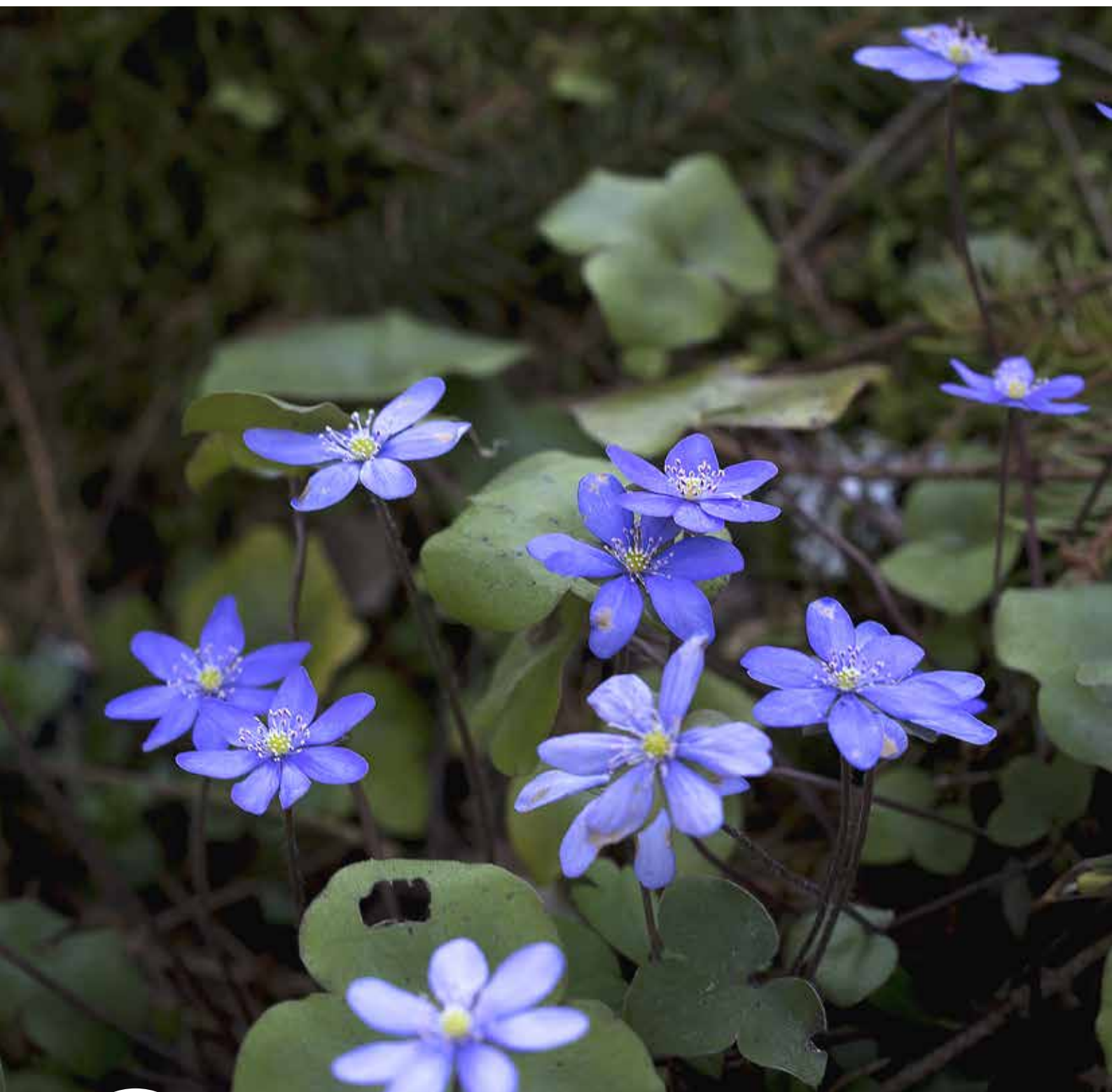


# DERMATOLOGI & VENEREOLOGI

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Nummer 1 · 2015



[www.ssdv.se](http://www.ssdv.se)

**SSDV:s vårmöte i Skövde • Rekommendationer vid bakteriella STI  
Dermatoskopi idag • Ny svensk basserie • Nordisk kurs i hudkirurgi  
Riktlinjer för peniscancer • STI-gränsområden • Euromelanoma 2015**



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

**Redaktör:**  
 Christian Steczko Nilsson  
 christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se

**Ansvarig utgivare:**  
 John Paoli, ordförande SSDV  
 info@ssdv.se

**Hemsida:**  
 ssdv.se

**Produktion:**  
 Mediahuset i Göteborg AB  
 Marieholmsgatan 10C  
 415 02 Göteborg  
 Tel 031-707 19 30

**Layout:**  
 Annika Cederlund  
 annika@mediahuset.se

**Annonser:**  
 Jean Lycke  
 jean@mediahuset.se

**Tryck:**  
 CA Andersson, Malmö  
 Distribueras som posttidning



**Omslagsbild:**  
 Blåsippor: Inom folkmedicinen har blåsippan haft utvärtes användning för att påskynda sårkläckning, numera dock huvudsakligen av kulturhistoriskt intresse.

Foto: Pavel Burian

## Innehåll

SSDV:s Ordförande har ordet.....	1
Redaktören har ordet.....	3
Nya betalningsrutiner .....	4
Ny svensk basserie .....	6
Dermatoskopi vid pigmenterade lesioner - var står vi idag? .....	8
Nordisk kurs i hudkirurgi.....	10
Inför SSDV:s vårmöte i Skövde 2015.....	12
Ny rekommendation för sexuell överförbara bakteriella infektioner! .....	19
"STI-gränsområden" - ett möte kring vidgade vyer.....	20
Nya nationella rutiner för handläggning av penisancer .....	21
Om Euromelanoma-kampanjen.....	22
ST-utbildning på Hudkliniken i Region Jönköpings Län .....	25
Medicinska Riksstämman.....	26
Aktuellt .....	28
SSDV:s styrelse .....	31
Kalender 2015.....	32

# Välkommen till vår nya tidning!



När jag blev medlem i SSDV för 10 år sedan kunde man endast läsa om SSDV:s aktiviteter fyra gånger om året i något som hette "Gula Bladet". Bladet var precis som namnet antyder ett enda blad och den publicerades på gult papper längst bak i tidskriften Forum för Nordic Dermato-Venereology. Där kunde man läsa några utvalda nyheter om vårt sälls kaps insatser den senaste tiden samt se vilka kurser och kongresser som kunde vara av intresse för oss under de kommande månaderna till exempel. Att få ihop information till "Gula Bladet" var alltid en ytterst svår uppgift minns jag. SSDV:s sekreterare genom åren fick verkligen anstränga sig för att vi som medlemmar överhuvudtaget fick ta del av dessa få nyheter från föreningen. Bladet var ett mycket fint och uppskattat initiativ men den hade förstås en stor förbättringspotential.

Tack vare insatser från styrelsemedlemmarna de senaste åren och ett generöst ekonomiskt bidrag från Hudfonden hade vi för lite över ett år sedan äran att lansera vår nya hemsida (www.ssdv.se) och kunde även inviga vårt nya kansli. För att SSDV 2.0 skulle bli ett faktum hade vi dock behov av stora personliga insatser. Som tur var kunde SSDV:s redaktör Christian Steczko Nilsson skifta sina arbetsuppgifter från att jobba med Riksstämmans program till att satsa allt krut på hemsidans uppbyggnad och innehåll. Vi hade dessutom ett fantastiskt stöd av vår medlemsadministratör Agneta Andersson som även agerar som vår webmaster nu. Dävarande och nuvarande styrelsemedlemmar samt alla eldsjälarna i våra olika sektioner och intressegrupper har också bidragit till att hemsidan har fyllts med nyttig information, nyheter, riktlinjer m.m.

Nu när nya hemsidan äntligen är en verklighet kände vi att det var dags att ge vår käre redaktör ännu ett uppdrag. I dina händer håller du nu vår senaste satsning, SSDV:s egen tidning! Dermatologi & Venereologi är en tidning skriven av våra medlemmar för våra medlemmar och tanken är att fyra nummer skall publiceras varje år. Förutom all kontinuerlig uppdatering vi får via hemsidan vill vi nu även erbjuda medlemmarna chansen att fördjupa sig ännu mer i allt det som känns aktuellt för oss. Detta första nummer är ett provnummer för att visa er hur tidningen kan komma att se ut framgent men självklart skall ni få rösta på dess fortsatta existens i samband med årsmötet i Skövde den 7 maj. Tidningen finansieras av de annonser som finns med och kostar därför inte medlemmarna en enda krona. Vi hoppas förstås att ni gillar konceptet och att vi kan fortsätta att leverera tidningen till er i framtiden!



**John Paoli**  
 Ordförande SSDV  
 john.paoli@vregion.se

# Annons



# Redaktörsroll i förändring och SSDV 2.0

Förändringens vindar har blåst starka kring redaktören i SSDV:s styrelse. Under mina snart tre år på posten har arbetsuppgifterna snabbt skiftat karaktär. Ursprungsrollen som redaktör för Riksstämman ersattes med uppgiften att leda utvecklingen av vår egen hemsida och nu har det blivit dags för nästa utmaning; Redaktör på *riktigt* för vår medlemstidning! Nya utmaningar är oftast stimulerande och utvecklande och det är med den inställningen jag tagit mig an den nya uppgiften.

## Ny medlemstidning

Tidningen ges ut i samarbete med Mediahuset i Göteborg, som även står bakom flera andra specialistföreningars medlemstidningar. Förutom pappersutgåvan kommer en elektronisk och annonsfri version av varje nummer att finnas tillgänglig via hemsidan. Vår förhoppning och ambition är att medlemstidningen ska bli ytterligare ett forum för utbyte av information och erfarenheter inom vår, relativt sett, lilla specialitet. Innehållet är beroende av och bestäms av oss själva, d.v.s. alla medlemmar i Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi. Den stora utmaningen tror jag kommer att ligga i att få en rutin med kontinuerliga bidrag till vår tidning. Redan på "Gula Bladets" tid var det tydligen svårt. Jag tror inte det beror på att vi saknar information eller nyheter att förmedla till varandra, utan snarare andra faktorer som spelar in. Kanske brist på rutin och tidsbrist eller att vi underskattar nyhetsvärdet för andra kollegor. Att få ta del av rapporter från kurser och kongresser, FoU-projekt och utbildningar, nya pm, abstracts, ovanliga fall, tips och goda råd, nyheter inom våra sektioner och intressegrupper m.m., uppskattas nog av alla och är samtidigt ett stort bidrag till vår kontinuerliga uppdatering i frågor som rör vår specialitet. Det vore därför *väldigt* roligt om Ni alla framöver försöker ha medlemstidningen i åtanke när det gäller information i stort och smått. Känn inga begränsningar! Under vårmötet i Skövde kommer det även att finnas en journalist på plats som för vår räkning rapporterar och skriver artiklar från mötet och alla dess symposier.

I detta vårt första provnummer kommer Ni

att bjudas på flera intressanta artiklar; Dermatoskopins historia, nutid och framtid, Ny svensk basserie för 2015, ST-projektet som lett till förbättrat utbildningsklimat, Nya riktlinjer för handläggning av bakteriella STI respektive peniscancer och kursrapporter är en del av innehållet.

## Hemsidan [ssdv.se](http://ssdv.se)

Arbetet och utvecklingen med vår hemsida fortsätter och får nog ses som en kontinuerlig process som styrs av de behov som uppstår. Alla sektioner och intressegrupper finns nu presenterade under egna flikar. Innehåll kompletteras och uppdateras allt eftersom. Ansökningsfunktion för ST-kurser har tagits i bruk och använts vid antagningen till flera av de obligatoriska kurserna under vår- och höstterminen.

Efter en del problem är betalfunktionen för medlemsavgifter via hemsidan i gång. Tyvärr har inkörningsproblemen inneburit att vi hamnat efter med medlemsavgifter. Dels kom utskicken angående betalning för 2014 ut sent och dels har vi förstått att betalning via internet inte känns tryggt för alla. En del har kanske inte heller nåtts av de e-mail som skickats ut (*logga gärna in på hemsidan för att bekräfta att vi har rätt mailadress till er*). Om ni vet med er att ni inte betalt medlemsavgiften för 2014 och är bekväma med internetbetalning – vänligen gå in på [ssdv.se](http://ssdv.se) och betala via hemsidan! Vår medlemsadministratör kommer även göra separata utskick med faktura till de som ligger efter med medlemsavgiften. Information kommer att skickas ut när det sen blir dags för medlemsavgiften för 2015. För att underlätta kommande betalningar kommer vi även undersöka möjligheten att få en funktion för att ladda ner och skriva ut en pappersfaktura för betalning på traditionellt vis. Vi ber om ursäkt för fördröjningen och de svårigheter som de nya rutinerna tillfälligtvis kan innebära, men på sikt kommer detta att bli ett smidigare system för hantering av medlemsavgifter och medlemsregister. Vid eventuella problem eller frågor finns vår kanslifunktion med Agneta Andersson och medarbetare till hands. Vidare planeras en förbättring av funktionen "Mina sidor" för inloggade medlemmar. Målet är en tydligare struktur, möjlighet att se his-



Vår hemsida: [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se)

toriska betalningar av medlemsavgifter och att redigering av kontaktuppgifter och annan information underlättas. Uppdateringar kring hemsidans utveckling kommer kontinuerligt presenteras via [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se) och i samband med årsmöten.

Värmötet i Skövde är i antågande och om inte förr så ses vi där! Och slutligen, trevlig läsning!



**Christian Steczko Nilsson**

Redaktör

[christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se](mailto:christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se)

# Ny hemsida ger nya rutiner

**S**SDV har numera ett kansli som är beläget i Uppsala och som jag, Agneta Andersson, ansvarar för. Mina uppgifter är bl.a. att uppdatera hemsidan samt att ha hand om medlemsregistret och att hantera medlemsbetalningarna.

Hemsidan befinner sig fortfarande i ett uppbyggnadsskede eftersom vi efter hand kommer på nya funktioner som är värdefulla att få in. En del av de olika sidorna på [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se) är helt öppna men för att komma åt ALL information (d.v.s. även protokoll och dokument som är enbart tillgängliga för medlemmar) måste man logga in.

