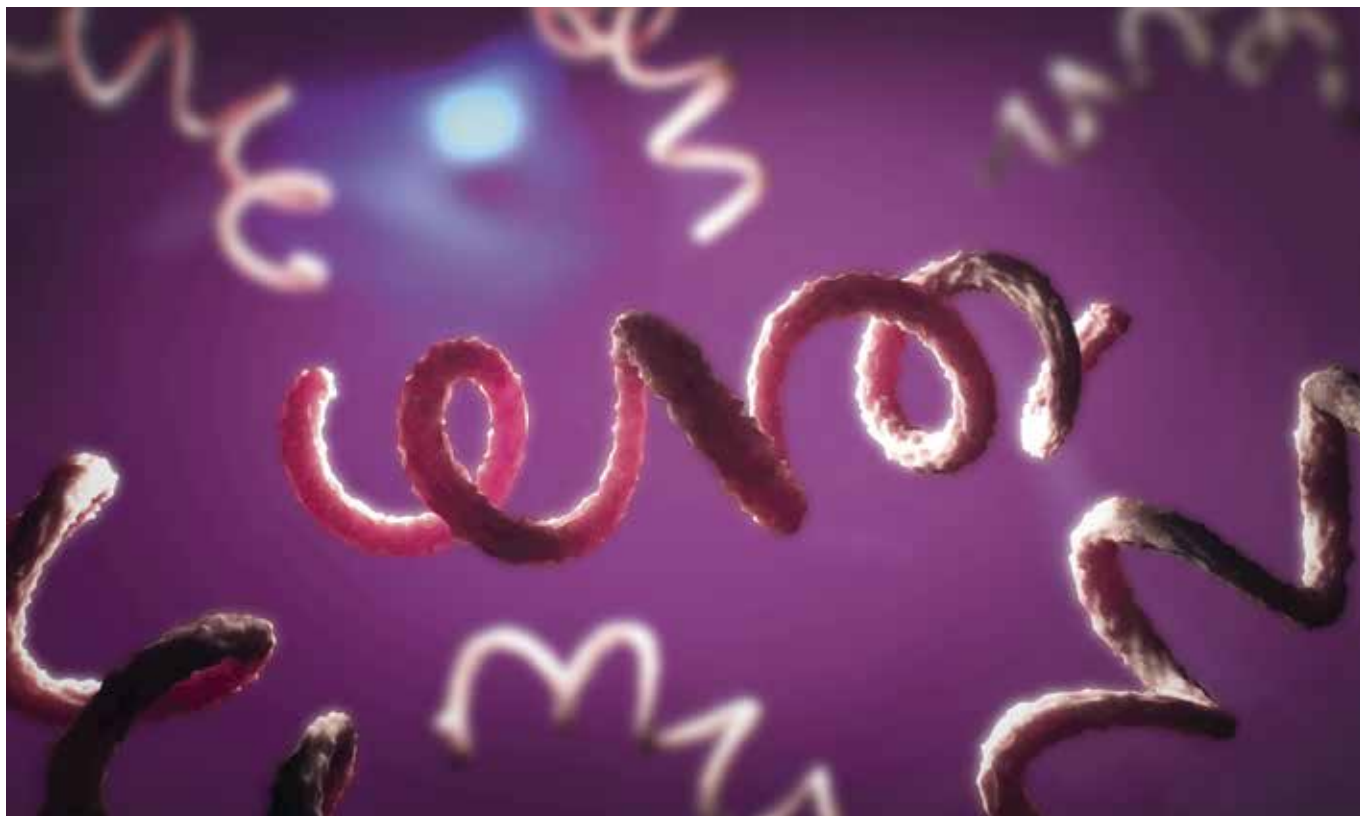
Serologin kan vara svårbedömd och det är angeläget att ha tillgång till minst två specifika och en ospecifik titrerad syfilistest. Serologin kan vara negativ de första veckorna efter debut av primärsåret, men man kan då använda direktpåvisning av spiroketen för diagnos.

Direktpåvisning av T. pallidum i sårsekret (primärsår) eller från vätskande hud-, slemhinnelesioner (sekundär syfilis).

- Mörkfälts- eller faskontrastmikroskopi kan utföras direkt på sårsekret från misstänkt primärsår. Alternativt tas sårsekret för NAAT för *T. pallidum* (analyseras t.ex. på Mikrobiologiska laboratoriet, Sahlgrenska Universitetssjukhus) med pinne (plast-, metallskaft) i 1 ml sterilt NaCl eller E-swab.

Serologiska tester

- Specifika treponemala tester: påvisar antikroppar (ofta både IgG- och IgM-antikroppar) riktade mot *T. pallidum* och kommer oftast 1–2 veckor efter debut av primärlesionen. Förutom TPPA (Treponema Pallidum Particle Agglutination



test) finns idag ett stort antal treponemala syfilistester baserade på definierade epitoper hos *T. pallidum*. Flera av dessa tester är automatiserade och används för screening, men TPPA anses vara den mest specifika. Vid positivt utfall i en treponemal screeningstest krävs testning även med TPPA och VDRL/RPR (se nedan) med titrering. För säker serodiagnos krävs positivt utfall i två olika specifika syfilistester.

Tillgängliga tester för IgM har låg sensitivitet och specificitet, men IgM kan vara en markör för kongenital syfilis då IgM inte överförs via placenta.