## Medlemsansökan - direkt online

Det som är helt nytt är att medlemsansökan görs direkt online i ett formulär. Efter att ansökan gjorts måste den godkännas av styrelsen varefter man får sitt medlemsnummer via kansliet. En annan funktion är att medlemsavgiften INTE betalas via Sveriges Läkarförbund längre. Medlemsavgiften betalas istället in av varje medlem direkt via hemsidan [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se).

Nedan beskrivs i detalj hur man loggar in via hemsidan och hur man gör för att betala in medlemsavgiften.

## Inloggning på hemsidan

För att logga in på hemsidan använder man sitt medlemsnummer som användarnamn. Under 2014 gjordes ett utskick till alla medlemmar där var och en fick sitt medlemsnummer och

gavs information om lösenordet, som till en början har satts till `ssdv1234` men som varje medlem bör ändra efter att man loggat in första gången.

Inloggningsrutan hittar man längst upp till vänster (se Fig. 1). Om man inte har fått ovan nämnda e-mail och vet sitt medlemsnummer så skicka ett e-mail till mig – [info@ssdv.se](mailto:info@ssdv.se) – så skickar jag det. Även om ni stöter på problem så får ni naturligtvis kontakta mig.

När ni är inloggade finns det även en flik längst upp till höger med "Ändra lösenord" (se Fig 2). Där kan ni förutom att ändra lösenordet också gå in och ändra adressuppgifter och lägga in telefonnummer och annan önskvärd information. Observera dock att jag behöver få adressuppdateringar även via e-mail. Detta gäller både bostadsadress samt ändring av e-mail.

## Betalning av medlemsavgift

Vi har fortfarande inte kunnat slutföra betalningen av 2014 års medlemskap och även fast många av er betalat saknas det fortfarande en hel del och vi vore tacksamma om ni snarast försöker göra betalningen för 2014. När man är inloggad hittar man 4 underrubriker under Medlemskap och längst ner finns "Betala medlemskap" (se Fig. 3). När man inte är inloggad finns enbart de två översta.

När man klickar på "Betala medlemskap" får man upp följande bild (Fig. 4) där man gör sina val och därefter trycker på knappen "Betala" och följer anvisningarna för betalning via

sitt kreditkort på en säker sida via Certitrade.

Om man absolut inte vill använda kreditkort över Internet kan man betala direkt via plusgirot till konto 71 92 44-6. I det läget är det av yttersta vikt att ni skriver ert medlemsnummer och för vilket år betalningen gäller.

Betalning för 2015 års medlemskap kommer att göras tillgängligt i sommar. Exakt när detta sker kommer alla att få information om via e-mail samt som nyhet på hemsidan. Vi planerar även att bygga om dessa sidor så de blir lite mer användarvänliga.

Ni får gärna höra av er till mig ifall ni har några funderingar beträffande detta.



**Agneta Andersson**  
SSDV kansli  
S:t Johannesgatan 22A  
753 12 Uppsala  
[info@ssdv.se](mailto:info@ssdv.se)



Fig. 1: Hur man loggar in på hemsidan [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se)

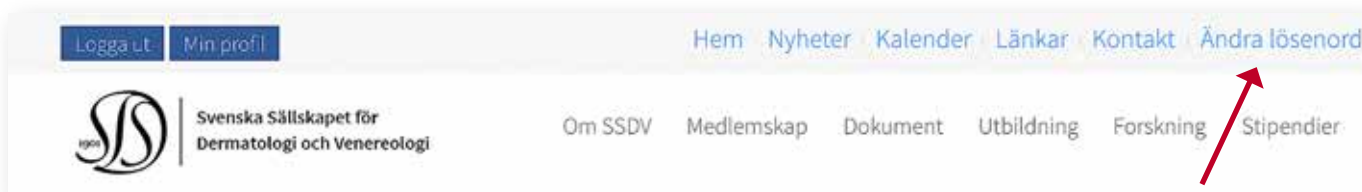


Fig. 2: Hur man ändrar sitt lösenord och adressuppgifter.

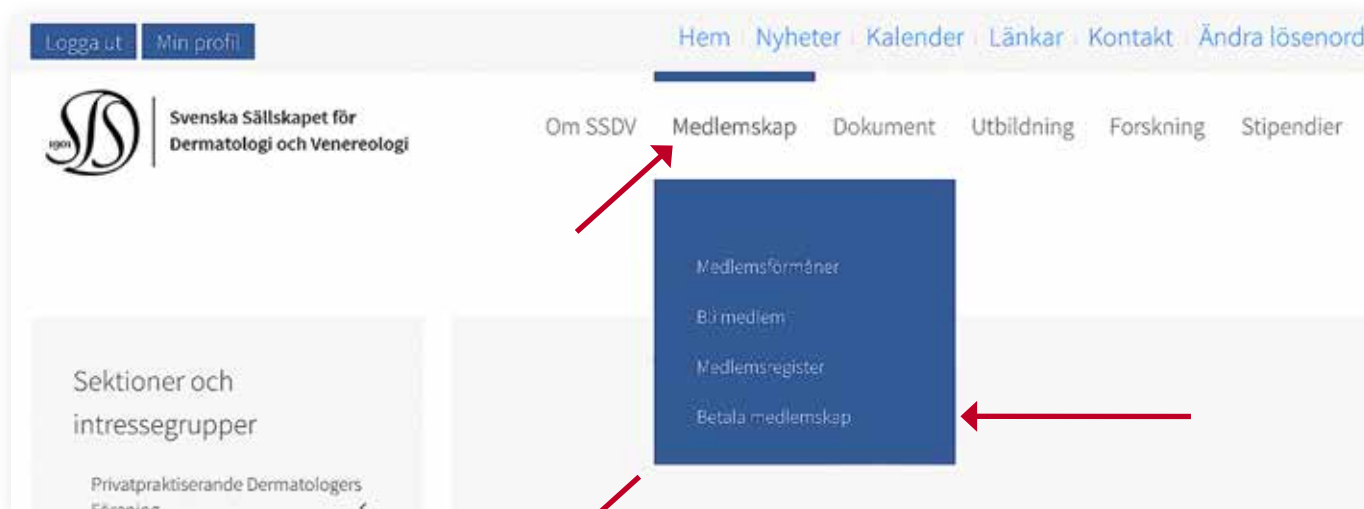


Fig. 3: Hur man betalar sitt medlemskap



Fig. 4: Hur man betalar sitt medlemskap. Bocka i önskade val och tryck på betala-knappen. I detta exempel är de 2 olika valen grönmarkerade för att tydliggöra valen i detta exempel. När avgiften är betald, kan du läsa följande text under rutan ovan: "Du har betalat ditt medlemskap 2014 och ovan ser du vilka undersektioner du har valt".

### Sammanfattning

- SSDV:s kansli sköts av Agneta Andersson.
- Hemsidesadressen: [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se).
- Från och med 2014 betalas INTE medlemsavgiften via Sveriges Läkarförbund.
- Betala din medlemsavgift direkt via hemsidan.
- Har du inte ditt medlemsnummer kontaktar du Agneta – [info@ssdv.se](mailto:info@ssdv.se) - så får du det av henne.
- Ansök om medlemskap direkt online via hemsidan [www.ssdv.se](http://www.ssdv.se).
- Vill du inte betala via hemsidan kan du göra det via vårt plusgiro 71 92 44-6. Men glöm inte ange ditt medlemsnummer och vilket år det gäller.
- Ändringar av posta- eller mailadress måste skickas in via mail till Agneta – [info@ssdv.se](mailto:info@ssdv.se). Det räcker inte att enbart ändra via hemsidan under dina kontaktuppgifter.



# Ny svensk basserie för 2015

Eventuella ändringar i Svenska basserien föreslås av Arbetsgruppens för epikutantestning på basen av evidensbaserade studier utförda av Svenska Kontaktdermatitgruppen i samband med det möte som hålls vid Svenska Sällskapet för Arbeta- och miljödermatologis workshop varje höst. Mötesdeltagarna fattar beslut om föreslagna ändringar skall genomföras.

## Ändring i svenska basserien för 2015

Rekommendation av Svenska sällskapet för arbets- och miljödermatologi (SSAMD).

Inför 2015 har SSAMD tagit bort ett ämne från den 2014 års rekommenderade svenska basserie för lapptestning av samtliga patienter som utreds för misstänkt kontaktallergi och samtidigt lagt till ett nytt testämne.

Det är toluensulfonamid formaldehydharts (TSAFH) 10% petrolatum som exkluderas nu (INCI namn: Tosylamide/formaldehyde resin). Ämnet har legat konstant bland de minst frekvent förekommande allergen i basserien. Prevalensen av TSAFH-reaktioner hos våra eksempatienter har varit 0,3% varje år 2010–2013. Ämnet har blivit känt för sitt kontaktallergiframkallande förmåga, främst använt som harts i nagellack. Kemikalieinspektionens uppgifter om TSAFH, genomgång av ingredienslistor av nagellack indikerar att ämnet inte längre kan betraktas som vanligt förekommande (i senaste åren har det inte noterats) i detta sammanhang dock andra användningsområden i industriella harts och lack kan dyka upp ibland i en begränsad skara av exponerade personer.

Textilfärgmix 6,6% inkluderas enligt särskild informationsblad; se både förklaringen till inkluderingen samt rådlappen till patienter med påvisad kontaktallergi mot testämnet.

Chemotechnique har blivit informerad om ändringen och kommer att leverera den nya svenska basserien i 2015.

## Bakgrund till varför SSAMD inkluderar textilfärgmix 6,6% i den svenska basserien:

Allergiskt kontakteksem på grund av kontaktallergi mot textilfärgämnen är inte ovanligt. De färger som oftast orsakar kontaktallergi är dispersionsfärgämnen som används för att färga syntetfibrer. Det kan vara svårt att diagnostisera en kontaktallergi mot textilfärger. Hudreaktionen sitter oftast på extremiteterna,

bålen, i ansiktet, runt genitalia, på höfter och i hudveck men ibland är hudsymptomen atypiska med allt från diffus klåda till blåsbildningar.

Lapptestning med basserien och med en textilfärgserie rekommenderas vid misstanke på

textilrelaterade symptom. Kontaktallergi mot p-fenylendiamin som ingår i basserien har tidigare uppfattats som en markör för allergi mot dispersionsfärgämnen men flera studier har visat att testning enbart med basserien inte är till-

## Fakta

Inför 2015 har följande ändringar gjorts: toluensulfonamid formaldehydharts 10% i vaselin tas bort och istället införs textilfärgmix 6.6% i vaselin.

Vehikel vaselin om ej annat anges. Beredningar testade i vatten är markerade med \*.

Nr	Testämne	Konc%	Test-reaktion I	Test-reaktion II	Bedömning	Relevans
1	Kaliumbikromat	0.5				
2	p-Fenylendiamin bas	1.0				
3	Tiuram-mix	1.0				
4	Neomycinsulfat	20.0				
5	Kobolt(II)klorid hexahydrat	0.5				
6	Quaternium 15	1.0				
7.	Nickel(II)sulfat hexahydrat	5.0				
8.	Kinolinmix	6.0				
9.	Kolofonium	20.0				
10.	Parabenmix	16.0				
11.	PPDA-mix (svartgummimix)	0.6				
12.	Sesquiterpenlaktomix	0.1				
13.	Merkaptomix	2.0				
14.	Epoxiharts	1.0				
15.	Perubalsam (Myroxylon Pereirae)	25.0				
16.	p-tert-Butylfenol formaldehydharts	1.0				
17.	Parfymmix II	14.0				
18.	Formaldehyd	2.0*				
19.	Parfymmix I	8.0				
20.	Fenol-formaldehyd-harts (PFR-2)	1.0				
21.	Diazolidinylurea (Germall II)	2.0*				
22.	Cl-Me-isotiazolinon (Kathon CG)	0.02*				
23.	Amerchol L 101 (Lanolin)	50.0				
24.	Kainmix	10.0				
25.	Lavsyramix	0.3				
26.	Tixocortol pivalat	0.1				
27.	Textilfärgmix	6.6				
28.	Budesonid	0.01				
29.	Metyldibromoglutaronitril	0.5				
30.	Metylisotiazolinon	0.2*				



räckligt. Testning med en bit av klädes-plagget "as is" och/eller med extrakt av plagget liksom en "usetest" med misstänkt plagg (stop and wear again) kan också rekommenderas.

I ett flertal studier initierade av Yrkes- och miljödermatologiska mottagningen i Malmö<sup>1-5</sup> har en mix av 8 dispersionsfärgämnen använts för lapptestning av patienter med hudsymptom (se tabell). Mixen har testats i flera koncentrationer, senast i 6,6% och 8,0% i en studie initierad av Svenska kontaktdermatitgruppen (SKDG) (5). Mixen 6,6% innehåller Disperse (D) Blue 35, D Yellow 3, D Orange 1 and 3, D Red 1 and 17, samtliga 1.0% och D Blue 106 and D Blue 124, vardera 0.3%. I denna studie påvisades kontaktallergi för mixen i koncentrationen 6,6% hos 2.5% av patienterna. Kontaktallergi mot textilfärgmixen ansågs förklara eller bidra till hudbesvären hos drygt 35% av patienterna. Liknande resultat har påvisats i en studie som initierats av the European Environmental and Contact Dermatitis Research Group (EECDRG) (4). Kontaktallergi mot textilfärgmixen var i denna studie så pass vanlig att mixen i koncentrationen 6,6% kommer att föreslås för inklusion i den europeiska basserien from 2015.



Foto: Hudkliniken Universitetssjukhuset Örebro

**Vid SSAMD:s möte den 17 oktober 2014 har beslutats att sätta in textilfärgmixen 6,6% i den svenska basserien from 2015**

Att tänka på vid testning med textilfärgmixen: Vid stark PPD-reaktion – sätt eventuellt textilfärgmixen på överarmen så att den kan tas av i förtid.

Då testpreparationen är färgad i en blårod nyans har den ibland ansetts svår att avläsa. Dock gäller förstås samma kriterier för en positiv testreaktion som för alla andra testpreparationer.

Vid positiv test ska relevansen bedömas och rådlapp ges (rådlapp finns på SSAMD:s hemsida). Vid negativ test trots klinisk misstanke eller om mixens beståndsdelar behöver testas - tänk på möjligheten att lapptesta med "Textile Colours & Finish series" från Chemotechnique. Denna serie innehåller ovan nämnda färgämnen, alla i koncentrationen 1,0%, och dessutom fler textilfärgämnen.

**Svenska Sällskapet för Arbets- och Miljödermatologi, SSAMD**

**Referenser**

- Ryberg K, Isaksson M, Gruvberger B, Hindsén M, Zimerson E, Bruze M. Contact allergy to textile dyes in southern Sweden. *Contact Dermatitis* 2006; 54: 313-321.
- Ryberg K, Goossens A, Isaksson M, Gruvberger B, Zimerson E, Bruze M. Patch testing with a textile dye mix and its constituents in a baseline series. *Dermatitis* 2010; 21: 49-56.
- Ryberg K, Goossens A, Isaksson M, Gruvberger B, Zimerson E, Bruze M. Patch testing with a textile dye mix in a baseline series in two countries. *Acta Derm Venereol* 2011; 91: 422-427.
- Ryberg K, Agner T, Andersen KE, Bircher A, Diepgen T, Foti C, Giménez-Arnau A, Goncalo M, Goossens A, Johansen JD, Le Coz C, Maibach HI, and Bruze M. Patch testing with a textile dye mix – a multicentre study. *Contact Dermatitis* 2014; 71: 215–223.
- Ryberg K, Bråred-Christensson J, Engfeldt M, Isaksson M, Lindberg M, Matura M, Stenberg B, Svedman C, Bruze M. Patch testing with a textile dye mix in two concentrations - a multicentre study by the Swedish Contact Dermatitis Research Group. Accepted for publication in *Acta Derm Venereol*.

**Genomförda studier med textilfärgmixen i varierande koncentrationer**

Ref.	Year	Country	Mix concentration %	Number tested	TDM-positive %	Simultaneous TDM+PPD/TDM-positive %	Clinical relevance
1	1999-2003	Sweden	3.2	3125	1.5	24	TDM-positive patients more often dermatitis on their arms, face, neck and axillary folds
2	2004-2005	Belgium, Sweden	3.2	1780	2.0 (Belgium 2.4) (Sweden 1.8)	43	-
3	2006-2008	Belgium, Sweden	6.6	2546	2.6 (Belgium 4.2) (Sweden 2.1)	35	-
4	2011	Multicentre, 12 clinics in 9 countries, EECDRG	6.6	2907	3.7 (2.1 - 6.9)	53	31% of the TDM-positive patients where an assessment of clinical relevance was registered
5	2011	Sweden, 7 clinics, SKDG	6.6 / 8.0	2122	2.5 / 2.8	58	37% of the TDM-positive patients where an assessment of clinical relevance was registered



# Dermatoskopi vid pigmenterade lesioner – var står vi idag?

**B**egreppet dermatoskopi beskrevs första gången 1920 av den tyske dermatologen *Johann Saphier* som applicerade olja på hudlesioner och studerade dessa via ett binoculärt mikroskop. Syftet med oljan var att öka hudtransparenansen genom att minska reflektion och separation av ljuset. Idag används ofta polariserat ljus för att uppnå motsvarande effekt. Icke-polariserat ljus i kombination med olja eller gel är dock fortfarande standard och återger på ett bättre sätt exempelvis grå strukturer i melanom och milielika cystor i seborroiska keratoser.

## Dermatoskopi ökar träffsäkerheten att upptäcka melanom

Tidig upptäckt av malignt melanom har avgörande betydelse för sjukdomens prognos. Vid bedömning av pigmentlesioner med blotta ögat har man påvisat en träffsäkerhet för malignt melanom på drygt 60%. Utöver förstoring möjliggör dermatoskopet även undersökning av strukturer en liten bit ned under hudens yttre lager, som inte är synliga för blotta ögat. Man har i ett flertal studier påvisat signifikant högre träffsäkerhet för melanom vid undersökning med dermatoskop än med blotta ögat. I en metaanalys av 27 publikationer konstaterades en förbättrad diagnostik för melanom på närmare 50% vid an-

vändning av dermatoskopi. Samtidigt konstaterades att träffsäkerheten i hög grad var beroende av undersökarens erfarenhet.

## Klassificering av nevus

Dermatoskopi ger möjlighet att klassificera undersökta nevi i t.ex. *Clarks typ*, *nevi av kongenital typ*, *Spitz*, *Reed*, *Unna*, *Miescher*, *Blånevus*, *Kossard* o.s.v. Vid dermatoskopi passar benämningen *Clarks nevus* bättre än *atypiskt/dysplastiskt nevus* då Clarks nevus i regel har en helt typisk dermatoskopisk bild medan dysplasi enbart kan bestämmas mikroskopiskt. Många av de nevi som kliniskt kan uppfattas vara atypiska eller drar till sig uppmärksamhet på

grund av varierande färg och form klassificeras vid både dermatoskopi och histopatologi som *nevi av kongenital typ*.

## Vilken betydelse har nevi för risken att drabbas av melanom?

Det råder konsensus om att ett ökat antal nevi – både banala och atypiska – vid klinisk undersökning utgör riskmarkörer för att en individ skall drabbas av melanom. Varje enskilt nevus, oavsett typ, har däremot en mycket liten risk att utveckla melanom.

Patienter i allmänhet har egna unika nevene-fenotyper, s.k. *signaturenevi*. En del patienter uppvisar en riklig polymorf nevusflora. Dessa



### Faktaruta Malignt hudmelanom

#### 2013

- 3 358 invasiva melanom
- 2 672 *in situ*-melanom
- 528 personer avled i sin melanomsjukdom

#### 2015

- Melanomincidensen ökar med mer än 5 procent årligen
- 40 000 personer lever med diagnosen melanom
- Under 2000-talet har antalet melanom fördubblats

Exempel på mobil teledermatoskopi där ett fall skickas från primärvårdsläkare till hudspecialist. 68-årig man som i samband med hjärtkontroll påtalar en förändring på hö underben. Patienten kan inte ange hur länge pigmenteringen funnits eller om den förändrats. Inga subjektiva symptom.

Översiktspåtag, **lonely lesion**. Närbild, en 12 mm stor flerfärgad, oregelbunden pigmentering. Dermatoskopi, polariserad (**vänster**) och opolariserad (**höger**).

Granskningsutlåtande: Pigmenterad lesion som är kaotisk i mönster och färger och har flera ledtrådar till melanom vilket ger den dermatoskopiska diagnosen melanom. Rekommendation: Diagnostisk excision med 2-3 mm marginal (i benets längsriktning).

PAD: Totalexstirperat melanom av SSM-typ med utbredd regression. Tumörtjockleken överstiger ej 0.5 mm. Minsta fria marginal lateralt cirka 3 mm. Tumörstadium T1a (**Dr Vassilaki**).

multipla nevi varierar i storlek, typ, utseende och färg, vilket sammantaget utgör en hög risk för att drabbas av melanom. Samma patienter har i regel även ett antal nevi som passar in på beskrivningen kliniskt atypiska/dysplastiska nevi. Dessa nevi, oavsett grad av atypi/dysplasi, är inte förstadier till melanom oftare än andra, banala typer av nevi. Således kan inte ett enskilt nevus - varken banalt eller dysplastiskt - betraktas som en precanceros.

### Digital dermatoskopi

Att dokumentera det man ser i dermatoskopet ger många fördelar. Digital dermatoskopi har därför fått en allt större betydelse. Kliniska bilder av nevi sparas tillsammans med dermatoskopiska bilder vilket ger ett ovärderligt stöd för klinikern vid uppföljning av riskpatienter eller för att följa en specifik pigmentlesion över tid, s.k. *sekventiell dermatoskopi*.

Vid plana pigmentlesjoner där den kliniska undersökningen inte ger några morfologiska hållpunkter för melanom men viss tveksamhet ändå kvarstår (t.ex. vid anamnestiska uppgifter om förändring) kan uppföljande digital dermatoskopi efter 3 månader vara en lämplig strategi. Vid excision av en pigmentlesion kan ett oväntat benigt svar från patologen ifrågasättas med stöd av digital dermatoskopisk dokumentation.

### Diagnostik av nevi på distans

Andelen primärvårdsläkare i förhållande till hudspecialister varierar i Sverige. I landet som helhet uppskattas kvoten till 4500:300 vilket skapar en stor remissbörda på många hudkliniker. Ett sätt att möta det ökade behovet av specialistkompetens är att nyttja ny teknik. Teledermatoskopi ger möjlighet att på distans utföra diagnostik av digitala dermatoskopiska bilder. I Sverige pågår idag ett flertal projekt med lite varierande syfte och tillvägagångsätt.

Teledermatoskopi kan användas som *triage* för att sortera och prioritera patientremisser till en hudmottagning, utifrån anamnes och bild, med målsättningen att misstänkta melanom skall kallas och behandlas först. Teledermatoskopi kan även bidra till ett förändrat arbets sätt vilket möjliggör att flertalet patienter kan handläggas inom primärvården. Via teledermatoskopi får allmänläkaren svar på om en förändring är banal, om den bör följas upp eller om den skall excideras. Operation kan ske omgående av allmänläkaren själv, av någon kirurg inom primärvårdens nätverk eller av hudspecialisten.

Tekniskt kan bildokumentationen ske på flera olika sätt. Man kan använda konventionella digitalkameror med monterat dermatoskop. Ett annat sätt är att använda kameran i en mo-

biltelefon och ett specialanpassat dermatoskop för motsvarande dokumentation. Man kan lagra bilderna i befintliga journalsystem och hänvisa till dokumentationen i remissen från primärvården. Alternativt kan man välja att skicka bilder och övrig information som en digital remiss direkt från mobiltelefonen till en server för lagring. Oavsett vilken teknisk lösning man väljer är det angeläget att befintliga lagar och regelverk för hantering av personuppgifter och dokumentation av patientdata efterlevs.

### Utmaningar för dermatoskopin

För att till fullo kunna dra nytta av de nya arbetssätt som börjar ta form är det nödvändigt att genomföra ett flertal åtgärder. Nomenklaturen beträffande nevi behöver moderniseras och harmoniseras så att språket blir detsamma då man beskriver en pigmentlesion utifrån kliniska, dermatoskopiska och mikroskopiska fynd. Det är angeläget med ett ökat fokus på utbildning i undersökningsteknik och handläggning av patienter för tidig upptäckt av melanom inom primärvården. Fler specialister behöver tränas inom dermatoskopi och i tolkning av digitala bilder på distans. Kommuner och landsting kan här bidra med ersättningsmodeller för att möjliggöra diagnos och vård på distans som ett alternativ till *face-to-face* konsultation.

### Faktaruta Excisioner av nevi i Sverige

- 100 000 individer opereras årligen
- 150 000 nevi excideras för att fånga 3 500 invasiva melanom per år
- Årliga kostnaderna beräknas till mer än 300 miljoner
- Kostnad per diagnostiserat melanom blir lägre vid hög specialisering

### Dermatoskopi i ett framtidsperspektiv

Förhoppningarna är stora att ökad användning av dermatoskopi, både bland specialister och allmänläkare, skall ge bättre möjligheter till tidig diagnostik av malignt melanom. Med ökad kunskap och med ett mer rationellt urval av vilka pigmentlesjoner som excideras, kan andelen excisioner av benigna nevi minska. Detta kan spara lidande för patienten, minska belastningen på patologiresurser och begränsa utgifterna för sjukvården.

Klinisk och dermatoskopisk digital dokumentation kan ge ökad kvalitet i melanompro-

cessen om kliniker och patologer involverade i patientflödet får tillgång till bilderna. Allmänläkaren höjer sin egen kompetens och kan informera patienten om granskningsutlåtandet från en specialist. Hudspecialisten får ett tillräckligt underlag för att ställa diagnos och ge råd om fortsatt klinisk handläggning. Kirurgen får ett tydligare underlag för att planera operationen och välja rätt lesion. Slutligen kan patologen ha stöd av bilderna, och hudspecialistens utlåtande, vid både utskärning av preparatet och för bättre diagnostik.

Digitalt lagrade dermatoskopibilder tillsammans med kliniska data och histopatologiska glas med vävnadsprover lagrade i biobank kommer att få stor betydelse för framtida forskning om olika typer av melanocytära lesioner. Sammanfattningsvis kommer dermatoskopi, digital dermatoskopi och teledermatoskopi att bli en allt viktigare del av den kliniska vardagen vid diagnostik och handläggning av hudpatienter.



**Johan Heilborn**

MD, PhD

Överläkare Tumörsektionen

Hudkliniken Karolinska

Verksamhetschef Hudcentrum Hagastaden

### Litteraturhänvisning

- Diagnostic Accuracy of Dermatoscopy. Kittler et al. *Lancet Oncology* 2002; 3:159.
- Dysplastic Nevus. Why This Term Should be Abandoned in Dermatoscopy. Kittler et al. *Dermatol Clin* 2013; 31:579-588
- Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. Salerno et al. *J EADV* 2013; 27:805-814
- Dermatoscopy. An algorithmic method based on pattern analysis. Kittler et al. *Textbook* 2011.
- Nationellt vårdprogram malignt melanom 2014. Regionala cancercentrum i samverkan.
- Cancerfundsrapporten 2014.
- Nevus eller malignt melanom? Rätt kompetens vid diagnostik ger lägre kostnader. Bernt Lindelöf, Mari-Anne Hedblad, Ulrik Ringborg. *Läkartidningen* nr 39, 2008 volym 105

# Nordisk kurs i hudkirurgi

Den 5-6 februari 2015 hölls för andra gången *Nordic course on skin surgery* i Köpenhamn. Kursen arrangeras av Nordic Dermatology Association (NDA) där vår svenska hudläkarförening SSDV utgör en del. Det är den första kursen som hålls gemensamt av de nordiska ländernas specialistföreningar. Kursledare var precis som förra gången Robert Gniadecki, MD, prof, Köpenhamn, Gregor Jemec, MD, prof, Roskilde och John Paoli, MD, assoc. prof, Göteborg. Kursen fokuserade på hudkirurgi i ansiktet och innehöll allt från enkla eliptiska excisioner till mer komplicerade plastiker och lambåer att använda efter Mohskirurgi. Just Mohskirurgi fick dessutom ett eget kapitel i undervisningen. Särskilt nyttigt för min egen del var de små förändringarna av den vanliga eliptiska excisionen som anpassar denna mer till ansiktets anatomi, exempelvis M-plastik och att medvetet göra en ojämn elips för att ärret ska hamna på ett kosmetiskt gynnsamt ställe. Även teorin om var och hur man kan dra hud i ansiktet utan att förändra funktion var mycket bra, till exempel att använda horisontella drag för att undvika lyftning av ett ögonbryn eller neddragning av ett undre ögonlock. Kursen innefattade även teori kring elektro- och kryokirurgi samt nagel-

kirurgi med teknik för stansbiopsiering under nagel. Efter varje dags föreläsningar fanns det möjlighet till praktisk övning på riktig hud i form av balsamerade armar. Detta i anatomens dissektionssal i källaren på Panuminstitutet sittandes på kalla rostfria pallar. Inte mysigt men högst givande.