Antikropps-nivån på de treponemala testerna är inte korrelerad till sjukdomsaktivitet och kvarstår oftast livslångt. Falskt positiv reaktivitet förekommer.

- Ospecifika icke-treponemala tester: påvisar ospecifika antikroppar och blir vanligen positiva inom några veckor efter smittotillfället. Testerna kan vara negativa i början av det primära stadiet och det kan ta upp till 4 v efter debut av primärsåret innan alla patienter hunnit utveckla dessa antikroppar. De mest använda testerna är VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) och RPR (Rapid Plasma Reagin). De ospecifika testerna är kvantifierbara och används för att bedöma sjukdomsaktivitet och serologiskt svar efter behandling. Falskt positivt resultat kan bl.a. ses vid andra infektioner, autoimmuna sjukdomar och graviditet. Detta utgör dock inget problem då man numera screenar med specifika tester först. Negativ VDRL/RPR utesluter inte sen syfilis.

Neurosyfilis, diagnostik

Lumbalpunktion (LP) rekommenderas vid tecken till neurologisk påverkan (t.ex. kranialnervspåverkan, meningit, stroke eller påverkat mentalt status). Vad gäller ögon- och öronsyfilis så kan dessa förekomma både som isolerad sjukdom och som del i neurosyfilis. En patient med enbart ögon- eller öronsyfilis utan tecken till kranialnervspåverkan eller annan neurologisk påverkan behöver inte genomgå lumbalpunktion (LP). Fallen skall dock behandlas som neurosyfilis och i samråd med ögon- eller ÖNH-läkare.

Man rekommenderar alltid LP vid tertiär syfilis.

För neurosyfilis saknas strikta laboratorie-diagnostiska kriterier. Diagnosen får baseras på en sammanvägning av olika laborietester och klinisk.

VDRL har hög specificitet i likvor men anges vara positiv i endast 30–50 % av fall-

en. Treponemala antikroppar i likvor kan vara passivt överförda eller bildade inom CNS. Man kan beräkna kvoten mellan TPPA-titer i serum och i likvor, men osäkerhet råder kring hur stor vägledning svaret ger (TPPA-titer i serum/TPPA-titer i likvor, där < 32 anses tala för neurosyfilis och en kvot > 256 tala emot neurosyfilis). Negativ TPPA i likvor anses med stor sannolikhet kunna utesluta neurosyfilis.

Ökat antal vita blodkroppar i likvor, förhöjt totalprotein och IgG-index talar för aktiv CNS-infektion.

Diagnosen neurosyfilis anses mindre sannolik om VDRL i serum är negativ.

Behandling

Alla fall av syfilis ska handläggas av eller i samråd med venereolog. Indikationerna för behandling är vida då det inte finns någon säker markör för utläkning. Vid fall av positiv syfilisserologi, utan säker uppgift om tidigare behandling, ges behandling för att eliminera risken för senare aktivering av infektionen.

Smittotillfället kan vara svårt att fastställa och vid tveksamhet bör man behandla som vid sen infektion.

Förstahandspreparat är penicillin. Ingen resistensutveckling har noterats för penicillin, men däremot har makrolidresistens ökat med nedsatt känslighet för azitromycin och erytromycin som följd. Syfilisinfektionen botas med låga doser av penicillin men det krävs kontinuerlig penicillinemi varför depotpreparat av penicillin rekommenderas. Sedan länge används Tardocillin® (licenspreparat med benzatinpenicillin, innehåller även lokalanesetetikum: lidokain), vilket ges som en djup intramuskulär (i.m.) injektion. Det är viktigt att aspirera innan injektionen ges för att undvika intravasal injektion (se nedan om Hoignés syndrom).

Vid första behandlingstillfället rekommenderas att man observerar patienten 10–15 minuter efter första injektionen (i ena skinkan) innan den andra injektionen ges. Man rekommenderar även att adrenalin (t.ex. Epipen), kortison och antihistamin finns tillgängligt.

Doxycyklin kan ges vid penicillinallergi och klinisk erfarenhet visar att detta fungerar väl. En nackdel med peroral behandling är att man inte har kontroll på följsamheten.

I samband med behandlingsstart skall färsk serologi tas, för att kunna jämföra VDRL/RPR-nivån före och efter behandling.

Primär, sekundär och tidig latent syfilis, behandling

Benzatinpenicillin med lidokain (Tardocillin®) 2,4 miljoner (milj) enheter dag 1. Ges som intramuskulär (i.m.) injektion, 4 ml (1,2 milj enheter) i vardera skinkan. Till gravida bör man överväga att ge två injektioner Tardocillin med en veckas mellanrum.

Alternativt procainpenicillin 600 000–1,2 milj enheter i.m. dagligen i 10–14 dagar.

Sen latent syfilis och syfilis av okänd duration, behandling

Tardocillin® 2,4 milj enheter i.m. dag 1, dag 8 och dag 15. Vid eventuell förskjutning av doserna talar farmakologiska data för att nästa injektion bör ges inom 9 dagar (se CDC).

Alternativt procainpenicillin 600 000–1,2 milj enheter i.m. dagligen i 17–21 dagar.