Föreläsningarna framfördes på engelska och förutom kursledarna höll även Gro Mörk och Per Helsing från Oslo och Sari Pitkänen från Helsingfors i dessa. Deltog gjorde 52 läkare från Norge, Sverige, Danmark och Finland. Både ST-läkare och specialister inom Dermatovenereologi. Efter avslutning av första dagen bjöds det på vin med tilltugg i Panuminstitutets taklounge där vi kunde njuta av solnedgången över Danmarks huvudstad. Och Köpenhamn visade sig verkligen från sin bästa sida dessa två februaridagar med klar och kall luft och givetvis många danskar på fina cyklar. Stämningen under kursen var riktigt god och det märktes på föreläsarna att de också tyckte att det var roligt, mer än en gång skämtades det dem emellan.

Kursens syfte är att sprida kunskap om hudkirurgi till nordens dermatologer då vi tidigare haft väldigt lite formell undervisning i detta ämne. På de flesta ställen utförs hudkirur-

gi på den egna mottagningen men många av ansiktstumörerna skickas till öronläkare eller plastikkirurg för åtgärd. Med dagens utveckling där vi ser en ökande incidens av hudcancer i våra nordiska länder kan vi välja att remittera fler för ansiktsskirurgi eller att själva utföra fler av dessa operationer. Genom det senare breddar vi vår kompetens och utvecklar vår egen specialitet.

Kombinationen av givande föreläsningar med många praktiska tips tillsammans med praktiska övningarna i slutet av dagarna var mycket bra. Jag har tagit med mig många saker från kursen som jag idag tillämpar i mitt utövande av hudkirurgi. Med föreläsare och deltagare från hela Norden är kursen även ett utmärkt tillfälle att lära känna kollegor i våra grannländer. Så på det hela taget rekommenderar jag varmt *Nordic course on skin surgery* till alla som är intresserade av hudkirurgi. Planen är att kursen ska återkomma i augusti varje år framöver.

**Emil Giertz, ST-läkare**

Hudmottagningen Blekingesjukhuset,  
Karlskrona  
*emil.giertz@tblkinge.se*



East-west flap efter Mohskirurgi av högaggressiv basalcellscancer på sidan av nästippen. Bibehåller anatomin på ett bra sätt. Publicerade med tillåtelse av John Paoli.

# Annons



# Välkommen till SSDV:s vårmöte!



**A**ntligen är våren här, de första tranorna har anlänt och snart är det dags för årets största begivenhet – SSDV:s vårmöte! Denna gång är det hudkliniken Skaraborgs sjukhus som anordnar mötet 5-8 maj 2015, i en tid då korsbärsträden på Billingen står i full blom.

Den vetenskapliga delen äger rum på Kulturhuset, mitt emot resecentrum, och större delen av övriga aktiviteter i centrala Skövde.

Yrkesdermatologerna träffas som vanligt på tisdagen med bl.a. industribesök på Volvo.

Själva invigningen är på onsdagen och presidenten för mötet hälsar då alla välkomna.

Sedan följer ett fullspäckat, varierat program utifrån många intressanta ämnesområden inom dermatologi och venerologi. För en mångfacetterad bild har vi bjudit in föreläsare från både egna och andra kliniker i Sverige och

Norden. Vår förhoppning är att föreläsningarna skall stimulera till många givande och lärorika diskussioner.

Ordföranden för SSDV, John Paoli, leder årsmötes-förhandlingarna där styrelsen, sektionerna och intressegrupperna kommer att presentera vad de har arbetat med under det gångna året. Det kommer även att finnas utrymme för att diskutera angelägna frågor som berör vår specialitet och dermatologins framtid. Vi hoppas på god uppslutning!

### **Emmanuel Ezras föreläsning**

En programpunkt vi gärna vill lyfta fram är Emmanuel Ezras föreläsning "Det goda mötet". Emmanuel Ezra är fembarnsfar, kirurg och uppskattad föreläsare. Med sina livfulla berättelser kommer han att guida oss i konsten att skapa det goda mötet. Ett konstgrepp som

kommer att bli allt viktigare i en sjukvård som balanserar krav på produktivitet, effektivitet och bemötande. Eller för att citera Hippokrates "Där det finns kärlek till människan finns det också kärlek till läkekonsten". Under evenemanget kommer det att finnas gott om möjligheter att öva på det goda mötet.

Värmötet är en viktig arena för oss dermatologer att träffas, utbyta erfarenheter och inhämta ny kunskap. Den sociala gemenskapen är också viktig varför vi på kvällarna erbjuder trevlig samvaro, god mat och dryck och en del överraskningar.

### **Vad vet ni egentligen om årets värd?**

Först en kort presentation av själva sjukhuset. Skaraborgs sjukhus Skövde ligger vackert beläget vid foten av Billingen och är den största enheten inom Skaraborgs sjukhus (paraplybe-



Foto: Pavel Burian



Foto: Pavel Burian

grepp som innefattar fyra sjukhus i städerna Falköping, Lidköping, Mariestad och Skövde). Sjukhuset byggdes ursprungligen som ett centralsjukhus för gamla Skaraborgs län och invigdes 1973. I sjukhusets upptagningsområde ingår 15 kommuner och 265 000 invånare bor i området. På hudkliniken finns 10 specialistläkare och 2 ST-läkare.

I fikarummet på hudkliniken har det inte hänt mycket sedan 1970-talet vilket inredningen med gröna plastsoffor och orangea skåpluckor skvallrar om. Detta står i bjärt kontrast till den fantastiska utveckling som ägt rum på kliniken sedan dess öppnande. Upplysningsvis var det i Skaraborg som den första stora svenska epidemiologiska bensårstudien genomfördes i slutet av 1980-talet. Den kom att lägga grunden till en rad olika viktiga arbeten som bidragit till att minska antalet bensår i området. Ett projekt som har varit mycket lyckosamt är Bensårscentrum som öppnades 1999. Bensårscentrum är en multidisciplinär avdelning med 14 vårdplatser med tillgång till kärllkirurg, hud-

läkare, infektionsläkare, ortoped, fotterapeut, ortopedtekniker, diabetessköterska mm. För att sprida kunskap om bensår har initiativtagarna till Bensårscentrum skapat Sårwebben. Webbssidan hjälper vårdpersonal att på ett korrekt sätt bedöma och handlägga patienter med svårålkta bensår.

Vårt andra stora forsknings- och arbetsfält är hudtumörer och dermatoskopisk diagnostik. Dermatoskopiska kunskaper från forskningen har överförts till kliniken och sedan många år följs patienter med ökad risk för melanom med sekventiell dermatoskopi vid särskilda nevusmottagningar. I syfte att optimera handläggningen av patienter med hudtumörer, och malignt melanom i synnerhet, startades ett processarbete 2008 med medlemmar från hud-kirurg- och ÖNH-kliniken. Mångårig erfarenhet av multidisciplinär hudtumörmottagning med hud- och ÖNH-läkare fanns som gott exempel. Processarbetet resulterade i att alla hudtumörremisser från primärvården nu bedöms på hudkliniken och att patienter med

suspekt hudtumör får en hudläkarbedömning innan ev. åtgärd. På hudkliniken tumörmottagningar tillämpas "one-stop-shop" modellen - bedömning och åtgärd vid samma besök om möjligt. Processarbetet resulterade även i en multidisciplinär melanommottagning bemannad av specialistläkare och kontaktsjuksköterskor från hud-, kirurg- och ÖNH-kliniken. Ökat samarbete har lett till ökad patientsäkerhet genom snabbare och säkrare diagnostik och handläggning. Dessutom har det inneburit ett ömsesidigt utbildningsvärde. Härnäst ser vi fram emot införandet av teledermatoskopiremissier.

Hoppas ni har blivit nyfikna på att lära känna oss bättre efter denna korta presentation.

*Vi ser fram emot att få träffa er på vårmötet!*

**Hudkliniken Skaraborgs Sjukhus**





# Program

## Tisdag 5 maj

10.30 Svenska kontaktdermatitgruppen och SSAMD  
Studiebesök Volvo

19.00 Buffé på restaurang Pinchos

## Onsdag 6 maj

08.30 Registrering, kaffe & smörgås, utställningsbesök

09.00 Invigning

----- Moderator John Paoli

09.15 **Sektionen för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi**  
Riktlinjer i diagnostik och behandling av kutana lymfom  
*Annamari Ranki, överläkare Hud- och allergisjukhuset, Helsingfors*

10.45 Kaffe & utställningsbesök

----- Moderator Åke Svensson

11.15 **Arbets- och miljödermatologi**  
Vad en dermatolog behöver veta om arbetsskadeförsäkringen  
*Henrietta Passlov, Malmö*

Svenska epicutantestregistret (EpiReg)  
*Magnus Lindberg, Örebro*

Varför ska jag använda svenska basserien för lapptestning?  
*Mihaly Matura, Stockholm*

Aktuellt om svensk yrkes- och miljömedicinsk forskning  
samt utvecklingsarbete  
*Magnus Bruze, Malmö*

12.45 Lunch & utställningsbesök

----- Moderator Per Anders Mjörnberg

13.45 **Sektionen för venerologi**

När du får oväntat besök - eggande utmaningar på STD-mottagningen  
Exotisk venerologi  
*Harald Moi, Oslo*

Annorlunda fall i svensk vardag  
*Flera presentatörer*

15.15 Kaffe & utställningsbesök

----- Moderator Birgitta Stymne

15.45 **Ljusgruppen**  
Fototerapi vid behandling av andra hudsjukdomar än psoriasis och eksem  
*Birgitta Stymne, Linköping, Meirav Holmdahl, Lund, Desirée Wiegleb Edström, Stockholm, Amra Osmaneovic, Göteborg, Lena Hagströmer, Stockholm*

19.00 Bankett Hotel Billingen





Foto: Jose Luis Hernán-González

## Torsdag 7 maj

08.00 Autoreferat

Kontaktallergi för formaldehyd. Diagnostik och klinisk relevans  
*Inese Hauksson, Malmö*

Kontaktallergi mot parfymämnen med fokus på oak moss absolute  
*Martin Movitz, Malmö*

SSDV:s ST-pris

Psoriasisgruppen – en kort presentation  
*Oliver Seifert, Jönköping*

RiksSår – en kort presentation  
*Rut Öien, Karlskrona*

Hudlymfom – nybildat nätverk – en kort presentation  
*Amra Osmaneovic, Annica Inerot, Göteborg*

Mycosis fungoides – patientmaterial från Lund  
*Yvonne Eklund, Malmö*

10.00 Kaffe & utställningsbesök

10.30 Årsmötesförhandlingar

13.00 Lunch & utställningsbesök

14.15 Det goda mötet  
*Emanuel Ezra, Västerås*

15.00 Kaffe & utställningsbesök

15.30 *Emanuel Ezra* fortsätter

16.30 What's new?  
*Håkan Mobacken, Göteborg*

18.00 Buss till Karlsborgs fästning

## Fredag 8 maj

08.30 SveDEN under 20 år – några tillbakablickar  
*Åke Svensson, Malmö*

Scoring av handeksem – Utvärdering och validering av ett instrument,  
*Agneta Gånemo, Malmö*

Kan svårigheter och prognos av handeksem påverkas av tidigt  
omhändertagande  
*Anna Josefson, Örebro*

Bullös pemphigoid i Sverige – Incidens, morbiditet och komorbiditet  
*Kristofer Thorslund, Stockholm*

09.30 Bensår – så mycket bättre?  
*Alexandra Forssgren, Skövde*

10.00 Kaffe & utställningsbesök

10.30 Eruptiva naevi: kan "Barbiedrog" ge oss insikter kring detta fenomen?  
*Ewa Burián, Köpenhamn*

11.15 Ren luft och anti-IgE som tilläggsbehandling av svåra eksem  
*Per Gustavsson, Skövde*

Födoämnesallergi: patch-test, teori och praktik  
*Anders Nordberg, Skövde*

12.00 Fallpresentationer

12.30 Avslutning och välkommen till Uppsala

12.35 Lunch





Foto: Pavel Burian

# Programblad för vårmötet

## Ordförande

I början av maj ser vi fram emot att skåda körsbärsträden i full blom i Skaraborg tillsammans med alla våra medlemmar. Dr. Lill-Marie Persson och kollegorna på Hudkliniken, Skaraborgs sjukhus har gjort ett fantastiskt arbete med att förbereda vårmötet.

Det vetenskapliga programmet är fullspäckat och varierat med minikurser, föredrag och fallbeskrivningar från entusiasmerande nationella och internationella föreläsare. Som grädde på moset får vi njuta av ett spännande underhållningsprogram med mycket mingel, god mat och dryck.

På torsdagens årsmötesförhandlingar har vi förstås även glädjen att få berätta vad styrelsen, sektionerna och intressegrupperna har arbetat med under det gångna året samt diskutera alla angelägna frågor som berör vår specialitet.

SSDV:s vårmöte är en unik möjlighet för oss alla att förkovra oss inom våra favoritämnen, att ta del av nya forskningsrön, att inspireras av förbättringsprojekt från landets alla hörn samt gemensamt diskutera hur vi kan fortsätta att förbättra den svenska dermatologins framtid. Vi ser verkligen fram emot att träffa er alla under dessa fyra dagar i Skövde och vill tacka våra värdar på förhand för denna möjlighet.