Penicillinallergi, behandling vid tidig och sen syfilis

Doxycyklin 100 mg x 2 i 14 dagar vid tidig syfilis och i 28 dagar vid sen syfilis.

Alternativa behandlingar vid tidig och sen syfilis

Tidig syfilis: Tetracyklin 500 mg x 4 i 14 dagar (risk för gastrointestinala biverkningar och sämre följsamhet med tanke på dosering). Ceftriaxon 1 g (med lidokain) i.m. dagligen i 10 dagar (relativt få studier i nuläget). Azitromycin 2 g i engångsdos (dock risk för resistens och bör undvikas).

Sen syfilis: Tetracyklin 500 mg x 4 i 28 dagar (risk för gastrointestinala biverkningar och sämre följsamhet med tanke på dosering).

Neurosyfilis (inklusive ögon- och öronsyfilis) behandling

Bensylpenicillin 18–24 milj enheter (ca 10–14 g)/dygn i.v., fördelat på upp till 6 doser per dygn (kan även ges som kontinuerlig infusion) i 10–14 dagar. Då denna behandlingstid blir kortare än vid sen syfilis rekommenderas därefter Tardocillin® 1–3 injektioner i.m. med en veckas mellanrum, för att få jämförbar behandlingstid som vid sen infektion.

Vid allergi mot penicillin rekommenderas enligt riktlinjerna från Storbritannien 2015 doxycyklin 200 mg x 2 i 28 dagar. Enligt riktlinjerna från CDC 2021 och IUSTI 2020 kan man ge ceftriaxon 1–2 g i.m. eller i.v. dagligen i 10–14 dagar (om inte anamnes på anafylaxi mot penicillin finns), även om det vetenskapliga stödet för denna behandling är begränsat i dagsläget.

Som alternativ vid penicillinallergi rekommenderas också desensibilisering för penicil-

lin och därefter behandling med bensylpenicillin enligt ovan.

Benign tertiär syfilis och kardiovaskulär tertiär syfilis, behandling

Tardocillin® 2.4 milj enheter i.m. dag 1, dag 8 och dag 15.

Gravid kvinna med allergi mot penicillin, behandling

Något fullgott behandlingsalternativ till penicillin finns inte. Med RAST och hudtest bör penicillinallergi helst uteslutas eller bekräftas. Enligt CDC rekommenderas att allergiska kvinnor desensibiliseras och därefter behandlas med Tardocillin®.

I Janusinfo står: "Första generationens cefalosporiner (cefadroxil och cefalexin i Sverige) kan korsreagera med penicillin, men risken är försumbar med de parenterala cefalosporiner som finns på marknaden idag" och enligt WHO:s riktlinjer från 2016 kan man överväga ceftriaxon 1 gram i.m. dagligen i 10–14 dagar, under övervakning initialt - om inte anamnes på anafylaxi mot penicillin finns. Enligt CDC finns dock fortfarande för lite data för att använda cefalosporiner vid behandling av gravida kvinnor.

Ett alternativ under första trimestern är doxycyklin enligt dosering ovan.

En nödlösning kan vara erytromycin 500 mg x 4 i 14 dagar vid tidig syfilis och erytromycin 500 mg x 4 i 30 dagar vid sen latent syfilis enligt WHO. Detta bör dock inte ges under första trimestern. Kliniskt har man sett terapivikt hos barnet efter erytromycin-behandling till mamman och då preparatet inte passerar över placenta-barriären i tillräcklig omfattning rekommenderas därför att barnet behandlas efter förlösningen. Enligt CDC är erytromycin ett suboptimalt alternativ både för mor och barn och bör därför inte ges.

För praktisk handläggning av gravid kvinna med syfilis, se nedan.

Reaktion på syfilisbehandling

Jarisch-Herxheimer reaktion

Feberreaktion inom 24 timmar efter inledd syfilisbehandling. Ses oftast vid tidig syfilis (hos 50–70%). Klingar av inom 1 dygn. Vid behov kan paracetamol ges. Hos gravida kan prematurt värkarbete utlösas.

Hoignés syndrom

Psykosliknande bild med dödsångest och hallucinationer i samband med injektionen. Finns beskrivet vid behandling med procainpenicillin och Tardocillin®. Orsaken är inte klarlagd, men man har diskuterat om orsa-

ken är intravasal injektion, och det är alltid viktigt att aspirera innan man injicerar preparatet. Reaktionen går över på 20–30 min. Vid behov ges diazepam rektalt eller i.m.

Uppföljning

Efter behandling av en *tidig infektion* blir de ospecifika serologiska testerna i allmänhet negativa inom 1–2 år, medan de specifika kvarstår positiva i många år eller hela livet.

Blodprov för serologi (titrerad VDRL/RPR) rekommenderas efter 6 och 12 månader vid tidig syfilis och VDRL-/RPR-titern bör gå ner minst två titersteg inom 12 mån efter behandling. Om VDRL blir negativ tidigare kan kontrollerna avslutas. I enstaka fall kan en låg, kvarstående VDRL-/RPR-titer kvarstå. Även en positiv IgM i låg titer kan kvarstå länge.

Om patienten inte svarar med adekvat titersänkning bör man göra neurologstatus och klinisk undersökning samt serologisk uppföljning årligen.

Vid *sen syfilis* rekommenderas serologi efter 6, 12 och 24 månader. Ofta brukar en låg VDRL-/RPR-titer kvarstå oförändrad trots behandling och man kan då avsluta kontrollerna om det inte finns misstanke på behandlingsvikt eller neurosyfilis.

Vid *sen syfilis* med negativ VDRL/RPR före behandling kan en uppföljande kontroll 3 mån efter avslutad behandling erbjudas (för information om sjukdomen och given behandling), men därefter avslutas kontrollerna.

Olikheter i det serologiska svaret efter behandling kan kopplas till flera olika faktorer: tidiga syfilisstadier svarar med snabbare nedgång, liksom initialt högre titrar i den ospecifika testen samt vid yngre ålder på patienten. Vid upprepade syfilisinfectioner sjunker däremot titern långsammare.

Vid *neurosyfilis* rekommenderas numera inte rutinmässig uppföljande lumbalpunktion efter behandling av neurosyfilis. Detta gäller immunkompetenta patienter som svarar som förväntat vad gäller serologi och klinik (se CDC).

För alla syfilisfall gäller att om förväntat kliniskt eller serologiskt svar inte ses så rekommenderas klinisk undersökning, genomgång av anamnes, eventuellt lumbalpunktion och därefter ställningstagande till neurosyfilisbehandling alternativt ombehandling med tre injektioner Tardocillin®.

Anmälan och smittspårning vid syfilis

Tidig syfilis (primär, sekundär och tidig latent syfilis) klassas som allmänfarlig sjukdom och anmäls enligt smittskyddslagen. Patienter rekommenderas att avstå från samlag tills

antibiotikabehandling är genomförd (minst en vecka efter sista injektionen med långverkande penicillin). Undersökning, diagnostik och behandling är kostnadsfri enligt smittskyddslagen, och smittspårning skall utföras.

Primär syfilis

Undersökning och provtagning av partner de senaste 3–4 månaderna före symtomdebut.

Sekundär och tidig latent syfilis

Undersökning och provtagning av sexualpartner det senaste året före symtomdebut.

Sen syfilis

Provtagning av aktuell partner erbjuds, och när det gäller en kvinna skall man alltid överväga provtagning av hennes barn.

Partneruppföljning

Uppgiven kontakt ska följas i 3–4 månader och vid intag av antibiotika i upp till 6 månader.

Ibland (t.ex. partner i pågående relation) är det lämpligt att ge epidemiologisk behandling med Tardocillin® i sedvanlig dos vid ett tillfälle, istället för att invänta eventuell serokonversion. Om partnern förblir negativ i serologin efter behandling behövs ingen ytterligare uppföljning.

Syfilis och hiv-infektion

Serologin är i allmänhet tillförlitlig vid samtidig hiv-infektion. Påtagligt höga titrar av VDRL/RPR finns dock beskrivet, liksom falskt negativa tester vid uttalad immun-suppression. Tidig utveckling av neurosyfilis förefaller vanligare vid samtidig hiv-infektion. LP rekommenderas frikostigt och bör utföras vid neurologiska symtom, inklusive syn- och hörselpåverkan.

Behandling ges som till hiv-negativ patient.

Serologisk uppföljning är viktig och långsammare nedgång av antikroppsnivåer kan ses.

Gravida med syfilis

– praktisk handläggning

Behandling ges som till icke-gravid kvinna med motsvarande serologi. Vid tidig syfilis skall dock två injektioner Tardocillin® övervägas.

Kopplat till Herxheimerreaktion kan prematurt värkarbete och påverkan på barnet förekomma, vilket gör att man eventuellt kan inleda behandlingen på sjukhus. Risken är dock störst vid tidig syfilis, och vid låga titrar och en infektion som bedöms vara av

äldre datum inleds behandlingen polikliniskt efter information till mamman.

Kvinna som är behandlad och kontrollerad för en syfilisinfektion före aktuell graviditet behöver inte ges ny behandling.

Utredning: Kvinna med diagnostiserad, ännu obehandlad syfilis efter 20:e graviditetsveckan rekommenderas ultraljud för att bedöma tecken på fetal infektion. Splenomegali, ascites och hydrops talar för infektion. Behandlingen skall dock inte fördröjas i väntan på ultraljudet.

Uppföljning: Återbesök och kontroll av serologin 2 månader efter avslutad behandling, samt ny serologi ett par veckor före beräknad partus (kan tas på MVC med anhållan om att få kopia på svaren). Efter partus rekommenderas uppföljning av mamman på venerologmottagning, där hon får information om syfilis, given behandling och att ingen risk finns för smitta till barnet vid nästa graviditet (om mamman inte smittas på nytt). Barnet får följas upp via barnklinik, i samråd med venerolog.

Remiss utfärdas till förlossningsavdelningen (vid behov kopia till mamman att ta med till förlossningen). I remissen informeras om

- mammans syfilisserologi samt given behandling
- att hon inte är smittsam, d.v.s. inga speciella hygienrutiner krävs
- att man i samband med partus tar blodprov (VDRL/RPR, IgM för syfilis, TPPA) på mamman och barnet, och att man på barnets remiss anger att kopia på svaret skickas till aktuell barnklinik
- att barnläkare som undersöker barnet vid utskrivningen från kvinnokliniken utfärdar remiss till barnkliniken för uppföljning. På remissen anges moderns personnummer då det är viktigt att ha tillgång till hennes serologi för att bedöma om eventuellt påvisade syfilisantikroppar hos barnet avspeglar aktuell infektion eller är passivt överförda. Om barnet har påvisbara antikroppar mot syfilis som man tror är passivt överförda från mamman, rekommenderas att man följer barnet till seronegativitet.