*Väl mött önskar SSDV:s styrelse!*



**John Paoli**  
Ordförande SSDV

# Konferensfakta

- PLATS:** Skövde Kulturhus, Trädgårdsgatan 2
- DATUM:** 5 – 8 maj 2015
- AVGIFT:** 4 200 kr för medlem/5 200 kr fr o m 7 mars  
5 200 kr för icke medlem/6 200 kr fr o m 7 mars  
2 100 kr för pensionär/2 600 kr fr o m 7 mars  
*I avgiften som är exklusive moms ingår samtliga måltider enligt programmet.*
- ANMÄLAN:** Anmäl dig på [www.eventoolbokning.se/ssdv](http://www.eventoolbokning.se/ssdv) före 7 mars om du önskar det lägre priset. Anmälan är bindande, men kan överlåtas på annan person.
- BEKRÄFTELSE:** Slutlig bekräftelse skickas ut via e-post under april månad.
- BETALNING:** Eventool AB fakturerar såväl deltagaravgift som logikostnad.
- LOGI:** Logi är förbokat på följande hotell som samtliga är centralt belägna. Gå gärna in på respektive hemsida och titta innan du bestämmer dig.  
**Du bokar logi på samma formulär som deltagandet.** Priserna är angivna exklusive moms och inklusive frukost. Dubbelrumspriset är för 2 personer. Efter 7 mars kan logi inte garanteras.

## Clarion Collection Hotel Majoren

[www.nordicchoicehotels.se](http://www.nordicchoicehotels.se)

Enkelrum 1 340 kr      Dubbelrum 1 440 kr

## Hotell Skövde, [www.hotellskovde.com](http://www.hotellskovde.com)

Enkelrum 995 kr      Dubbelrum 1 230 kr

## Quality Hotel Prisma, [www.nordicchoicehotels.se](http://www.nordicchoicehotels.se)

Enkelrum 1 170 kr      Dubbelrum 1 270 kr

## Scandic Billingen, [www.scandichotels.com](http://www.scandichotels.com)

Enkelrum 1 295 kr      Dubbelrum 1 480 kr

**INFORMATION:** Frågor som rör anmälan, ekonomi och logi besvaras av Elisabeth Hofmann, Eventool AB, telefon 073-705 30 33 eller e-post: [elisabeth@eventool.se](mailto:elisabeth@eventool.se)

Frågor avseende utställningen besvaras av Mia Forslöf, Eventool AB, telefon 070-822 96 40 eller e-post: [mia@eventool.se](mailto:mia@eventool.se)

Information om programinnehållet lämnas av Lill-Marie Persson, Hudkliniken, Skaraborgs sjukhus, Skövde, telefon 0500-432111 eller e-post [lill-marie.a.persson@vgregion.se](mailto:lill-marie.a.persson@vgregion.se)



Vattenfallet i Silverfallet, utanför Skövde.

Foto: Pavel Burian



# Välkomna till Skövde!

Redan på 1100-talet fanns här de förut-sättningar som behövs för att en plats ska vara en självklar mötesplats. Legenden berättar att staden blev ett handelscentrum redan på medeltiden då pilgrimer vallfärdade hit för att hedra S:ta Elin, Sveriges första kvinnliga helgon. Efter hemkomsten från en pilgrimsfärd till Jerusalem ska S:ta Elin ha mördats. Munkarna bar henne sedan mot Skövde och på platsen där de vilade sprang en källa upp. Sankta Elin blev stadens skyddshelgon och finns avbildad i stadsvapnet.

## Ett levande centrum

Skövde centrum bjuder in till stadsliv. Lagom litet för att snabbt kunna fixa några ärenden. Samtidigt är stadskärnan stor nog för att stanna en hel dag – fika, shoppa, äta lunch. Med ett centralt shoppingcentrum och unika mysiga butiker längs med gatorna finns här något för alla.

Slå dig ner på en bänk på Hertig Johans torg. När solen skiner kantas torget av glada glas-sätande människor som njuter vid fontänen Livets brunn. Sista torsdagen varje månad fylls torget av knallar, närproducerade livsmedel, frukt och grönt, blommor, kläder och hantverk. Andra dagar pågår torghandel i mindre skala.

Grönska är en del av stadens identitet. Öster om centrum breder Boulognerskogen ut sig med fina promenadstråk, badsjö och träd som skänker svalkande skugga varma somrardagar. Här finns också härliga ytor för egen picknick.

Vill du dessutom shoppa vidare finns även handelsområdena Elins Esplanad och Stallsiken med sitt rika utbud av butiker, kaféer och restauranger.

## Arena Skövde

Arena Skövde finns till för aktiva såväl besökare som Skövdebor. Arenan är en mötesplats

för idrottsintresserade, föreningsliv och evenemangsbesökare. Här anordnas mässor, sportevenemang och konserter för alla åldrar. I Arena Skövde finns också Sveriges häftigaste bad med upplevelsebad, bassänger och relaxavdelningen Aqua Vitalis. Oavsett om du är en badkruka eller gärna kastar dig ut i vågorna kan du hitta något som passar dig. Badet har blivit framröstat till Sveriges bästa äventyrsbad fyra år i rad.

## Det grönskande berget

Höj blicken och se upp mot vårt stadsberg Billingen. Berget är ett grönskande centrum för sport och motion – löpning, vandring, skidåkning på längden och utför, cykel och bad. Här finns aktiviteter för alla typer av friluftsmänniskor – fiskesjöar, grillplatser och härliga vandringsleder som sträcker sig över hela berget och kantas av vidunderliga utsiktsplatser. Föredrar du att slappna av eller simma finns på sommaren en utomhuspool att njuta i, precis på kanten av berget.

Billingens Fritidsområde är dessutom numera ett officiellt Vasaloppcenter. Träna inför Vasaloppet och de andra loppnen som ingår i en svensk klassiker året runt. Fritidsområdet bjuder på förstklassig träning för både cykel, löpning och längdskidor. Här finns bra tränings-möjligheter, kunskap samt kompetens kring respektive sport och utrustning, bra boende och bra mat.

Vid Billingens västra sluttning breder Vallebygden ut sig. Vackra naturreservat bildar ett kuperat landskap med vattenfall, hedar och småsjöar. Här finns möjlighet att uppleva varierad natur och ett berikande kulturlandskap med öppna betesmarker och vacker lövskog.

## Rikt kulturliv

Kulturlivet i Skövde är av tradition rikt och



varierat. Ta för dig av hela vårt utbud av teater, konst, hantverk, gallerier, utställningar och museum. Centrum för det spännande kulturlivet är Skövde Kulturhus. Det ligger lättillgängligt precis vid Resecentrum och är Sveriges första kompletta kulturhus med teater, biograf, bibliotek, konsthall och konstmuseum. Här visas allt från internationella artister till lokala musikaluppsättningar och skattframkallande stand up-shower.

## Framtidsstad

Skövde är en framtidsstad med livskvalitet och drivkraft. Volvo och Försvarsmakten är exempel på verksamheter som har bidragit till att Skövde idag är såväl en industristad som garnisonsstad. Högskolan i Skövde sätter stark prägel på staden och bidrar till ett ungt och levande Skövde.

Text och foto: Next Skövde



# Ny rekommendation för sexuellt överförbara bakteriella infektioner!

Läkemedelsverket har i samarbete med Folkhälsomyndigheten tagit fram en ny behandlingsrekommendation för sexuellt överförbara bakteriella infektioner. Vi ser idag ett ökande problem med antibiotikaresistens vid behandling av gonorré, men resistens har på senare tid även uppträtt vid behandling av infektion med *Mycoplasma genitalium*. Det är mycket viktigt att sexuellt överförbara infektioner handläggs och behandlas på rätt sätt, både för att undvika smittspridning och för att minska risken för resistensutveckling.

Antibiotikaresistens är idag ett ökande problem. Bakteriestammar som är resistenta mot antibiotika innebär risker både för samhället och för den enskilda patienten. Vanliga infektioner kan bli svårbehandlade, eller till och med omöjliga att behandla. Mot den bakgrunden har Läkemedelsverket tillsammans med Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag av regeringen att utarbeta en behandlingsrekommendation för sexuellt överförbara bakteriella infektioner.

– Tyngdpunkten i denna behandlingsrekommendation är det allt allvarigare resistensläget. Vi har en fortsatt oroande resistensutveckling för de antibiotika som används vid behandling av gonorré och det börjar även komma rapporter om resistens för de antibiotika som kan ges för *Mycoplasma genitalium*, säger läkaren Carin Anagrius, specialist inom venerologi. För att undvika utveckling av antibiotikaresistens är det viktigt att provtagning och handläggning vid misstanke om en sexuellt överförbar infektion görs på rätt sätt och att rätt antibiotikum ges. På grund av risken för resistensutveckling bör endosbehandling med 1 g azitromycin undvikas. Att undvika smitta blir allt viktigare!

Rekommendationen tar också upp riskerna med självtester och självmedicinering med antibiotika inköpta på nätet, utan kontakt med sjukvården.

Sexuellt överförbara infektioner (STI, Sexually Transmitted Infections) är vanligast bland sexuellt aktiva individer under 30 år. Infektionerna är ofta symtomlösa och det kan därför

vara svårt att veta att man har en STI. Om man misstänker att man har en STI eller om man har haft oskyddat sex ska man kontakta sjukvården för att bli undersökt och få rätt diagnos och behandling. Det är viktigt både för att förhindra att man smittar någon annan och för att undvika att man drabbas av komplikationer.

Klamydia är den vanligaste bakteriella STI i Sverige med cirka 35 000 rapporterade fall årligen. För både gonorré och syfilis, som är mindre vanliga, har man under 2000-talet sett en ökning av antalet diagnostiserade fall. På senare år har man noterat att lymfgranuloma venereum, som orsakas av varianter av samma bakterie som ger klamydiainfektion, har börjat spridas i Sverige, främst i Stockholm bland män som har sex med män. För *Mycoplasma genitalium* saknas statistik då sjukdomen inte omfattas av smittskyddslagen, men infektionen

är troligen ungefär lika vanlig som klamydia.

Gonorré, klamydia (inklusive lymfgranuloma venereum) och syfilis lyder under smittskyddslagen (2004:168). Om man misstänker att man har smittats med någon av dessa sjukdomar har man en skyldighet att låta sig undersökas av vården. Undersökning, vård och behandling är kostnadsfri för patienten vid dessa sjukdomar. Behandlande läkare ansvarar för att förhållningsregler ges, smittspårning genomförs och att fallanmälan görs enligt smittskyddslagen.

Behandlingsrekommendationen tar endast upp STI som orsakas av bakterier och de läkemedel som rekommenderas vid de olika infektionerna är därför uteslutande olika typer av antibiotika. Diagnostik vid misstanke om STI tas också upp i rekommendationen.

*Ref: Läkemedelsverket*

## Gonorré ökar för varje år i Sverige

*Könssjukdomen är på väg mot att bli resistent mot antibiotika*

Flytningar, sveda, till och med sterilitet är några av konsekvenserna som gonorré kan ge.

Under 2014 blev 1.234 svenskar smittade, enligt preliminär statistik. Läkare är oroliga för att sjukdomen blir allt svårare att behandla, eftersom den visar tecken på att bli resistent mot antibiotika.

– Antalet sjukdomsfall är mycket om man ser i perspektiv till hur det har sett ut innan i Sverige. I mitten av 90-talet till exempel var det omkring 200 fall här, säger Magnus Unemo som är docent på världshälsorganisationens expertlaboratorium på Universitetssjukhuset i Örebro.

### ”Vi behöver ändra vårt sexualbeteende”

Magnus Unemo säger att det är svårt att svara på om ökningen kommer fortsätta.

– Det mesta talar tyvärr för att det kommer fortsätta öka. För att det inte ska göra det måste

vi ändra sexualbeteendet och skydda oss mer, säger han och fortsätter:

– Folk som åker utomlands måste också få mer information.

### Resistenta tecken sedan länge

– Vi visste om att bakterien förändras redan innan den första antibiotikan på 1930-talet. Den kan förändra sig så att medicinen tappar sin verkan. Resistensutvecklingen går relativt snabbt när det kommer nya typer av antibiotika, berättar Magnus Unemo.

Internationellt är rekommendationen att använda två olika typer av antibiotika för behandling. Magnus Unemo säger att det är den enda man kan göra nu i väntan på en ny effektiv antibiotika.

*Källa: P3 Nyheter med Astorga Díaz*



# ”STI-gränsområden” – ett möte kring vidgade vyer

**S**ektionen för venerologi har allt sedan 1980-talet hållit en årligen återkommande vidareutbildningsdag kring aktuella och efterfrågade ämnen. Dessa möten går traditionsenligt av stapeln månadsskiftet januari/februari i Svenska Läkaresällskapets anrika och vackra lokaler.

De har med åren blivit en institution och samlingspunkt för personal från landets STI-/STD-mottagningar med tillskott av intresserade från ungdomsmottagningar, primärvård och gynekologi. Deltagarantalet brukar ligga kring 200 stycken vilket är lokalens maxkapacitet.

## STI och ledbesvär

Årets möte, den 6/2, inleddes av reumatolog Tomas Bremell, Göteborg, som talade kring ”STI och artrit”. Klamydia och i viss mån syfilis, tillika med olika tarminfektioner, kan ge reaktiva ledbesvär i form av mono-/oligartriter främst i nedre extremitet 1–4 veckor efter infektionstillfället, med spontanläkning inom 3–9 månader. Daktyliter och entesiter finns också beskrivna. De vanligaste orsakerna till septiska artrit därefter, är *Staphylococcus aureus* (60%), streptokocker (10–20%) och gramnegativa bakterier (10–15%) medan gonorré står för endast 1%. Spridningen är då hematogen från en samtidig, inte sällan symptomfattig, uro-genital infektion, till 1–2 större leder som knä, handled, armbåge eller fotled, inte sällan föregående av polyartralgi. Lednära papulopustulösa hudutslag förekommer.

## Betydelsen av god kondition

”Sjukgymnastikens betydelse för sexlivet” var ämnet för Kristina Areskoug-Josefssons, disputerad sjukgymnast från Värnamo, medryckande och tänkvärda föredrag.

Trötthet, stelhet, smärta och dålig kondition är några riskfaktorer för försämrad sexuell hälsa där den personliga problemlösningen ofta brister och där vi i vården ganska enkelt kan underlätta med öppenhet och acceptans för frågornas intima och ibland laddade karaktär.

Information, personlig kommunikation, fysisk aktivitet och individuell symtomlindring är i grunden enkla och effektiva åtgärder bara vi ”vågar fråga”!



## Glöm inte munhåla och svalg!

Överläkare Tomas Richtnér, Stockholm, föreläste kring ”STI i munhåla och svalg”.

Av viruser kan främst herpes simplex, där typ 1 står för > 50% av primära genitala infektioner, hepatit A/B och cancerogena högrisk-HPV urskiljas.