Kongenital syfilis

Fostret smittas främst genom transplacentär överföring av treponemer. Smittan kan ske under hela graviditeten, men sällan före andra trimestern. Man räknar därför med att behandling före graviditetsvecka 16–20 förhindrar kongenital syfilis i nästan alla fall.

Risken för överföring är avhängig av mammas syfilisstadie. Obehandlad tidig syfilisinfektion under graviditet överförs i nästan alla fall till barnet (i 70–100 % vid primär och sekundär syfilis, samt i 40 % vid tidig latent syfilis), medan smittorisken vid obehandlad sen syfilis anges till 10 % eller lägre. Det finns data som tyder på att risken för överföring till barnet är minimal om mamman är negativ i VDRL redan innan behandlingen.

Penicillin passerar placenta och eventuell infektion hos fostret botas i allmänhet även om behandlingen ges senare i graviditeten.

Infektion hos fostret och barnet

Följande kliniska bilder är beskrivna:

- 1) Abort p.g.a. massiv fosterinfektion
- 2) Dödfött fullgånget barn med tecken på generell syfilisinfektion
- 3) Tidig syfilis (före 1 års ålder). Infektionen är utlöst av hematogen spridning av bakterien och symtomen liknar delvis de vid sekundär syfilis hos vuxna. Vid partus har hälften av barnen inga symtom, dessa uppträder vanligen 3:e–8:e levnadsveckan. Placenta är förstörd. Barnet är ofta underviktigt och för tidigt fött. Hud- och slemhinneförändringar som vid sekundär syfilis kan ses, men även bullösa förändringar speciellt i handflator och fotsulor. Syfilitisk snuva. Pseudoparalys av en extremitet, osteokondrit och andra skelettförändringar. Hydrops, ikterus, hepatosplenomegali och anemi är vanliga fynd.
- 4) Sen syfilis (efter 1 års ålder). I allmänhet ett barn som smittats *in utero* av en låg-infektiös moder. Barnet föds med latent syfilis och utvecklar senare, ofta efter 5 års ålder, syfilitiska symtom som vid tertiär syfilis. Några av de mest klassiska symtomen är interstitiell keratit, Hutchinson tänder (övre incisiver breda vid basen och urgröpta i mitten av distala randen) och dövhet (=Hutchinsons triad). Andra manifestationer är periostit, sadelnäsa och symtom från nervsystemet.

Diagnos hos det nyfödda barnet

Barnet har vid födelsen syfilis IgG-antikroppar som överförs från mamman och som försvinner inom lopet av 6–12 månader.

Diagnosen av eventuell infektion hos barnet får baseras på en samlad bedömning av barnets klinik och serologi i kombination med infektionsstatus, given behandling och serologi hos mamman. En gravid kvinna som har blivit behandlad under aktuell graviditet och hennes barn skall kontrolleras vid födelsen av barnläkare, som samråder med venerolog.

Venblod från barnet och mamman undersöks både med specifika och ospecifika syfilistester (navelsträngsblod medför risk för kontamination med moderns blod). Om *T. pallidum* specifik IgM-aktivitet kan påvisas hos barnet eller om de ospecifika testerna (VDRL, RPR) är två titersteg (d.v.s. fyra gånger) högre hos barnet än hos mamman talar det för att infektionen förts över till barnet. En negativ test för specifikt IgM utesluter dock inte infektion då testen har låg sensitivitet.

Följande utrednings- och behandlingsförslag är baserat på CDC:s rekommendationer.

A) Barn med säkerställd/sannolik kongenital syfilis (klinik och/eller serologi talande för syfilis)

Provtagning/utredning

- Lumbalpunktion (VDRL, celler och protein).
- Blodbild inklusive B-diff (differentialräkning av leukocyter) och trombocyter.
- Röntgen långa rörben. Andra tester som kan vara kliniskt indicerade är hjärt-lungröntgen, leverprover, ultraljud buk (hepatosplenomegali), ögonundersökning, hjärnstamsaudiometri.
- Vid hud-/slemhinnelesioner görs PCR eller mörkfältsmikroskopi för att påvisa *T. pallidum*.

Behandling

Bensylpenicillin 100 000–150 000 enheter/kg i.v. dagligen. Detta ges de första 7 levnadsdagarna med 50 000 enheter/kg/dos i.v. var 12:e timme och därefter var 8:e timme i 10 dagar. Alternativ vid normal likvor är procainpenicillin 50 000 enheter/kg i.m. 1 gång dagligen i 10 dagar.

B) Barn utan kliniska eller serologiska tecken på syfilis vid partus. Mamman inte adekvat behandlad eller behandlad < 4 veckor före partus

Provtagning/utredning

- Lumbalpunktion (VDRL, celler och protein)
- Blodbild inklusive B-diff och trombocyter
- Röntgen långa rörben

Behandling

Bensylpenicillin enligt ovan (A). Om denna behandling ges kan man avstå från ovan nämnda provtagning och utredning.