Sexuell stimulering från mun till penis, fellatio, innebär störst risk för överföring av bakteriell STI som syfilis, gonorré (Gc) och klamydia (Ct). Gc och Ct i svalget är ofta symptomlösa och självläkande men kan vara av stor epidemiologisk betydelse. En studie kring män som har sex med män (MSM) vid Venhälsan gav ett utfall av CT i svalget hos 13% varav 7% enbart på denna lokal.

Huvudbudskapet är att undersöka mun och svalg vid syfilismisstanke samt att vid screening av MSM, frikostigt ta NAAT-/PCR-prov för Gc och Ct från svalg och rektum samt i övrigt låta sexualanamnesen styra vilka lokaler som ska provtas.

## Kan vi bortse från ögonsymtom?

”STI och ögonmanifestationer”, var rubriken för ögonläkare Emma Nivenius, Stockholm, föreläsning. Ögonläkare ”tänker STI” vid konjunktivit med kraftigt skummande sekret ( för att utesluta Gc med risk för hornhinnesmältning), vid konjunktivit i neonatalperioden (för att utesluta maternellt överförd Ct och Gc) och vid oklara uveiter (syfilis).

Svensk Ct-konjunktivit (serotyp D-K) är i sig harmlös, självläkande och svarar bra på standardbehandling vid uro-genital infektion. Ct-konjunktivit (serotyp A-C) i endemiska områden i Afrika och borte Asien, som orsakar trakom, är däremot en fruktad orsak till

grav synnedsättning. Kondylom i konjunktiva (HPV 6 och 11) är ovanligt och obehagligt men sällan farligt – effektiv behandling saknas dock.

## Internationella utblickar

Professor emeritus Harald Moi, Oslo, gav under vinjetten ”STI i Europa” en bred exposé över nordisk STI-statistik, behandlingsriktlinjer, intresseorganisationer och nätverk.

Finland skiljer ut sig med lägre klamydiaprevalens på grund av frekventare kondomvändning och framfarten av den fruktade multiresistenta Gc-varianten tycks tills vidare dämpad.

En faktafylld utbildningsdag avrundades med hud- och infektionsspecialisten Finn Filéns personliga betraktelse ”STI i världen”, från Kenya där han arbetat för Läkare utan gränser (MSF). HIV-prevalensen är i sjunkande och tillgången på ART (Anti-Retroviral Terapi) förbättrad. HIV- och ART-omhändertagandet är integrerat, accepterat och mindre stigmatiserat än tidigare. Övrig STI är dock styvmoderligt hanterad. Utredning och uppföljning förekommer knappast alls och eventuell terapi är ”syndrombaserad” utifrån uppenbara kliniska tecken. Eftersom eventuella testresultat och genomförda behandlingar sällan är tillförlitliga gör man klokt i att ”screena för allt” i de fall där det föreläggat sexuell exposition utanför Europa.

## Vill du veta mera?

Mer uttömmande fakta finns att tillgå på [ssdv.se](http://ssdv.se) för de som är sektionsmedlemmar.

Medlemskap i venerologsektionen är öppet för medlemmar i SSDV eller annan motsvarande sektion inom Svenska Läkaresällskapet respektive de nordiska länderna.

En nyhet för 2015 är att medlemskap i Sektionen för venerologi numera är kostnadsfri, så varmt välkommen att ansluta dig till oss!

## Per Anders Mjörnberg

Ordförande i Sektionen för venerologi och överläkare vid hudkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping  
[peranders.mjornberg@rjl.se](mailto:peranders.mjornberg@rjl.se)

# Nya nationella rutiner för handläggning av peniscancer

## Peniscancer – organbevarande behandling, centralisering och nationell MDK

Peniscancer är en ovanlig sjukdom som i Sverige drabbar cirka 140 män per år. Den stora majoriteten av fall utgörs av skivepitelcancer. Traditionellt har sjukdomen behandlats med stympande kirurgi av penis samt stora morbiditetsbehäftade lymfkörtelutrymningar. Ett trendbrott har dock skett under de senaste två decennierna och idag rekommenderas organbevarande kirurgi och minimalinvasiv lymfkörteldiagnostik. Nya tekniker att rekonstruera penis med delhudstransplantat och analysera portvaktscörtlar, så kallad sentinel node diagnostik, har utvecklats. Dessa tekniker medför ökad livskvalitet och förbättrad prognos. Aktuella svenska studier visar att dessa förhållanden även gäller här (Kirrander et al. Dynamic sentinel node biopsy in penile cancer: initial experiences at a Swedish referral centre. BJU Int. 2013; respektive Håkansson et al. Organ-sparing reconstructive surgery in penile cancer: initial experiences at two Swedish referral centres. Scand J urol. 2014 Oct).

Trots sin ovanlighet har peniscancer i Sverige behandlats vid ett stort antal vårdenheter. En nylig publicerad studie (Kirrander et al. The Swedish National Penile Cancer Register: Incidence, Tumour Characteristics, Management and Survival. BJU Int. 2014 Nov 14) visar att inte mindre än 62 olika vårdenheter behandlat peniscancer mellan 2009 och 2012. I samma studie framkommer att en stor andel av fallen i Sverige är tidiga och lokaliserade. Hela 34% av de rapporterade fallen utgörs av carcinoma in situ. Dock är följsamheten till riktlinjer avseende organbevarande kirurgi och minimalinvasiv diagnostik dålig.

### Optimera vården

Mot bakgrund av detta har en process med syfte att optimera vården för patienter med peniscancer i Sverige pågått under de senaste åren. Resultatet är en regelbunden (1 gång per vecka) nationell multidisciplinär konferens (MDK) samt ett beslut att all kurativ kirurgisk behandling från och med 1 januari 2015 cen-

teras till 2 vårdenheter i landet, Örebro och Malmö. Målet är att alla fall av peniscancer, inklusive carcinoma in situ där dermatologisk behandling ofta utgör ett förstahandsalternativ, dras vid denna rond. Vid ronden, där specialinresserade urologer, dermatologer, onkologer, patologer, radiologer och kontaktsjuksköterskor närvarar, fattas beslut om rekommenderad utredning och behandling.

**Detaljer kring hur patienter sätts upp på konferensen finns på [1177.se](http://1177.se) samt på hemsidorna för urologiska kliniken i Örebro och Malmö** (<http://www.orebroll.se/urologiskakliniken> respektive <http://www.skane.se/webbplatser/skanes-universitetssjukhus/organisation-a-o/urologen/>). Ytterligare information kan även fås via kontakt med ansvariga

urologerna Peter Kirrander och Ulf Håkansson (kontaktoppgifter nedan).

### Peter Kirrander

Urologiska kliniken,  
Universitetssjukhuset Örebro  
[peter.kirrander@regionorebrolan.se](mailto:peter.kirrander@regionorebrolan.se)  
Tel 019-6021000 (vxl)

### Ulf Håkansson

Urologiska kliniken,  
Skånes Universitetssjukhus Malmö  
[ulf.k.hakansson@skane.se](mailto:ulf.k.hakansson@skane.se)  
Tel 040-332683 331000 (vxl)



### Nationellt vårdprogram för peniscancer

Peniscancer är en av urologins ovanligaste tumörsjukdomar. Den enskilde läkaren och kliniken har därför i regel mycket begränsad erfarenhet av diagnostik, behandling och uppföljning av tillståndet.

Förutom att ge rekommendationer är syftet med detta nationella vårdprogram att definiera mål och kvalitetsindikatorer. Rekommendationerna i vårdprogrammet baseras i stor utsträckning på de europeiska riktlinjerna från 2010.

<http://www.cancercentrum.se/sv/vardprogram/peniscancer>

### Nationellt kvalitetsregister för peniscancer

Peniscancer är i västvärlden en ovanlig tumörform, i Sverige drabbas drygt 100 män årligen. Det leder till att den enskilde läkaren får en begränsad erfarenhet av att bedöma och handlägga dessa patienter. År 2000 upprättades ett kvalitetsregister i syfte att få en möjlighet att utvärdera behandlingsresultat och kvalitetssäkra verksamheten på ett bättre sätt, till gagn för patienterna.

<http://www.cancercentrum.se/RCC-Sverige/registerrapporter/Peniscancer>



# Vad vet du om Euromelanoma?

När jag fick frågan att skriva om Euromelanomakampanjen tänkte jag: men alla känner väl till vad Euromelanoma är och står för?! Några dagar sedan träffade jag dock en ung kollega på stan som undrade vad Euromelanoma Day (eller EMD som vi ibland förkortar det) egentligen är. Då insåg jag plötsligt att man aldrig kan ge tillräckligt med information. Så vad är egentligen EMD?

Euromelanoma är en paneuropeisk kampanj för att förebygga hudcancer och den syftar till att ge allmänheten information om hudcancer. Hur ser de olika typerna ut? Hur kan man förebygga hudcancer? Hur kan man uppnå tidig diagnostik? Hur behandlas olika former av hudförändringar?

EMD är ett relativt ungt koncept. I en artikel publicerad av J.B. Howell i 1995 konstaterar författaren att "funktionshinder och död från melanom kan reduceras genom utbildning och tidigt upptäckt". Ett förslag presenterades vid American Academy of Dermatology (AAD:s) årliga möte i Washington, D.C. i 1994. Man rekommenderade att den första måndagen i maj varje år skulle betecknas "Melanoma Monday" och att dermatologerna i USA skulle utnyttja dagen för att främja medvetenhet om det allvarliga problem som malignt melanom är. En gång om året skulle man erbjuda screening och uppmuntra allmänheten att rådfråga en hudläkare om man hade en hudförändring som hade ändrat form, färg eller storlek för att utesluta ett tidigt melanom.<sup>1</sup>

I Europa och i Sverige började man snart också inse potentialen av tidig melanomdiagnostik och de ekonomiska konsekvenser som det kunde innebära. Euromelanoma-projektet, med ett liknande upplägg som amerikanska "Melanoma Monday" började snabbt sprida sig genom hela Europa. Detta illustrerades av Bernt Lindelöf och Britta Krynitz som skrev i Läkartidningen att den "13 maj 2002 var det för tredje gången i Sverige dags för" Euromelanoma Day, "ett unikt europeiskt samarbetsprojekt mellan EU:s hudläkare för prevention av maligna melanom". I 2002 kunde hudläkarna på Karolinska Universitetssjukhuset stolt presentera att man hade detekterat 4 melanom bland de 161 personer som undersöktes den dagen (hela 2,5% av den undersökta befolkningen!).<sup>2</sup>

Offentligt finansierade hudkliniker och privata hudläkare ställde upp och erbjöd hud-

undersökning i nästan hela Europa år efter år efter detta och sakta men säkert har kampanjen spridit sig till över 30 länder från norr till söder och från öst till väst. Detta initiativ har letts av ett nätverk av europeiska dermatologer som arbetar utöver gränserna för att generöst betjäna samma goda mål.<sup>3</sup>

EMD har flera lika viktiga delar:

- Att utbilda befolkningen i hur hudcancer ser ut och hur man kan upptäcka det hos sig

själv eller närstående.

- Att förmedla kunskap kring riskfaktorerna för att utveckla hudcancer.
- Att undervisa i hur man kan skydda sig mot solen som är den viktigaste orsaken till hudcancer.
- Att erbjuda extra många besökstider direkt till hudspecialist utan remiss för bedömning av huden.

För att uppnå uppdragen som gäller utbild-

## DEN HÄR SKULLE DU INTE BLUNDA FÖR





SÅ BLUNDA INTE HELLER FÖR DESSA:



HUDCANCER SYNS

OCH OM DEN UPPTÄCKS TIDIGT SÅ KAN DEN BEHANDLAS FRAMGÅNGSRIKT.

EUROMELANOMA 2014

OM DU HAR HUDFÖRÄNDRINGAR SOM DU MISSTÄNKER KAN VARA HUDCANCER ÄR DU VÄLKOMMEN ATT FÅ DEM UNDERSÖKTA HOS EN HUDLÄKARE DEN 5-9 MAJ 2014. DU HITTAR DIN NÄRMASTE HUDKLINIK OCH DESS ÖPPETTIDER PÅ [WWW.EUROMELANOMA.ORG/SVERIGE](http://WWW.EUROMELANOMA.ORG/SVERIGE)

LOKALA SPONSORER:



EUROPEISKE SPONSORER:



I SAMARBETE MED:



MED STÖD FRÅN:





ning organiserades i 2014 multipla aktiviteter. Mellan 7 april och 12 maj visades 38 inslag i olika media (TV, radio, tidningar både på lokal och nationell nivå). Med hjälp av PR-byrån Burson-Marsteller nådde vi även ut till allmänheten via sociala medier genom 'Backie'-kampanjen ([www.Backie.se](http://www.Backie.se)). Kampanjen med titeln: "#Backie – När svenskar vände ryggen till cancer" fick Guldpriset på Spinningalan för "Bästa samhällsinformationskampanj 2014". I samarbete med Cancerfonden och Regionalt Cancercentrum (RCC) anordnades dessutom flera frukostmöten på olika ställen i landet för att informera politiker samt andra viktiga personer inom Hälso- och sjukvården om problemen med den ökande incidensen av hudcancer i Sverige.

Men hur ser det ut i Sverige på själva screeningdagen/dagarna? Om man tittar på antalet patienter som screenas varje år så ser man en kraftig ökning från 2569 personer i 2008 till rekordhöga siffran 4637 i 2014. Denna ökning ser vi tack vare det ökande antalet deltagande mottagningar och involvering av fler och fler kollegor. En ökad tillgänglighet har man också uppnått genom att erbjuda inte bara en dag utan även upp till en hel vecka för undersökningar. Reglerna för 2015 är fortfarande samma som vi har haft de senaste åren: 18-årsgräns för att kunna boka en tid och helst minst en hudförändring som har ändrat sig. Remisspatienter skall inte bokas på EMD-dagarna. Patienten betalar i de flesta fall sedvanlig avgift för specialistläkarbesöket.

År 2008 kunde Paoli et al. analysera data från 2659 patienter med korrekt ifyllda frågeformulär i 2008 (95% av alla undersökta patienter)<sup>3</sup> jämfört med 3846 patienter med korrekt ifyllda frågeformulär i 2014 (82,9% av alla undersökta patienter). Tyvärr har vi ännu inte kunnat samla in alla PAD-svar från kampanjen 2014 men vi har kunnat registrera 322 PAD-svar i den europeiska databasen och ytterligare 109 PAD-svar som har kommit in efter slutdatumet för registreringen. Totalt detekterades 24 histopatologiskt bekräftade melanom i 2008 (0,9%)<sup>3</sup> jämfört med 30 stycken ifjol (0,8%).

Bortsett från melanom diagnostiseras förstås även flertalet andra hudtumörer (främst basalcellscancer samt skivepitelcancer och dess förstadier). Vidare upptäcks självklart ett stort antal banala eller atypiska nevi, seborrhiska keratoser, lentigo solaris, dermatofibrom, lichenoida keratoser, angiom eller t.o.m. eksem och andra inflammatoriska hudsjukdomar i vissa fall.

Vad gäller frågan om vilka det är som söker på EMD så ser vi fortfarande att majoriteten är kvinnor (63% i 2014) och att de screenade patienterna generellt har hög utbildningsnivå

(50% har en universitetsutbildning medan bara 9% har grundskolan som högsta utbildningsnivå). Anledningen att man söker varierar. Till exempel söker 43% för en förändring som nyligen ändrat sig eller ser avvikande ut medan 27% söker mest för säkerhets skull. En tredjedel av de som sökte 2014 har drabbats av svår solbränna (en smärtsam solbränna, med intensiv rodnad eller blåsbildningar, som varade i 2 dagar eller mer) före de hade fyllt 18 år. De flesta som kommer har ingen familjeanamnes på melanom, endast en lite antal (7%) har en släkting med melanom medan ett ännu lägre antal (1%) har 2 släktingar med melanom. De flesta har inte drabbats av hudcancer själva heller (88%).

I Euromelanomakampanjen 2015 kommer vi att nå ut med budskapet "Vänta inte, kolla nu" samt göra en extra insats för att övertala män > 50 år att komma till undersökning. Jag hoppas att ännu fler kollegor kommer att delta i årets EMD och är övertygade om att det kommer att bli en stor succé! Tack för att ni finns och hjälper till!

*Varma hälsningar från Stockholm!*



**Ada Girnita**

MD, PhD, Associate professor  
Överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset  
Nationell koordinatör för Euromelanoma Sweden

#### Referenser:

1. Howell JB, Cockerell CJ. Melanoma Self-examination Day: Melanoma Monday, May 1, 1995. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 837-8.
2. Krynitz B, Lindelöf B. The Melanoma Monday saves life and money. Four findings of malignant melanoma among 161 examined persons. *Läkartidningen.* 2003; 100: 1702-3.
3. Paoli J, Danielsson M, Wennberg AM. Results of the 'Euromelanoma Day' screening campaign in Sweden 2008. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23: 1304-10.



## Om EUROMELANOMA

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) ihop med Svenska Sällskapet för Dermatologisk Kirurgi och Onkologi (SDKO) uppmanar samtliga hudkliniker i Sverige (såväl inom offentlig som privat sektor) att delta i Euromelanoma Sverige mellan 18 och 22 maj 2015 (vecka 21). Euromelanoma Day är en europeisk satsning för att förebygga och tidigt upptäcka malignt melanom och andra former av hudcancer.

#### Syftet med projektet är:

- Att utbilda befolkningen i hur hudcancer ser ut och hur man kan upptäcka det hos sig själv eller närstående
- Att förmedla kunskap kring riskfaktorer för att utveckla hudcancer.
- Att undervisa i hur man kan skydda sig mot solen som är den viktigaste orsaken till hudcancer.
- Att erbjuda extra många besökstider direkt till hudspecialist utan remiss för bedömning av huden.





# Annons

# ST-utbildning på Hudkliniken i Region Jönköpings Län

**H**udkliniken i Region Jönköpings Län med enheter i Jönköping, Näsjö och Värnamo har tidigare inte haft någon regelbunden schemalagd utbildning för klinikkens ST-läkare. Utifrån Socialstyrelsens målbeskrivning finns krav på såväl praktiska färdigheter som fördjupade teoretiska kunskaper som kan vara svåra att tillgodogöra sig enbart genom klinisk tjänstgöring. Jag påbörjade därför mitt kvalitets- och utvecklingsarbete med syftet att införa en strukturerad utbildning i seminarieform för ST-läkare på hudkliniken under handledning av en specialist i hud- och könssjukdomar. Målet är att öka ST-läkarnas kunskaper och därmed bidra till att uppnå Socialstyrelsens mål för specialistkompetens.

Utbildningens upplägg är schemalagda se-

minarier en gång per månad, på fredagar kl. 12-14:30, där lunch ingår. Ett ämne för varje träff väljs utifrån SSDV:s fördjupade målbeskrivning som är baserad på Socialstyrelsens mål och dessa ämnen omfattar såväl vanliga som mer sällsynta dermatologiska tillstånd. Vissa tillfällen viks åt praktiska färdigheter, som till exempel hudkirurgi eller laserbehandling. Samtliga ST-läkare läser in sig på ämnet under sin avsatta självstudietid och en utvald ST-läkare redovisar ämnet inför övriga. En specialist sitter med och bidrar med sin kunskap och alla ST-läkare tar med sig frågor och fallbeskrivningar som också diskuteras. Utvärdering sker i slutet av varje termin.

Sedan starten i januari 2013 har 20 utbildningar genomförts. ST-läkarnas närvaro har varit i snitt 88% och minst en specialist har

deltagit vid 19 av 20 tillfällen där frånvaron berodde på akut sjukdom. Vid utvärderingar har responsen varit övervägande positiv. Såväl ST-läkare som specialister upplever att arbetet har förbättrat utbildningsklimatet på kliniken och att utbildningarna bidrar till att nå Socialstyrelsens mål för specialistkompetens.

Sammanfattningsvis har Hudkliniken i Region Jönköpings Län numera en omtyckt utbildning med hög närvaro av såväl specialister som ST-läkare som leder till fördjupade kunskaper och ökad kompetens.

**Malin Assarsson**

ST-läkare

*malin.assarsson@rjl.se*



ST-läkarna på hudkliniken diskuterar graviditetsdermatoser under handledning av överläkare Per Anders Mjörberg.

# Samarbete med reumatologin på Medicinska Riksstämman

*Under Medicinska Riksstämman genomförde Svensk Reumatologisk Förening i samarbete med Läkarsällskapets sektion för dermatologi två gemensamma symposier.*

Titeln för det första av dessa var *Psoriasis och psoriasisartrit – två sidor av samma mynt?*

Per Larsson, reumatolog, var moderator och hälsade alla välkomna.

## 20–25 % av psoriasisfall kräver systemisk behandling

Professor Mona Stähle inledde med att tala om psoriasis. Det är en vanligt förekommande sjukdom som drabbar 3–4 %. I Sverige finns det 250 000 patienter med diagnosen. Prevalensen varierar i världen – och är som högst i Norra Europa där den kan vara upp till 7 %. Siffran kan jämföras med infödda amerikaner i Sydamerika, som har en prevalens på 0,1 %.

Professor Stähle fortsatte med att berätta att den vanligaste lokaliseringen är hårbotten, där efter kommer knä.

– Diagnosen ställs kliniskt, det finns inget blodprov. Biopsi och histologi kan vara stödande. Det är vanligt att debuten sker vid unga år, men man kan drabbas under hela livet.

Ofta är psoriasis ganska lindrig. Mellan 20 och 25 % av fallen är medelsvåra till svåra och kräver systemisk behandling. Professor Stähle beskrev de kliniska variationsformerna med bilder, och visade även med bilder hur man kan

behandla med monoklonala antikroppar mot T-celler och få ett gott resultat.

– Det finns en risk för metabolt syndrom vid psoriasis. Redan 2004 kunde vi visa på att sjukdomen ledde till en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom – men vi vet inte ännu om vår behandling innebär att denna risk minskar, avslutade professor Stähle.

## Anti-T-cellsterapi läker ut sjukdomen

Patogenesen för psoriasis beskrevs av professor Charlotta Enerbäck.

– När det gäller patogenesen står vi inför ett paradigmskifte: Från keratinocytdriven sjukdom till T-cellsmedierad sjukdom, sa professor Enerbäck.

Keratinocyter är en viktig del i det medfödda immunsystemet – det är en aktiv immunologisk cell, förklarade hon och fortsatte:

– T-hjälparcellen har visat sig vara central i psoriasis. Den frisätter IL-17 och får vid kronisk sjukdom keratinocyterna att dela sig. Detta blir till en ond cirkel som måste brytas.

Därför läker anti-T-cellsterapi ut sjukdomen, och professor Enerbäck beskrev transplantationsstudier som utförts på mus.

– Vid benmärgstransplantation fann man utläkning av psoriasis efter transplantation från frisk donator – och tvärt om, avslutade hon.

## PsA kan drabba under hela livet

Dr. Gerd-Marie Alenius fortsatte med att tala om psoriasisartrit.

– Förekomsten i befolkningen är ofullständigt känd, sannolikt ligger den på 0,2–1 %, sa hon.

PsA är en T-cellsmedierad sjukdom, men detta är inte lika entydigt som vid hudpsoriasis och andra seronegativa sjukdomar. De vaskulära faktorerna vid PsA omfattar ökad kärlbildning, förtjockning av kärlväggar, utvidgade och slingriga kärl samt fibros i kärlväggen.

– Patienten med PsA kan få ryggsymptom liknande de vid ankyloserande spondylit – med entesit, sacroiliit eller spondylit. Skillnaden är att AS har symtomdebut före 45 års ålder, medan PsA har ingen sådan tidsgräns.

Symptombilden är mild – artriterna är ofta symptomfattiga.

– Men entesiterna är ofta mycket smärtsamma, påpekade dr. Alenius.

Komorbidityten kan omfatta andra organ som ögon, tarmen och slemhinnor. Patienterna kan också drabbas av kardiovaskulär sjukdom.

Den farmakologiska behandlingen består dels av NSAID som basbehandling – det ges alltid om inte kontraindikationer finns.

– De minskar stelhet, smärta och är inflammatoriska. Ofta räcker det. Om inte, behandlar man med DMARD – sulfasalazin, metorexat, leflunomid eller guld, avslutade dr. Alenius.

## Rekommendationer för sjukvården

SwePsA står uttytt för svenska psoriasisartritregistret. Docent Ulla Lindqvist berättade om en kohort de skapat och sedan följt.



Fr.v. Elisabet Svenungson, Vilja Oke, Aladdin Mohammad, Tore Särnhlt och Chris Anderson.



Fr.v. Per Larsson, Charlotta Enerbäck, Lars Erik Kristensen, Gerd-Marie Alenius, Ulla Lindqvist och Mona Stähle.

– Den första publiceringen vi gjorde var en sammanfattning av resultat efter två års uppföljning. Där konstaterades bl.a. att patienter med PsA uppvisar låg inflammatorisk aktivitet i huden. Polyartrit förelåg i lika hög frekvens som mono- och oligoartrit efter två år, och patienterna hade efter samma tidsrymd hög inflammatorisk aktivitet.

Man fann även att smärtbilden vid PsA och polyartrit kvarstod, och påverkades inte av klinisk behandling.

Ytterligare en uppföljning gjordes efter fem år. Den visade att en tredjedel av patienterna stod på metotrexat, samt att antalet med biologisk behandling hade ökat. Positiva kliniska prediktiva faktorer var bl.a. kort sjukdomsduration vid inklusion och manligt kön.

– Män har ofta lindrigare sjukdom än kvinnor.

Docent Lindqvist berättade också att de hade bidragit till framtagandet av Caspar-kriterierna genom att leverera data på ett antal patienter.

Hon avslutade med att ge ett antal rekommendationer för sjukvården.

– Patienter med psoriasis och leddsmärta eller svullnad, inflammatorisk ryggsmärta och/eller inflammatorisk entesit ska beredas möjlighet att erhålla bedömning av specialist i reumatologi!

Bedömningen ska genomföras tidigt under sjukdomsförloppet. Patienter med mono- eller oligoartrit kan följas upp i primärvården med NSAID och lokala injektioner vid behov.

– Patienter med polyartrit skall följas upp hos specialist i reumatologi och behandlas enligt SRS riktlinjer, var docent Lindqvists sista rekommendation.

### Nya läkemedel

Symposiet avslutades med att professor Lars Erik Kristensen via ett patientfall summerade de riktlinjer som finns för behandling av PsA.

– Konventionella DMARDs är inte lika effektiva på leder som på huden. Anti-TNF är ofta bra behandling. När det gäller att byta anti-TNF – en s.k. switch – så kan det löna sig att göra det en gång. Det fungerar i knappt 50 % av fallen, men en andra switch är knappast lönt att göra, sa professor Kristensen.

De nya läkemedlen ustekinumab, apremilast och secukinumab, som har ett annat sätt att angripa sjukdomen, har visat sig effektiva, summerade han.

– Secukinumab är en nyhet som presenterades på SCR tidigare i år. Det förefaller vara ett intressant alternativ, avslutade professor Kristensen.

### Immunosuppression och hudcancer

I samarbete med dermatologin arrangerades även ett symposium om dermatologiska manifestationer av reumatisk sjukdom.

– Huden är kroppens största – och tyngsta – organ. Genomsnittliga siffror är att den väger mer än 9 kg och har en yta på 1,7 m<sup>2</sup>, sa moderator docent Elisabet Svenungsson.

Professor Chris Anderson beskrev de olika hudmanifestationer som är associerade med olika sjukdomar. Vid RA kan dessa bl.a. inkludera tunn atrofisk hud, nagelförändringar, röd handflata och reumatoida noduli. Han redogjorde också för skillnaden mellan urtikaria och eksem.

– Båda ger klåda och erytem. Men de har helt olika genetiska ursprung. Urtikaria är inte en allergisk reaktion, utan en autoinflammatorisk, sa professor Anderson.

Differentiala diagnoser till urtikaria är autoinflammatoriska sjukdomar samt pyoderma gangreosum. Bakomliggande sjukdom är RA, inflammatorisk tarmsjukdom eller hematologisk sjukdom.

Professor Anderson talade även om immunosuppression och hudcancer.

– Det är uppenbarligen en mycket mindre problem vid reumatologiska sjukdomar jämfört med organtransplanterade. Det finns dock en viss riskökning, och vi vet kanske inte allt. Så var på er vakt, avslutade han.

### Solkänslighetskada är en fördröjd reaktion

Dr. Aladdin Mohammad talade om hudvaskuliter.