Om provtagning ovan utförs och är normal finns följande behandlingsalternativ: Procainpenicillin 50 000 enheter/kg i.m. 1 gång dagligen i 10 dagar eller Tardocillin® 50 000 enheter/kg i.m. i engångsdos.

C) Barn utan kliniska eller serologiska tecken på syfilis vid partus. Mamman adekvat behandlad under aktuell graviditet > 4 veckor före partus

Uppföljning med blodprov på barnet för syfilisserologi vid dag 0 (även på mamman vid partus), 1, 3, 6 och 12 månaders ålder (eller tills seronegativitet). Om påvisade antikroppar är passivt överförda blir VDRL/RPR oftast negativ inom 6-8 mån och TPPA inom 12 mån.

Om uppföljning inte är möjlig rekommenderas behandling av barnet vid partus.

D) Barn utan kliniska eller serologiska tecken på syfilis vid partus. Om mamman är adekvat behandlad och kontrollerad för en syfilisinfektion före aktuell graviditet behöver barnet inte följas upp

Uppföljning efter behandling av kongenital syfilis

Hur täta kontrollerna ska vara efter behandling är beroende av klinik och serologi.

Blodprov för VDRL/RPR rekommenderas vid 1–3, 6 och 12 månaders ålder (eller tills seronegativitet).

Även om lumbalpunktionen var avvikande initialt krävs inte rutinmässig LP vid uppföljning. Förnyad LP rekommenderas dock om barnet har kvarstående ospecifik icke-treponemal reaktivitet i blodet vid 6-12 månaders ålder.

Handläggning av barn med kongenital syfilis efter nyföddhetsperioden

Om det är möjligt inhämtas uppgift om mammans serologi vid partus.

Provtagningsutredning

- Lumbalpunktion (VDRL, celler och protein)
- Blodbild inklusive B-diff och trombocyter
- Utredning utifrån kliniken (t.ex. röntgen långa rörben, hjärt-lungröntgen, ultraljud buk, ögon- och öronundersökning)

Behandling

Bensylpenicillin 200 000-300 000 enheter/kg i.v. dagligen, uppdelat på 4–6 doser i 10 dagar och därefter kan 1 inj med Tardocillin® ges (se dos nedan) för att få en förlängd period med penicillinemi (jämfört behandlingstid nedan).

Om likvor är normal är alternativ behandling Tardocillin® 50 000 enheter/kg (upp till vuxendos 2,4 milj enheter) i.m. dag 1, dag 8 och dag 15.

Vid behandling efter nyföddhetsperioden kan en långsammare nedgång av antikroppar ses.

Petra Tunbäck 2022

SSDV/ Sektionen för venereologi och genital dermatologi

TRIKOMONAS

Bakgrund

Trikomonas anses vara den vanligaste icke-virala sexuellt överförbara infektionen internationellt, men är sällsynt i Sverige. Trikomonas, candidavulvovaginit och bakteriell vaginos är globalt sett tre vanliga orsaker till genitala symtom hos fertila kvinnor.

Trichomonas vaginalis tillhör undergruppen flagellater av protozoerna (encellig mikroorganism), som framför allt infekterar skivepitelet i vagina, uretra och parauretrala körtlar. Symtomen beror på att parasiten skadar det genitala epitelet. Inkubationstiden är ofullständigt känd, men förefaller vara 4–28 dagar.

Smitta sker exklusivt via sexuell kontakt. Ungefär 70% av manliga partner till infekterade kvinnor är smittade. Det finns evidens för att trikomonas är associerad med mer allvarliga tillstånd som ökad känslighet för hiv, malignitet (prostata och cervix) och graviditetskomplikationer.

Trichomonas vaginalis-virus är ett RNA-virus som finns i *T. vaginalis*, men den kliniska signifikansen är dåligt känd.

Klinik

Kvinnor

Infektion av kvinnliga genitalia ger varierande

symtom från symtomlöshet till akut, uttalad inflammation. Trikomonas kan orsaka stora förändringar av vaginalfloran och förekommer ofta samtidigt som bakteriell vaginos. Majoriteten av infekterade kvinnor (50–85%) är symtomfria, men symtomen kan öka med tiden (hos 1/3 av kvinnorna inom 6 månader). Obehandlade infektioner kan kvarstå månader-år.

Symtomen varierar, men kan vara sveda, klåda, flytningar (illaluktande), dysuri, dyspareuni och låg buksmärta. Utan behandling kan symtomen förvärras och orsaka uretrit eller cystit.

Viktigt att veta är att infektionen hos kvinnor även engagerar uretra och parauretrala körtlar.

Vid undersökning ses erytem i vulva och vagina. Den typiska flytningen är gulgrön och riklig (förekommer hos 10–30%). Punktata blödningar kan ses i vagina och på cervix (strawberry cervix/colpitis macularis). De typiska symtomen som inflammation "jordgubbslik" cervix och skummande flytning förekommer bara hos 2 % av infekterade. De flesta kvinnor med trikomonaskolpitis uppfyller kriterierna för bakteriell vaginos.

Män:

Infektioner hos män är asymtomatiska i 50–75%. Symtomen är flytning och dysuri, men mild uretrit, epididymit och prostatit kan förekomma. Symtomen är ofta övergående.

De specifika symtomen räcker inte för diagnostik.