– Den histopatologiska definitionen är att det är en process i blodkärl eller i blodkärlsväggen – antingen inflammatoriskt infiltrat i kärlväggen eller destruktion i form av fibrin-inlagring eller endotelcellnekros.

Behandling går ut på att eliminera eventuellt utlösande faktor, ge lokala behandlingar och symptomlindrande med anti-histamin.

– Kolchicin och hydroxiklorikin finns beskrivet i studier med varierande resultat. De kan användas som tillägg, fortsatte dr. Mohammad.

Prednisolon kan ges med 0.5 g/kg och sedan trappas ned under 4 – 6 veckor.

– I resistent fall kan man ge azathioprin, metotrexat eller mykofenolatmofetil.

Dr. Vilija Oke beskrev lupus erythematosus i huden (CLE).

– Kronisk CLE har flera subtyper, vanligast är diskoid lupus erythematosus (DLE).

Solkänslighet på huden anses vara dåligt definierat, och dr. Oke har själv forskat på experimentell fotoprovokation. Ett av hennes resultat är att solkänslighetskada på huden är en *fördröjd* reaktion med en genomsnittlig tid på 8 dagar. Hon underströk också att en SLE-patient kan ha multipla hudmanifestationer.

I sin sammanfattning betonade hon betydelse



sen att patienterna ska handläggas av ett *team*.

– Man ska ha både en hudläkare och patolog vid bedömningen. Prevention är ett område som är mycket viktigt för dessa patienter, avslutade dr. Oke.

### TNF-blockerare kan ge psoriasisforma huderuptioner

Samverkan mellan dermatologer och reumatologer var även något som Dr. Tore Särnhult ville slå ett slag för. Han talade om psoriasis och psoriasisforma läkemedelsreaktioner.

– IL12 och IL23 är viktiga i patofysiologin, och därmed ett viktigt fokus för att ta fram läkemedel. Jag känner hopp inför framtiden, berättade han.

Hur hittar en reumatolog psoriasis? Dr. Särnhults råd var att titta på naglarna, helst fingernaglarna. Även titta på naveln och hudveck som axiller, ljumskar, under bröst.

– Och genitalt – det är vanligare än du tror.

Alla TNF-blockerare kan ge psoriasisforma eruptioner oavsett grundsjukdom. Oftast är det hos reumatologiska patienter – men det kan bero på att de utgör den grupp med flest behandlingar.

– Det är inte som med vanliga läkemedelsreaktioner i huden – att de oftast uppstår de första dagarna. De kan komma efter månader eller år. Vanligast är efter 10 månader. Histologin är densamma som för ”riktig” psoriasis, sa dr. Särnhult.

Per Lundblad  
Journalist Mediahuset



# Tatueringsfärger innehåller förbjudna ämnen

Läkemedelsverket har granskat 29 olika tatueringsfärger och kontrollerna visade att 15 färger innehöll förbjudna ämnen klassificerade som cancerframkallande, mutagena, reproduktionstoxiska, allergiframkallande eller innehöll för höga halter av föroreningar. Nästintill alla produkter

hade även någon form av märkningsbrist. Endast 2 av de kontrollerade färgerna följer regelverket för tatueringsfärger.

Läkemedelsverket har utfört analyskontroller och märkningskontroller av 29 tatueringsfärger

för tatuering och permanent makeup. 15 produkter visade sig innehålla förbjudna ämnen eller för höga halter av föroreningar. 6 av produkterna innehöll aromatiska aminer vilka är förbjudna med anledning av deras cancerframkallande, mutagena (skadar arvsmassan, DNA), reproduktionstoxiska (skadar fortplantningsförmågan) eller allergiframkallande egenskaper.

13 av de undersökta färgerna innehöll förhöjda halter av föroreningarna arsenik, antimon, barium, bly, zink eller polycykliska aromatiska kolväten (PAH). 27 av produkterna hade märkningsbrister som till exempel saknade varningstexter, sterilmärkning och innehållsförteckningar.

Efter utförd granskning uppfyllde endast 2 produkter de regler som Läkemedelsverket kontrollerat. Tack vare korrigerande åtgärder från berörda företag uppfyllde till slut ytterligare 7 tatueringsfärger de regler som kontrollerats. Övriga 20 tatueringsfärger togs bort från den svenska marknaden med anledning av Läkemedelsverkets kontroll.

År 2013 trädde de svenska reglerna för tatueringsfärger i kraft. Läkemedelsverket ansvarar tillsammans med landets kommuner för att kontrollera att företagen följer reglerna.

Till Läkemedelsverkets register finns runt 1600 tatueringsfärger anmälda. På Läkemedelsverkets webbsida finns information gällande regler samt råd till konsumenter som funderar på att tatuera sig.

Ref Läkemedelsverket



Hud som reagerat mot tatueringsfärg.

## SSDV:s forskningsstipendium: Stipendiat utsedd

SSDV:s forskningsstipendium inom kroniska inflammatoriska hudsjukdomar på 100 000 kr i samarbete med Novartis Sverige AB har utdelats till docent Oliver Seifert, Länssjukhuset Ryhov (Jönköping), för hans forskningsprojekt "Impact of Single Nucleotide Polymorphisms on the microbiota of lesional and non-lesional psoriatic skin".

Bedömningskommittén bestod av Professor Ann-Marie Wennberg (Göteborg), Professor Magnus Lindberg (Örebro) och docent John Paoli (Göteborg). Diplom utdelas av representant från Novartis Sverige AB i samband med SSDV:s årsmöte i Skövde den 7 maj 2015.

## SSDV:s ST-pris 2015

SSDV:s styrelse tackar alla ST-läkare som lämnade in sina mycket intressanta arbeten till årets SSDV:s ST-pris! Bedömningskommittén korade följande 3 vinnare utifrån kriterier som metodik, nyhetsvärde, självständighet och originalitet:

Linnea Zou, Södersjukhuset  
Helena Pellrud, Universitetssjukhuset Örebro  
Karin Borgström, Falu lasarett

På SSDV:s vårmöte i Skövde presenteras dessa arbeten den 7/5 kl 8:30

# Svenskarnas kunskap om solskydd är låg

## En av tre vet vad SPF betyder

En undersökning genomförd av Novus på uppdrag av ett företag visar att svenskar har generellt låg kunskap om hur man skyddar sig mot solens skadliga strålar samt hur solskyddsprodukter fungerar. Samtidigt uppger en av tre att de drabbats av synliga hudförändringar på grund av solande.

Enligt de generella standardråden bör solskydd återappliceras varannan timme - något som endast 16% av de tillfrågade i undersökningen genomförd av Novus kände till. Det visade sig också att få svenskar vet att det krävs en ordentlig mängd solskydd, 35–40 milliliter, för att uppnå den angivna faktorn. Hela 86%, svarade att de inte visste hur många milliliter som ska appliceras. Antal medverkande i undersökningen var 1.036 personer.

Undersökningen visar att endast en av tre tror sig veta vad SPF-faktorn betyder, men när de fick chans att förklara hade ytterst få av dem kunskapen. Vidare vet endast 8% av de tillfrågade att faktorsiffran på solskydd specifikt endast avser UVB-strålning.

Samtidigt uppger 30% att de har pigmentfläckar eller andra hudförändringar som beror på solandet. Nästan en fjärdedel, 24%,

svarar också att de använder så lite solskyddsprodukter som möjligt av rädsla för att inte bli brun.

### Om undersökningen:

- Endast en av tre anser sig veta vad SPF-faktorn på solskydd betyder.
- Tre av tio har pigmentfläckar eller andra hudförändringar som de tror beror på solandet.
- 11% tror att personer med mörkare pigment och de som redan blivit bruna inte behöver skydda sig mot UV-strålning.
- Endast 8% vet att SPF-faktorn endast avser UVB-skydd.
- Nästan hälften vet att även personer med mörkare pigment och de som redan blivit bruna behöver skydda sig mot solen.
- 86% uppgav att de inte visste hur mycket solskydd som ska appliceras för att faktorn ska gälla.
- Endast 16% visste att solskydd ska återappliceras varannan timme.
- 24% uppgav att de använder så lite solskydd som möjligt av rädsla för att inte bli brun.

Källa; Novus, sponsor Celsus Sweden AB

### Fakta om solskydd:

- SPF-faktorn anger hur stor del av UVB-strålningen som släpps igenom. SPF 10 betyder att en 1/10 av strålningen släpps igenom eller ca 90% av UVB-strålarna blockeras och SPF 50 att ca 98% av strålarna blockeras.
- SPF-faktorn anger hur högt UVB-skydd en solskyddsprodukt innehåller. EU-regler kräver endast att UVA-skyddet når upp till 33% av det angivna UVB-skyddet.
- UVA-strålarna skadar hudens djupare lager vilket kan leda till pigmentfläckar, förtidsåldrande och bidrar till ökad risk för hudcancer.
- UVB-strålarna bränner, UVA-strålarna bränner inte.
- För att uppnå angivet skydd på en solskyddsprodukt bör man använda 35–40 ml till en helkroppsinsmörjning och applicera varannan timme. Ännu oftare vid bad. Detta gäller oavsett hur hög solskyddsfaktorn är.
- För liten mängd solskydd reducerar skyddet markant.

### I nästa nummer av

## Dermatologi & Venereologi

### Stort reportage om SSDV:s vårmöte!

En journalist kommer bevaka symposium och diverse möten från dagarna i Skövde.

### Efterlysning:

## Skriv i tidningen!

Bidra med material till tidningen. Skriv en artikel och skicka gärna med någon illustrerande högupplöst bild. Bidraget skickas till redaktör Christian Steczko Nilsson, som även svarar på om du har några funderingar kring din artikel.

[christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se](mailto:christian.steczko-nilsson@regionorebrolan.se)

# Annons





## SSDV:s styrelse 2015

### Ordförande

John Paoli (Göteborg)

### Vice ordförande

Katarina Lundqvist (Lund)

### Sekreterare

Virginia Zazo (Umeå)

### Skattmästare

Kari Nielsen (Helsingborg)

### Redaktör, hemsidesansvarig

Christian Steczko Nilsson (Örebro)

### Utbildningsansvarig

Oliver Seifert (Jönköping)

### Utbildningsansvarig, suppleant

Lill-Marie Persson (Skövde)

### PDF-representant

Hélène Wolff (Göteborg)

### PDF-representant, suppleant

Lena Holm (Stockholm)

### ST-representant

Oscar Zaar (Göteborg)

### ST-representant, suppleant

Reza Sohrabi (Nässjö)

### Venereologi-representant

Per Anders Mjörnberg (Jönköping)

### Venereologi-representant, suppl.

My Falk (Örebro)



Svenska Sällskapet för  
Dermatologi och Venereologi

## Övriga

### Ansvarig för SSDV:s kansli

Agneta Andersson (Uppsala)

### Revisorer

Mats Berg (Stockholm)

Louise Hjortensjö (Stockholm)

Revisorssuppleanter

Margareta Frohm-Nilsson (Stockholm)

Kristofer Thorslund (Stockholm)

### Representant

#### Svenska Läkaresällskapet

Ragnar Jonell (Göteborg)

Suppleant

Leif Nordin (Göteborg)

### Representanter

#### Praktikerkonsult AB

Ragnar Jonell (Göteborg)

Leif Nordin (Göteborg)

### Valberedning 2015

Lars Arenlind (Borås)

Karin Berggård (Lund)

Sammankallande

Maria Bradley (Stockholm)

# SSDV:s kalender 2015

## Karolinska Dermatology Symposium

2015-04-17  
Stockholm, Sverige

## Intermediate/Advanced Surgery

2015-04-25 - 2015-04-26  
Bryssel, Belgien

## Yrkesdermatologidagen

2015-05-05  
Skövde, Sverige

## SSDV:s vårmöte

2015-05-06 - 2015-05-08  
Skövde, Sverige

## SSDV:s Sydsvenska möte

2015-05-20  
Malmö, Sverige

## Vascular Anomalies

2015-05-26 - 2015-05-27  
Malmö, Sverige

## International Aesthetic Symposium

2015-06-04 - 2015-06-06  
Stockholm, Sverige

## 23<sup>rd</sup> World Congress of Dermatology

2015-06-08 - 2015-06-13  
Vancouver, Kanada

## Melanoma Meeting 2015: From basic science to clinical applications

2015-06-24 - 2015-06-26  
Reykjavik, Island

## Superficial Anatomy & Cutaneous Surgery

2015-07-06 - 2015-07-10  
San Diego, USA

## Botulinum Toxin

2015-07-26 - 2015-07-27

## 4<sup>th</sup> Munich International Summer Academy of Practical Dermatology

2015-07-28 - 2015-08-01  
München, Tyskland

## Nordic Course on Skin Surgery

2015-09-03 - 2015-09-04  
Köpenhamn, Danmark

## SK-kurs Psoriasis och Eksem, med lokal-, ljus- och system-behandling

2015-09-07 - 2015-09-11  
Linköping, Sverige

## SSDV:s Sydsvenska möte

2015-09-16  
Lund, Sverige

## 5<sup>th</sup> EAAD (EURO-Asian Dermatovenereologists) Congress

2015-09-18 - 2015-09-20  
Riga, Lettland

## Kurs i epikutan-, fotolapp- och snabbtestning

2015-09-29 - 2015-09-30  
Malmö, Sverige

## 24<sup>th</sup> European Academy of Dermatology and Venereology Congress

2015-10-07 - 2015-10-11  
Köpenhamn, Danmark

## 11<sup>th</sup> EADO Congress & 8<sup>th</sup> World Meeting of Interdisciplinary Melanoma/Skin Cancer Centers

2015-10-27 - 2015-10-31  
Marseille, Frankrike

## SSDV:s Sydsvenska möte

2015-11-11  
Malmö, Sverige

## Fortbildningskurs för dermatologer

2015-11-12 - 2015-11-13  
Sollentuna, Sverige

## Galderma Nordic dermatologisymposium

2015-11-27  
Stockholm, Sverige

## SSDV:s ST-träff

2015-12-10 - 2015-12-11  
Stockholm, Sverige

## EADV Spring Symposium

2016-05-19 - 2016-05-22  
Aten, Grekland

## Bensårskurs

2016-10-05 - 2016-10-07  
Lund, Sverige

## 33<sup>rd</sup> Nordic Congress of Dermatology and Venereology

2017-04-27  
Trondheim, Norge



För aktuell kalender, gå in på [www.ssdv.se/kalender](http://www.ssdv.se/kalender)