Diagnostik

Vaginalprov för mikroskopi tas i fornix/längs laterala vaginalväggen (med undvikande av cervixsekret) och rörs ut i rumsvarmt koksalt. Kylskåpskyla gör att trichomonaderna tappar sin rörlighet.

Mikroskopi av wet smear är diagnostisk om man ser *T. vaginalis* röra sig i preparatet. Mikroskopi har en känslighet på 60-70 %, men sensitiviteten sjunker snabbt med tiden (till 20% efter 10 min).

Hos män är *T. vaginalis* svår att påvisa, men mikroskopisk uretrit förekommer ofta.

NAAT (*Nuclear Acid Amplification Test*) på vaginalprov och urinprov (män) har hög sensitivitet och specificitet. NAAT finns kommersiellt tillgängligt.

Behandling

Trikomonas behandlas systemiskt. Partnerbehandling ska ges efter STI-provtagning.

Okomplicerad infektion:

- Metronidazol, engångsdos 2 g. (Kvarstående *T. vaginalis* cirka 20%).
- Tinidazol, engångsdos 2 g, tolereras sannolikt något bättre, men är dyrare. (Kvarstående *T. vaginalis* cirka 10%). Licenspreparat.
- Om patienten uppfyller kriterierna för bakteriell vaginos ges behandling, metronidazol 500 mg x 2 x 7 eller motsvarande. Pat bör undvika alkohol under behandlingen och ytterligare minst 48 h (metronidazol)/72 h (tinidazol) p.g.a. risken för Antabusliknande reaktion.

Något fullgott alternativ vid överkänslighet finns inte, utan desensibilisering kan övervägas.

Vid recidiverande symtom tänk på:

- följsamhet till behandlingen
 - möjligheten av reinfektion
 - resistens
- Patient med recidiv kan svara på ny standardbehandling.

Vid fortsatt behandlingssvikt behandla med högre dos under längre tid, metronidazol 500 mg x 2 i 7 dagar (och om detta inte hjälper tinidazol 2 g dagligen i 7 dagar).

Vid fortsatt symtomatologi kan intravaginalt administrerade antimikrobiella preparat där clotrimazol (Canesten) finns registrerat ges.

Graviditet och amning

Metronidazol tillhör grupp 2 och tinidazol grupp 2 (men begränsad erfarenhet). Internationell konsensus är dock att metronidazol kan ges under hela graviditeten. Metronidazol utsöndras i bröstmjölk, men terapeutisk dos torde inte påverka barnet (grupp 2). Uppehåll i amningen under 12–24 h finns rekommenderat.

Tinidazol bör inte ges varken under graviditet eller amning p.g.a. mindre erfarenhet. Rapporter finns om effekt av clotrimazol, vilket kan ges under såväl graviditet som amning. Spontanläkning förekommer. Infektion i sen graviditet bör behandlas p.g.a. risk för prematur förlossning eller överföring till barnet i samband med förlossningen.

Uppföljning

Ingen rutinmässig kontroll.

Anmälan och smittspårning

Partner behandlas efter sedvanlig komplett undersökning.

Trikomonas lyder inte under Smittskyddslagen.

Elisabet Nylander 2022

SSDV/ Sektionen för venerologi och genital dermatologi/

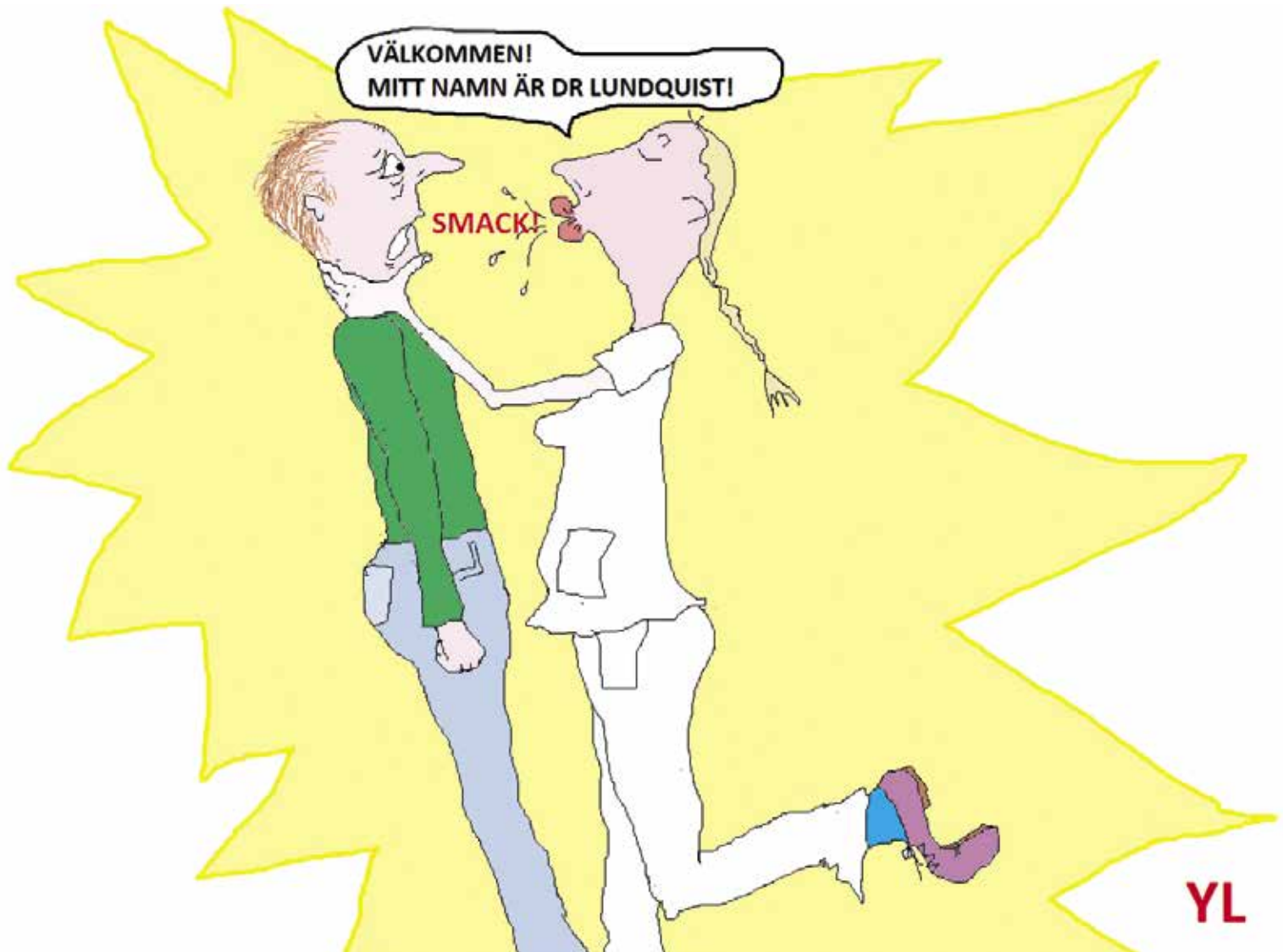
Adressändring!



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

Annons

ÄNTLIGEN INGA MUNSKYDD!!



Ylva Lundquist
Specialistläkare, Hudkliniken
Helsingborgs lasarett

Annons

Dermatoskopiquiz

En 60-årig man söker för ett relativt snabbväxande mörkt noduleus i skalpen med nedanstående utseende. Han har tidigare behandlats för aktiniska keratoser och en basalcellscancer. Kan du prediktera korrekt diagnos före PAD-svaret har anlänt?

Skicka gärna era diagnosförslag via mail till:
john.paoli@vgregion.se.

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 33 • 1/2023

Facit:

I förra numret av D&V bad jag er ställa diagnos på denna lesion på ryggen hos en 65-årig man som kommer på kontroll efter tidigare exciderad hudtumör på ryggen.

Dermatoskopiskt ses en lesion som huvudsakligen uppvisar diverse kärlstrukturer med varierande morfologi på en rosaaktig bakgrund med enstaka lite diffusa vitaktiga stråk inom sig. Även om det inte är ett skolboksexempel så kan man ana att vissa av kärlen liknar det som kallas "branched vessels with rounded endings" (obs! man skall helst undvika termerna "flower-like vessels" eller "cherry blossom vessels" som tidigare har använts i litteraturen). Förekomsten av dessa kärl är sannolikt det mest specifika fynd vi ser här och det talar förstås för ekrint porom ("the great mimicker"). Med tanke på de polymorfa kärlen måste dock andra maligna diagnoser inklusive amelanotiskt melanom och porokarcinom uteslutas och därför exciderades lesionen. PAD bekräftade dock ett ekrint porom.

Om ni vill läsa mer om de dermatoskopiska fynden i porom så kan jag rekommendera Dermoscopedias sida om diagnosen som även inkluderar en fin presentation av Dr. Michael Marchetti från Memorial Sloan Kettering Cancer Center i New York. Ni kan även läsa hans studie om dermatoskopiska fynd i porom i samarbete med International Dermoscopy Society från 2018.¹

Följande skickliga dermatoskopister skickade in korrekt svar på fallet:

- **Doriana Massimino**, Hudcentrum Hagastaden, Stockholm
- **Ghena Shabana**, Mälarsjukhuset, Eskilstuna
- **Marcus Fransson**, Capió SkinDoc, Stockholm

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
Lena Lundeberg
(Stockholm)



ST-representant
Teo Helkkula
(Lund)



ST-representant, suppleant
Martyna Starchurska
(Österstund)



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)
Virginia Zazo (Umeå)

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

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

Valberedning
Karim Saleh (Lund)
Sammankallande
Christian Steczko Nilsson (Örebro)
Virginia Zazo (Umeå)
Ada Girnita (Stockholm)

Ansvarig för hemsidan:
Josefin Ulriksdotter (Helsingborg)

SSDV:s kalender 2023-2024

5th World Congress of Dermatology

2023-07-03 - 2023-07-08

Singapore

SSDV:s Sydsvenska möte

2023-09-06

Lund

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

2023-09-11 - 2023-09-15

Linköping

ST-kurs Diagnostik och behandling av hudtumörer

2023-09-25 - 2023-09-29

Göteborg

EADV congress 2023

2023-10-11 - 2023-10-14

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

ST-kurs i Pediatrik dermatologi

2024-01-29 - 2024-01-31

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 35 21 augusti 11 oktober

Nr 36 30 oktober 20 december



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

Annons

Annons